

# Nuberos Científica



## **INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA**

Sesiones clínicas: una herramienta con futuro.  
*Clinical sessions: a tool with future.*  
M. Cristina Bernedo García, Magali Canedo Balbona, José Javier Juárez Arias.

## **INVESTIGACIÓN SOCIAL**

Razonamiento etiológico de los diagnósticos tegumentarios.  
*Etiologic reasoning of tegumentary diagnosis.*  
David Peña Otero, Ana María Recio Vivas, Ramón Ortega Lozano, Laura Visiers Jiménez.

## **REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS**

Enfermedad de Crohn en Atención Primaria.  
*Crohn disease in Primary Health Care.*  
Andrés Cicero Expósito.

Traslado neonatal. Revisión bibliográfica.  
*Neonatal transport. Bibliographic review.*  
Yaiza Alonso Villarroel, Alba Acevedo Pozo, M<sup>a</sup> Cruz Villarroel Morón.

## **REVISIÓN HISTÓRICA**

Florence Nightingale: un icono atemporal. Revisión histórica.  
*Florence Nightingale: a timeless icon. Historical review.*  
Juan Carlos Gutiérrez Toribio.

## **MONOGRAFÍAS**

Intervenciones de prevención de la violencia en el noviazgo de adolescentes. Monografía.  
*Interventions to prevent dating violence in adolescents. Monography.*  
Claudia Palomera Bezanilla.

## **MISCELÁNEA**

Retirada traumática de suturas sintéticas en cirugía menor.  
*Traumatic removal of synthetic sutures in minor surgery.*  
Sandra Santamaría Maestro, Pedro Rafael Rodríguez Santos.

## **CARTAS A LA DIRECCIÓN**

## **RESEÑAS**



FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

# Nuberos Científica

VOL. 3 NÚM. 27

MARZO - JUNIO 2019

## REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE LA ENFERMERÍA DE CANTABRIA

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

### MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN:

ARTES GRÁFICAS J. MARTÍNEZ S. L.

Pol. Ind. de Guarnizo, par. 4, naves 1 y 2. 39611 GUARNIZO (Cantabria)  
T. 942 35 60 65 - F. 942 35 60 66 - www.imprentajmartinez.com

Revista indexada  
en la base de datos



Incluida en el Catalogo de Publicaciones Periódicas en  
Bibliotecas Nacionales de Ciencias de la Salud C17.

Revista indexada  
en la base de datos



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



ISSN: 2173-822X

Dep. Legal: SA-135-2011

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

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

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

La **FECAN** no se responsabiliza de los contenidos de los manuscritos publicados en esta revista que pudieran violar el derecho de la propiedad intelectual de otros

### DIRECCIÓN:

**M<sup>a</sup> Alexandra Gualdrón Romero**

Directora.

Graduada en Enfermería. Doctora en Medicina y Cirugía. Máster universitario de Cuidados en Salud. Vocal Del CEI-CEIm de Cantabria. Enfermera del Servicio Cántabro de Salud. (Cantabria-España)

### CONSEJO ASESOR:

**Montserrat Cabré i Pairet**

Profesora Titular de Historia de la Ciencia. Universidad de Cantabria. (Cantabria-España)

**Rocío Cardeñoso Herrero**

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

**Mario Corral García**

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

**Pedro Muñoz Cacho**

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

**Óscar Pérez González**

Sociólogo de Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Fundación Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

### CONSEJO DE REDACCIÓN:

**Paula Alonso González**

Enfermera especialista Obstétrica-Ginecológica (Matrona). Servicio Cántabro de Salud. Certificate of Proficiency in English (C2)

**Montserrat Carrera López**

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

**Cristina Dimoni PhD, MSc**

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

**María Luz Fernández Fernández**

Enfermera. Licenciada en Historia. Master en Historia Contemporánea. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cantabria. (Cantabria-España)

**M<sup>a</sup> Luz Fernández Núñez**

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

**Ángela Fernández Rodríguez**

Graduada en Enfermería. Máster universitario en Investigación en Cuidados de Salud. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria. Profesora asociada Facultad de Enfermería, Universidad de Cantabria. (Cantabria-España)

**Noelia Prieto Gutiérrez**

Graduada en enfermería. Máster en Gestión Integral e Investigación en los Cuidados de Heridas Crónicas. Profesora asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cantabria. (Cantabria-España)

**David Ramos Saiz**

Graduado en Enfermería. Enfermero Especialista en Geriátrica. Experiencia en Investigación. Unidad asistencial en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

**Susana Telechea Díaz**

Graduada en Enfermería. Enfermera del Servicio Cántabro de Salud. España. Certificate in Advanced English" (CAE) acreditado por la Universidad de Cambridge

## NUMEROS CIENTÍFICA

es una revista de carácter científico dirigida a profesionales de la Salud, en general.

Su distribución se hace de forma direccionada a todos los colegios de Cantabria. Además, se envía a todas las bibliotecas de las Escuelas de Enfermería de España, a los principales hospitales y a diversas instituciones públicas y privadas del ámbito sanitario.

## NUMEROS CIENTÍFICA

se reserva todos los derechos de publicación de los trabajos que aparecen publicados, pero permite su reproducción siempre que sea para fines divulgativos, sin ánimo de lucro.

### INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

#### **6** SESIONES CLÍNICAS: UNA HERRAMIENTA CON FUTURO. *CLINICAL SESSIONS: A TOOL WITH FUTURE.*

M. Cristina Bernedo García, Magali Canedo Balbona, José Javier Juárez Arias

### INVESTIGACIÓN SOCIAL

#### **11** RAZONAMIENTO ETIOLÓGICO DE LOS DIAGNÓSTICOS TEGUMENTARIOS. *ETIOLOGIC REASONING OF TEGUMENTARY DIAGNOSIS.*

David Peña Otero, Ana María Recio Vivas, Ramón Ortega Lozano, Laura Visiers Jiménez

### REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

#### **18** ENFERMEDAD DE CROHN EN ATENCIÓN PRIMARIA. *CROHN DISEASE IN PRIMARY HEALTH CARE.*

Andrés Cicero Expósito

#### **27** TRASLADO NEONATAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. *NEONATAL TRANSPORT. BIBLIOGRAPHIC REVIEW.*

Yaiza Alonso Villarroel, Alba Acevedo Pozo, M<sup>a</sup> Cruz Villarroel Modrón

### REVISIÓN HISTÓRICA

#### **36** FLORENCE NIGHTINGALE: UN ICONO ATEMPORAL. REVISIÓN HISTÓRICA. *FLORENCE NIGHTINGALE: A TIMELESS ICON. HISTORICAL REVIEW.*

Juan Carlos Gutiérrez Toribio

### MONOGRAFÍAS

#### **44** INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO DE ADOLESCENTES. MONOGRAFÍA. *INTERVENTIONS TO PREVENT DATING VIOLENCE IN ADOLESCENTS. MONOGRAPHY.*

Claudia Palomera Bezanilla

### MISCELÁNEA

#### **54** RETIRADA TRAUMÁTICA DE SUTURAS SINTÉTICAS EN CIRUGÍA MENOR. *TRAUMATIC REMOVAL OF SYNTHETIC SUTURES IN MINOR SURGERY.*

Sandra Santamaría Maestro, Pedro Rafael Rodríguez Santos

#### **59** CARTAS A LA DIRECCIÓN

#### **61** RESEÑAS

*Hay hombres que luchan un día y son buenos.  
Hay otros que luchan un año y son mejores.  
Hay quienes luchan muchos años, y son muy buenos.  
Pero los hay que luchan toda la vida: esos son los imprescindibles.*

**Bertolt Brecht**

## **GRACIAS PILAR, POR SER DE LAS QUE LUCHAN TODA LA VIDA...**

No se me ocurre otra manera mejor de describir a Pilar Elena, fundadora y directora de la Revista Nuberos Científica desde su creación en el año 2010. Ella sin duda ha dedicado toda su vida a luchar por la enfermería, desde diferentes puestos y cometidos. Enfermera con base asistencial, pero que ha trabajado también en puestos de gestión, vicepresidenta del colegio de enfermería durante 5 años, responsable de investigación del mismo desde el año 2009, fundadora de la sociedad científica de enfermería familiar y comunitaria de Cantabria. Una gran trayectoria a lo largo de toda su vida profesional, de las que luchan toda la vida...

Trabajadora, meticulosa, estricta, rigurosa, son algunas de las cualidades que le ha permitido cosechar grandes éxitos profesionales y algunos menos agradables. Sin duda el camino ha sido difícil, como el propio de la vida, pero siempre con decisión y firmeza, lo que la ha permitido ser un referente en la Enfermería de Cantabria, y desarrollar un gran reto como el impulso de la investigación en nuestra comunidad desde el Colegio de Enfermería.

Su labor ha sido importante para que la revista Nuberos Científica sea hoy lo que es, una gran revista, referente en investigación enfermera, no solo en Cantabria sino a nivel nacional. Esto ha permitido a las enfermeras y enfermeros poder publicar y divulgar sus trabajos de investigación. Sin duda tarea ardua y complicada y que ella ha sabido liderar, defender y poder así

posicionar la revista, y la investigación, en un lugar referente dentro de las publicaciones de Enfermería existentes en España.

Revista que actualmente esta indexada en la base de datos CUIDEN y LATINDEX que con mucho esfuerzo no ha dejado de crecer y de avanzar y por eso desde la junta de gobierno queremos agradecerla todos estos años de intenso trabajo y dedicación a nuestra querida profesión.

Ella ha decidido dejar la dirección de la revista y la asesoría de investigación, estamos seguros que seguirá trabajando para la profesión en el ámbito que ella considere, y que actualmente haya priorizado, pero queremos el Equipo de Gobierno agradecerla todo el trabajo y el esfuerzo, y a la vez dedicarla esta editorial para deseársela toda la suerte que se merece en sus nuevos proyectos, que sin duda conociendo su tenacidad cuentan en ella una gran aliada.

Muchas Gracias Pilar, todo nuestro reconocimiento y agradecimiento.

Solo nos queda, en esta nueva etapa, que ahora empieza en la revista con Alexandra Gualdrón, miembro de la Junta de Gobierno y responsable de Investigación, quien asumirá la dirección de la revista, deseársela toda la suerte para poder seguir avanzando e impulsando la investigación enfermera en Cantabria.

**Junta de Gobierno del Colegio de Enfermería  
de Cantabria**

## INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

**P. 6. Sesiones clínicas: una herramienta con futuro. *Clinical sessions: a tool with future.***- Estudio descriptivo sobre el desarrollo y la satisfacción de las sesiones clínicas de Enfermería en el área quirúrgica del Hospital el Bierzo. Se utilizó un cuestionario "ad-hoc" que analizó las experiencias y nuevas técnicas que se realizan en el área quirúrgica para poder estar preparados en caso de urgencias y en el trabajo diario. Los resultados evidencian que las sesiones clínicas se constituyen como herramientas de formación continuada, favoreciendo el intercambio de conocimiento y permitiendo avanzar en la mejora de la práctica clínica.

## INVESTIGACIÓN SOCIAL

**P. 11. Razonamiento etiológico de los diagnósticos tegumentarios. *Etiologic reasoning of tegumentary diagnosis.***- En el presente estudio se analizan a fondo los diagnósticos NANDA relacionados con los tegumentos, siendo justificado por ser la piel pieza clave en muchos de los ámbitos de actividad de la profesión enfermera. A través de un análisis de su contenido, se propone reagrupar y eliminar varios de ellos con el propósito de ser más accesibles y prácticos en la actividad profesional de la enfermería.

## REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

**P. 18. Enfermedad de Crohn en Atención Primaria. *Crohn disease in Primary Health Care.***- Monografía que describe la enfermedad de Crohn: epidemiología, clínica, factores de riesgo y las escalas de valoración que habitualmente se utilizan para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad. Asimismo, se describe el manejo de la enfermedad desde la consulta de enfermería de Atención Primaria.

**P. 27. Traslado neonatal. Revisión bibliográfica. *Neonatal transport. Bibliographic review.***- Se presenta una revisión sobre la bibliografía disponible acerca del traslado neonatal comparando datos recogidos en España y en América Latina. A través de estos datos las autoras realizan un protocolo para mejorar la calidad asistencial en este tipo de transporte de pacientes.

## REVISIÓN HISTÓRICA

**P. 36. Florence Nightingale: un icono atemporal. Revisión histórica. *Florence Nightingale: a timeless icon. Historical review.***- Revisión de la literatura sobre la figura de Florence Nightingale, se ha examinado su perfil personal, las circunstancias que dieron lugar al giro esencial para la profesión y para los modelos actuales de la Enfermera. Sin duda, existen extensas fuentes testimoniales como para que se haya convertido en un icono atemporal para la profesión que actualmente sigue teniendo vigencia.

## MONOGRAFÍAS

**P. 44. Intervenciones de prevención de la violencia en el noviazgo de adolescentes. Monografía. *Interventions to prevent dating violence in adolescents. Monography.***- El estudio visibiliza la problemática existente en algunas relaciones en esa etapa de la vida. Apoyándose en la búsqueda bibliográfica, se recogen datos del tipo de violencia y cómo es reconocida en esa etapa de adaptación entre la niñez y la adultez llegando a confundir, los actos de violencia con actos de amor debido a la idealización de esa relación, así como, la importancia de una intervención precoz para evitarlo. También se pone de manifiesto los escasos estudios acerca de esta temática.

## MISCELÁNEA

**P. 54. Retirada traumática de suturas sintéticas en cirugía menor. *Traumatic removal of synthetic sutures in minor surgery.***- La enfermería en el ámbito de la Atención Primaria tal y como se centra este artículo, tiene una responsabilidad principal en la realización, manejo y cuidado de las suturas ante una cirugía menor. A través de la exposición de 4 casos clínicos, se pretende profundizar en los conocimientos básicos sobre la técnica correcta y las características de las suturas principales más utilizadas así como de resaltar la importancia de la enfermería en realizar una buena praxis para evitar complicaciones derivadas.



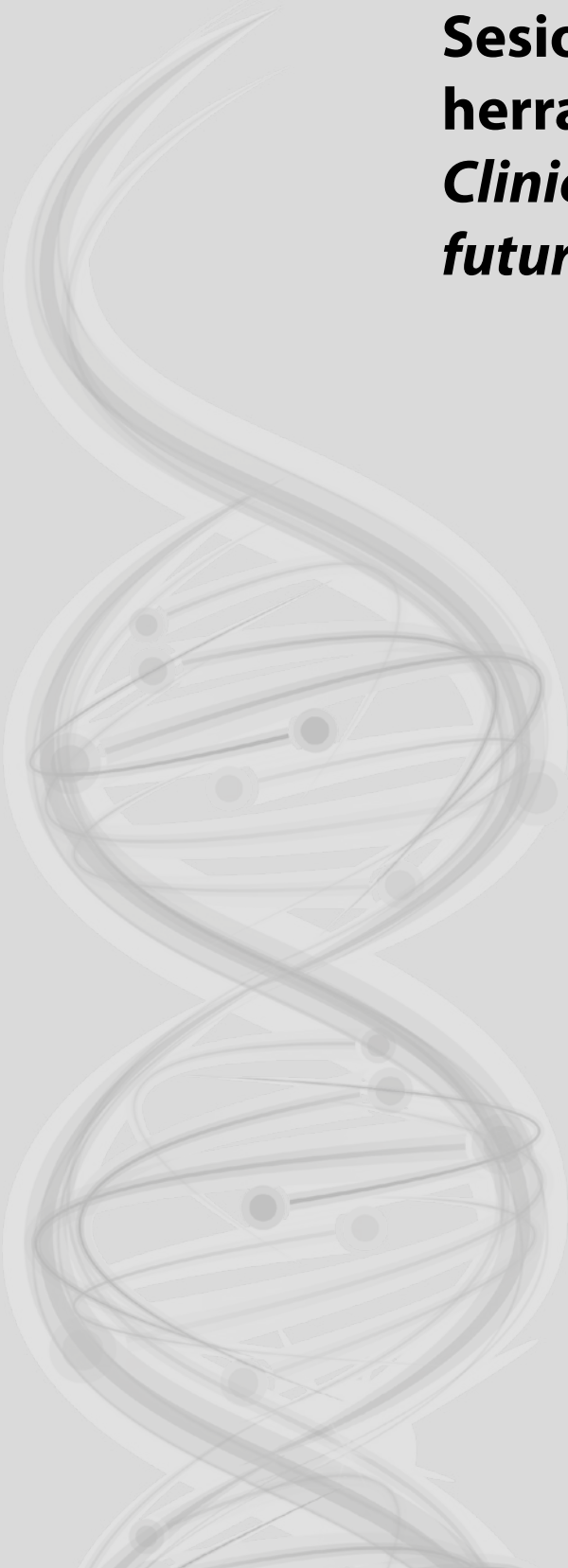


FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

**Nuberos Científica**

[www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica](http://www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica)



**Sesiones clínicas: una  
herramienta con futuro.  
*Clinical sessions: a tool with  
future.***

**Autoras:**

**M. Cristina Bernedo García<sup>(1)</sup>**

**Magali Canedo Balbona<sup>(2)</sup>**

**José Javier Juárez Arias<sup>(2)</sup>**

<sup>(1)</sup> Graduada en Enfermería. Hospital El Bierzo.  
Ponferrada. León. España.

<sup>(2)</sup> Diplomada/o en Enfermería. Hospital El  
Bierzo. Ponferrada. León. España.

*Dirección para correspondencia:*  
[magalicanbal@gmail.com](mailto:magalicanbal@gmail.com)

Recibido: 24 de septiembre de 2018  
Aceptado: 16 de mayo de 2019

## RESUMEN

La enfermería como profesión está en constante evolución y desde 2015 las sesiones clínicas de enfermería en el Hospital el Bierzo contribuyen a ello pues permiten verbalizar y exponer experiencias y nuevas técnicas que se realizan en el área quirúrgica para poder estar preparados en caso de urgencias y en el trabajo diario.

Se pretende describir el programa de las sesiones clínicas realizado de 2015-2018 y su evolución, así como la satisfacción de sus participantes.

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, basado en la encuesta tipo del sistema de formación continuada y un cuestionario "ad hoc" de 12 preguntas sobre las sesiones clínicas en Quirófano.

Se han realizado 55 sesiones, han participado una media de 20 enfermeras en cada sesión y han ejercido de ponentes un total de 26 profesionales del hospital.

Pese a que el resultado de satisfacción en la encuesta de formación continuada ha disminuido ligeramente las puntuaciones en la encuesta "ad hoc" reflejan que las sesiones clínicas son importantes herramientas de formación continuada, favoreciendo el intercambio de conocimiento y el pensamiento reflexivo, permitiendo avanzar en la mejora de la práctica incorporando la evidencia científica y unificando procedimientos.

**Palabras clave:** enfermería de quirófano, personal de Enfermería, educación continua, sesión clínica, capacitación profesional

## ABSTRACT

Nursing as a profession is in constant evolution and since 2015 the clinical nursing sessions in the Hospital el Bierzo contribute to them because they allow to verbalize and expose experiences and new techniques that are carried out in the surgical area in order to be prepared in case of emergencies and in daily work.

The aim is to describe the programme of clinical sessions carried out in 2015-2018 and its evolution, as well as the satisfaction of its participants.

A quantitative, descriptive and transversal study was carried out, based on the standard survey of the continuing education system and an "ad hoc" questionnaire of 12 questions on the clinical sessions in the Operating Room.

Fifty-five sessions were held, an average of 20 nurses participated in each session and a total of 26 hospital professionals acted as speakers.

Despite the fact that the result of satisfaction in the continuous training survey has slightly decreased, the scores in the ad hoc survey reflect that the clinical sessions are important tools for continuous training, favouring the exchange of knowledge and reflective thinking, allowing progress to be made in improving practice by incorporating scientific evidence and unifying procedures.

**Keywords:** operating room nursing, nursing staff, continuing education, clinical conference, professional training

## INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La disciplina enfermera se encuentra en un proceso constante de afianzamiento y desarrollo de los conocimientos, la realización de sesiones clínicas logra aplicar e intercambiar los conocimientos empíricos de los cuidados de enfermería<sup>1</sup>.

Haciendo historia, se puede reflejar que en el año 2015, en el Área quirúrgica del Hospital El Bierzo, Ponferrada, España, los servicios quirúrgicos y de anestesia iniciaron una programación que incluía la realización semanal de sesiones clínicas. Esto, se vio impulsado por la incorporación de profesionales y medios así como la puesta en marcha de nuevos equipos y procedimientos. Ello, ha facilitado y favorecido la realización sistemática de las sesiones clínicas por los profesionales de Enfermería, ya que, al realizarse tanto las de los anestelistas y cirujanos como las de enfermería simultáneamente en horario de 8 a 9 h., no interrumpen la actividad quirúrgica.

Una sesión clínica de cuidados es definida como: "una conferencia conjunta entre miembros de un equipo de enfermería, destinada a analizar un episodio de cuidados, en contexto clínico determinado y con finalidad analítica, evaluativa y reflexiva"<sup>2</sup>.

Dicho de otro modo, es una reunión de profesionales de enfermería donde se analiza y se debate un caso clínico o temas específicos de la unidad.

Los objetivos que se persiguen con las sesiones pueden ser de tres tipos :

### a) Adecuación metodológica.

La sesión, trataría de promover una mejor utilización del proceso enfermero. Respondería a interrogantes del tipo:

¿La valoración está basada en hechos objetivos?

¿Hemos utilizado todas las herramientas necesarias?

¿Los diagnósticos están basados en datos enunciados en la valoración?

¿Son adecuados tanto los objetivos como las intervenciones seleccionadas?

### b) Análisis de una intervención

La intervención que he seleccionado:

¿Es efectiva y eficiente?

¿Es la mejor que he podido seleccionar desde un punto de vista científico técnico?

### c) Desarrollar el pensamiento crítico mediante el análisis de práctica reflexiva.

Se trata de exponer y analizar un tema interesante para el equipo que puede aportar innovaciones desde el punto de vista teórico-práctico.

Al comienzo del programa y hasta que la dinámica de las sesiones se haya instaurado en el equipo, es recomendable comenzar por el análisis de la adecuación metodológica para posteriormente seguir con el análisis de los otros pasos metodológicos<sup>2</sup>.

La utilidad de las sesiones clínicas va más allá de la exposición y resolución de casos, el consenso, la normalización de procesos y la disminución en la variabilidad de la práctica, pudiendo abarcar un campo más amplio con el objeto de mejorar el funcionamiento del equipo y resolver problemas de la organización.

Este último caso puede suceder porque el propio equipo necesite abordar temas organizativos o de funcionamiento y las sesiones han de servir para dar pie a una discusión estructurada que permita al equipo verbalizar sus inquietudes y abra el camino para alcanzar un consenso.

Las sesiones dentro del Área Quirúrgica del Hospital, contribuyen a que el equipo sea más resolutivo en general y también en cada una de las especialidades quirúrgicas y de anestesia. Esto resulta importante en el momento de enfrentarse a casos urgentes o a contratiempos en la clínica. Del mismo modo, facilitan la puesta en común de conocimientos y experiencias y sirven de nexo de unión en el equipo.

En ciencia, el conocimiento no es fructífero, ni crece si no se comparte y se debate sobre el mismo; cualquier disciplina científica necesita que sus integrantes intercambian información y discutan sus argumentos y dudas metodológicas<sup>3</sup>. La enfermería como disciplina científica no puede quedar fuera de ese planteamiento siendo aún más perentorio ese intercambio cuando se da en un marco de creciente complejidad técnica con un cambio constante de métodos, dispositivos y herramientas en un momento de relevo generacional como el que viven los equipos de enfermería de quirófano en España<sup>4</sup>.

## JUSTIFICACIÓN

La iniciativa de realizar un programa de sesiones clínicas, vino impulsada por la necesidad de formación continuada formulada por los profesionales y fue visto como un método de difusión de las técnicas y conocimientos quirúrgicos. Dicha inquietud se vio acentuada con los movimientos de personal y la evolución del contexto quirúrgico con la incorporación de nuevas prestaciones, técnicas y modos de trabajo.

Puesto que se trata de una actividad novedosa en este contexto, se hace necesario conocer su desarrollo y sus logros, este es el principal argumento que justifica este estudio, más allá de la información que, a través de las encuestas de satisfacción, proporciona el sistema de formación continuada.

## OBJETIVOS

- Describir el programa de sesiones clínicas de enfermería realizadas en el período 2015-2018.
- Exponer los resultados de la encuesta de satisfacción de las enfermeras participantes en dicho programa.
- Comparar la evolución de las respuestas sobre las sesiones a los largo del periodo estudiado.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, cuantitativo y transversal, basado en el programa de las sesiones clínicas de enfermería realizadas en el Hospital El Bierzo de Ponferrada, León, España, desde el año 2015 al mes de septiembre de 2018.

Como herramienta, se elaboró un cuestionario "ad hoc" (ANEXO I) con 12 afirmaciones a valorar con una escala tipo Likert (1-10) para conocer la satisfacción de los profesionales con dichas sesiones. Dicho cuestionario se distribuyó en noviembre de 2016 y en septiembre de 2018.

Además, para la elaboración de este trabajo, se solicitó al jefe de unidad de formación el informe detallado de los programas de sesiones realizados y los informes de satisfacción del sistema de formación continuada ya emitidos de los programas de sesiones de 2015 a 2017.

Dichos informes valoran el grado de satisfacción global con el programa y aspectos organizativos de la misma (Horario, Duración, Idoneidad del lugar y recursos empleados) también mediante una puntuación de 0 a 10. Además, la encuesta del sistema de formación animaba a comentar los aspectos positivos y negativos de la actividad formativa.

El tratamiento de los datos se llevó a cabo con el programa informático Excel 2016, y se representan con los estadísticos media y desviación estándar.

## RESULTADOS

El número de enfermeras en plantilla del bloque quirúrgico del Hospital El Bierzo ha ido cambiando a lo largo de estos años y según las épocas del año oscilando entre un mínimo de 20 en las épocas estivales y un máximo de 38 profesionales pero ha de tenerse en cuenta que debido al nivel de rotación pasan por el mismo hasta 50 enfermeras al año.

Durante el periodo estudiado se han llevado a cabo un total de 55 sesiones, divididas en dos tipos de contenidos: "equipos y montaje" y "descripción de un procedimiento".

Participaron como docentes un total de 4 profesionales en 2015, 16 en 2016, 11 en 2017 y 8 el periodo de 2018; en total han participado como docentes 26 profesionales diferentes; 21 enfermeras del bloque quirúrgico, 3 médicos del hospital y 2 enfermeras de otras áreas. Sólo 1 profesional han impartido alguna sesión todos los años.

Asistieron al menos a una sesión un total de 18 enfermeras en 2015, 46 en 2016, 43 en 2017 y 50 en 2018. La media de asis-

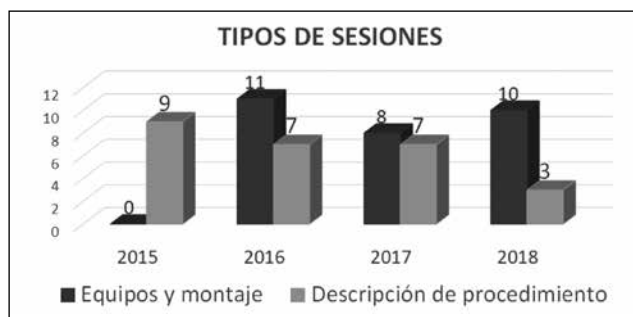


Figura 1



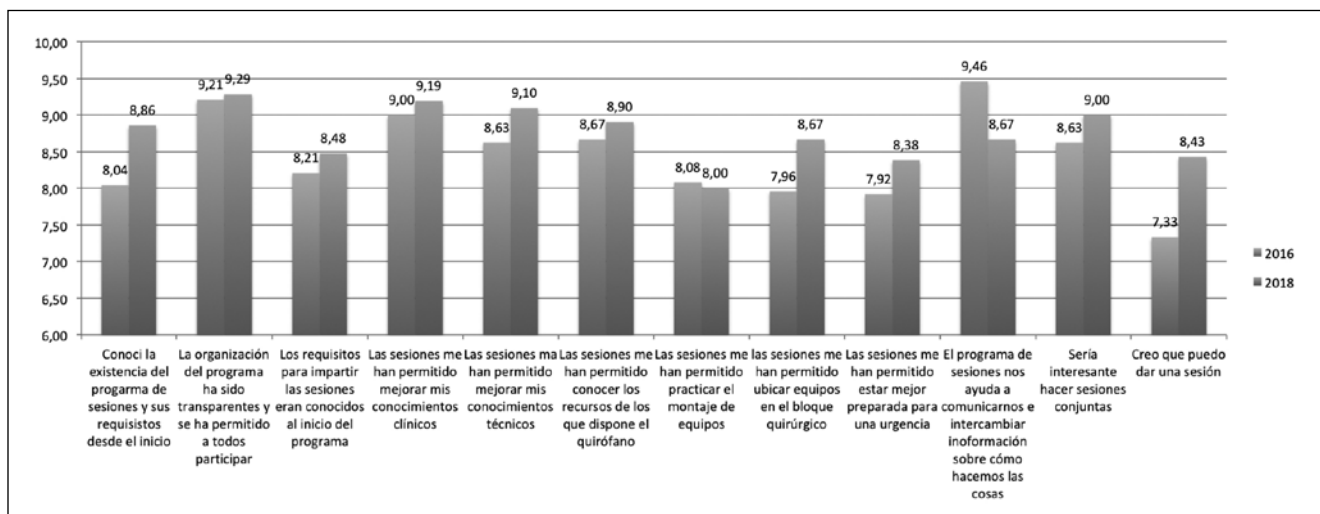


Figura 2

tencia a las sesiones fue de 20 profesionales en 2016, 14 en 2017 y 23 en 2018; no se dispone del dato de 2015. Cada profesional asistió de media a 6 sesiones en 2016, 5 en 2017 y 7 en 2018.

Por años en 2015 se realizaron 9 sesiones, en 2016: 18 sesiones, en 2017: 15 sesiones y en 2018: 13 sesiones. La distribución del tipo de sesiones se puede ver en la figura 1.

En el año 2016 un total de 24 profesionales respondieron la encuesta de evaluación (48% de tasa de respuesta), frente a los 21, 45% en el 2018.

La media de edad fue de  $42,16 \pm 9,20$  años en el 2016, observándose una disminución de la edad ( $39,17 \pm 9,96$  años) en el 2018.

En la figura 2 se pueden ver los valores de las respuestas a los diferentes enunciados de la encuesta "ad hoc" tanto en 2016 como en 2018.

El ítem mejor valorado en el año 2016 fue "el programa de sesiones nos ayuda a comunicarnos e intercambiar información sobre cómo hacemos las cosas" con una puntuación de 9,46; mientras que en el 2018 la valoración de este ítem fue de 8,67. El ítem "las sesiones me han permitido practicar el montaje de equipos" obtuvo un 8,08 en 2016 y 8,00 en 2018.

Se puede observar que el ítem mejor valorado en el 2018 fue "la organización del programa ha sido transparente y se ha permitido a todos participar" con una puntuación de 9,29. También se refleja un aumento del ítem "conoció la existencia del programa de sesiones y sus requisitos desde el inicio" (8,86 en 2018 vs 8,04 en 2016).

ma de sesiones y sus requisitos desde el inicio" (8,86 en 2018 vs 8,04 en 2016).

Respecto a la encuesta de satisfacción del sistema de formación continuada (de 2015 a 2017 pues 2018 aún no se cerró) se observa una progresiva disminución del grado de satisfacción (figura 3) que afecta a todos los parámetros consultados en dicha encuesta con especial mención al lugar donde se realizan (figura 4).

Los comentarios en dichas encuestas sitúan como puntos fuertes "Mantenerse actualizado y adquirir nuevos conocimientos", "Cercanía para consultar dudas" o "Intercambio de conocimientos" mientras que mencionan como puntos débiles "La ubicación" "Las continuas interrupciones" "El horario depende de otros profesionales".

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

La disminución de la media de edad entre la encuesta realizada en 2016 y la de 2018 se debe a un relevo generacional en la plantilla dentro del bloque quirúrgico por jubilación o movilidad



Figura 3



Figura 4

voluntaria de las enfermeras veteranas que se alinea con lo ya referido a nivel en toda España\*.

La disminución observada en la respuesta a "el programa de sesiones nos ayuda a comunicarnos e intercambiar información sobre cómo hacemos las cosas" interpretamos que es debida al escaso tiempo del que disponemos tras la presentación de las sesiones para su discusión. Esto mismo sucede con el ítem "las sesiones me han permitido practicar el montaje de equipos".

Los incrementos observados en la puntuación de los ítems "Creo que puedo dar una sesión" (8,43 en 2018 vs 7,33 en 2016), "las sesiones me ha permitido ubicar equipos en el bloque quirúrgico" (8,67 vs 7,96); "las sesiones me han permitido mejorar mis conocimientos técnicos" (9,10 vs 8,63) y "estar mejor preparado para una urgencia" (8,38 vs 7,92) entendemos que reflejan una mejora en la percepción de la capacitación y formación de los profesionales.

En relación con lo anterior consideramos que la disminución de la satisfacción observada en la encuesta del sistema de formación continuada tiene que ver con un incremento en el nivel de exigencia sobre todo a la hora de garantizar que se realicen en un lugar que asegure que no existirán interrupciones y que se podrán realizar durante el tiempo programado; esta impresión se ve afianzada por los comentarios que los profesionales realizan en dichas encuestas y por lo indicado más arriba sobre la imposibilidad de realizar discusiones amplias tras la sesión.

Las sesiones clínicas son importantes herramientas de formación continuada para los profesionales. La dinámica de las sesiones favorece el intercambio de conocimiento y el pensamiento reflexivo de las enfermeras, permitiendo avanzar en la mejora de la práctica incorporando la evidencia científica y unificando procedimientos.

El incremento del número de profesionales que imparten las sesiones y la rotación observada en los mismos con la progresiva incorporación de los profesionales más jóvenes o recién llega-

dos al servicio demuestra el papel que las sesiones pueden tener como incentivo en la adquisición de conocimientos; algo que se ve refrendado por el incremento en la respuesta al ítem "Creo que puedo dar una sesión el año que viene".

Es necesario el liderazgo de los mandos intermedios a la hora de conseguir dar estabilidad a estos programas facilitando los espacios y medios y apoyando el respeto a su realización evitando las interrupciones.

La monitorización de la satisfacción de los profesionales con el programa de sesiones es una herramienta de mejora que se deberá complementar con otros indicadores indirectos de la competencia profesional que pueden verse beneficiados por la realización de las sesiones clínicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Adolf Guirao-Goris J, Del Pino Casado R. La sesión clínica de cuidados. Finalidad y método. *Enferm Clin.* 1 de enero de 2001;11(5):214-9.
2. González Mesa, Francisco Javier; Sánchez Acha, Yolanda. Sesiones clínicas de cuidados qué son y cómo se organizan. [Internet] [citado 10 de septiembre de 2018] Disponible en: <https://evidencia.com/archivos/1428/sesiones-clinicas-de-enfermeria-que-son-como-se-organizan-2>
3. Bunge, Mario. La ciencia, su método y su filosofía. [Internet]. [citado 10 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.unsj.edu.ar/unsjVirtual/comunicacion/seminarionuevastecnologias/wp-content/uploads/2017/04/Mario-Bunge-La-ciencia-su-metodo-y-su-filosofia.pdf>
4. Meijome Sánchez XM. La seguridad del paciente quirúrgico en España, los grandes proyectos vistos por la enfermería. [Internet]. [citado 10 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://cuadernillosanitario.blogspot.com/2018/04/segunda-oleada-de-la-segpac-del-paciente.html>

## ANEXO I

Encuesta de evaluación interna. Sesiones clínicas bloque quirúrgico.

Edad: Tiempo de experiencia en quirófano H. Bierzo:

Esta encuesta trata de evaluar el programa de sesiones. Puntúa de 1 (lo peor/lo menos cierto) a 10 (lo mejor/lo más cierto) tu punto de vista sobre:													
Conocí la existencia del programa de sesiones y sus requisitos desde el inicio													
La organización del programa ha sido transparente y se ha permitido a todos participar													
Los requisitos para impartir las sesiones eran conocidos al inicio del programa													
Las sesiones me han permitido mejorar mis conocimientos clínicos (sobre el paciente, enfermedad, intervención, cuidados)													
Las sesiones me han permitido mejorar mis conocimientos técnicos (materiales y equipos)													
Las sesiones me han permitido conocer los recursos de los que se dispone en quirófano													
Las sesiones me han permitido practicar el montaje de equipos													
Las sesiones me han permitido ubicar equipos en el bloque quirúrgico													
Las sesiones me han permitido estar mejor preparad@ para una urgencia													
El programa de sesiones nos ayuda a comunicarnos e intercambiar información sobre cómo hacemos las cosas													
Sería interesante hacer sesiones conjuntas con anestesistas u otros médicos.													
Creo que puedo dar una sesión el año que viene													

Haz tus comentarios, serán bien recibidos:

# Razonamiento etiológico de los diagnósticos tegumentarios. *Etiologic reasoning of tegumentary diagnosis.*

### **Autores:**

**David Peña Otero<sup>(1)</sup>**

**Ana María Recio Vivas<sup>(2)</sup>**

**Ramón Ortega Lozano<sup>(3)</sup>**

**Laura Visiers Jiménez<sup>(4)</sup>**

*<sup>(1)</sup>Enfermero. Doctor. Programa Oficial de Posgrado en Cuidados en Salud. Hospital Sierrallana. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España.*

*<sup>(2)</sup>Enfermera. Doctora. Programa Oficial de Posgrado en Epidemiología y Salud Pública. Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael. Universidad Antonio de Nebrija. Fundación San Juan de Dios. Madrid. España.*

*<sup>(3)</sup>Doctor en Filosofía. Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael. Universidad Antonio de Nebrija. Fundación San Juan de Dios. Madrid. España.*

*<sup>(4)</sup>Enfermera. Doctora. Programa Oficial de Doctorado en Ciencias de la Enfermería. Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael. Universidad Antonio de Nebrija. Fundación San Juan de Dios. Madrid. España.*

*Dirección para correspondencia:  
[lvisiers@nebrija.es](mailto:lvisiers@nebrija.es)*

Recibido: 21 de Enero de 2019

Aceptado: 21 de Mayo de 2019

## RESUMEN

La taxonomía de la NANDA-I es pieza clave en el trabajo enfermero pero, a día de hoy, para su aplicación práctica cuenta con limitaciones derivadas de las dificultades en la interpretación de los diagnósticos enfermeros y de la diversidad de contextos en los que son creados.

El objetivo es analizar si existen diferencias etiológicas entre los diagnósticos tegumentarios propuestos por la NANDA-I en su última edición en español a través de una investigación social mediante análisis del contenido (episteme) del lenguaje estandarizado propuesto por NANDA Internacional centrado en la alteración a nivel tegumentario.

Se establecieron dos grupos de diagnósticos en función de la profundidad de la lesión. Tras proceder a la revisión de cada uno de ellos, se propone la eliminación de cuatro de los diagnósticos y la agrupación de otros específicos que tienen cabida dentro de otras etiquetas generales ya existentes.

**Palabras clave:** diagnóstico de enfermería, terminología normalizada de enfermería, etiología, piel, heridas y lesiones

## ABSTRACT

The taxonomy of the NANDA-I is a key part of nursing activity however, nowadays many limitations are encountered in its implementation arising from difficulties of the interpretation of the nursing diagnosis and the different settings in which they are created.

The aim of this study is to analyze etiological difference among integumentary diagnosis proposed by NANDA-I in its last spanish edition. It was carried out a social research through an analysis of content "episteme" of standardized language proposed by NANDA International which was focused on altered level of tegumentary.

Two groups of diagnoses were established according to lesion depth. After reviewing each of them, it is proposed to eliminate four of the diagnoses and cluster other more specific which fit into other general labels already existing.

**Keywords:** nursing diagnosis, standardized nursing terminology, etiology, skin, wounds and injuries

## INTRODUCCIÓN

El filósofo del lenguaje Ludwig Wittgenstein alude en su *Tractatus Logico-Philosophicus* que "las cosas que se pueden decir se pueden decir claramente y lo que no, es mejor callarlo"<sup>1</sup>. Con ello trata de dejar fuera aquellos conceptos inefables, es decir que rebasan los límites de lenguaje, ya que de igual manera rebasarán los límites de conocimiento. Aquello que no se puede decir, tampoco se puede aprender, conocer o asimilar. De ahí que la lucha positivista de la ciencia haga hincapié en conceptos que puedan definirse con objetividad y por tanto conocerse.

El concepto de diagnóstico, ya sea enfermero o médico, no se encuentra fuera de este debate. ¿Es realmente posible poner una etiqueta a una enfermedad o a la respuesta humana a la misma y que esta se corresponda con una realidad cognoscible? Sin duda ese es el trabajo al que se ha dedicado la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) con el fin de desarrollar la nomenclatura utilizada para enunciar, estandarizar y clasificar las respuestas o vulnerabilidad para las mismas de los individuos, familias, grupos o comunidades a una afección de salud, proceso vital<sup>2,3</sup>.

Esta es una labor complicada porque procura ayudar a identificar los rasgos universales, en casos particulares. Aristóteles dividió el saber universal del particular, al primero le llamó *episteme*, que se podría traducir por ciencia, y versa sobre los saberes necesarios y ciertos, y la *doxa* u opinión, que trata sobre lo contingente o susceptible de deliberación.

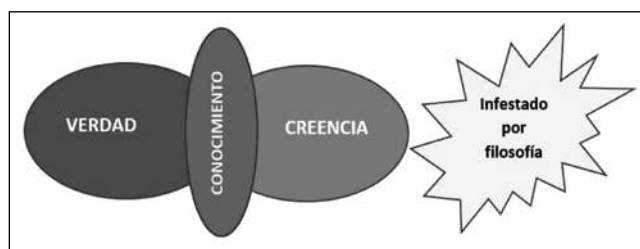
A partir de estos conceptos el bioeticista Diego Gracia equipara el conocimiento universal en las ciencias de la salud, es decir, lo que Aristóteles llamaría *episteme*, con la patología. Esta, como ciencia, procura categorizar enfermedades con sus especificidades comunes (no individuales), demostrando aquellos rasgos que pueden tomarse por universales y ciertos en

cada enfermedad. Sin embargo, la clínica pertenece al mundo de lo particular: "el conocimiento de la enfermedad propia de un individuo concreto es siempre incierto, ya que depende de la capacidad de análisis de los signos y síntomas de esa realidad concreta, que es siempre muy limitada"<sup>4</sup>.

Por eso el clínico tiene que discernir si los síntomas de un paciente en particular atienden a una determinada patología y ahí no existe certeza, sino prudencia. La creación de un manual de diagnósticos procura facilitar ese trabajo. Para ello debe mantener una constante revisión, para tratar de acercarse al objetivo propuesto.

La profesión produce las normas y las indicaciones acerca de cómo el trabajo debe ser realizado, los profesionales se asesoran y consultan entre colegas, pero la responsabilidad de una decisión corresponde al profesional que la ha tomado. El juicio profesional implica la utilización de conocimientos especializados que se poseen, para tomar la mejor decisión de cómo aplicarlos a una situación determinada. En el modelo profesional, el conocimiento es la base que otorga autoridad a los miembros para tomar decisiones respecto al ejercicio de la profesión. Una persona que no posee el conocimiento especial de una disciplina determinada no es la más indicada para emitir juicios acerca de cómo esos conocimientos deben ser utilizados. Esta es la base sobre la que se asienta el concepto de que los profesionales deben tener la autoridad necesaria para controlar el ejercicio de su profesión<sup>5</sup>.

Desde la aparición del hombre en el planeta, surgió la necesidad de mantener su especie; para ello, a través de generaciones, ha acumulado conocimientos, habilidades, rituales, costumbres y prácticas que ha transmitido de generación a generación, elementos que hoy se concretan en algunas disciplinas científicas como la Enfermería y Medicina, responsabilizadas junto a otras, del cuidado de la salud humana.



**Figura 1.- Epistemología de las Ciencias de la Salud.**  
Elaboración propia.

La Enfermería ha evolucionado de forma vertiginosa como disciplina científica; la aceptación de que su práctica se basa fundamentalmente en su propio conjunto de conocimientos emanados de la ciencia, es tal vez uno de los mayores logros alcanzados<sup>6</sup>. Comenzó a crear y sometió a prueba sus propias bases teóricas, a fomentar el desarrollo académico de sus profesionales, a aplicar sus propias teorías a la práctica y a utilizar ésta para enriquecer aquellas. La Enfermería, al igual que otras ciencias, se beneficia de la filosofía porque ella rige sus métodos a través de la lógica y la ética (Figura 1). Su punto de convergencia con las demás ciencias será el de compartir e incrementar los conocimientos de la humanidad<sup>7</sup>.

Como escribe la Dra. Santos Padrón (2011) reflexionar sobre aspectos filosóficos en los tiempos actuales, parece inusual o asunto de quienes por obligación, se alejan de la avalancha de problemas y tensiones cotidianas, para abstraerse en esos escabrosos temas. Reconoce la importancia de que los científicos definan rigurosamente los presupuestos, métodos, procedimientos y técnicas en su campo investigativo, de manera que los aproxime con precisión al conocimiento del mundo donde vivimos y contribuyan a entender mejor los fenómenos naturales y sociales que lo integran. Como sucede casi siempre en el lenguaje científico, la precisión es regla y, en ese sentido, comentar sobre un tema tan complejo como la filosofía, requiere de definiciones y conceptos claros<sup>8</sup>.

El Proceso de Atención de Enfermería o Proceso Enfermero conlleva la aplicación del método científico de resolución de problemas al ámbito de la enfermería, basándose en un modelo conceptual para la elaboración de planes de cuidados a través de diferentes fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Es un proceso dinámico con el que se persigue dar respuesta a las necesidades de los pacientes, familiares, grupos o comunidad<sup>3</sup>.

En la fase de diagnóstico, el uso de la taxonomía NANDA Internacional, Inc. (NANDA-I) es un referente a nivel mundial habiendo sido traducida a 20 idiomas, entre ellos el español. Se trata de una tarea complicada al tratarse de una traducción conceptual en ocasiones matizable y que, sin duda, requiere de una adaptación cultural. NANDA-I colabora con diversas sociedades de terminología enfermera entre las que se encuentra la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería (AENTDE). NANDA-I define el diagnóstico enfermero (DxE) como “un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad”<sup>9</sup>.

Cada DxE está integrado, al menos, por una etiqueta diagnóstica y su definición. Además ha de incorporar elementos que

permitan diferenciar claramente unos diagnósticos de otros, como son las características definitorias y los factores relacionados o de riesgo.

Por un lado, las características definitorias son elementos que permiten hacer una inferencia sobre un diagnóstico y que se agrupan como manifestaciones del mismo (signos y síntomas). Una valoración sustentada en la presencia de un determinado número de características apoyará la precisión del DxE seleccionado.

Por otro lado, los factores relacionados y de riesgo, engloban la etiología, circunstancias, hechos o influencias que se relacionan con el diagnóstico o muestran algún tipo de patrón de relación con el mismo. En algunos casos son también factor contribuyente o causa subyacente de los mismos. Estos suelen agrupar elementos del entorno, fisiológicos, psicológicos y otros que incrementan la vulnerabilidad de individuo, familia, grupo o comunidad a sufrir un evento no saludable, específicamente esto último en los diagnósticos de riesgo<sup>9,10</sup>. Sin estos elementos no sería posible verificar la exactitud de los diagnósticos lo que pondría la calidad de los cuidados de enfermería en cuestión.

Hasta el año 2002, NANDA-I no comenzó a usar criterios para el establecimiento de niveles de evidencia (NDE) en los DxE publicados. Actualmente el Comité Docente e Investigador de NANDA-I está revisando estos criterios para reflejar mejor el estado actual de la ciencia relacionado con la enfermería basada en la evidencia. El objetivo perseguido es fundamentar que éstos tengan, al menos, un NDE 2.1, es decir, que incluyan: etiqueta, definición, características definitorias, factores de relación/riesgo y referencias. Por otro lado, también se está focalizando en fortalecer la práctica clínica de los indicadores de los DxE (características definitorias y factores relacionados) para conseguir un NDE 3, haciendo hincapié en seleccionar aquellas características definitorias más relevantes para la definición del diagnóstico obviando aquellas que no sean útiles clínicamente. Con esto se pretende facilitar la toma de decisiones de las enfermeras clínicas<sup>10</sup>.

Los DxE incluidos en la Taxonomía de la NANDA-I son revisados de forma bianual con el fin de mejorar su aplicabilidad, resolviendo las cuestiones propuestas por el colectivo enfermero a través de la incorporación, eliminación o modificación de los DxE existentes. La validación del contenido diagnóstico ha sido reconocida por NANDA-I como un método importante para clarificar la taxonomía diagnóstica de enfermería, con un nivel de evidencia de 2.3, ya que requiere la opinión especializada de los enfermeros con respecto a los componentes de un DxE.

La taxonomía de la NANDA-I es pieza clave en el trabajo enfermero. Luis Rodrigo desarrolla su manual para la revisión crítica de los diagnósticos enfermeros partiendo de la opinión de que algunos de los diagnósticos de la taxonomía no están definidos con claridad y se prestan a confusiones, además de que no se contemplan todas las situaciones que están dentro de la competencia de los profesionales de enfermería en el contexto español<sup>11</sup>. En esta línea, NANDA Internacional está realizando un esfuerzo en la estandarización de los términos de indicadores diagnósticos dirigido a mejorar las traducciones y la claridad para los clínicos con lo que se espera minimizar las confusiones en su interpretación o aplicación en cada entorno<sup>2,12</sup>.

El sistema tegumentario es el sistema más grande de nuestro cuerpo y, en muchas ocasiones, espejo de otras patologías. Enfermería actúa en todos sus ámbitos sobre este sistema (hi-



giene, imagen corporal, úlceras cutáneas crónicas, etc.) y dispone de múltiples diagnósticos para abordar sus alteraciones; concretamente, la NANDA-I: Definiciones y Clasificación 2015-

2017<sup>2</sup>, incluye quince etiquetas diagnósticas con implicaciones a nivel tegumentario (Dominio 11 Seguridad /Protección, Clase 2. Lesión Física) (Tabla 1).

(CÓDIGO) ETIQUETA	DEFINICIÓN	FECHA DE APROBACIÓN. REVISIÓN. NDE
(00035) Riesgo de lesión	Vulnerable a sufrir una lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona, que puede comprometer la salud	Aprobado en 1978. Revisado en 2013, 2017 No definido NDE
(00038) Riesgo de traumatismo	Vulnerable a una lesión tisular accidental (p. ej., herida, quemadura, fractura), que puede comprometer la salud	Aprobado en 1980. Revisado en 2013 y 2017 Actualmente: Riesgo de traumatismo físico No definido NDE
(00044) Deterioro de la integridad tisular	Lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartilago, cápsula articular y/o ligamento	Aprobado en 1986. Revisado en 1998, 2013, 2017 NDE 2.1
(00045) Deterioro de la mucosa oral	Lesión de los labios, los tejidos blandos de la cavidad bucal y/o la orofaringe	Aprobado en 1982. Revisado en 1998, 2013, 2017 Actualmente: Deterioro de la integridad de la mucosa oral. NDE 2.1
(00046) Deterioro de la integridad cutánea	Alteración de la epidermis y/o de la dermis	Aprobado en 1975. Revisado en 1998, 2017 NDE 2.1
(00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Vulnerable a una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud	Aprobado en 1975. Revisado en 1998, 2010, 2013, 2017. NDE 2.1
(00048) Deterioro de la dentición	Alteración de los patrones de desarrollo/erupción de los dientes o de la integridad estructural de cada uno de ellos	Aprobado 1998. Revisado 2017 No definido NDE
(00087) Riesgo de lesión postural perioperatoria	Vulnerable a cambios anatómicos y físicos accidentales como consecuencia de la postura o equipo usado durante un procedimiento quirúrgico/invasivo, que pueden comprometer la salud	Aprobado en 1994. Revisado en 2006, 2013, 2017 NDE 2.1
(00213) Riesgo de traumatismo vascular	Vulnerable a una lesión en una vena y tejidos circundantes relacionado con la presencia de un catéter y/o con la perfusión de soluciones, que puede comprometer la salud	Aprobado en 2008. Revisado en 2013, 2017 NDE 2.1
(000220) Riesgo de lesión térmica	Vulnerable a sufrir daños en la piel y las membranas mucosas debidas a temperaturas extremas, que pueden comprometer la salud	Aprobado en 2010. Revisado en 2013, 2017 NDE 2.1
(00245) Riesgo de lesión corneal	Vulnerable a sufrir una infección o lesión inflamatoria en las capas superficiales o profundas del tejido corneal, que puede comprometer la salud	Aprobado en 2013. Revisado en 2017 NDE 2.1
(00247) Riesgo de deterioro de la mucosa oral	Vulnerable a una lesión de los labios, los tejidos blandos de la cavidad bucal y/o la orofaringe, que puede comprometer la salud	Aprobado en 2013. Revisado en 2017 Actualmente: Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral. NDE 2.1
(00248) Riesgo de deterioro de la integridad tisular	Vulnerable a una lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartilago, cápsula articular y/o ligamento, que puede comprometer la salud	Aprobado en 2013. Revisado en 2017 NDE 2.1
(00249) Riesgo de úlcera por presión	Vulnerable a una lesión localizada de la piel y/o capas inferiores del tejido epitelial, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión y/o combinada con cizallamiento	Aprobado en 2013. Revisado en 2017 NDE 2.2
(00250) Riesgo de lesión del tracto urinario	Vulnerable a una lesión de las estructuras del tracto urinario a causa del uso de catéteres, que puede comprometer la salud	Aprobado en 2013. Revisado en 2017 NDE 2.1

**Tabla 1. Etiquetas diagnósticas con implicaciones a nivel tegumentario. Definición, fecha de aprobación, revisión y nivel de evidencia (NDE)**

A partir de estas etiquetas se presenta la pregunta ¿existen criterios etiológicos que fundamenten dichos enunciados?

## JUSTIFICACIÓN

A través del siguiente trabajo se analizan las etiquetas diagnósticas clasificadas a nivel tegumentario, junto a su definición y componentes diagnósticos (características definitorias, factores relacionados o de riesgo) y aportar nuevos datos que permitan actualizar los DxE enunciados a partir de ellas en el contexto de la enfermería de lengua hispana; debido a que el cuidado de la piel es parte esencial del trabajo clínico diario de Enfermería y su diagnóstico diferencial según la taxonomía NANDA presenta alguna dificultad.

## OBJETIVO

Analizar si existen diferencias etiológicas entre los diagnósticos tegumentarios propuestos por la NANDA-I en su última edición en español.

## METODOLOGÍA

Investigación social mediante análisis del contenido (episteme) del lenguaje estandarizado NANDA Internacional centrado en las alteraciones a nivel tegumentario.

Para analizar la Doxa se han propuesto tres eslabones de profundización o fases:

La 1ª fase incluyó la definición y codificación de las etiquetas diagnósticas, partiendo del uso del Diccionario médico-biológico, histórico y etiológico Ediciones de la Universidad de Salamanca<sup>13</sup>, siendo el proceso por el que los datos brutos se transforman sistemáticamente en unidades comprensibles que permiten una descripción precisa de las características de su contenido. Una vez codificadas se enviaron a los autores para su reflexión individual, durante el mes de febrero de 2017.

En la 2ª fase o fase de profundización, comenzando el día cinco de marzo de 2017, cuatro profesores doctores en Ciencias de la Salud especializados en: evaluación de competencias, gestión, salud mental, antropología, comunicación, ética, deontología, urgencias, cuidados críticos, fundamentación y teorización de enfermería, categorizaron de manera individual las etiquetas diagnósticas mediante elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por analogía, a partir de los siguientes criterios preliminares establecidos: superficial se relaciona con el ámbito cutáneo y profundo con el tisular.

Finalmente, en la 3ª fase, se comprobó la fiabilidad, a través de un consenso entre el grupo de expertos, de la codificación-categorización en una sesión conjunta de debate grabada (94 min.) moderada por el investigador principal y no estructurada para la codificación y una nueva sesión (de 74 min.) para la categorización.

## RESULTADOS

En la primera fase de la metodología se observó que, la codificación se realiza en dos elementos dentro del sistema tegumentario, el nivel cutáneo es un área superficial, mientras que el nivel tisular afecta a áreas de mayor profundidad y estructuras

adyacentes de soporte. Por ello, los diagnósticos "Deterioro de la integridad cutánea" y "Riesgo de deterioro de la integridad cutánea" fueron codificados en el ámbito superficial o cutáneo y los diagnósticos "Deterioro de la integridad tisular" y "Riesgo de deterioro de la integridad tisular" en el plano profundo de lesión.

En la segunda fase, se analizaron las características definitorias de cada juicio clínico<sup>2</sup> (Tabla 1), excluyendo los diagnósticos que en la actualidad no tienen un comportamiento diferenciador y son constitutivos de particularidades o precisiones de códigos más amplios. Para ello, se seleccionaron todos los juicios diagnósticos que en su definición o en su etiqueta apareciera el término "cutáneo", "tisular", "tegumentario", "mucosa", "dental", "corneal" y "piel"; es decir, se analizaron todos los diagnósticos del sistema tegumentario. Posteriormente se justificaron los motivos de exclusión mediante análisis de la fiabilidad de la codificación-categorización con los siguientes resultados:

- 1) Los siguientes diagnósticos se excluyeron por no ser codificados dentro del ámbito tegumentario:
  - a) "Riesgo de traumatismo": ya que las medidas de prevención, factores de riesgo externos e internos, están enfocadas al accidente y no a la piel.
  - b) "Riesgo de lesión del tracto urinario": ya que las medidas de prevención están enfocadas a los dispositivos y se incluye la posibilidad de la mala praxis.
  - c) "Riesgo de traumatismo vascular": ya que no afecta a las capas de la piel ni a su estructura de sostén, sino a la lesión de venas y tejidos circundantes relacionados con la presencia de un catéter y/o con la perfusión de soluciones.
  - d) "Deterioro de la dentición": ya que las medidas de prevención están enfocadas a los dientes y no a la piel.
- 2) Los diagnósticos de: "Deterioro de la mucosa oral", "Riesgo de deterioro de la mucosa oral" y "Riesgo de lesión corneal" se proponen para ser incluidos dentro del nivel profundo, es decir, dentro de los diagnósticos tisulares de "Deterioro de la Integridad tisular" y de "Riesgo de Deterioro de la Integridad Tisular", sin necesidad de darle un mayor peso a las categorizaciones de deterioro de la mucosa oral o corneal a diferencia de otro tipo de mucosas o elementos tisulares.
- 3) Entre los diagnósticos de riesgo que abarcan las dos codificaciones propuestas: superficial/cutánea y profunda/tisular, se consideró pertinente y necesario disponer de los siguientes diagnósticos:
  - a) "Riesgo de úlceras por presión" y "Riesgo de lesión". El primero, sometido a validación de contenido posteriormente a su publicación por Santos, Almeida & Lucena en el año 2016<sup>13</sup>, no tiene su equivalente en diagnóstico real, ya que en el caso de producirse la úlcera por presión y en función del grado de la misma, ya podría incluirse dentro de las etiquetas de "Deterioro de la integridad cutánea" o "Deterioro de la Integridad Tisular".
  - b) El caso de la etiqueta de "Riesgo de lesión", se consideró que ha de agrupar a "Riesgo de lesión postural perioperatoria", "Riesgo de lesión térmica", "Riesgo de lesión corneal" y "Riesgo de lesión del tracto urinario" ya que son factores de riesgo o características específicas del mencionado diagnóstico "Riesgo de lesión".

## DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Disponer de diagnósticos codificados en niveles de profundidad de la lesión permite ayudar a la Enfermería a realizar mejores juicios clínicos, tal como indica Beckstead, ya que es una herramienta para tomar decisiones que mejoran los cuidados. Por lo tanto, entre sus características ha de encontrarse: la coherencia interna, el que sea intuitiva y se corresponda con las situaciones que el profesional de enfermería afronta en la práctica<sup>14</sup>.

La selección y exclusión de las etiquetas diagnósticas ya son consideradas por la NANDA-I en su versión de 2012-2014 ya que especifica<sup>15</sup>: "No todos los diagnósticos enfermeros dentro de la taxonomía NANDA-I son apropiados para cada enfermera en activo (ni nunca lo han sido). Algunos de los diagnósticos son específicos de ciertas especialidades y no necesariamente utilizados por todas las enfermeras en la práctica clínica. Además, hay algunos diagnósticos en la taxonomía que pueden estar fuera del ámbito o los estándares que rigen la práctica enfermera en la zona geográfica donde la enfermera trabaja". Esto, hace necesario revisar de manera continua la taxonomía no solo para actualizarla sino también para adaptarla al contexto en el que se aplique<sup>14</sup>. Por ello, los resultados alcanzados en esta investigación guardan coherencia con las propuestas de Beckstead y la propia NANDA.

En el año 2017, Company y colaboradores<sup>16</sup> apuntan a que serían necesarias ciertas mejoras en la taxonomía NANDA-I para simplificar el análisis de los DxE así como el desarrollo de síndromes. La última versión de la NANDA 2018-2020<sup>2</sup> entre los diagnósticos tegumentarios (Dominio 11, Clase 2):

- Modifica "Riesgo de sequedad de boca"
- Sustituye:
  - "Deterioro de la mucosa oral" por "Deterioro de la integridad de la mucosa oral",
  - "Riesgo de deterioro de la mucosa oral" por "Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral"
  - "Riesgo de traumatismo" por "Riesgo de traumatismo físico".

Con el fin de evitar superposiciones diagnósticas y favorecer la coherencia interna dentro del sistema jerárquico de clasificación taxonómica<sup>14</sup> la propuesta de este trabajo y los resultados alcanzados conllevan evitar diversos diagnósticos para una misma etiología; por ejemplo, se menciona el caso de "Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral" que podría corresponder con un "Riesgo de deterioro de la integridad tisular".

Desde el equipo investigador se encuentra la dificultad temporal en las revisiones ya que existe un tiempo muy limitado para comprobar su mejor operatividad en la clínica y proponer nuevas investigaciones que fundamenten su pertinencia. La nueva edición de la taxonomía con sus actualizaciones debe ser estudiada y sometida nuevamente al razonamiento etiológico siguiendo el principio de causalidad<sup>17-19</sup>. Al igual que Santos et al. se considera corto el tiempo para elaborar nuevas revisiones de los diagnósticos, ya que la taxonomía NANDA-I se actualiza cada dos años<sup>13</sup>.

Por otro lado, convendría encontrar niveles de evidencia que sustentaran el DxE de "Riesgo de Lesión" para su incorporación genérica dentro de los diagnósticos tegumentarios; ya que la especificidad de los diagnósticos ha de venir definida por sus características definitorias y los factores que lo condicionan y no a través de las etiquetas diagnósticas, como sucede en este caso.

Se propone agrupar algunas etiquetas diagnósticas para facilitar su manejo en la práctica clínica, tal como sucede con "Deterioro de la Integridad Tisular" y "Riesgo de Deterioro de la integridad Tisular", no obstante, convendría realizar nuevas investigaciones.

En el ámbito tegumentario, se ha observado cómo los diagnósticos podrían fusionarse y/o excluirse, facilitando así su aplicación en el contexto de la práctica enfermera. Profundizar en el análisis del contenido de los diagnósticos del sistema tegumentario permite plantearse cambios en la aplicación del lenguaje estandarizado NANDA Internacional.

Por todo ello, se sugiere

1. La eliminación de los diagnósticos "Riesgo de traumatismo", "Riesgo de lesión del tracto urinario", "Riesgo de traumatismo vascular" y "Deterioro de la dentición" del sistema tegumentario.
2. Incluir los diagnósticos de "Deterioro de la mucosa oral", "Riesgo de deterioro de la mucosa oral" y "Riesgo de lesión corneal" dentro del diagnóstico real "Deterioro de la Integridad tisular" y, los de riesgo, en el diagnóstico "Riesgo de Deterioro de la Integridad Tisular".
3. Agrupar las etiquetas diagnósticas "Riesgo de lesión postural perioperatoria", "Riesgo de lesión térmica", "Riesgo de lesión corneal" y "Riesgo de lesión del tracto urinario" en el diagnóstico de "Riesgo de lesión".

### Agradecimientos

Al equipo de profesores del Grado en Enfermería del Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wittgstein L. *Tractatus logico-philosophicus*. Madrid: Tecnos; 2003.
2. Herdman TH, Kamitsuru S (Ed.). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2015-2017*. Barcelona: Elsevier; 2015.
3. Alfaro-LeFevre R. *El pensamiento crítico en enfermería*. Barcelona: MASSON; 1997.
4. Gracia D. Deliberación moral: El método de la ética clínica. *Med Clín* 2001;117(1):18-23.
5. Jacox A. Un problema subestimado en enfermería: La influencia que ejerce sobre la atención al paciente el bienestar económico y social de la enfermera. *REBEn*. 1979;32(1):8-19.
6. Peña Otero D. Reflexiones sobre la conceptualización del cuidado en enfermería. *Educare* 2007;41:1-6.
7. Agramonte del Sol A, Leiva Rodríguez J. Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería. *Rev Cubana Enfermer*. 2007;23(1).
8. Padrón Santos H. La filosofía de la ciencia y su aplicación en el área de la salud. *Rev haban cienc méd* 2011;10(4):521-531.
9. Herdman TH, Kamitsuru S. *NANDA Internacional. diagnósticos enfermeros. definiciones y clasificación 2015-2017*. Barcelona: Elsevier; 2015.
10. Herdman & Kamitsuru (Ed.). *Nursing diagnoses. definitions and classification 2018-2020*. 11th ed. New York: Thieme; 2017.
11. Luis MT. *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica*. 9º ed. Barcelona: Elsevier; 2013

12. Santos CT, Almeida Mde A, Lucena Ade F. The nursing diagnosis of risk for pressure ulcer: Content validation. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016;24:e2693 [citado 18 mayo 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0782.2693>.
13. Cortés Gabaudan F, Ureña Bracero J, Cortés Gabaudan F (Ed.). *Dicciomed.eusal.es. diccionario médico-biológico, histórico y etimológico*. [citado 18 mayo 2019]. Disponible en: <http://dicciomed.eusal.es>
14. Beckstead JW. Taxonomies of nursing diagnoses: A psychologist's view. *IJNURSTU*. 2009;46:295-301.
15. Header Herdman T(Ed.). *NANDA internacional. definiciones y clasificación 2012-2014*. 9th ed. Madrid: Elsevier; 2012.
16. Company-Sancho MC, Estupinan-Ramírez M, Sánchez-Janariz H, Trisancho-Ajamil R. The connection between nursing diagnosis and the use of healthcare resources. *Enferm Clínica* [Internet]. 2017;27(4):214-221 [citado 18 mayo 2019]. Disponible en: [http://dx.doi.org/S1130-8621\(17\)30049-9](http://dx.doi.org/S1130-8621(17)30049-9)
17. Ruymán Brito. El diagnóstico enfermero. la ciencia del cuidado es la cuidadosología. *NANDA 2018-2020*. [citado 18 mayo 2019]. [Internet]. Disponible en: <http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2017/08/nanda-2018-2020.html?m=1#!/2017/08/nanda-2018-2020.html>
18. Gálvez Fernández M. La consulta del EIR de comunitaria ¡Nueva NANDA! novedades 2018-2020. [citado 18 mayo 2019]. [Internet]. Disponible en: <https://consultaeircomunitaria.wordpress.com/2017/07/31/nueva-nanda-novedades-2018-2020/>
19. Hill AB. Ambiente y enfermedad: ¿Asociación o causación? *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1992;113(3):233-242.



FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

**Nuberos Científica**

[www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica](http://www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica)



# Enfermedad de Crohn en Atención Primaria. *Crohn disease in Primary Health Care.*

**Autor:**

**Andrés Cicero Expósito<sup>(1)</sup>**

*<sup>(1)</sup> Graduado en Enfermería. Enfermero del  
Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:  
[andrescice@icloud.com](mailto:andrescice@icloud.com)*

Recibido: 26 de noviembre de 2018  
Aceptado: 27 de mayo de 2019

Esta revisión bibliográfica es el resultado del trabajo de fin de grado tutorizado por el profesor Alfonso Torre Valle de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cantabria y adaptado por el autor a las normas de publicación de la revista Nuberos Científica. El texto original se encuentra en el repositorio UCrea.



**RESUMEN**

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal con una incidencia en España de 6-9 casos por cada 100.000 habitantes y un coste económico de 7.722€ anuales por paciente. Este trabajo realiza una revisión bibliográfica sobre la enfermedad.

La triada clásica de la enfermedad se compone por diarrea de más de 4 semanas de duración, pérdida de peso y dolor abdominal; pero también se deben considerar en su tratamiento factores de riesgo (tabaquismo, dieta, infecciones), así como las manifestaciones extraintestinales, para el manejo de la enfermedad.

La escala de Montreal y la CDAI determinan el tipo y la actividad de la enfermedad. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud puede valorarse mediante el IBDQ-32 o su versión abreviada, el IBDQ-9. También se usa la escala HAD para la comorbilidad de la depresión y ansiedad. Todas ellas resultan útiles para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad.

Las intervenciones de enfermería orientadas a los cuidados en Atención Primaria son: acogida del paciente, adherencia al tratamiento, nutrición, deshabituación tabáquica, ejercicio, vacunación, así como el conocimiento de las UACC. Además de los cuidados estandarizados, también se debe ofrecer una atención individualizada en función del paciente y su situación concreta.

**Palabras clave:** enfermedad de Crohn, atención de Enfermería, atención Primaria de Salud, enfermedades inflamatorias del intestino

**ABSTRACT**

Crohn disease (CD) is an inflammatory bowel disease (IBD). IBD incidence in Spain is 6-9 cases per 100,000 individuals and the cost of CD is estimated in 7.722€ per patient each year. This study is based on a literature review of this disease.

The classic triad for IBD is diarrhea lasting for more than 4 weeks, weight loss and abdominal pain. However, extraintestinal manifestations and risk factors, such as smoking, diet and infections, might also be taken into account for effective management.

Montreal classification and Crohn's Disease Activity Index (CDAI) are used to determine the kind of disease and its activity. Health-related quality of life (HQoL) can be assessed using the IBD questionnaire (IBDQ-32 or short version IBDQ-9). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) is useful to evaluate the anxiety and depressive disorders. All of them may be useful in diagnosis, treatment and monitoring the disease.

Nursing interventions targeting Primary Health Care are the reception of the patient, adherence to treatment, nutrition, smoking cessation, exercise, vaccination. Knowledge of the Crohn and Colitis Care Units (CCCU) is also important.

It entails not only standardized interventions but also individualized care according to each patient and their specific situation.

**Keywords:** Crohn disease, nursing care, Primary Health Care, inflammatory bowel diseases

**INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

La enfermedad de Crohn (EC) es una patología de origen inmunológico, crónica, con afección del tracto digestivo, afectando desde la boca hasta el ano, y que, junto con la colitis ulcerosa (CU) y la colitis indeterminada (CI) conforman la enfermedad inflamatoria intestinal (EII)<sup>1,2</sup>.

La incidencia en Europa es de 12,7 casos por cada 100.000 habitantes para la EC<sup>3</sup>. En España, el diagnóstico de nuevos casos de EC es de 6-9 casos por cada 100.000 habitantes/año<sup>4</sup>. En cuanto a la prevalencia por sexos, los diferentes estudios realizados y publicados no muestran una diferencia clara sobre qué enfermedad afecta en mayor medida a un sexo u otro, estableciéndose una diferencia entre ambos sexos de entre 0,34 y 1,65 casos/100.000 habitantes para EC<sup>2</sup>. En cuanto a las diferencias étnicas, existen diferencias, siendo más elevadas en la raza blanca y las más bajas para los de origen asiático. La EC predomina entre los afroamericanos y americanos blancos, pero está más relacionada con los estilos de vida que con la etnia, observándose un aumento de la prevalencia en áreas rurales y en clases socioeconómicas más altas, estando relacionado con el desarrollo económico y de los sistemas sanitarios<sup>5</sup>.

La EC está sufriendo un aumento de la incidencia y la prevalencia en los países industrializados, existiendo la posibilidad de

que los factores ambientales, tales como tabaco y otros, pueden ser la causa de dicho aumento. Los estudios arrojan datos de un aumento en los países a medida que se han ido desarrollando. Cabe mencionar que existe una dificultad de análisis por la falta de diagnósticos certeros, ya que la enfermedad tiene una clínica insidiosa<sup>6</sup>.

Según datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)<sup>6</sup>, y en relación a la EC se observa cómo desde el año 1997 al 2015 los contactos de estos pacientes con el hospital pasaron de 5.952 a 10.752, mientras que desde el ámbito de Atención Primaria (AP) aumentan de 558 en 2004 a 21.354 en 2015. Tomando como ejemplo la Unidad de Atención Crohn-Colitis del Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona, se observa un aumento del número de pacientes, teniendo 474 en 1999 hasta los 1.784 en 2007<sup>8</sup>.

La edad característica de aparición de la EC es entre los 15 y los 30 años, aunque puede aparecer en cualquier edad<sup>8</sup>. El 78% de los estudios de EC establecen el pico de incidencia entre los 20 y los 29 años<sup>2</sup>.

Los resultados en términos de mortalidad se muestran de manera conjunta para la EII, de los que obtienen datos de la EC. Un estudio noruego de 755 casos (527 de CU y 228 de EC) realizado durante 4 años, arroja una mortalidad de 2 casos de muerte por EC de las 5 muertes directamente relacionadas con la EII; un estudio multicéntrico europeo a 796 pacientes con EII con un seguimiento de 4 años, arroja una mortalidad global de 23

pacientes (8 con EC), siendo del total, solamente 3 relacionados directamente con la propia EI, sin especificar si alguna de esas 3 son de EC<sup>5</sup>.

El impacto económico de la EI supone unos 1.083 millones de euros anuales, lo que equivale el 1,8% del gasto público en España. De ellos, el 53,5% corresponden a la asistencia sanitaria directa, mientras que el 46,5% del total corresponde a temas laborales y sociales<sup>7</sup>. Se estima que un paciente con EC gasta anualmente 7.722 € en concepto de asistencia sanitaria repartidos de este modo: el 57% los costes asociados a la EC, el 33% debido al tratamiento farmacológico y el 10% restante corresponden a consultas, pruebas e intervenciones quirúrgicas<sup>9</sup>.

## JUSTIFICACIÓN

La EI, y más concretamente la EC, son patologías con una incidencia y prevalencia *in crescendo*. El tratamiento de la misma, y la baja mortalidad, determinan una cronicación de los cuidados y por lo tanto una necesidad de atención profesional y autocuidados.

Desde AP se hace un seguimiento de los pacientes de manera rutinaria, bien sea para cumplir con las propias necesidades de los pacientes o para cumplir con los Programas de Salud. El menor número de contactos de los profesionales de enfermería con la enfermedad hace que el manejo se realice desde la incertidumbre.

Puesto que el estilo de vida está relacionado con la aparición y el curso de la enfermedad, conlleva que AP puede tener un papel importante en la prevención y el manejo de la enfermedad.

Por estas razones, se ha realizado una revisión de la literatura publicada con el propósito de ayudar a los profesionales en la gestión de pacientes con esta patología, seleccionando un conocimiento general sobre la enfermedad y seleccionando intervenciones de enfermería que puedan ayudar a los profesionales a brindar los mejores cuidados que estos pacientes puedan recibir.

## OBJETIVOS

### Objetivo general:

Estudiar la EC en el contexto de una consulta de enfermería de AP de salud, para la atención a pacientes con esta patología o ante la sospecha de nuevos casos.

### Objetivos específicos:

- Describir la EC, incluyendo sus características generales, etiología y tratamiento.
- Seleccionar herramientas para la valoración de la enfermedad y las comorbilidades.
- Enumerar las intervenciones de enfermería aplicables en los pacientes con la EC.

## METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica disponible actualmente.

La búsqueda fue realizada entre febrero y marzo de 2018 en páginas web oficiales con información relevante sobre la enfermedad como son la web de la Asociación de Enfermeros de Crohn y Colitis Ulcerosa de España (ACCU España), la Asociación Española de Gastroenterología (AEG), Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) y Grupo Enfermero de Trabajo en Enfermedad Inflamatoria Intestinal (GETEII), además de la consulta de datos epidemiológicos y encuestas del Ministerio de Servicios Sociales e Interior, Observatorio de la Salud de Cantabria, Instituto Cántabro de Estadística y el Sistema Nacional de Salud.

Se buscaron publicaciones en las bases de datos Medline, Scielo, Cuiden, Cochrane Library Plus y Google Académico a través de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) "Enfermedad de Crohn", "Enfermería", "Atención de Enfermería", "Atención Primaria de Salud", "Enfermedades inflamatorias del intestino". Los criterios de inclusión utilizados fueron publicaciones de los últimos 10 años, en castellano o inglés, acceso libre, los artículos con fecha de publicación mayor a 10 años que se han considerado, es porque disponen de información relevante.

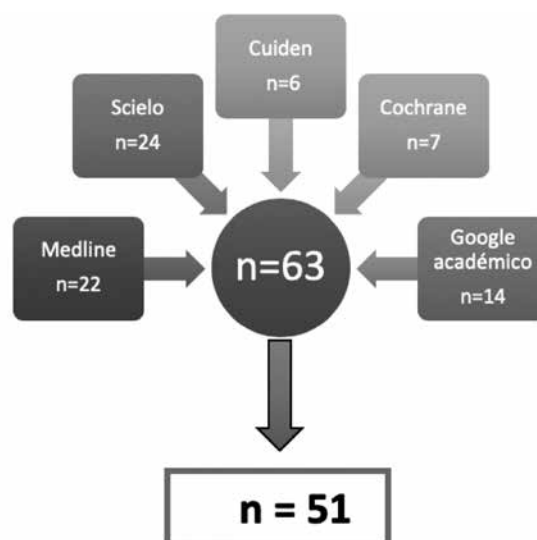


Ilustración 1: Búsqueda bibliográfica

Fuente: elaboración propia

## RESULTADOS

### Descripción de la Enfermedad de Crohn.

La EC, como patología incluida en el grupo de las EI, es de origen inmunológico y produce una inflamación del tracto digestivo. La etiología es desconocida, y aunque se relaciona con algunos factores, no hay una determinación clara acerca de la causa<sup>10</sup>.

En el interior del intestino coexisten la microbiota comensal, las células epiteliales que cubren el intestino y las células inmunitarias de los tejidos. Conviven en equilibrio hasta que sufren una alteración debido a factores ambientales específicos y/o factores genéticos, provocando una alteración crónica de la inflamación del intestino. Ante una infección u otro estímulo ambiental, una persona sana desarrolla una reacción linfóide que

remite una vez desaparece el estímulo, hecho que no sucede en un paciente con la enfermedad, produciéndose una dificultad de regulación de origen desconocido<sup>2,10</sup>.

Se han identificado una serie de factores de riesgo relacionados con la EC. Genéticamente, se ha identificado 71 alteraciones genéticas, de las que 3 se relacionan de manera específica con la EC y la respuesta inmunitaria<sup>10,12,13</sup>.

Los antecedentes familiares arrojan un riesgo del 9,2% de padecer la EC cuando un progenitor la padece, aumentando hasta el 30% cuando son ambos progenitores. Entre gemelos, la concordancia es del 37,3% en monocigóticos y del 7% en dicigóticos. El tabaco duplica el riesgo de padecer la enfermedad, influyendo en el debut y en el proceso de la misma, así como con la aparición de fístulas, mayores recaídas, necesidad farmacológica y quirúrgica y complicaciones postquirúrgicas. El abandono tabáquico mejora la evolución de la enfermedad. La dieta rica en sacarosa e hidratos de carbono, así como la elevada ingesta de grasas (saturadas e insaturadas), acompañado de un pobre aporte de fibra, aumentan el riesgo de padecer la enfermedad. Las infecciones infantiles están relacionadas con la aparición de la enfermedad, disminuyendo la incidencia por el uso de antibióticos, ya que estos disminuyen las infecciones durante la época infantil<sup>3,10,11,13,14,15</sup>.

La sintomatología es variable. Entre los síntomas principales se encuentran la diarrea crónica, fiebre, tenesmo, rectorragia, dolor abdominal y pérdida de peso. La triada clásica de la enfermedad es la comprendida por diarrea de 4 semanas de duración, dolor abdominal y pérdida de peso. La forma de aparición de la enfermedad es en forma de brotes, con períodos de remisión. También existen manifestaciones extraintestinales, siendo la artritis la más frecuente. Puede aparecer edema doloroso en labios, mucosas o encías, la también llamada "Enfermedad de Crohn Oral". Y otra manifestación extraintestinal importante es la osteopenia y osteoporosis, acentuada por el tratamiento farmacológico con glucocorticoides, ciclosporina, metotrexato y nutrición parenteral total, así como la mala absorción intestinal y la inflamación. La anemia también juega un papel en los pacientes con EC relacionada también con la alteración en la absorción intestinal<sup>2,13,14,16-18</sup>.

El tratamiento de la EC pretende la remisión del brote y mantener en estado latente la enfermedad, mejorar la cronicidad así como mantener y prevenir las complicaciones<sup>21</sup>. Los tratamientos actuales se centran en el tratamiento farmacológico, nutricional y quirúrgico. El tratamiento farmacológico utilizado más frecuentemente es: aminosilicatos para el control de la inflamación; corticoides como primera línea de tratamiento en la fase aguda de la enfermedad; inmunomoduladores como medicamento de mantenimiento de la remisión; terapias biológicas; antibióticos para el tratamiento de infecciones<sup>10,16,19-21</sup>.

### Herramientas de valoración.

Puesto que la EC se presenta con sintomatología difusa, el diagnóstico suele ser difícil, demorándolo. Esta dificultad diagnóstica también se traslada a la evaluación de la gravedad de la propia enfermedad, así como la manifestación de las enfermedades inflamatorias crónicas, lo que ha llevado a desarrollar diferentes escalas de medida, con la finalidad de valorar la gravedad de la enfermedad y establecer la eficacia de los tratamientos. Estos sistemas son fácilmente reproducibles en diferentes poblaciones, así como en diferentes momentos evolutivos de la

enfermedad, lo que los ha convertido en la manera más "objetiva" de valoración de la actividad de la enfermedad<sup>22</sup>.

**Tabla 1. ESCALAS DE VALORACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE CROHN**

ESCALA	FINALIDAD
<b>Clasificación de Montreal</b>	Clasificación de la EC
<b>Crohn Disease Activity Index (CDAI)</b>	Nivel de actividad de la EC
<b>IBDQ-32</b>	Medida de la CVRS
<b>IBDQ-9</b>	Medida de la CVRS, cuestionario más sencillo
<b>Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD)</b>	Detectar estados de depresión y ansiedad en consultas externas hospitalarias

Fuente: Elaboración propia

La clasificación de Montreal categoriza la enfermedad teniendo en cuenta la edad del diagnóstico, la localización de los tramos afectados, y el comportamiento de la enfermedad<sup>23</sup>.

La enfermedad cursa en forma de brotes. Un brote es el período en el que el paciente padece síntomas y signos por la reactivación de su enfermedad. Para clasificar el tipo de brote se utiliza una escala de actividad de la EC, el Crohn Disease Activity Index (CDAI). Incluye 8 variables, de las cuales 7 son clínicas y 1 parámetro analítico. Útil para los ensayos clínicos. Clasifica el brote en: leve a moderada; moderada a grave; y grave. Esta clasificación es muy subjetiva y tiene variabilidad entre observadores. Además, tiene una dificultad de aplicación, puesto que requiere de 7 días para la cumplimentación, debido a la necesidad de pruebas diagnósticas y estudios de laboratorio<sup>16,19,22,23</sup>.

El carácter crónico de la enfermedad comporta un cambio en la percepción de la salud del individuo que la padece. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es una potente medida de percepción de la enfermedad por parte del paciente, ya que no sólo mide el estado de salud, sino que incluye otros conceptos como son la economía, educación, legislación, relación de pareja, etc. Para cuantificarlo en todos los tipos de EII se desarrolló el Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ). La versión original validada al español fue el IBDQ-32. La gran cantidad de preguntas que contiene complica la utilización en la consulta. Por ello, se desarrolló un cuestionario abreviado, el IBDQ-9, más sencillo de completar, teniendo buena consistencia interna, fiabilidad, reproducibilidad y sensibilidad al cambio clínico<sup>24-28</sup>.

Los pacientes con EC presentan un alto grado de comorbilidad con patología psicológica. La prevalencia de la depresión y ansiedad de los pacientes con EC oscila entre 29-35% durante la fase de remisión, y del 80% de ansiedad y 60% para la depresión durante un brote de la enfermedad. La presencia de estos trastornos psicológicos influye en el riesgo de sufrir una recaída. La Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) es utilizada para detectar estados de depresión y ansiedad en el marco de las consultas médicas externas. Las consultas externas de atención especializada son semejantes a las consultas de AP, lo que permite la extrapolación del uso de esta escala hospitalaria a las mismas. Se trata de una escala de 14 ítems, donde la respuesta

del paciente es escogida de entre las disponibles según cuál sea la que más se asemeja a su sentimiento<sup>26,29-31</sup>.

### Intervenciones de Enfermería.

Según la Organización Mundial de la Salud: "la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal"<sup>32</sup>. Por lo que su responsabilidad competencial alcanza también a esta enfermedad de carácter crónico. La consulta de enfermería debe establecerse en base a unos pilares: accesibilidad y agilidad; trabajo en equipo; continuidad de cuidados; escucha empática y apoyo emocional al paciente y familia; resolución de problemas; educación hacia la auto-gestión<sup>34-37</sup>.

El conjunto de cuidados y autocuidados se describen seguidamente:

En relación a la acogida del paciente de reciente diagnóstico y posterior seguimiento, ante un paciente de reciente diagnóstico, lo más importante es prestarle apoyo, incluyendo la identificación de sus necesidades y garantizar el acceso adecuado a la atención especializada. La primera consulta puede ser una experiencia desafiante. Para conseguir el éxito, se deben tener en cuenta factores como el entorno social, actitudes, creencias, percepciones y aspectos físicos y emocionales de la persona afectada. El paciente va a tener una relación permanente con el profesional, por lo que es importante el establecimiento de la relación terapéutica, que contribuirá a una disminución en el tiempo de su recuperación<sup>37-39</sup>.

Aunque la evolución de la enfermedad es impredecible, incluso siguiendo el tratamiento de manera prescrita, la mala adherencia al tratamiento aumenta las probabilidades de exacerbaciones y complicaciones. El grado de cumplimiento es proporcional a las probabilidades de mantener la remisión. Existen una serie de factores que puede hacer sospechar la falta de adherencia al tratamiento (Anexo 1), pero lo más sencillo es preguntar directamente al paciente en todas las consultas. Para aumentar la adherencia se dispone de estrategias específicas que mejoran la adhesión, dividiéndose en educacionales y conductuales (Anexo 2)<sup>38</sup>.

El cuidado de la nutrición y las recomendaciones dietéticas es un tema capital, ya que la enfermedad cursa con alteraciones del tubo digestivo. Ello puede provocar desnutrición debido a la disminución de la ingesta de alimentos, los problemas de asimilación de los alimentos en el intestino, pérdida de nutrientes y aumento del consumo de energía. Los objetivos de la dieta se concentran en prevenir deficiencias, una dieta libre y variada, individualizada al paciente y conseguir la ingesta adecuada de proteínas, calcio y hierro. No existe una dieta específica que funcione para todos los pacientes, pero sí que existen una serie de recomendaciones nutricionales en períodos de brote (Anexo 3). No hay evidencia científica con respecto al consumo de lácteos, siendo únicamente limitados en los casos estrictamente necesarios ya que se debe prevenir la osteopenia. La fibra depende de si el paciente se encuentra en período de brote o de remisión: la dieta será pobre en residuos durante los brotes, y en fase de remisión seguirá una dieta equilibrada, incluyendo la fibra necesaria. La dieta pobre en grasa favorece la remisión de la enfermedad en torno al 60-100% de los pacientes<sup>39-41</sup>.

El beneficio de la actividad física no está bien definido en la EC. Diversos estudios demuestran el beneficio sobre el desarrollo y control de la actividad de la enfermedad. El beneficio de la práctica de actividad radica en la prevención de complicaciones relacionadas con la enfermedad y su tratamiento, como la desmineralización ósea, el control del peso y los trastornos de imagen corporal. El profesional de enfermería puede recomendar la realización de actividad física siguiendo unas pautas (Anexo 4)<sup>38</sup>.

Se estima que un 75% de los pacientes con EC se han sentido deprimidos en algún momento durante el transcurso de la enfermedad. Las actuaciones de carácter psicológico propuestas, con o sin ayuda del tratamiento farmacológico, están orientadas hacia el refuerzo de la red de apoyos. La educación en el manejo de la enfermedad y las estrategias de afrontamiento para la prevención de brotes ante estresores externos o síntomas relacionados con el curso clínico son imprescindibles. La terapia de control de estrés y relajación ha demostrado producir una mejoría clínica y estadísticamente significativa de los síntomas emocionales debido a estrategias efectivas para afrontar las demandas de la enfermedad. La terapia educacional, orientada al empoderamiento del paciente en el conocimiento del paciente sobre su propia enfermedad, ha demostrado beneficios. La terapia comportamental y estrategias de afrontamiento son especialmente utilizadas en la edad pediátrica y en adolescentes. Su uso conlleva a un beneficio en la reducción de las manifestaciones psicológicas. Y por último el tratamiento psicofarmacológico puede utilizarse en conjunto o no con el resto de terapias, siendo siempre evaluados por un profesional especializado<sup>30,38</sup>.

Respecto al calendario vacunal, se debe de determinar el nivel de seroprotección y valorar el riesgo de infecciones oportunistas según la Organización Europea y de Crohn y Colitis. Se debe estudiar y completar la inmunización completando el calendario vacunal. Para minimizar el riesgo de infección, es recomendable que los convivientes con el enfermo dispongan de su calendario vacunal actualizado, mostrando especial interés en la triple vírica, varicela, hepatitis A y la gripe<sup>37,38</sup>.

El tabaco es uno de los factores ambientales que más influyen en la EC, aumentando la predisposición e impactando negativamente en la historia natural de la enfermedad, así como en la CVRS. La intervención "5 A" (Anexo 5), es la que mayor consenso tiene de utilización en la consulta. Se puede realizar en tan sólo de 3-5 minutos, y este consejo mínimo tabáquico debería realizarse siempre en el primer contacto con el paciente. El éxito de la intervención es dependiente de la motivación del paciente. Para ello, es importante la identificación del tabaquismo como un problema, por lo que se recomienda la intervención breve motivacional de las "5 R" (Anexo 6), que se basa en los principios de la entrevista motivacional<sup>38</sup>.

En relación a la sexualidad y el embarazo, es normal tener una disminución del deseo sexual durante un brote. La mayoría de pacientes no tiene ningún impedimento en fases de remisión, sirviendo de motivación para mantener a raya la enfermedad. Se debe mantener un mínimo de tiempo en las consultas para que el paciente pueda expresar su preocupación, y disminuir el factor estresor que suponga, así como hablar sobre el embarazo, explicando que la EC no es incompatible con el deseo de ser madre. Al no existir una herramienta formal de medir el impacto de la EC puede ser beneficioso para la promoción de un enfoque individualizado<sup>37,38</sup>.

La EC repercute directamente sobre el sistema sanitario, au-



mentando el gasto sanitario de manera directa o indirecta sobre el paciente. El manejo de la enfermedad ha cambiado en los últimos años, dirigiéndose hacia la recuperación de la salud y el bienestar, donde radica la búsqueda y el uso de nuevos recursos encaminados a la educación y la promoción de la salud. Esto, justifica la creación de las Unidades de atención de la enfermedad de Crohn y Colitis (UACC), un modelo de asistencia integral y continuada (presencial y a distancia), que da soporte a la decisión clínica, lo que ayuda al paciente a manejar los problemas de salud y mejorar los sistemas de información sanitaria. Los usuarios son todas aquellas personas relacionadas directa o indirectamente con la EI, incluyendo a pacientes, familiares, amigos, instituciones o profesionales de la salud<sup>38,42</sup>.

## DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

La Enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria con una sintomatología insidiosa, que en ocasiones se confunde con otras patologías. Ante un paciente con diarrea de más de cuatro semanas de duración, dolor abdominal y pérdida de peso, se debe sospechar de un posible caso de EC.

Los factores predisponentes pueden apoyar el criterio diagnóstico, por lo que se tendrá en cuenta los antecedentes familiares, el consumo de tabaco, la dieta y las infecciones previas. El 25-30% de los pacientes pueden padecer manifestaciones extra-intestinales, por lo que es importante tenerlas en cuenta para su prevención y tratamiento.

Al ser la EC una patología crónica y con una evolución errática, es importante valorar la enfermedad de la manera más objetiva posible. Para ello se usará la clasificación de Montreal y la escala CDAI para clasificar y cuantificar el brote. Además, la CVRS será valorada con los IBDQ-9 o IBDQ-32, así como la comorbilidad con ansiedad y depresión mediante la escala HAD.

Los datos sobre incidencia y prevalencia de la enfermedad, así como los datos del CMBD, demuestran que la probabilidad del contacto de un paciente con la enfermedad en una consulta de AP está en aumento. Por ello, se pueden llevar a cabo una serie de intervenciones para el manejo de la enfermedad, como son la acogida del paciente, la adherencia al tratamiento, recomendaciones dietéticas, beneficios del ejercicio, la sexualidad y embarazo, manejo de los aspectos psicosociales, estado de inmunización y deshabituación tabáquica. Además, existe el apoyo de las UACC, siendo importante el conocimiento de su existencia, tanto para la derivación de pacientes que lo requieran, como para el uso como fuente de consulta ante las dudas que le puedan surgir a los profesionales.

Aunque se recojan un conjunto de intervenciones de enfermería para el manejo de la enfermedad, se debe individualizar la atención, lo que puede implicar la supresión o adición de intervenciones en función de las necesidades del paciente, siempre bajo el respaldo de la evidencia científica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Díaz M, Lana R, Mendoza J.L. Definiciones y manifestaciones clínicas generales. En: *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*. 3ª ed. Madrid. 2007. P.21-28.
- Blumberg RS, Friedman S. Capítulo 351: Enfermedad intestinal inflamatoria [internet]. Nueva York (NY): McGraw-Hill Education; 2016 [revisado el 8 de febrero de 2018; citado el 9 de marzo de 2018] Disponible en: <http://harrisonmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717&sectionid=114934311>
- Geteccu [internet]. Bilbao: Geteccu [revisado el 10 de febrero de 2018; citado el 12 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://geteccu.org/pacientes/epidemiologia-en-la-enfermedad-de-chron>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal Estadístico. Área de Inteligencia de Gestión [internet]. [revisado el 9 de febrero de 2018; citado el 9 de marzo de 2018] Disponible en: <http://pestatistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/Comun/DefaultPublico.aspx>
- Equipo de revisión de la Organización Mundial de Gastroenterología [internet]. Enfermedad inflamatoria intestinal. Organización Mundial de Gastroenterología; 2015 [revisado el 8 de febrero de 2018; citado el 9 de marzo de 2018] Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/inflammatory-bowel-disease-spanish-2015.pdf>
- Gassull MA, Sicilia Aladrén B. Epidemiología de las enfermedades inflamatorias intestinales. Factores ambientales internos y externos en su patogenia. En: *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*. 3ª ed. Madrid. 2007. P.29 – 50.
- Borrue N, Casellas F, Castells I, Castillejo N, Malagelada J.R, Masachs M, et al. Aplicación de un modelo de asistencia continuada en la enfermedad inflamatoria intestinal: La Unidad de Atención Crohn-Colitis. *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32 (2): 77-82.
- Bastida G, Casellas F, Ginard D, Gomollón F, Hinojosa J, Lindner L, et al. Costes médicos directos de la enfermedad de Crohn en España. *Pharmacoeconomics – Spanish Research Articles* 2010; 7 (1): 38 – 46.
- Gomollón F, Sans M. Enfermedad inflamatoria intestinal. *Enfermedad de Crohn*. En: *Intestino delgado y colon*. 2ªed. Madrid. 2008. P. 443-58.
- Ondategui-Parra S. Enfermedad inflamatoria intestinal: situación actual y retos asistenciales [internet]. Centro de investigación de ciencias de la vida de EY;2016. [revisado el 9 de febrero de 2018; citado el 9 de marzo de 2018] Disponible en: [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY-informe-enfermedad-inflamatoriainestinal/\\$FILE/EY-enfermedad-inflamatoria-intestinal-situacion-actual-y-retosasistenciales.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY-informe-enfermedad-inflamatoriainestinal/$FILE/EY-enfermedad-inflamatoria-intestinal-situacion-actual-y-retosasistenciales.pdf)
- Borrue N, Guarnier F. Fisiopatología de la enfermedad de Crohn. *GH Continuada* 2002; 1 (7).
- Barreiro M, Díaz-Rubio M, Domínguez JE, Lana R, Mendoza JL. NOD2/CARD15: diferencias geográficas en la población española y su aplicación clínica en la enfermedad de Crohn. *Rev Esp Enferm Dig* (Madrid) 2010; 102 (5): 321-326.
- Renato C, Rodrigo P. Enfermedades inflamatorias intestinales: colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. *Rev.Med.Clin.Condes – 2008*; 19(4) 331-341.
- Márquez JR. Enfermedad de Crohn. Enfoque diagnóstico y terapéutico de las primeras visitas. *Rev Col Gastroenterol Colombia* 2014. 29(4): 404-416.
- Castiñeira C, Costa C. Enfermedad de Crohn [internet]. *Fisterra*; 2017. [revisado el 16 de febrero de 2018; citado el 15 de marzo de 2018] Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/enfermedad-crohn>
- Cabré E, Doménech E. Manifestaciones y complicaciones extra-intestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal. En: *Intestino delgado y colon*. 2ªed. Madrid. 2008. P. 483-96.
- Alcedo J, Ara M, Carapeto F.J, Lafuente F, Salsench E, Zaballos P. Manifestaciones cutáneas de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Med Gen*. 2002; 42: 188 – 97.
- Nos P, Clofent J. Capítulo 25 Enfermedad de Crohn. En: *Trata-*



miento de las enfermedades gastroenterológicas. 3ª ed. Barcelona. 2011. P. 293-304.

19. Esteve M, Loras C, Rosinach M. Capítulo 26 Tratamiento general del brote de enfermedad de Crohn. En: Enfermedad inflamatoria intestinal. 3ª ed. Madrid. 2007. P. 345 – 355

20. Aceituno M, Panés J. Capítulo 27 Tratamiento de la enfermedad de Crohn en relación al fenotipo. 3ª ed. Madrid. 2007. P. 358 – 363.

21. Barreiro de Acosta M, Cae Calvo AB. Métodos de diagnóstico. Medida de la actividad. En: Enfermería inflamatoria intestinal para enfermería. Madrid. 2016. p: 17-27.

22. Ber Y, Iáñez P. Enfermedad de Crohn y sus complicaciones [internet]. Grupo CTO editorial. [revisado el 22 de febrero de 2018; citado el 20 de abril de 2018] Disponible en:

<http://www.aegastro.es/pacientes/infogastrum/enfermedad-de-crohn-y-sus-complicaciones>

22. Casellas F, López J. Capítulo 43 Calidad de vida en la enfermedad inflamatoria intestinal. En: Enfermedad inflamatoria intestinal. 3ª ed. Madrid. 2007. p:527 – 538.

23. Escalada P, Hueso C, López R, Marín B, Rodríguez C, Sanz AC. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. An. Sist. Sanit. Navar. 2016, Vol.39, Nº1, enero – abril.

24. Iglesias M. Aspectos psicológicos de la EI. Inflamatoria: Revista oficial del grupo EIGA 2010. 5: 4-12.

25. Casellas F, Malagelada JR, Masachs M. Traducción, adaptación y validación al español del cuestionario de calidad de vida de 32 ítem (IBQD-32) de la enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Esp Enferm Dig 2007; (99)9: 511-519.

26. Aldana G, Cachima L, Corredor L, Esquerre I, Istúriz R, La Cruz M, et al. Percepción de Calidad de Vida Determinada por Cuestionario Ibdq-32, en Pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Rev Gen 2012; 66(3): 155-159.

27. Gomez E, Panés J, Vidal A. Aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad inflamatoria intestinal. En: Enfermedad Inflamatoria Intestinal. 3ª ed. Madrid. 2007. p:569-577.

28. Comeche MI, Díaz MA, Mas B. Tratamiento cognitivo-conductual protocolizado en grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales. Rev Esp Enferm Dig 2007; 99: 593-598.

29. Comeche MI, Díaz M, Díaz MA, Mas B, Vallejo MA. Enfermedad inflamatoria intestinal: depresión y estrategias de afrontamiento. Apuntes de Psicología 2008; 26(1): 91-102.

30. Muñoz D. Capítulo 2 Papel de la enfermería en las unidades integrales de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). En: Guía Práctica de Enfermería en Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Madrid. 2017. P: 15- 22.

31. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Enfermería. Página web [consultado el 1 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

32. Abreu L, Amo L, Blázquez I, Calvo M, González-Lama Y, Matallana V, et al. Impacto de la incorporación de la enfermera a una unidad de enfermedad inflamatoria intestinal. Gastroenterol Hepatol. 2016; 39(5):318-323.

33. Borrue N, Casellas F, Castells I, Torrejón A. Efecto de la aplicación de un modelo de asistencia continuada centrada en el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal en la actividad hospitalaria. Rev Esp Enferm Dig 2010; 104: 16-20.

34. Casellas F, Vera I, Ginard D, Torrejón A. Inflammatory boweel disease patient's satisfaction with healthcare services received. Physicians' and nurses' perceptions. Rev Esp Enferm Dig 2013; 105:385-391.

35. Bager P, Détré P, Dibley L, Dignass A, Duncan J, Gaarenstroom J, et al. N-ECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. Jour-nas of Crohn's and Colitis. 2013 (7):744-764.

36. Gallego M, Murciano F. Capítulo 3 Actividad asistencial. En: Guía Práctica de enfermería en Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Madrid. 2017. p: 23 – 162.

37. Equipo de trabajo de la Guía de buenas prácticas de la Registered Nurses Asociation of Ontario. Guía de buenas prácticas en enfermería: establecimiento de la relación terapéutica [internet]. Ontario; 2006. [revisado el 20 de abril de 2018; citado el 20 de abril de 2018] Disponible en: [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014\\_RTerapeutica\\_spp\\_022014\\_-\\_with\\_supplement.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_RTerapeutica_spp_022014_-_with_supplement.pdf)

38. Cabré E. Nutrición, dieta y Enfermedad Inflamatoria Intestinal. 1ª ed. Madrid. 2008

39. Cabré E. Mitos, leyendas y verdades sobre las recomendaciones dietéticas en la enfermedad inflamatoria intestinal. Enferm inflam intest dia. 2016; 15(2):65-71.

40. Borrue N, Casellas F, Castells I, Castillejo N, Malagelada JR, Masachs M. Aplicación de un modelo de asistencia continuada en la enfermedad inflamatoria intestinal: la Unidad de Atención Crohn-Colitis. Gastroenterol Hepatol. 2009; 32(2):77-82.

## ANEXOS

### Anexo 1: Factores de sospecha de falta de adherencia al tratamiento.

FACTORES DE SOSPECHA DE MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO			
Relacionados con la enfermedad	Relacionados con el paciente	Relacionados con el tratamiento	Relacionados con la relación del personal sanitario con el paciente
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad leve (inactiva, poco extensa) y de larga evolución (adultos)</li> <li>- Enfermedad grave (adolescentes)</li> <li>- Reciente diagnóstico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adultos varones, solteros o sin relación estable</li> <li>- Empleados a tiempo completo</li> <li>- Depresión, ansiedad</li> <li>- Menor calidad de vida</li> <li>- Tabaquismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Múltiples fármacos</li> <li>- Varias tomas al día</li> <li>- Administración rectal</li> <li>- Pastillas grandes, mal sabor de la medicación</li> <li>- Efectos adversos (reales o potenciales)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente poco informado -</li> <li>- Desconfianza en el personal que le atiende</li> </ul>

Fuente: Guía Práctica de enfermería en enfermedad inflamatoria intestinal<sup>37</sup>.

**Anexo 2: Estrategias de mejora de la adhesión al tratamiento.**

<b>ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO</b>
<p><b>Estrategias educacionales.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discutir el tiempo suficiente y con un lenguaje llano la necesidad de un tratamiento, los efectos esperados y los posibles efectos secundarios.</li> <li>- Asegurarnos de que el paciente comprende lo que te explicamos.</li> <li>- Reforzar la información con material escrito, como folletos informativos.</li> <li>- Disponer de una línea para consultas telefónicas o por correo electrónico.</li> <li>- Tener en cuenta la opinión del paciente cuando se toma una decisión sobre el manejo o tratamiento de la enfermedad.</li> <li>- Promover la asistencia a grupos didácticos, charlas o coloquios en asociaciones de pacientes.</li> <li>- Entregar una lista de páginas web, redes sociales y comunidades virtuales con información de confianza.</li> <li>- Enseñar al paciente a actuar frente a un brote.</li> <li>- Informar sobre signos y síntomas de alarma en caso de brote.</li> </ul>
<p><b>Estrategias conductuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponer de consultas monográficas que permitan una valoración rápida en caso de brote.</li> <li>- Simplificar la posología: las formulaciones que requieren una toma al día son más fáciles de cumplir que las que requieren varias. De hecho, en un estudio la eficacia fue mayor, probablemente por un mejor cumplimiento.</li> <li>- Tener visitas programadas.</li> <li>- Alarmas-recordatorio en el teléfono móvil, aplicaciones móviles, envío de SMS o correos electrónicos.</li> <li>- Colocar la medicación cerca de objetivos de uso diario (por ejemplo, cepillo de dientes).</li> <li>- Pastilleros con calendario.</li> </ul>

Fuente: Guía de Práctica de Enfermería en Enfermedad Inflamatoria Intestinal<sup>37</sup>

**Anexo 3: Recomendaciones nutricionales en periodo de brote.**

<b>RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN PERIODO DE BROTE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se recomienda, en principio, dieta absoluta.</li> <li>- Evitar sólo aquellos alimentos que, de forma reiterada y sistemática, aumenten los síntomas.</li> <li>- Dieta a base de alimentos de fácil digestión y absorción.</li> <li>- Moderar el consumo de grasas, tanto en la composición como en la preparación.</li> <li>- Moderar el consumo de azúcares, que pueden potenciar la distensión abdominal y la diarrea por malabsorción.</li> <li>- Limitación del consumo de leche durante los brotes si ésta, de manera clara y reiterada, aumenta la diarrea. Pueden tolerarse yogures, quesos y lácteos sin lactosa.</li> <li>- Es aconsejable hacer una dieta pobre en fibra insoluble en las formas estenosantes de EC, o en brotes de CU grave o extensa.</li> <li>- Pasar a dieta progresiva hacia alimentos ricos en proteínas y con suficiente energía.</li> <li>- Hacer varias comidas al día y en poca cantidad.</li> <li>- Beber diariamente no menos de 2 litros.</li> </ul>

Fuente: Guía de Práctica de Enfermería en Enfermedad Inflamatoria Intestinal<sup>37</sup>

**Anexo 4: Pautas para recomendar actividad física en pacientes con EC.**

<b>PAUTAS PARA RECOMENDAR ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON EC</b>
<p><b>1. Las características del ejercicio físico deben de ser individualizadas, adaptándolas a su edad, condición física y situación clínica.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. La intensidad de la actividad física debe ser en grado ligero-moderado, predominando el ejercicio aeróbico e isotónico.</li> <li>3. La actividad física debe realizarse de forma progresiva a lo largo del tiempo, regular, y cada una de las sesiones debe constar de fase de calentamiento, ejercicio y vuelta a la calma.</li> <li>4. La actividad física no debe ser de tipo competitivo, para que no suponga un estrés extra para el paciente.</li> <li>5. Son recomendables deportes que favorezcan técnicas de respiración abdominal y la relajación, así como recomendar ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico.</li> <li>6. La faja es recomendada a pacientes ostomizados.</li> <li>7. La planificación de la actividad física debe incluir recursos disponibles que porten confort y tranquilidad a la práctica, como aseos públicos, por ejemplo.</li> <li>8. Seguir una adecuada hidratación antes y después del ejercicio.</li> <li>9. Pacientes tratados con corticoides se deben limitar los ejercicios de carga e impacto sobre las articulaciones para evitar fracturas.</li> <li>10. Se recomienda la realización de actividades grupales, ya que favorecen la integración social en niños y adolescentes.</li> </ol>

Fuente: Guía de Práctica de Enfermería en Enfermedad Inflamatoria Intestinal<sup>37</sup>

**Anexo 5: Pasos para la intervención breve "5 A"**

<b>INTERVENCIÓN BREVE "5 A"49</b>	
<b>Analizar y anotar</b>	Preguntar sobre el consumo de tabaco y registrar la respuesta a la historia clínica.
<b>Aconsejar</b>	Aconsejar a todos los pacientes fumadores que dejen de fumar. El consejo debe ser firme y personalizado.
<b>Evaluar</b>	Valorar la disposición de los pacientes para dejar de fumar.
<b>Ayuda</b>	Apoyar, ayuda psicológica y farmacológica cuando proceda.
<b>Acordar el seguimiento</b>	Establecer un seguimiento para continuar con el proceso de dejar de fumar.

Fuente: Guía de Práctica de Enfermería en Enfermedad Inflamatoria Intestinal<sup>37</sup>

**Anexo 6: Intervención breve motivacional "5 R"**

<b>INTERVENCIÓN BREVE MOTIVACIONAL "5 R"49</b>	
<b>Relevancia</b>	Ayudar a los pacientes a identificar por qué razones personales puede ser relevante dejar de fumar.
<b>Riesgos</b>	Ayudar a identificar qué consecuencias negativas tiene el consumo de tabaco.
<b>Recompensas</b>	Ayudar a identificar potenciales beneficios de dejar de fumar.
<b>Resistencias</b>	Ayudar a que los pacientes identifiquen cuáles son las barreras para dejar de fumar, que a menudo pueden incluir el miedo a los síntomas de abstinencia, al fracaso, a ganar peso, a afrontar situaciones sociales...
<b>Repetición</b>	Repetir la intervención en caso de no avanzar en el estadio del cambio.

Fuente: Guía de Práctica de Enfermería en Enfermedad Inflamatoria Intestinal<sup>37</sup>



# Traslado neonatal. Revisión bibliográfica.

## *Neonatal transport.*

## *Bibliographic review.*

### **Autoras:**

**Yaiza Alonso Villarroel<sup>(1)</sup>**

**Alba Acevedo Pozo<sup>(2)</sup>**

**M<sup>a</sup> Cruz Villarroel Modrón<sup>(3)</sup>**

<sup>(1)</sup> Grado en enfermería. Enfermera del Hospital Comarcal de Laredo. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España.

<sup>(2)</sup> Grado en enfermería. Enfermera de Atención Primaria de Camargo Interior. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España.

<sup>(3)</sup> Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería del Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA). Castilla y León. España.

Dirección para correspondencia:  
[yaizaalonsovillarroel@gmail.com](mailto:yaizaalonsovillarroel@gmail.com)

Recibido: 29 de noviembre de 2018

Aceptado: 2 de mayo de 2019

Revisión bibliográfica que se corresponde con el Trabajo Fin de Grado de la autora del año 2017. Tutorizado por el profesor Roberto Martínez Martín, de la Escuela de Enfermería "Dacio Crespo", Universidad de Valladolid, y adaptado por la propia autora, a las normas de publicación, de Nuberos Científica. En su origen, se encuentra en repositorio de dicha Universidad.

## RESUMEN

El sistema sanitario está normalmente protocolizado, sin embargo, pocos son los hospitales que disponen en el Servicio de Neonatología de una guía útil para que el equipo sanitario pueda garantizar un traslado del neonato eficiente sin deteriorar la patológica preexistente. Esto y el aumento del número de traslados a lo largo de los años ha sido el motivo para la realización de esta revisión bibliográfica.

Se buscaron evidencias científicas que fundamentaron la elaboración de un protocolo, utilizando bases de datos científicas y otras fuentes, aplicando criterios de inclusión y exclusión, para la selección de los artículos.

El éxito del transporte no depende exclusivamente de su rapidez, sino de que exista un dispositivo organizado, material adecuado y un equipo profesional especializado y habituado a las características del enfermo. Tras el análisis de los artículos, se observa un incremento reciente del número de traslados, aunque las patologías que los originan son similares a las de años atrás. España en comparación con Latinoamérica, es uno de los países con más implicación en estos traslados.

**Palabras clave:** transferencia de pacientes, recién nacido, enfermería y guía de práctica clínica

## ABSTRACT

The health system is usually notarized, however, there are few hospitals that have a useful guideline in the Neonatology Service for sanitary equipment to guarantee an efficient newborn transfer without impairing the pre-existing pathologies.

This and the increase of the number of transfers over the years has been the reason for the realization of this literature review.

In order to elaborate a protocol of action, we have carried out a research in scientific databases and other sources, applying the inclusion and exclusion criteria, for the accurate selection of studies.

The success of the transport depends not exclusively on its speed, but also on the existence of an organized device, suitable material and a neonatal professional team specialized and accustomed to the characteristics of the patient. After the analysis of the articles, it is observed an increase of transfers over the years, although the pathologies that originate them are similar. Spain, compared to Latin America, is one of the countries with more involvement in these transfers.

**Keywords:** patient transfer, newborn, nursing and practice guideline

## INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Hace un tiempo que se viene proponiendo el cambio de terminología de "transporte neonatal" por el de "traslado neonatal", ya que desde el punto de vista sanitario tiene un sentido más amplio: comprende la decisión del mismo, su valoración, la búsqueda del hospital adecuado, el período de estabilización, el transporte y la admisión en el centro receptor<sup>1</sup>.

¡El traslado neonatal (TN) es un proceso de vital importancia, cuyo objetivo es trasladar al paciente crítico en condiciones de asepsia, estabilización térmica, respiratoria, hidroelectrolítica, hemodinámica y neurológica<sup>2</sup>.

¡Los niños tienen pleno derecho a recibir la mejor atención posible y con la mejor calidad, independientemente del centro sanitario. Ya en el II Plan Estratégico Nacional de la Infancia y la Adolescencia 2013-2016 se resalta el deber de aplicar todos los recursos y medidas disponibles para el cuidado integral de los niños<sup>3</sup>.

Por ello es necesario contar con un equipo competente con formación en neonatología y transporte neonatal, con experiencia para ser capaz de anticiparse y tratar los problemas que se presenten, y tener capacidad de comunicación efectiva entre el equipo, con el hospital receptor, la familia y el centro coordinador de transporte<sup>2</sup>.

Históricamente en 1903 Joseph Bolivar del Chicago Lying-in Hospital fue el primero en diseñar un programa de transporte neonatal, centrado en la creación de la "Ambulancia manual más pequeña del mundo" midiendo 30 x 56 cms, para proporcionar calor al prematuro con latas de agua caliente y una lámpara luminosa activada con batería<sup>4</sup>.

En 1922, la enfermera Evelyn Lundeen, inició el transporte del recién nacido (RN) en taxis y luego en ambulancia. A partir de ese momento, el neonato debería llevar oxígeno durante el transporte e ir siempre acompañado por una enfermera<sup>4,5</sup>.

Entre 1957 y 1970 Sidney Segal fue el primero en utilizar ventilación con presión positiva durante el transporte aéreo. Creó el concepto de "cuidado intensivo durante el transporte"<sup>4,6</sup>.

Los años 80 fueron testigos de un crecimiento masivo de las unidades de cuidados intensivos, en las cuales todo sistema de traslado de urgencias debía incluir en su organigrama un servicio integrado por enfermeras y pediatras especialistas en cuidados críticos del RN<sup>6</sup>.

Para realizar un TN idóneo, es necesario mantener los parámetros vitales del neonato en rango. Por lo cual y según las recomendaciones oficiales, el neonato estable es aquel que presenta: una vía aérea permeable con adecuada ventilación para mantener una saturación de oxígeno entre 92-95%, piel y mucosas rosadas, frecuencia cardíaca de 120-160 latidos por minuto, temperatura axilar entre 36,5-37 °C o rectal en 37 °C, parámetros metabólicos corregidos (glucemia entre 40-120 mg/dl, equilibrio ácido-base) y problemas especiales en tratamiento (hipertensión, neumotórax, infecciones, etc.)<sup>7,5</sup>.

Se puede encontrar un abanico de alteraciones o patologías en las que está indicado el TN, siendo las más frecuentes el distrés respiratorio, las apneas persistentes y/o bradicardias, la asfixia perinatal grave y la edad gestacional de menos de 24 semanas o peso de nacimiento de menos de 2000 gr.<sup>1,2</sup>

Respecto a los tipos de transporte Intrahospitalario e Interhospitalario.

El Intrahospitalario se puede realizar<sup>4,8</sup>:



- de atención inmediata a UCI.
- de UCI a centro quirúrgico.
- de UCI a ayuda diagnóstica.

Las características de dicho transporte son:

- El prematuro debe ser transportado en incubadora para mantener la temperatura ideal.
- Los movimientos de la incubadora deben ser suaves, los bruscos pueden asociarse a hemorragia intracraneal, extubación accidental...
- Durante el transporte usar monitor cardíaco y de oximetría como mínimo, previamente debe ser revisado y colocadas las alarmas.
- Disponibilidad de oxígeno aunque no se requiera en el momento, este oxígeno debe estar humidificado y tibio.
- El prematuro debe recibir el mínimo oxígeno necesario para tener saturaciones normales (debido al riesgo de retinopatía).

El Interhospitalario se realiza<sup>4</sup>:

- Desde un centro con menor número de especialidades clínicas a otro de mayor nivel.
- A servicios de ayuda diagnóstica.

Este transporte puede realizarse por vía terrestre (ambulancia) o aérea (helicóptero o en avión). Los criterios incluyen<sup>2</sup>:

- Distancia entre el hospital que deriva y el que acepta la derivación:
  - Si implica más de 2 horas de viaje, evaluar traslado en helicóptero.
  - Si la distancia excede los 500 km, trasladar en avión.
- Clima: en condiciones severas, a veces tarda más el clima en mejorar, que lo que demora el transporte terrestre.
- Recursos disponibles: no todos los países o comunidades disponen de los dos tipos de transportes.

Cada medio de transporte tiene sus ventajas y desventajas que se deberán tener en cuenta dependiendo de cada paciente

La composición del Equipo Profesional de Transporte depende de cada país. En España varía según la comunidad autónoma, ya que no existe un transporte nacional unificado, y como mínimo debería estar compuesto por <sup>7,9,10</sup>:

- Pediatra.
- Diplomado/Graduado en Enfermería con experiencia en neonatología.
- Técnico Sanitario (conductor).

¡Para que el transporte sea de calidad y eficaz es importante una buena organización: definición de objetivos, equipo asistencial, equipamiento, transporte, coordinación y evaluación;<sup>12</sup> teniendo en cuenta los aspectos ético-legales y la disponibilidad de recursos.

¡En cuanto al rol de enfermería, cabe destacar que deberá evaluar:

Por un lado todo lo referente a la ambulancia, es decir, que se encuentre en condiciones adecuadas de higiene, con el equipamiento y material necesarios, en condiciones óptimas para su utilización. Repondrá la medicación y preparará las medidas terapéuticas indicadas por el pediatra, dejando registrado toda la medicación prescrita/administrada y el material utilizado durante el traslado para reponerlos al finalizar el mismo. También será el responsable de verificar la carga de los cilindros de gases medicinales y el estado de los elementos de oxigenoterapia de los que dispone la ambulancia<sup>6</sup>.

Por otro lado, es la responsable de la vigilancia y seguimiento del estado general del neonato y concretamente el estado de las vías de acceso, permeabilidad de la vía aérea si el neonato está intubado, vigilar y registrar periódicamente los signos vitales del paciente, para poder valorar el funcionamiento de su organismo, evolución, respuesta al tratamiento y detectar alteraciones que pueden agravar su situación.

## JUSTIFICACIÓN

El funcionamiento del sistema sanitario está normalmente protocolizado, sin embargo, pocos son los hospitales que disponen, en el Servicio de Neonatología, de una guía útil para que el equipo sanitario pueda garantizar un traslado eficiente del RN sin deteriorar la condición patológica preexistente.

Además se observa un aumento progresivo del número de traslados a lo largo de los años<sup>7,11</sup>, aunque las patologías que los originan son similares. Dentro de estos, hay un menor porcentaje de traslados neonatales que pediátricos, aun así es un número elevado que debe tenerse en cuenta.

Ello ha sido el motivo fundamental para la realización de esta revisión bibliográfica y elaboración de un Protocolo de Enfermería de "Traslado neonatal".

## OBJETIVOS

### Objetivo general:

- Contrastar evidencias científicas para fundamentar una atención integral llevada en el TN.

### Objetivos específicos:

- Enumerar las indicaciones del TN, el equipo profesional básico necesario, los tipos de transporte y los equipos y materiales que se deben utilizar.
- Mostrar la situación actual del TN en las diferentes comunidades autónomas de España.
- Identificar las principales diferencias entre España y otros países en cuanto a la realización del TN.
- Establecer un protocolo de actuación clínica.

## METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática para encontrar evidencias científicas disponibles, siguiendo un protocolo de búsqueda, y así dar respuesta a los objetivos planteados.

Antes de comenzar el trabajo, surgieron interrogantes a resolver:

- ¿Cuáles son las principales causas por las que un niño debe ser trasladado a otro hospital?
- ¿Cuáles son los requerimientos clínicos mínimos del RN antes de realizar un transporte?
- ¿Cuál es el rol de la enfermera en el TN?
- ¿Cuáles son los medios de transporte más comunes en los que se puede hacer TN?
- ¿Cuál es el material básico que se debe llevar en un transporte?

- ¿Cuáles son las principales diferencias entre la situación de España y otros países en cuanto a la realización del TN?

Posteriormente, se llevó a cabo la búsqueda bibliográfica entre los meses de enero y marzo de 2017, en las bases de datos científicas de ciencias de la salud: Pubmed, Clinical Key, Up to date, Google Académico, Asociación Española de Pediatría y Sociedad de Pediatría de Asturias.

Los criterios de inclusión fueron artículos que señalaran las recomendaciones oficiales nacionales e internacionales para el traslado neonatal y pediátrico, que permitiera conocer la situación en otros centros españoles y también que describieran el desarrollo de esta técnica protocolizada.

Como operadores booleanos se ha utilizado el operador de intersección "AND", puesto que es el que más limita la búsqueda bibliográfica de manera óptima y relevante.

Las palabras clave utilizadas se determinaron a través de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH).

DeCS	MeSH
Transporte Neonatal	Neonatal Transport /transfer
Recién nacido	Newborn, Infant
Enfermería	Nursing
Guías, recomendaciones	Guidelines
España, Unión Europea y Estados Unidos	Spain,European Union, United States.

**Tabla 1. Palabras clave (DeCS y MeSH)**

Teniendo en cuenta los criterios descritos anteriormente, los resultados fueron los siguientes:

Base de datos	Artículos encontrados	Artículos validos	Artículos seleccionados
UP TO DATE (Patient FREE)	10	3	1
PUBMED	69	13	4
Clinical Key	987	32	4
Asociación Española de Pediatría	57	1	1
Google Académico	294	37	4
Sociedad de Pediatría de Asturias	8	1	1

**Tabla 2: Bases de datos, artículos encontrados y artículos seleccionados.**

Se rechazaron artículos anteriores al 2000, pues por entonces el uso de presión positiva en la vía aérea aún no estaba sistematizado en las Unidades de Cuidados Intensivos neonatales y tampoco en el transporte. Se descartaron también los artículos no disponibles desde la Biblioteca Sanitaria On line de Castilla y León, que no fueran en Castellano o Inglés y escritos en países en vías de desarrollo.

## RESULTADOS

Tras una lectura crítica de los artículos y posterior análisis de los mismos, se concluye que: el término "Transporte Neonatal" está obsoleto y se nombra como "Traslado Neonatal" en los artículos más recientes<sup>1-7</sup>.

Respecto a las indicaciones del traslado neonatal, en el artículo de "Medicina Fetal y Neonatología"<sup>1</sup>, se describen las indicaciones más frecuentes del TN: distrés respiratorio grave, apnea persistente y/o bradicardias, malformaciones congénitas graves, asfixia perinatal grave, edad gestacional de menos de 34 semanas o peso de nacimiento de menos de 2.000 gramos, trastornos hematológicos graves y enfermedades que necesitan cuidados intensivos o tratamientos complejos.

La Asociación Española de Pediatría en el documento: "Recomendaciones sobre transporte neonatal"<sup>2</sup> y "Transporte Neonatal"<sup>7</sup>, además de las indicaciones citadas anteriormente, incorpora las convulsiones neonatales, la sospecha de cardiopatía congénita, de infección y de shock, las enfermedades quirúrgicas y los trastornos metabólicos como indicaciones de TN.

En un estudio observacional retrospectivo realizado en el Servicio de Pediatría en el Hospital Universitario de Guadalajara<sup>11</sup>, se pudo analizar que de los 245 traslados interhospitalarios, el 35,5% correspondía a población neonatal y el 64,5% a población pediátrica. En el transporte neonatal, las causas más importantes fueron la patología respiratoria grave que requiere ventilación asistida (25,3%) y la prematuridad (23%). En el transporte pediátrico, las principales causas de traslado fueron el traumatismo con o sin afectación encefálica (22,2%), la patología neurológica no traumática (16,5%) y la patología respiratoria (15,8 %).

En relación al equipo profesional sanitario, la Asociación Española de Pediatría en la publicación de 2008 describe que "El equipo debería estar constituido por un pediatra, un diplomado en enfermería y un técnico sanitario (conductor)",<sup>7</sup> en comparación con Argentina cuyo equipo de TN debe estar compuesto por: médico coordinador de traslados, médico de guardia de traslados, enfermera de guardia de traslados, chófer de traslados y asistente administrativo<sup>6</sup>.

El estudio realizado en Guadalajara<sup>11</sup> también reflejó que del total de traslados neonatales, un 44,8% de los casos fue realizado por neonatólogos y enfermeros especializados, un 11,5% por especialistas en cuidados intensivos pediátricos y un 43,7% lo llevó a cabo un enfermero y pediatra general. Y del total de los traslados pediátricos, un 15,8% fueron realizados por médicos pediatras y diplomados en enfermería especialistas en cuidados intensivos pediátricos, y el resto de los casos lo realizaron pediatras y enfermeros con otras especialidades.

En el estudio sobre "Transporte interhospitalario pediátrico y neonatal en un hospital secundario"<sup>11</sup> reflejan que en un 43% de los casos se cumple con los requisitos que dicta la Asociación Española de Pediatría (AEP): un pediatra, un enfermero y un conductor. En el resto de los casos (67%) los cuidados del neonato en su transporte fueron más allá de los mínimos indicados por la AEP, incluyendo pediatras neonatólogos, enfermeros especialistas en neonatología y enfermeros especialistas en cuidados intensivos pediátricos.

Referido a los tipos de transporte, todos los artículos reflejan las ventajas y desventajas del transporte terrestre (ambulancia) o aéreo (avión o helicóptero) a excepción del artículo sobre "Transporte interhospitalario especializado neonatal y pediátri-

co<sup>3</sup>, donde se hace mención al transporte acuático (lancha rápida y barco hospital).

En el estudio "Transporte pediátrico y neonatal en España, Portugal y Latinoamérica"<sup>9</sup> se establece que en la península ibérica es más frecuente la utilización de la UVI móvil y el helicóptero sanitario y en Latinoamérica la ambulancia convencional y el avión medicalizado.

Únicamente la Asociación Española de Pediatría en el artículo publicado en 2012<sup>2</sup> hace hincapié en que los sistemas de fijación del personal y equipo deben garantizar una mínima resistencia a las fuerzas generadas por la velocidad en caso de accidente, y que la Unión Europea tiene un comité de estándares que regula estas normas de seguridad (Comité Europeo de Normalisation).

En nuestro país, todas las comunidades que ponen en práctica esta Guía de Traslado, disponen de ambulancias compartidas, tan solo en Cataluña y Málaga disponen de vehículos propios. En el resto bien se utiliza una UVI móvil a la que se incorpora un neonatólogo (Madrid) o bien, la ambulancia de soporte vital básico más cercana acude al centro y se dota con todo el material necesario junto al equipo humano asistencial especializado<sup>3</sup>.

En cuanto a la modalidad aérea, es un vehículo medicalizado que ofrece un tiempo de respuesta inferior en zonas alejadas y mal comunicadas, pero el principal inconveniente es que precisa de un helipuerto en el centro receptor y que presenta mayores limitaciones climatológicas que las ambulancias<sup>11</sup>.

## SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA

En cuanto a la situación actual del TN en las comunidades autónomas (CCAA) de España, la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP), después de realizar una encuesta en 2006, señaló que el sistema de TN idóneo debería de englobar tres aspectos indispensables: universalidad, especificidad y especialización. En España, el grado de idoneidad del transporte pediátrico público no es homogéneo, en la mayoría de las comunidades autónomas (CCAA) no existe dicho sistema de TN. A pesar de ellos, se han desarrollado sistemas en algunas de ellas cuyas características principales son<sup>12</sup>:

- Cataluña (1995): coordinado por el Sistema de Emergencias Médicas (SEMP) desde tres hospitales de Barcelona: SEMP-Vall d'Hebron (ambulancia), SEMP-Sant Joan de Déu (ambulancia) y SEMP-Sant Pau (helicóptero), proporcionando transporte a toda Cataluña con pediatras y enfermeras pediátricas/neonatales<sup>9,12</sup>.
- Baleares (2004): coordinado por el 061; proporcionando transporte pediátrico/neonatal y terrestre/aéreo a toda Baleares, con pediatras y enfermeras con conocimientos<sup>12</sup>.
- Madrid (2007): coordinado por SUMMA 112; proporcionando transporte terrestre neonatal a toda la Comunidad de Madrid por pediatras<sup>12</sup>.
- Valencia (2008): coordinado por SAMU; proporcionando transporte terrestre neonatal a Valencia y Castellón por pediatras<sup>12</sup>.
- Málaga: el traslado de pacientes neonatales se realiza entre centros privados con pediatras que asumen también el transporte neonatal desde Melilla, al centro de referencia público de Málaga<sup>3</sup>.
- Cantabria: Dispone de transporte neonatal y pediátrico

con ambulancias que incorporan médico y enfermera con gran experiencia en neonatología<sup>12</sup>.

- Asturias y Murcia: disponen de transporte neonatal solo cuando se trasladan pacientes fuera de su comunidad autónoma<sup>3</sup>.
- Galicia: cada hospital gestiona sus propios traslados<sup>3</sup>.
- Castilla y León: se encarga de los transportes secundarios una empresa privada y no está gestionado por el 112<sup>3</sup>.

## PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE ESPAÑA, PORTUGAL Y LATINOAMÉRICA EN CUANTO A LA REALIZACIÓN DEL TN.

En el artículo de "Medicina Intensiva"<sup>9</sup> publicado en 2015, se realizó un estudio observacional prospectivo mediante una encuesta enviada por correo electrónico con preguntas sobre el sistema de transporte nacional, regional y local, el tipo y vehículo de traslado, el material, el personal y su formación. Se analizaron 117 encuestas procedentes de 15 países. De ellas, 55 (47%) procedían de 15 comunidades autónomas de España, el resto de Portugal y países latinoamericanos. Pudieron contrastar que el 5,9% de los hospitales tienen solo Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Pediátrica, el 11,8% solo UCI neonatal, y el 70,6 % poseen ambas unidades. El transporte solo está unificado en Baleares, Cataluña y Portugal.

En Chile el transporte es mixto, pediátrico y del adulto. Solo un 51,4% de los hospitales tiene un sistema de formación del personal de transporte, y solo en el 36,4% la formación es específica en transporte pediátrico.<sup>7</sup> En España y Portugal los sistemas de transporte son fundamentalmente públicos, mientras que en Latinoamérica coexisten sistemas públicos y privados. Los equipos de transporte de España disponen de más material pediátrico y neonatal a la hora de realizar dicho transporte.<sup>9</sup>

Algunos factores incitan a que sea preciso unificar criterios que conformen un protocolo de actuación estándar y de aplicación en todos los centros dependientes del Sistema Nacional de Salud o, al menos, en cada una de las CC.AA. Tales factores pueden considerarse: garantizar la mejor calidad en los cuidados del neonato y la necesidad de disponer material y equipamiento especializado para responder a esa calidad excelente. Esos son los motivos por los que se realiza una propuesta de protocolo (Anexo 4) que recoge las siguientes fases o etapas de dicho traslado neonatal:

1. Activación y preparación del traslado.
2. Estabilización in situ y transferencia al vehículo de transporte.
3. Transporte en el vehículo
4. Entrega del paciente y transferencia a la unidad u hospital receptor.
5. Retorno a la operatividad del equipo de transporte.

## DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Todos los autores coinciden en que la ambulancia se debe utilizar si la distancia de transporte es menor de 2 horas, pero en cuanto al medio aéreo existen divergencias.

Aunque en el artículo del "Transporte interhospitalario espe-

cializado neonatal y pediátrico<sup>73</sup> se haga referencia al transporte acuático, no se han encontrado evidencias de su uso en ninguna comunidad. Esta modalidad de vehículo podría ser interesante en pequeñas islas que no disponen de un hospital central con todas las especialidades, pero tiene grandes inconvenientes como las limitaciones horarias, climatológicas, continuos aceleraciones/deceleraciones y vibraciones/saltos por la existencia de olas.

Debería conocerse un protocolo consensuado por el equipo que realiza el transporte, el hospital de referencia y el hospital que deriva, para decidir qué tipo de transporte se utilizará en cada momento

Cabe destacar la importancia de disponer en cada centro asistencial de una incubadora que se adecue al tipo de transporte que se vaya a realizar. Esto dependerá de los recursos económicos de cada centro hospitalario y del número de TN que se realicen al cabo de los años.

En cuanto al material fungible y no fungible, depende fundamentalmente de los recursos económicos que se disponga. En los trabajos consultados se hace referencia a una gran cantidad de material, equipamiento y drogas de las que quizá no disponen la mayoría de los centros hospitalarios.

En España solo existen sistemas de transporte específicos pediátricos en Cataluña e Islas Baleares, en el resto de comunidades autónomas el transporte es compartido con el adulto.

Exclusivamente en Baleares, se dispone de un protocolo clínico específico de TN, consensuado en 2009, y tan solo Cantabria incorpora la enfermería especializada.

En cuanto a las recomendaciones publicadas por el SECIP, comprobamos a través del artículo de "Medicina Intensiva"<sup>79</sup> que España, en comparación con Latinoamérica, es uno de los países que más implicado está en relación con el TN, ya que desde hace tiempo se están empezando a elaborar sistemas de traslados unificados y estandarizados, incluyendo fundamentalmente el transporte público, UCI pediátrica y neonatal en los hospitales, material sanitario específico para neonatología y personal especializado en cuidados intensivos neonatales<sup>4</sup>.

El término "traslado neonatal" (TN) es el correcto y aceptado en las publicaciones por razones de la cadena de supervivencia del recién nacido grave y por la continuidad asistencial.

El éxito del transporte no depende exclusivamente de su rapidez, sino de la existencia de un dispositivo organizado, un material adecuado y un equipo neonatal especializado y habituado a las características del enfermo. En este sentido, es importante organizar un sistema neonatal diferenciado del transporte del adulto<sup>9</sup> que radica en las particularidades del niño al presentar una fisiología y enfermedades específicas. En muchos casos se requiere de material y técnicas terapéuticas diferentes a las del adulto y, por tanto, una formación específica del personal sanitario.

Existe una gran variabilidad en cuanto a la organización del transporte neonatal en cada país y región. En la mayoría de los países y ciudades no existe un sistema unificado y específico de traslado neonatal con personal cualificado y un material de traslado específico. Es posible que no en todas las CCAA sea razonable un modelo universal, específico y especializado pero, valorando las experiencias previas y evitando repetir errores, se podrá encontrar el idóneo en cada una de ellas.

Es difícil disponer de un equipo entrenado especializado en transporte neonatal en todos los hospitales. Por este motivo, quizás otra de las soluciones más razonables, sería la creación de

un centro coordinador a nivel regional con equipos de transporte específicamente neonatales, que dependieran de algunos de los hospitales receptores de la región, tal como está funcionando con éxito en Portugal, Cataluña y las Islas Baleares.

## PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DE TRASLADO NEONATAL

El sistema sanitario de Castilla y León, que se ha tomado de referencia para este protocolo, está formado por diferentes centros asistenciales con distintas capacidades o funciones. Según la dotación o complejidad podemos clasificarlos en tres niveles:

- Nivel I: Hospitales comarcales (Benavente, Aranda de Duero y Medina del Campo).
- Nivel II: Hospitales Generales o comarcales (Palencia, Zamora, Soria, Segovia, Ávila, Ponferrada).
- Nivel III o de referencia: Centros donde se tratan los pacientes de mayor complejidad y que disponen de unidades intensivas específicas para el tratamiento del recién nacido y niños con patología grave. (Valladolid, León, Burgos, Salamanca).

En Palencia, el centro de referencia para UCI pediátrica y neonatal es el Hospital Clínico Universitario de Valladolid y el Hospital Universitario de Burgos. En función de la disponibilidad de camas en esas unidades, es posible también, realizar el traslado a otras unidades por ejemplo: "Río Ortega" de Valladolid o a Salamanca. La decisión del lugar donde se debe realizar el traslado corresponde al pediatra responsable.

### Fases o etapas de un traslado

- 1º fase: activación y preparación del traslado.
- 2ª fase: estabilización in situ y transferencia al vehículo de transporte.
- 3ª fase: transporte en el vehículo
- 4ª fase: entrega del paciente y transferencia a la unidad u hospital receptor.
- 5ª fase: retorno a la operatividad del equipo de transporte.

**Los sanitarios que conformen el Equipo del Traslado Neonatal dispondrán de una HOJA DE REGISTRO, donde reflejarán cada una de las intervenciones que hayan desarrollado.**

### 1º FASE: ACTIVACIÓN Y PREPARACIÓN DEL TRASLADO.

#### Responsable de llamar a incubadoras desde paritorio

Tras una valoración exhaustiva preliminar e indicación de indicar el Protocolo de Traslado Neonatal:

- La matrona será la encargada de avisar a la Unidad de Neonatología para que la enfermera pueda ir preparando la incubadora (TI500 Globe Trotter o Drager Transport Incubator 5400). La petición de incubadora grande o pequeña dependerá del pediatra a cargo.
- La enfermera de partos, será la encargada de avisar a los celadores para recoger la incubadora en Neonatología y transportarla hasta la Unidad de Partitorios.

#### Tipo de asistencia

Una vez puestos en contacto con la Unidad de Neonatología y celadores, la enfermera junto con el pediatra realizará una



valoración minuciosa preliminar del recién nacido (constantes vitales, Test de Apgar y pruebas complementarias) para determinar el estado de salud que presenta, en relación a la patología. El nivel de riesgo del neonato vendrá dado por la valoración del pediatra responsable:

- Riesgo I (estado crítico): paciente de gravedad extrema, su estabilización es precaria por su proceso de base y su situación de gran compromiso vital, siendo su única esperanza algún tipo de asistencia que en la ubicación actual no se puede aplicar.
- Riesgo II (medio/alto): enfermo estabilizado, de proceso grave, pero que puede tener durante el traslado complicaciones o agravamiento del proceso y convertirse en riesgo I.
- Riesgo III (bajo): proceso sin riesgo vital que precisa traslado para consulta, pruebas complementarias, o retorno a centro emisor tras curar su proceso.

#### 2ª FASE: ESTABILIZACIÓN IN SITU Y TRANSFERENCIA AL VEHÍCULO DE TRANSPORTE.

Material recomendado para el transporte:

##### Relación de material no fungible

1. Incubadora de transporte
2. Fuente de Oxígeno y aire.
3. Equipo de asistencia respiratoria neonatal (Respirador VMI y VMNI).
4. Monitor multiparámetro portátil y cables de monitorización.
5. Desfibrilador con batería y palas neonatales.
6. Bombas de infusión,
7. Analizador de glucemia neonatal.
8. Sistema de aspiración portátil con manómetro.
9. Nevera o sistema de refrigeración de medicación.
10. Laringoscopio con palas rectas 0,1 y pilas de repuesto.
11. Pinzas de Magill.
12. Mascarilla y bolsa de reanimación (250 y 500 mL).
13. Estetoscopio neonatal, linterna, calculadora.
14. Instrumental para cateterización umbilical.
15. Maleta portátil para material de reanimación.
16. Dispositivos para enfriamiento terapéutico.

##### Relación de material Fungible

17. Tubos endotraqueales sin balón (2,5, 3, 3,5, 4).
18. Sondas de aspiración (6, 8, 10, Fr).
19. Interfases para CPAP y gorros.
20. Sensores de ECG y pulsoximetría neonatales.
21. Material de intubación orotraqueal.
22. Catéteres umbilicales de una (2'5, 3'5, 4, 5) y dos luces (2,5 y 4 Fr).
23. Equipos de perfusión, llaves de tres pasos.
24. Jeringas de diversos tamaños (1, 2, 5, 10, 20, 50cc), frascos para cultivo.
25. Gasas, esparadrapo, guantes estériles.
26. Alcohol, povidona yodada, clorhexidina.
27. Pañales, sábanas.

##### Relación de líquidos y drogas

28. Medicación para reanimación cardiopulmonar: adrenalina, bicarbonato 1M.

29. Suero glucosado 5 y 10% y salino isotónicos.
30. Inotrópicos (dopamina, dobutamina, adrenalina).
31. Vasodilatadores (prostaglandina E1), antiarrítmicos (adenosina).
32. Analgésicos-sedantes-relajantes musculares (fentanilo, midazolam, norcurón).
33. Anticonvulsivantes (fenobarbital, midazolam, tiopental)
34. Surfactante.
35. Antibióticos (ampicilina, gentamicina, cefotaxima)
36. Otros: bicarbonato, vitamina K, insulina rápida, gluca-gón, heparina, corticoides...

#### TIPO DE TRASLADOS

A) **Transporte intrahospitalario:** Comprende desde la primera estabilización en la cuna de reanimación en paritorio hasta la unidad neonatal. La petición de la incubadora grande o pequeña dependerá de la gravedad del paciente, la disponibilidad de la incubadora y las preferencias del pediatra a cargo.

Generalmente se utiliza para el transporte desde paritorio de:

- Niños con dificultad respiratoria leve-moderada que impresione de ser transitoria se preferirá la Drager Transport Incubator 5400 (incubadora pequeña).
- Prematuros extremos, dificultad respiratoria severa que requiera intubación se preferirá la incubadora TI500 Globe Trotter (incubadora grande).

B) **Traslado interhospitalario:** Cuando la patología del recién nacido requiera cuidados avanzados, se realizará el traslado a Unidad Especializada de hospital de tercer nivel (UVI neonatal). La decisión del traslado correrá a cargo del pediatra.

Indicaciones:

- Distrés respiratorio de cualquier causa.
- Apneas persistentes y/o bradicardias.
- Prematuridad.
- Depresión neonatal severa (Hipotermia)
- Convulsiones neonatales
- Sospecha de cardiopatía congénita.
- Patologías quirúrgicas
- Shock.
- Trastornos metabólicos.
- Trastornos hematológicos.

La enfermera/o que se encuentre en la Unidad de neonatología en el momento que se activa el traslado deberá considerar y responsabilizarse de:

- a. La incubadora pequeña de transporte tiene que estar conectada a la red eléctrica, a las tomas de aire y oxígeno y a 36°C.
- b. Material a preparar (Todo el material fungible debe llevarse por duplicado)
- c. A la llegada del celador: colocar la rueda de la incubadora donde marca "0" y desenchufar de la red eléctrica.
- d. Sistema de monitorización y vías. No olvidar las siguientes conexiones que debe llevar el paciente: vía periférica o vía central (umbilical); equipo de ventilación (invasiva/no invasiva).



**3ª FASE: TRANSPORTE EN EL VEHÍCULO**

Una vez estabilizado el recién nacido, la pediatra rellenará la petición de ambulancia y la enfermera se pondrá en contacto con el servicio de admisión para que llamen al personal de la ambulancia para transportar al niño.

La ambulancia en la que debe ir un recién nacido o niño que por sus características precisa vigilancia continua es la que se utiliza para el traslado de enfermos urgentes con asistencia médica durante el trayecto, destinado a proporcionar soporte vital avanzado.

El equipo sanitario que conforma esta UVI móvil son:

- Dos técnicos sanitarios
- Un enfermero
- Un médico

La enfermera se encargará de llegar al centro receptor la documentación que contenga información acerca de la historia clínica, los antecedentes, el motivo de traslado y el estado del niño antes de comenzar el traslado.

**4ª FASE: ENTREGA DEL PACIENTE**

Una vez se llegue al hospital receptor:

- El Técnico de la ambulancia bajará la incubadora de transporte bajo la supervisión del equipo sanitario para evitar una desestabilización del recién nacido, pérdida de la vía periférica, o interrupción de la ventilación mecánica.
- Se entrará en el hospital receptor acompañando al paciente hasta la unidad de neonatología y se enchufará la incubadora a la red eléctrica.
- la enfermera deberá de entregar la documentación e informes del paciente al médico/enfermero que le vaya a seguir, proporcionándole toda la información relevante.

**5ª FASE: RETORNO A LA OPERATIVIDAD DEL EQUIPO DE TRANSPORTE.**

Revisar cuando llega la incubadora a neonatología lo siguiente:

- A) Conectar la incubadora a la red eléctrica y a las tomas de aire y oxígeno.
- B) Comprobar que las balas de oxígeno están cerradas y si tienen oxígeno, en caso contrario, avisar a los celadores para que traigan balas cargadas.
- C) Limpieza general de la incubadora (parte externa e interna).
- D) Cambiar la tubuladura del respirador.
- E) Cambiar la mascarilla.
- F) Cambiar las sábanas.
- G) Lavar gorros. (Material no fungible, se lava en la unidad antes del siguiente uso)
- H) Mandar a esterilizar las piezas no fungibles y tubuladuras no fungibles desechables de la incubadora grande.
- I) Comprobar si ha vuelto el material prestado a las otras unidades: tubuladuras no desechables, gorros reutilizables, etc. (Si faltase algo del material se llamaría a las unidades para reponerlo).
- J) Cada tres meses o si ha sido utilizada diariamente, se debe cambiar el filtro de aire de la incubadora.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Esqué Ruiz M, Figueras Aloy J, García Alix A, Alomar Ribes A, Blanco Bravo J, Fernández Lorenzo J. Recomendaciones para el transporte perinatal. *Anales de Pediatría* [Internet]. 2001 [Acceso el 16 de Febrero de 2017]; 55(2):146-153. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/recomendaciones-el-transporte-perinatal/articulo/S1695403301776515/>
2. Moreno Hernando J, Thió Lluch M, Salguero García E, Rite Gracia S, Fernández Lorenzo J, Echaniz Urcelay I et al. Recomendaciones sobre transporte neonatal. *Anales de Pediatría* [Internet]. 2013 [Acceso el 15 de Febrero de 2017]; 79 (2): 117.e1-117.e7. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90211151&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revisita=37&ty=101&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=37v79n02a90211151pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90211151&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revisita=37&ty=101&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=37v79n02a90211151pdf001.pdf)
3. Brandstrup K, García M, Abecasis F, Daussac E, Millán N. Transporte interhospitalario especializado neonatal y pediátrico. Gestión de recursos. Protocolo de activación de una unidad especializada. *Revista española de pediatría* [Internet]. 2016 [Acceso el 4 de Marzo de 2017]; 72(1): 3 - 8. Disponible en: <http://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2016/REP%2072-Supl%201.pdf#page=8>
4. Orozco Rojas C. Transporte neonatal [Internet]. Google Académico. 2013 [cited 6 March 2017]. Available from: [http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/pluginfile.php/147915/mod\\_resource/content/0/PARTOS\\_Y QUIROFANOS/Transporte\\_Neonatal.pdf](http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/pluginfile.php/147915/mod_resource/content/0/PARTOS_Y QUIROFANOS/Transporte_Neonatal.pdf)
5. Romanzeira J, Sarinho S. Quality Assessment of Neonatal Transport performed by the Mobile Emergency Medical Services (Samu). *Jornal de Pediatría (Versão em Português)* [Internet]. 2015 [Acceso el 7 Marzo de 2017];91(4):380-385. Disponible en: <http://jped.elsevier.es/en/quality-assessment-neonatal-transport-performed/articulo/S002175571500042X/>
6. Saá G, del Barco M, Amado D, Bellani P, Fariña D. Recomendaciones para la Práctica del Traslado Neonatal [Internet]. Ministerio de Salud. Gobierno de Argentina. 2012 [Acceso el 24 de Febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000175cnt-n01-traslado%20neonatal.pdf>
7. Morillo A, Thió M, Alarcón A, Esqué M. Transporte neonatal. *Asociación Española de Pediatría* [Internet]. 2008 [Acceso el 2 de Marzo de 2017]; 10-19. Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/1\\_1.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/1_1.pdf)
8. Hilary W, Jefferies A. The interfacility transport of critically ill newborns. *Paediatrics and Child Health* [Internet]. 2015 [Acceso el 6 de Marzo de 2017]; 20 (5):265 - 269. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4472056/>
9. de la Mata S, Escobar M, Cabrerizo M, Gómez M, González R, López-Herce Cid J. Transporte pediátrico y neonatal en España, Portugal y Latinoamérica. *Medicina Intensiva* [Internet]. 2017 [Acceso el 19 de Marzo de 2017];41(3):143-152. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/pdf/S0210569116301322/S300/>
10. Fenton A, Leslie A. Who should staff neonatal transport teams?. *Early Human Development* [Internet]. 2009 [Acceso el 4 de Marzo de 2017]; 85 (8): 487-490. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378209000851?showall%3Dtrue%26via%3Dihub>
11. Rubio Jiménez M, Arriola Pereda G, Blázquez Arrabal B, Pangua Gómez M, Ortigado Matamala A. Transporte interhospitalario pediátrico y neonatal en un hospital secundario. *Acta Pediátrica*. 2015;73(11):e297-e304.
12. Domínguez-Sampedro P. Hacia el pleno desarrollo del transporte pediátrico en España. *Anales de Pediatría* [Internet]. 2014 [Acceso el

16 de Febrero de 2017];81(4):203-204. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/hacia-el-pleno-desarrollo-del/articulo/S1695403314004123/>

13. Álvaro Iglesias E, Castañón López L. Transporte (traslado) neonatal. Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, Catilla y León [Internet]. 2006 [Acceso el 4 de Marzo de 2017]; 46(1): 166 - 171. Disponible en: [https://www.sccalp.org/boletin/46\\_supl1/BolPedia-tr2006\\_46\\_supl1\\_166-171.pdf](https://www.sccalp.org/boletin/46_supl1/BolPedia-tr2006_46_supl1_166-171.pdf)

14. Campbell D, Dadiz R. Simulation in neonatal transport medicine. *Seminars in Perinatology* [Internet]. 2016 [Acceso el 19 de Marzo de 2017];40(7):430-437. Disponible en: [http://www.seminperinat.com/article/S0146-0005\(16\)30065-9/fulltext](http://www.seminperinat.com/article/S0146-0005(16)30065-9/fulltext)

15. Grupo Ambuiberica | Profesionales del Transporte Sanitario a su Servicio [Internet]. Grupo Ambuiberica. 2017 [Acceso el 14 de Marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.ambuiberica.es>



# ATENCIÓN AL COLEGIADO

## AULA DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

La investigación es una de las competencias propias de la Enfermería profesional. Las razones de su escaso desarrollo son diversas, aunque entre las enfermeras asistenciales se citan con frecuencia el déficit de formación, la falta de tiempo o el escaso reconocimiento y apoyo, según se recoge en la bibliografía consultada.

Este aula, contiene un conjunto de servicios al colegiado como son: la Asesoría de Investigación, la biblioteca, la formación en investigación y la propia revista *Nuberos Científica*. La Asesoría, se pone a disposición del colegiado para dar respuesta a todas las cuestiones relacionadas con temas con investigación en cuidados de carácter cuantitativo o cualitativo, con el propósito de que los colegiados interesados en investigar puedan realizarlo con rigor metodológico y la evidencia científica necesaria.

La sección está dirigida por M<sup>a</sup> Alexandra Gualdrón Romero. Consultas solicitando cita o a través de:

[colegio@enfermeriacantabria.com](mailto:colegio@enfermeriacantabria.com)



FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

REVISIÓN HISTÓRICA

**Nuberos Científica**

[www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica](http://www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica)

# **Florence Nightingale: un icono atemporal. Revisión histórica.**

## ***Florence Nightingale: a timeless icon. Historical review.***

### **Autor:**

**Juan Carlos Gutiérrez Toribio**

*Grado en Enfermería. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:*

Recibido: 27 de noviembre de 2018

Aceptado: 3 de mayo de 2019

Esta revisión bibliográfica es el resultado del trabajo de fin de grado tutorizado por la profesora M<sup>a</sup> Luz Fernández Fernández de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cantabria y adaptado por el autor a las normas de publicación de la revista Nuberos Científica. El texto original se encuentra en el repositorio UCrea.

**RESUMEN**

La figura de Florence Nightingale sigue siendo un referente actual para la Enfermería a pesar de haber transcurrido más de cien años de su fallecimiento.

A través de la revisión de la literatura histórica sobre su figura, se ha examinado su perfil personal, las circunstancias que dieron lugar al giro esencial para la profesión y para los modelos actuales de la Enfermera.

Así, tras el análisis detallado de sus acciones en la Guerra de Crimea, la implementación de la Estadística práctica, la creación de la Escuela de Enfermeras y su ingente producción en textos y notas escritas, ha podido evidenciarse el resultado de su modelo no solo para la Enfermería, si no también, para la mejora de la salud pública de su época. Además, se ha podido evidenciar que las cuestiones en términos docentes, éticos, asistenciales o de evidencia científica ya iniciadas por Nightingale guardan una estrecha relación con los conocimientos de la Enfermera actual.

Por lo tanto, puede decirse que existen extensas fuentes testimoniales como para que se haya convertido en un icono atemporal para la profesión que actualmente sigue teniendo vigencia.

**Palabras clave:** historia de la enfermería, atención de Enfermería, estadística, Nightingale

**ABSTRACT**

The figure of Florence Nightingale remains a current reference for Nursing despite having passed more than one hundred years of his death.

Through the review of the historical literature on his figure, his personal profile has been examined, the circumstances that gave rise to the essential turn for the profession and for the current models of the Nurse.

Thus, after the detailed analysis of his actions in the Crimean War, the implementation of the practical Statistics, the creation of the School of Nurses and his enormous production in the texts and the written notes, we have been able to show the result of his model not only for Nursing, if not also, for the improvement of public health of its time. In addition, the issues can be evidenced in terms of teaching, ethics, assistance or scientific evidence, as well as the basis of Nightingale, a close relationship with the knowledge of the current Nurse.

Therefore, it can be said that there are extensive testimonial sources that have become a temporary icon for the profession that is still valid today.

**Keywords:** history of nursing, nursing care, statistics, Nightingale

**INTRODUCCIÓN**

“La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar”<sup>(1)</sup>. Florence Nightingale expresó estas palabras hace más de ciento treinta años, cuando ni siquiera se vislumbraba la profesión enfermera como tal. En la actualidad, estos términos mantienen una total vigencia y constituyen uno de los puntos clave del armazón que permite entender el cauce de la enfermería centrada en el cuidado de la persona desde una perspectiva completa.

Para poder comprender mejor, a la postre, la obra realizada por Florence Nightingale existió una serie de precedentes en la Europa occidental que median de manera fundamental en su modelo y que es ineludible mencionar. En primer lugar, Louis Pasteur instauró la denominada teoría microbiana de las enfermedades infecciosas, en las que establecía que: “la enfermedad es el resultado de un contagio específico”, además de implantar el proceso de higiene en los alimentos que lleva su nombre: Pasteurización. Al conjunto de aportaciones mencionadas, hay que añadir, la del cirujano y biólogo británico, Joseph Lister, que apoyado en el descubrimiento y desarrollo de los agentes anestésicos y diferentes aportaciones en el ámbito de la microbiología introdujo cambios en la utilización de agentes asépticos. Este descubrimiento permitió reducir las muertes e infecciones tras intervención quirúrgica, lo que dejó patente tras realizar distintas pruebas y estudios que lo demostraron, que las bacterias se transmiten a través del aire, lo que permitió posteriormente

ostentar que se podían transferir también por las manos y objetos<sup>(2,3)</sup>.

Estos grandes avances expuestos dieron lugar a una serie de transformaciones en el ámbito de la medicina en el siglo XIX que se tradujeron en una nueva concepción de la enfermedad y el establecimiento de una nueva corriente: la higienista<sup>(2)</sup>. Esto influyó de manera determinante en el avance en el cuidado de los enfermos y paralelamente en el desarrollo de la enfermería. Posteriormente, podremos analizar y comprender como Florence Nightingale supo esgrimir estos progresos para la elaboración de su modelo.

Sin lugar a duda, abordar la figura de Florence Nightingale es sumergirse en un mundo de ambigüedad en el que, como personaje influyente, no sólo ha ido ganando admiradores de su ejercicio si no también críticos y detractores. Lo que es innegable es que las aportaciones realizadas por Nightingale durante toda su vida tienen un claro impacto en lo que en la actualidad conocemos como ciencia enfermera en sus diferentes esferas: asistencial, investigadora, docente y de gestión. Los principios sobre el cuidado de enfermos que ella estableció siguen sirviendo de referente a muchos profesionales enfermeros en todo el mundo. Al mencionar los cuidados enfermeros es inevitable, como se ha dicho, destacar la figura de FN puesto que su aportación a la enfermería ha quedado plasmada en sus más de 14000 cartas, 147 publicaciones y cientos de notas personales existentes actualmente en la “british library” y “wellcome library” y otros repositorios de todo el mundo<sup>(4)</sup>. Además de tener impacto en diversas áreas del conocimiento que rebasan las propias barreras de la profesión enfermera, generando multitud de literatura

a lo largo de la historia, llegando incluso, a aparecer en revistas, teatros, juegos e incluso en el cine, cruzando las fronteras de la propia Inglaterra y llegando a todo el mundo.

## JUSTIFICACIÓN

La irrefutable presencia en nuestros días lleva a analizar en profundidad la figura de Florence Nightingale y su contribución histórica a la Enfermería: atractiva y a la vez controvertida, admirada y a la vez criticada. Analizar su formación, su entorno social e incluso su carácter, para tratar de dar sentido y poder entender su repercusión en el ámbito de la enfermería, además de ser un referente en la actualidad tras más de 100 años de su muerte. Incógnitas y cavilaciones que han creado de Florence Nightingale un mito extendido a nivel mundial.

Además, históricamente, muchas figuras han tenido un gran impacto en el ámbito de la enfermería profesional, sin embargo, ninguna es tan aclamada como Florence Nightingale. El hecho de comprender la hazaña de este personaje y el porqué de tanto halago y prestigio generó una motivación personal, que ha conducido a analizar en profundidad su figura y buscar argumentos firmes que pudieran dar respuesta a esa incógnita.

## OBJETIVOS

### Objetivo general:

Fundamentar el contexto, las circunstancias y las actuaciones que confluyeron en la vida de Florence Nightingale y que la han convertido en un icono atemporal de la profesión enfermera.

### Objetivos específicos:

- Examinar la semblanza biográfica de Florence Nightingale.
- Describir los acontecimientos que contribuyeron a la formación de la figura de Florence Nightingale.
- Mostrar resultados estadísticos de las intervenciones de Florence Nightingale en la guerra de Crimea.
- Analizar la influencia de Nightingale en la profesionalización de la Enfermería, reflexionando sobre su presencia en la Enfermería actual.

## METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una estrategia basada en la búsqueda desde octubre de 2017 hasta junio de 2018 en las siguientes Bases de Datos:

Pubmed, Cuiden plus, Dialnet, Researchgate, Google académico

Para la selección de los diferentes artículos dentro de las bases de datos anteriormente citadas, se seleccionaron los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Heading (MECS) recogidos en la Biblioteca Nacional de Salud y en la National Library of Medicine de Estados Unidos:

- Historia de la enfermería (History of Nursing),
- Atención de enfermería (Nursing Care),
- Estadística (Statistics)

Además, dadas las características del tema de este trabajo y con el único propósito de lograr una mayor precisión, se introdujo la Palabra Clave de búsqueda libre: "Nightingale". Asimismo, los resultados del rastreo fueron delimitados mediante los booleanos AND y OR.

Por último, se consultaron diversas fuentes primarias y secundarias así como en diversas páginas web de organismos oficiales: Organización Mundial de la salud (OMS), Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y Boletín oficial del Estado (BOE); y otras páginas de carácter nacional e internacional: [www.victorianweb.org](http://www.victorianweb.org), [www.bbc.co.uk](http://www.bbc.co.uk), [www.elpais.com](http://www.elpais.com), [www.abc.es](http://www.abc.es), [www.britannica.com](http://www.britannica.com), [dailymail.com.uk](http://dailymail.com.uk).

Para la selección de la bibliografía, inicialmente, se acotó un rango temporal establecido en los últimos 8 años, aunque dadas las circunstancias, posteriormente se seleccionaron algunas fuentes primarias y secundarias que sobrepasan ese margen de tiempo.

## RESULTADOS

### Semblanza biográfica. Los inicios de Nightingale.

Nightingale, probablemente el apellido más famoso en el ámbito de la enfermería y que vertiginosamente se identifica con Florence. Sin embargo, es revelador detallar, que su apellido hubiera sido Shore, de no ser porque su abuelo William Shore, heredó del hermano de su madre, Peter Nightingale, propiedades en Lea Hurst y Derbyside, que posteriormente serían la residencia de la familia Nightingale, por lo que tuvo que heredar también su apellido<sup>(5)</sup>.

Florence fue la segunda hija del matrimonio entre William Edward Nightingale y Frances Nightingale, una familia opulenta, seguidores de un sector de la Iglesia Anglicana conocido como doctrina unitaria. A pesar de nacer (1820) en Florencia, ciudad que dio origen a su nombre, fue criada en Inglaterra donde desde sus inicios, su vida viene marcada por un gran componente educativo y cultural de calidad que choca sorprendentemente con el ideal de mujer victoriana de la época. Este hecho propició la adquisición por su parte de conocimientos en historia, filosofía y literatura además de aprender a leer y escribir en francés, italiano, alemán, latín y griego<sup>(6,7)</sup>.

La vida de Florence estuvo claramente influenciada por una motivación religiosa, cambiando drásticamente de rumbo cuando escuchó una especie de reclamo o llamada divina, que dejó reflejado en una de sus notas personales: "El 7 de febrero de 1837 me habló Dios y me llamó Su servicio"<sup>(8)</sup>. A pesar de esto, no tenía claro los pasos a seguir ni las acciones que ella debía realizar para perpetrar ese servicio que Dios la había asignado<sup>(7,9)</sup>.

Como se desprende de sus escritos, libró una batalla, de aproximadamente 14 años, contra sí misma por encontrar sentido a la "llamada de Dios". El hecho de que dos de sus familiares padecieran enfermedades graves de larga duración, requiriendo de su atención y cuidados, arrojó luz a la respuesta que estaba buscando, su tarea debía centrarse en cuidar de los demás. Por tanto, consciente de su inclinación, aprovecho la estancia en su casa del filántropo y médico americano, doctor Ward Howe para pedirle consejo, dirigiéndole la siguiente pregunta: "sería extraño o inconveniente, en una muchacha inglesa como yo, dedicarse a obras de caridad en los hospitales?", a lo que él la respondió: "Sería una decisión insólita, mi querida señorita Florence. Pero si ésta es vuestra vocación, actúe como le inspire su corazón"<sup>(6-8)</sup>.



A pesar de todo, ella tenía claro su objetivo y lucharía por conseguirlo, aunque lo más difícil era decírselo a sus padres, quienes recibieron la decisión de su hija de dedicarse al cuidado de los enfermos verdaderamente aterrados<sup>11</sup>. El padre William, sintió frustración y creía que sus enseñanzas habían sido en vano: “¿Así van a terminar el latín y el griego, la poesía y la filosofía, el viaje por Italia y los vestidos de París?”<sup>(7)</sup>.

La postura de los Nightingale puede entenderse en el marco de la sociedad inglesa del XIX, donde el trabajo de enfermera tenía dudoso prestigio al asociarse normalmente con mujeres ignorantes, indisciplinadas e incluso alcohólicas. Para ratificarlo, y percibir el grado de deshonra que alcanzaban las enfermeras de aquella época, sirvan las palabras que pronunció en 1854 un médico del gran hospital de Londres, “todas las enfermeras son unas borrachinas, inclusive las hermanas”<sup>(7)</sup>. Incluso Charles Dickens describió en una de sus obras a unas enfermeras como alcohólicas, analfabetas y de dudosa reputación a lo que se unía las pésimas condiciones higiénicas de los hospitales repletos de enfermedades<sup>(3)</sup>.

Durante este periodo escribió diferentes notas personales que evidenciaba este sentimiento entre las que se destacan: “Mi vida actual es suicidio. Dios mío, ¿qué será de mí?”<sup>(6)</sup>. Pese a esto, Nightingale siguió formándose y leyendo sobre medicina y atención médica mientras pidió permiso a sus padres en 1845 para atender a los enfermos en la Clínica Salisbury, en la que el jefe médico era amigo de la familia, pero la familia Nightingale seguía en el pensamiento de que ese trabajo no iba acorde con la posición social de Florence<sup>(6)</sup>.

En el año 1846 realizó un viaje con unos amigos de la familia, por Egipto y Grecia; a su paso por París conoció a dos Hermanas de San Vicente de Paúl y pudo percibir su disciplina y su organización para el cuidado, algo ausente en los hospitales de Inglaterra<sup>(9)</sup>.

A su vuelta, hizo su primera visita al instituto de Diaconisas de Kaiserswerth de ideología protestante, fundado por Theodor Flidner en 1833 para el cuidado de personas desamparadas, además de hospital era orfanato y escuela. Estuvo alrededor de 15 días observando el trabajo de las diaconisas en un ambiente de caridad, devoción e implicación en el cuidado de enfermeros. Previamente Nightingale ya había leído el Anuario de la Institución, pero era por aquel momento en el que no tenía todavía clara su vocación. Tras su visita tenía claro que ese era su hogar y anhelaba estar ahí<sup>(6,7,9,10)</sup>.

La situación en la familia Nightingale había cambiado ligeramente y finalmente Florence ahora tenía el apoyo de familias prestigiosas de la sociedad inglesa que veían inapropiado e incluso vergonzoso retener a Nightingale e impedirle realizar su voluntad. Por lo que, en un cierto secretismo y a “regañadientes” permitieron a Florence en la edad de 30 años viajar a Kaiserswerth<sup>(7)</sup>.

Su formación durante un periodo de tres meses fue eminentemente práctica, fundamentada en la administración de enemias o medicamentos, además de la aplicación de compresas de frío y calor entre otras tareas. El trabajo era muy duro, se levantaban a las 5 de la mañana, tenían 10 minutos para comer y luego trabajaban hasta las 7 de la tarde con un descanso de 10 minutos a las 3<sup>(10)</sup>.

Por otra parte, supo rodearse de diferentes intelectuales y reformadores de la época como fueron Charles Dickens, John Stuart Mill, Benjamin Jowett y Harriet Marineau con el objetivo

de ampliar su conocimiento filosófico y moral para posteriormente poder plasmarlo en la construcción de su modelo<sup>(1)</sup>.

### **Acontecimientos que contribuyeron a la formación de la figura de Florence Nightingale.**

La guerra de Crimea (1853-1856) fue el conflicto bélico que puede ayudar a comprender la labor de Nightingale y la eficacia de las actuaciones en la atención a los soldados y heridos.<sup>(11,12)</sup>.

Como corresponsal de guerra del periódico *The Times* (1785), William Howard Russell, envió distintas cartas a ese medio y las noticias que llegaban relataban el sufrimiento de la brigada británica y las condiciones pésimas del medio. En ellas podía leerse, “Carecemos del instrumental más básico que todo hospital requiere; no hay el menor cuidado en lo que respecta a la limpieza. El hedor es terrible y la fetidez del aire hace que el ambiente sea prácticamente irrespirable. Por lo que puedo observar los hombres mueren sin que nadie a su alrededor haga el menor esfuerzo por salvarlos. Parece que son los enfermos los que cuidan de los enfermos y los moribundos los que cuidan de los moribundos”. “¿Acaso no hay mujeres entre nosotros dispuestas a asistir a los enfermos y a mitigar el sufrimiento de los soldados en los hospitales de Scutari? ¿Ninguna de las hijas de Inglaterra está lista para realizar esta necesaria obra de misericordia en esta hora de extrema necesidad?”<sup>(1)</sup>. A esto se le suma la descripción de un ejército francés con soldados formados en primeros auxilios y con la ayuda de las Hermanas de la Caridad. Estas palabras provocaron el desconcierto y la alarma entre la opinión pública desatando sentimientos de resentimiento y de ira<sup>(1)</sup>.

Es el Secretario de Guerra Sidney Herbert, quien tuvo una actuación histórica: escribió a Florence Nightingale para pedirle sus servicios. Simultáneamente, Florence ofreció sus servicios para formar parte de una expedición privada<sup>(13)</sup>. Finalmente, Florence fue nombrada Superintendente del Sistema de Enfermeras de los Hospitales Generales Ingleses en Turquía<sup>(14)</sup>.

Comenzó a formar un equipo de enfermeras e impuso unas condiciones de trabajo severas. Las candidatas tenían la obligación de firmar acatando estar bajo sus órdenes y, además, si durante la estancia enfermaban, debían retornar a Inglaterra. La comida, la estancia y los uniformes eran gratuitos y recibirían un salario entre doce y catorce chelines. Así, teniendo en cuenta esto, puede llegar a comprenderse el nivel de seriedad y exigencia que estableció Florence, de hecho, únicamente treinta y ocho enfermeras solicitaron el puesto, de ellas, solo catorce eran enfermeras experimentadas mientras que el resto eran hermanas que trabajaban en hospitales y orfanatos<sup>(15)</sup>.

El ambiente era de soldados enfermos de disentería o escorbuto, brazos y piernas amputadas y restos de cadáveres surgían del fango. Los ejércitos resistían al frío invierno en condiciones lamentables, dormían encima del barro sin almohadas ni sábanas, con ropas sucias, empapadas, camisas destrozadas llenas de piojos y en muchos casos sin zapatos<sup>(16)</sup>. Las salas donde se albergaban eran indescriptibles, únicamente catorce baños para dos mil soldados, los suelos estaban sucios, no había mesa de operaciones, tampoco mamparas<sup>(11,16)</sup>.

Una de las primeras adquisiciones fueron doscientos baños<sup>(11)</sup>. Así y dado tenía a su disposición montantes económicos, recaudados a través de esfuerzos personales y el fondo *The Times*, se puso en marcha para corregir la dramática situación. Encargó doscientos cepillos y estropajos para limpiar el suelo e in-

cluso, retiró cientos de carros de mugre ordenando que lavaran la ropa a los heridos y enfermos. Igualmente, decretó cambiar los uniformes de los soldados por unos más calientes y se preocupó de que cada uno de ellos tuviera mantas suficientes para protegerse del frío. Asimismo, les facilitó cuchillos, vasos, platos, zapatos, calcetines, calzoncillos, abasteció las mesas de operaciones y contrató doscientos obreros pagándoles por cuenta propia para reparar y acondicionar las salas garantizando una mejor calidad sanitaria, puesto que el número de heridos seguía incrementando<sup>(11,16)</sup>.

La mejora en la alimentación fue una intervención de Nightingale con la ayuda de Alexis Soyer, cocinero de origen francés. Es importante destacar, que fue este quien diseñó la cocina de campaña y creó diversas recetas amoldándose a los alimentos disponibles en Crimea entre las que se destacan, la limonada de Crimea, el guiso Soyer o las galletas elaboradas con legumbres para prevenir el escorbuto<sup>(17)</sup>.

Nightingale se encargaba de escribir las cartas a su familia y leerlas, en el caso de que no supieran hacerlo e inauguró una sala de lectura y una de recreo fomentando el dominio del ajedrez y permitiendo que los soldados jugaran a fútbol<sup>(16)</sup>. Realizaba rondas nocturnas con una lámpara observando a los soldados heridos y enfermos en sus habitaciones. Esto sirvió para que la denominaran como "La Dama de la Lámpara".

"Era maravillosa dando ánimos a quien estaba un poco abatido", decía un veterano. "Qué consolador era hasta verla pasar". "Le hablaba a uno, saludaba con un movimiento de cabeza y sonreía a otros muchos" decía un soldado<sup>(7)</sup>. Existen relatos de diferentes miembros del ejército recogidos en la biografía de Woodham Smith, que narran la admiración, el respeto e incluso el cariño que los combatientes participantes en la contienda la tenían<sup>(7)</sup>.

### Resultados estadísticos aplicados a las intervenciones de Florence Nightingale en la guerra de Crimea.

"Lograr a través de los ojos lo que no somos capaces de transmitir a las mentes de los ciudadanos a través de sus oídos insensibles a las palabras"<sup>(18)</sup>. Florence utilizó la estadística para demostrar objetivamente que los soldados moría por las condiciones de saneamiento, higiénicas y alimentarias<sup>(18)</sup>.

Por ello, trató de organizar toda la información que había recabado en Crimea y analizarla, contando con la inestimable ayuda de William Farr, Superintendente de Estadística de la Oficina del Registro General, y el estadístico médico más destacado de la época<sup>(19)</sup>.

El trabajo de ambos se reflejó en un informe estadístico en el que evidenciaban que el soldado moría por causas "zimóticas prevenibles"<sup>(18,19)</sup>. Florence, diseñó el popularmente conocido diagrama de área polar o cox-comb<sup>(18)</sup> en el que establecía dos variables: las causas de muerte y el tiempo (en meses) transcurrido de contienda. En un gráfico circular con cuñas utilizando los colores azul, rojo y negro para representar las muertes por causas "zimóticas", un término que utilizó Farr y que hoy en día se conoce como infecciosas, por heridas y por otras causas, respectivamente. En el diseño se puede observar, que de abril del 1854 a marzo del 1855 el área azul (muerte por enfermedades "zimóticas") es superior a las demás áreas. Lo característico de este gráfico es cuando a partir de abril de 1855, el área azul, comienzan a disminuir hasta el punto de ser más pequeño que las demás áreas<sup>(18,19)</sup>.

El comienzo de la disminución de las muertes por enfermedades infecciosas coincide con el inicio de las reformas sanitarias de Nightingale en Crimea. El gráfico muestra las muertes prevenibles con respecto a las de heridas u otras circunstancias y al mismo tiempo evidencia, la repercusión de las mejoras higiénico-ambientales y sanitarias en la disminución de las muertes prevenibles<sup>(18,19)</sup>.

Aunque el diagrama polar ha acompañado a Nightingale durante toda su vida, no contenta con ello, realizó dos gráficos en blanco y negro. En uno de los gráficos comparó la tasa de mortalidad de los hombres civiles de Manchester, ciudad notablemente insalubre, en tiempos de paz con la del Hospital de Scutari, evidenciando la similitud de la tasa de mortalidad al final de la guerra de Crimea con la de los hombres civiles en Manchester<sup>(19)</sup>. En el segundo gráfico restante comparó las muertes en los hospitales de Londres y alrededores en tiempos de paz con la del Hospital de Scutari al final de la guerra de Crimea. En este puede observarse que la tasa muertes de los hospitales de Londres es superior a los de Scutari durante la guerra<sup>(19)</sup>.

Algunos miembros del ejército británico ponían en duda la veracidad de los datos y la validez estadística del trabajo de Farr y Nightingale, pero fuentes francesas ajenas a Florence publicaron siete años después del término de la guerra un informe estadístico completo de más de setecientas páginas en el que aparece una comparación de las muertes durante los dos inviernos de la guerra. En ellos se confirma que la mortalidad británica en el segundo invierno cayó casi una décima parte con respecto al primero, en contraposición la mortalidad francesa aumentó. El ejército francés se deshacía en elogios y admiraba la limpieza y la higiene de la brigada británica<sup>(19)</sup>.

Esta serie de datos e informes albergados en cinco documentos diferentes, se destaca: "Notas sobre asuntos que afectan la salud del ejército británico (1859)"<sup>(20)</sup>. Tales informes llaman la atención de la Reina Victoria y el príncipe Alberto que establecieron en mayo de 1857 una Comisión Real para investigar sobre la salud del ejército estableciendo cuatro subcomisiones para llevar a cabo las reformas recomendadas por Nightingale. A través de estas se establecieron mejoras en la ventilación, calefacción, eliminación de aguas residuales, suministro de agua y en las cocinas de los cuarteles y hospitales del ejército<sup>(21)</sup>.

Además, se elaboró un nuevo código médico militar estableciéndose una escuela de medicina militar y también se reorganizó el procedimiento de recopilación estadística del ejército.

Al aplicar las mejoras anteriormente descritas se logró una reducción de las muertes y estancia hospitalaria y los dos grandes hospitales militares que se construyeron después de la guerra, el Royal Victoria Hospital y el Hospital Herbert, siguieron los principios establecidos por Nightingale para su construcción. La repercusión fue más allá y los principios establecidos por ella se utilizaron en diversos escenarios como la Guerra Civil estadounidense, la Guerra de China en la rebelión de Taiping o durante la guerra franco-prusiana con resultados trascendentes<sup>(19,21)</sup>.

### Influencia de Nightingale en la profesionalización de la Enfermería.

Aprovechando las generosas aportaciones económicas del pueblo británico agradecido por la labor de Nightingale en la Guerra se creó "El Fondo Nightingale" mediante el que se recaudaron alrededor de cincuenta mil libras esterlinas, con lo que se

fundó en 1860 un Escuela de Entrenamiento y Hogar Nightingale para Enfermeras en el hospital St. Thomas en Londres<sup>(12)</sup>.

“Educar no es enseñar al hombre a saber, sino a hacer”. Esta frase de Nightingale extractada de su discurso en una conferencia que impartió en las Universidades de Sant Andrew y Glasgow, resume perfectamente la filosofía del modelo formativo que ella pretendía llevar a cabo<sup>(6)</sup>. La Escuela se estructuraba en torno a dos principios: la necesidad de adquirir experiencia práctica en los hospitales bajo la instrucción de sus miembros y la supervisión de la Enfermera Jefe, mientras se exigía además una formación disciplinada, hasta tal punto, que a las alumnas realizaban sus prácticas ejerciendo la función de personal suplementario del hospital<sup>(12)</sup>.

La formación de la Escuela se inició con diez estudiantes y aunque su éxito no fue inmediato, con el paso del tiempo, el trabajo formativo dio sus frutos. Así, cuando se celebraba el veinticinco aniversario de su creación, quinientas veinte enfermeras habían completado su formación en la misma, a la par que cuarenta y dos hospitales contaban con “Enfermeras Nightingale” como jefas del hospital<sup>(21)</sup>. El modelo formativo implantado inicialmente por Nightingale dio sus frutos, una clara prueba de ello queda patente en el censo de las enfermeras en Gran Bretaña, que pasaron de veintisiete mil seiscientos diez y ocho en 1861 a sesenta y cuatro mil doscientas catorce en 1901<sup>(21)</sup>.

El modelo educativo de Nightingale contiene pautas tal como: “Para nosotras las enfermeras, la Enfermería es algo en lo que, a no ser que estemos progresando cada año, cada semana, os doy mi palabra de que estamos retrocediendo”; la responsabilidad: “La esencia de toda buena organización es que todas deben de ser responsables de su propio trabajo de manera que se ayude y no se entorpezca, a que las demás realicen lo suyo”; y con pensamiento autónomo: “la formación será invisible, a no ser de que cada una pueda aprender a sentir y a meditar por sí misma”<sup>(22)</sup>.

Algunas recomendaciones realizadas por Nightingale como: “Tal ruido innecesario ha causado o agravado el delirio en muchos casos, y uno de ellos con resultado de muerte.”, “Velar porque no se despierte un paciente constituye el sine qua non de la Enfermería”<sup>(23)</sup>, están de actualidad tal como se puede ver en proyectos como “ESTRUCTURA PROTOCOLO PROYECTO SUEÑON”<sup>(24)</sup>.

Nightingale escribió: “Me abstendré de todo lo que es perjudicial y malo y me dedicaré al bienestar de los que están a mi cargo”. “La enfermería tiene la responsabilidad de cuidar a las personas... y tiene que poner a las personas en la mejor forma”<sup>(25)</sup>.

También dejó patente: “Y recuerde a cada enfermera que debería ser alguien en quien confiar, en otras palabras, capaz de ser una enfermera ‘confidente’ [...] no debe chismorrear, hablar en vano; nunca debe responderá preguntas sobre sus enfermos excepto aquellos que tienen derecho a formularlas”<sup>(23)</sup>.

Es preciso citar alguna de las frases de Nightingale, relacionadas con la evidencia científica: “lo que hoy es evidente puede que mañana no lo sea”, “lo que vd. necesita son hechos, no opiniones”<sup>(23)</sup>.

El Profesor Lim Fidelindo en su artículo “La importancia actual de Florence Nightingale”<sup>(23)</sup>, contrasta las indicaciones expuestas por esta en su obra “Notas de Enfermería. Qué es y qué no es”, en relación con el lavado de manos. “La verdadera enfermera ignora lo que es una infección porque la previene.” “Toda enfermera debe lavarse las manos cuidadosa y frecuentemente a lo largo de la jornada. Si también se lava la cara, mucho mejor.”

Pone en marcha de plan de estudios para las mujeres proporcionándolas medios y otorgando una oportunidad de incorporarse a una profesión, la de Enfermera, que a partir de la creación de la Escuela en 1860, comenzaría a ser muy respetada<sup>(26)</sup>.

## DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

En cuanto a la biografía de Florence Nightingale se resume en que nació en Florencia en 1820, tuvo una educación exquisita en historia, filosofía y literatura además de en idiomas: francés, italiano, alemán, latín y griego.

El hecho de que dos de sus familiares padecieran enfermedades graves de larga duración, junto con el consejo del médico Ward Howe y su influyente convención religiosa, contribuyeron a su decisión de dedicarse a la “entrega en cuerpo y alma a la atención a los enfermos”.

En esa época, Florence Nightingale escribió el libro “Mi vida actual es suicidio. Dios mío, ¿qué será de mí?”<sup>(6)</sup>, donde relata la incertidumbre en cuanto a su decisión.

El trabajo de enfermera en el s. XIX se asociaba con mujeres ignorantes, indisciplinadas e incluso alcohólicas. Sirvan las palabras que pronunció en 1854 un médico del gran hospital de Londres, “todas las enfermeras son unas borrachinas, inclusive las hermanas”.

Tras su visita al instituto de Diaconisas de Kaiserswerth para el cuidado de personas desamparadas, tenía claro que ese era el lugar que anhelaba para estar ahí. La formación que allí recibió fue eminentemente práctica.

La Guerra de Crimea (1853-1856) fue el detonante para comprender la eficacia de las actuaciones en la atención a los soldados y heridos que tendrían una repercusión importante en su futuro.

Nightingale observó la necesidad realizar una mejora de las condiciones higiénico-sanitarias y se centró en otorgar a los soldados de un entorno y ambiente adecuado. La eficacia y repercusión de la modificación del entorno en todos sus ámbitos mediante intervenciones higiénicas, alimentarias y ambientales de Florence Nightingale durante el desarrollo de la Guerra de Crimea otorgan la importancia que tuvo esta contienda para Florence, que le otorgó una fama y prestigio social que aprovechó a su regreso a Inglaterra. Además las rondas nocturnas la concedieron el sobrenombre de “la dama de la lámpara”, artefacto que posteriormente se ha convertido en un símbolo de la profesión enfermera en todo el mundo<sup>(14)</sup>.

Las mejoras en el aspecto físico de los soldados y en su entorno fueron evidentes, aunque también, es importante considerar el aspecto humano, ya que Nightingale se preocupó del paciente de una manera completa equiparable a lo que se conoce, en la Enfermería actual como una atención holística<sup>(16)</sup>.

El trabajo de Florence Nightingale marcó un antes y un después en el ámbito de la estadística sanitaria al utilizar los gráficos para explicar la realidad y proponer cambios orientados a mejores resultados prácticos. Es decir, utilizó la investigación y la estadística para poder plasmar con evidencia objetiva que las mejoras que ella introdujo en Crimea mejoraron notablemente las condiciones sanitarias y redujo las muertes. Además demostró que las mejoras condiciones higiénicas y sanitarias no era tan solo aplicables al campo de batalla, sino al conjunto de hospitales civiles. Con ello favoreció un cambio en las estrategias políti-

cas y comenzando a dar prioridad a las reformas hospitalarias y a medidas en la salud pública.

La estadística aplicada de Nightingale atraviesa algunas barreras de la profesión enfermera llegado a ser reconocida por el ámbito de las ciencias matemáticas convirtiéndose en el primer miembro femenino de la Royal Statistical Society<sup>(18)</sup>.

Con la creación de la Escuela (hogar o centro), las mujeres vieron en la enfermería impulsada por Nightingale una posibilidad de libertad apoyada en una profesión competente, prestigiosa y remunerada, óptima para utilizar como herramienta eficaz en la búsqueda de la igualdad. Además, hay que destacar el carácter laico de esta Escuela, lo que permitió que se eliminaran los límites religiosos de acceso a la formación favoreciendo el acceso a ella de cualquier mujer, independientemente de su condición religiosa<sup>(26)</sup>.

El modelo que Nightingale utilizó para la formación de la Enfermería del momento, persiste en la actualidad, y contiene pautas para el aprendizaje continuo.

Rocha de Souza evidencia en su artículo<sup>(27)</sup> el papel fundamental de la enfermería en la esfera de los cuidados a mujeres embarazadas tras el parto ya que, promoviendo un ambiente y entorno adecuado, comodidad, autonomía, higiene y adquisición de conductas adecuadas por las mujeres, repercute positivamente en la recuperación post-parto, teniendo ventajas en su sistema inmunológico. Este tema, ya lo entendió Nightingale como relevante durante la Guerra de Crimea y que posteriormente dejó expuestos en su producción.

Del mismo modo, algunas publicaciones actuales<sup>(28)</sup> indican la repercusión del ruido o el insomnio sobre el retraso de la curación o la tolerancia al dolor, estableciéndose como la segunda amenaza ambiental para la salud de las personas. Además, algunas investigaciones ratifican, que entre el treinta y el sesenta por ciento del ruido en el hospital está provocado por el propio personal sanitario. En la actualidad surgen proyectos como SUEÑÓN, orientado a profesionales de enfermería y enfocados a promover y visibilizar la importancia del sueño en pacientes hospitalizados<sup>(24)</sup>. Nightingale ya apuntó la importancia de “evitar los ruidos innecesarios” y que “no se despierte el paciente” en el contexto de los cuidados.

Bien es cierto, que Florence nació en un contexto en el que estaba surgiendo un cambio en la medicina, ilustrado mediante la instauración de la corriente higienista encabezada por Pasteur y Joseph Lister, ya trató sobre estas cuestiones pero la técnica del “lavado de manos” tan de actualidad en la sociedad del momento y a todas las edades de la población, ya fue realizada por Nightingale en su obra “Notas de Enfermería”.

Nightingale ya consideró algunos principios bioéticos hace más de un siglo que son actuales para la Enfermería, tal como la confidencialidad y la responsabilidad. Ambos se encuentran albergados en el Código Deontológico del CIE, “La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla<sup>(29)</sup>; y “La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería<sup>(29)</sup>”.

En relación con la evidencia científica que ya preconizó Nightingale, y situando el tema en la actualidad, fue en 1997, cuando se celebró en Reino Unido una de las primeras conferencias sobre Práctica Basada en la Evidencia, en España, la primera reunión para tratar sobre este tema se celebró en Granada en 2002<sup>(30)</sup>.

Florence Nightingale supo aprovechar las circunstancias del momento para mostrar un compromiso con la vida y la salud de la sociedad en aquella época. Puede decirse, que logró sentar los cimientos de la actual profesión enfermera en base a su modelo formativo, bioético, estadístico, científico y de atención holística que supuso los inicios de un cambio para la Enfermería a nivel mundial.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pollard E. Florence Nightingale. La amiga del soldado herido. Bizkaia: Colegio de Enfermería de Bizkaia; 2010.
2. Castro-Molina F-J. Nosocomios higienistas: el caso Florence Nightingale. Cult los Cuid [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 16];17(36). Available from: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/30127/1/Cultura\\_Cuidados\\_36\\_11.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/30127/1/Cultura_Cuidados_36_11.pdf)
3. Fernandez Fernandez ML, Santo Tomás Perez M. De la vocación a la profesión enfermera: Florence Nightingale y Mary Seacole. In: Fundamentos históricos, teóricos y metodológicos de la enfermería. Valencia: Difusión avances de Enfermería; 2016.
4. Bostridge M. Florence Nightingale: The lady with the lamp [Internet]. BBC. [cited 2017 Dec 11]. Available from: [http://www.bbc.co.uk/history/british/victorians/nightingale\\_01.shtml](http://www.bbc.co.uk/history/british/victorians/nightingale_01.shtml)
5. Bloy M. Florence Nightingale (1820 — 1910) [Internet]. The victorian web. 2002 [cited 2017 Dec 11]. Available from: <http://www.victorianweb.org/history/crimea/florrie.html>
6. Attewell A. FLORENCE NIGHTINGALE (1820 - 1910). Perspect Rev Trimest Educ Comp (París UNESCO Of Int Educ [Internet]. 1998;28(1):173-89. Available from: <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/nightins.PDF>
7. Woodham Smith C. Florence Nightingale. La heroína de los hospitales. Buenos Aires: LOSADA; 1957.
8. Expósito Gonzalez R, Rubio Pilarte J, Solórzano Sanchez M. FLORENCE NIGHTINGALE. MUJER INMORTAL [Internet]. Enfermería Avanza. 2014 [cited 2018 Jan 16]. p. 11. Available from: <http://enfeps.blogspot.com.es/2014/05/florence-nightingale-mujer-inmortal.html>
9. Solórzano Sanchez M, Rubio Pilarte J. LA VIAJERA INCANSABLE EN BUSCA DE UN SUEÑO [Internet]. ENFERMERIA AVANZA. 2011 [cited 2018 Feb 19]. Available from: <http://enfeps.blogspot.com.es/2011/02/la-viajera-incansable-en-busca-de-un.html>
10. Codeiro Rodriguez M. Formación de Florence Nightingale en la Institución de las Diaconisas de Kaisersweth: análisis de documentos originales. Rev Iberoam Educ e Invest en Enfermería [Internet]. 2018 [cited 2018 Feb 4];(1):27-35. Available from: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/272/>
11. Fee E, Garofalo ME. Florence Nightingale and the Crimean War. Am J Public Health [Internet]. 2010 Sep [cited 2018 Mar 4];100(9):1591. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20671261>
12. Young P, Amarillo HA, Emery JDC. Florence Nightingale y la Enfermería en el Hospital Británico - SACP - Revista. Rev argent coloproct [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 19];25(1):34-40. Available from: <http://sacp.org.ar/revista/14-numeros-anteriores/volumen-25-numero-1/70-florence-nightingale-y-la-enfermeria-en-el-hospital-britanico>
13. Louise Selander. Florence Nightingale [Internet]. Encyclopædia Britannica. 2017 [cited 2017 Dec 16]. Available from: <https://www.britannica.com/biography/Florence-Nightingale#ref9247>
14. Young P, Hortis De Smith V, Chambi MC, Finn BC. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. Rev Med Chil [Internet]. 2011 Jun [cited 2018 Jan 15];139(6):807-13. Avail-



lable from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011000600017&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600017&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

15. Dinc G, Naderi S, Kanpolat Y. Florence Nightingale: Light to Illuminate the World from the Woman with the Lantern. WNEU [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 18];79:198–206. Available from: [http://www.worldneurosurgery.org/article/S1878-8750\(12\)01294-6/pdf](http://www.worldneurosurgery.org/article/S1878-8750(12)01294-6/pdf)
16. Ancheta Niebla E. ENFERMERIA AVANZA: UNA EXPERIENCIA DE FLORENCE NIGHTINGALE EN CRIMEA. ENFERMERIA AVANZA [Internet]. 2010 [cited 2018 Feb 22]; Available from: <http://enfeps.blogspot.com.es/2010/12/una-experiencia-de-florence-nightingale.html>
17. Solórzano Sanchez M. ALEXIS SOYER: EL COLABORADOR DE FLORENCE NIGHTINGALE EN CRIMEA [Internet]. ENFERMERIA AVANZA. 2015 [cited 2018 Jan 15]. Available from: <http://enfeps.blogspot.com.es/2015/01/alexis-soyer-el-colaborador-de-florence.html>
18. Urkaregi A. Florence Nigthingale, pionera estadística [Internet]. Mujeres con ciencia. 2014 [cited 2017 Dec 18]. Available from: <https://mujeresconciencia.com/2014/05/12/florence-nigthingale-pionera-estadistica/>
19. McDonald L. Florence Nightingale, statistics and the Crimean War. J R Stat Soc Ser A [Internet]. 2014 Jun 1 [cited 2018 Jan 8];177(3):569–86. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/rssa.12026>
20. Small H. Diagramas estadísticos de Florence Nightingale [Internet]. New York: The university of York. 1999 [cited 2018 Mar 10]. Available from: <https://www.york.ac.uk/depts/maths/histstat/small.htm>
21. Cohen B. Florence Nightingale. Sci Am [Internet]. 1984;250(3):128–37. Available from: <http://www.unc.edu/~nielsen/soci708/cdocs/cohen.htm>
22. Codeiro Rodriguez M. Análisis de documentos de Nightingale dirigidos a enfermeras. "Notas de enfermería" No es para enfermeras. In: Un siglo cuidando a la sociedad. 1a. Santander: Colegio de enfermería de Cantabria; 2015. p. 187–93.
23. Lim F. La importancia actual de Florence Nightingale. Nurs (Ed española) [Internet]. 2011 Feb [cited 2017 Dec 19];29(2):24–5. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212538211701819>
24. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III. ESTRUCTURA PROYECTO SUEÑON [Internet]. Madrid: Ministerio de economía y competitividad. 2016 [cited 2018 Mar 24]. p. 3. Available from: [http://suenon.recursosencuidados.es/pdf/estructura\\_proyectoinvestigacion.pdf](http://suenon.recursosencuidados.es/pdf/estructura_proyectoinvestigacion.pdf)
25. Apao Díaz J, Reyes Figueroa M de los Á, Alfonso Mora M. Eticidad del pensamiento de Florence Nightingale. Rev Habanera Ciencias Médicas [Internet]. 2002 [cited 2017 Dec 19];12(4):688–96. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2013000400021](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000400021)
26. Narváez Traverso A, Martínez Galiano JM, Pérez Martín B. Revisitando a Florence Nightingale desde una perspectiva de género [Internet]. Vol. 19, Index de enfermería. Fundación Index; 2010 [cited 2018 Apr 10]. 299–302 p. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000300014](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300014)
27. Souza MAR, Wall ML, Chaves ACM, Lima DM, Santos BA, Santos BA. Poder vital e o legado de florence nightingale no processo saúde-doença: revisão integrativa The vital power and the legacy of florence nightingale in the health-disease process: integrative review. Rev Fund Care Online [Internet]. 2017 Jan 10 [cited 2018 Jan 18];9(1):297. Available from: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4348>
28. Foraster M. El ruido enferma y es un problema de salud pública [Internet]. El País. 2017 [cited 2018 Mar 21]. Available from: [https://elpais.com/elpais/2017/10/02/ciencia/1506943745\\_596305.html](https://elpais.com/elpais/2017/10/02/ciencia/1506943745_596305.html)
29. Consejo internacional de Enfermeras. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería [Internet]. Ginebra: Fornara; 2012 [cited 2018 Mar 24]. 11 p. Available from: <http://castellon.san.gva.es/documents/4434516/5188103/Codigo+Deontologico+CIE.pdf>
30. Uzeta-Figueroa M. Enfermería Basada en la Evidencia. A S Sin [Internet]. 2009 [cited 2018 Mar 25];3(4):105–7. Available from: [http://www.hgculiacan.com/revistahgc/archivos/Archivos de Salud 12\\_Cápsula Científica.pdf](http://www.hgculiacan.com/revistahgc/archivos/Archivos de Salud 12_Cápsula Científica.pdf)



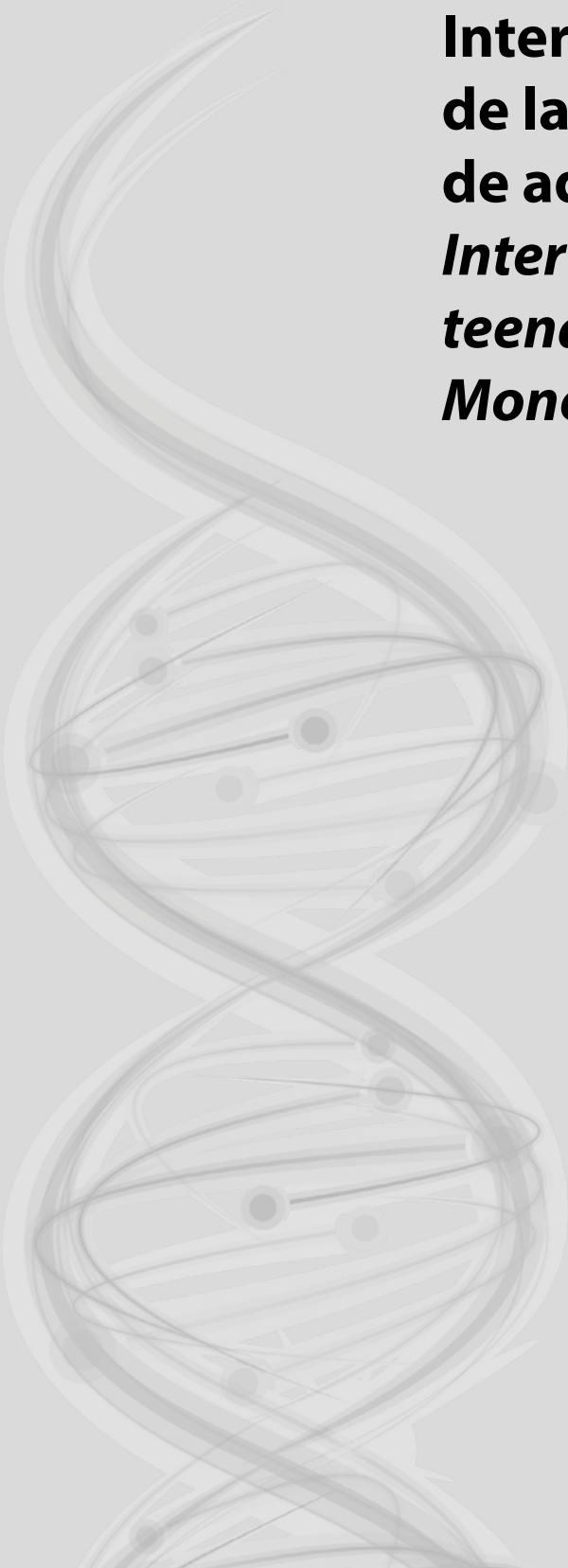


FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

MONOGRAFÍA

**Nuberos Científica**

[www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica](http://www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica)



**Intervenciones de prevención  
de la violencia en el noviazgo  
de adolescentes. Monografía.  
*Interventions to prevent  
teenage dating violence.  
Monograph.***

**Autora:**

**Claudia Palomera Bezanilla**

*Graduada en Enfermería. Quirón prevención.  
Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:*

*[claudiapalomera95@outlook.es](mailto:claudiapalomera95@outlook.es)*

Recibido: 11 de noviembre de 2018

Aceptado: 20 de mayo de 2019

Esta monografía, como segunda parte, se corresponde con el trabajo fin de grado tutorizado por la profesora Amada Pellico López de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cantabria. Ha sido adaptado, por la autora, a las normas de publicación de Nuberos Científica. Se encuentra, en origen, en el repositorio UCrea

**RESUMEN**

Las actuaciones preventivas en población adolescentes son importantes porque en ese periodo se establecen conductas saludables o de riesgo. Los estudios realizados sobre la violencia de pareja en la vida adulta están muy avanzados, sin embargo, el reciente campo de estudio que se ha desarrollado en las parejas sentimentales adolescentes ha llevado a considerar la violencia en el noviazgo un problema de salud pública.

La monografía que se lleva a cabo tiene como intención describir las teorías explicativas existentes sobre violencia en el noviazgo, los factores que influyen en la aparición, las consecuencias y, por último, cómo lograr intervenciones efectivas.

La violencia en las relaciones de noviazgo es bidireccional entre los miembros de la pareja y puede normalizarse debido a los mitos del amor romántico. Las teorías explicativas más aplicables son las multisistémicas, que tienen en cuenta los factores antecedentes y situacionales del problema. Se recomienda intervenir en la adolescencia temprana y sobre población tanto universal como a colectivos de riesgo. El ámbito más frecuente es el escolar, llevado a cabo por profesores. Se hace una síntesis de las intervenciones de mayor impacto en el ámbito internacional y nacional.

**Palabras clave:** violencia de pareja, adolescente, educación en salud

**ABSTRACT**

Preventive actions on teenage population are important because healthy or risky behaviors are established on this period. Studies on partner violence in adulthood are well progressed, however, recent studies developed on adolescent sentimental couples has led to consider dating violence as a public health issue.

This monograph intends to describe the existing explanatory theories on dating violence, factors influencing its emergence, its consequences and, finally, how to achieve effective interventions on this field.

Violence in teenage relationships goes both ways between the members of the couple and can be seen as normal due to the myths of romantic love. The most applicable explanatory theories are the multi-systemic ones, that take into account the background and situational factors of the problem. It is recommended to intervene in early adolescence and on both universal population and risk groups. The most frequent environment for these interventions is the school, carried out by teachers. A synthesis of the international and national interventions with greater impact is performed.

**Keywords:** couple violence, teenager, health education

**INTRODUCCIÓN**

En la actualidad, las investigaciones llevadas a cabo sobre violencia de género que sufren mujeres en parejas de adultos son muy extensas. Esto es debido a que, desde mediados del siglo pasado, las mujeres intentan luchar contra el silencio que existe en torno a un tema que las afecta, que ha pasado de considerarse tema tabú a ser visibilizado desde gobiernos y sociedad en general. Sucede lo mismo, pero a escala más pequeña, con la violencia en las relaciones de noviazgo. Las que hasta hace poco se consideraban relaciones pasajeras y sin importancia, comienzan a adquirir importancia real para los expertos.

La etapa de la vida de la persona que se corresponde con la adolescencia es uno de los períodos más cruciales para la persona en el cual las decisiones tomadas podrán afectar a toda su etapa adulta<sup>1</sup>. Se caracteriza por la inexperiencia y esto hace que los adolescentes se fijen en los valores culturales y las conductas normalizadas de la sociedad en la que se han educado. Al contrario de lo esperado, a pesar de los grandes esfuerzos de las instituciones, el amor sigue cobrando en los países europeos una idea conocida como "amor romántico" por la cual los adolescentes pueden confundir con signos de amor lo que en realidad son acciones violentas y que en un futuro pueden evolucionar a situaciones graves<sup>2</sup>.

Para realizar cualquier intervención preventiva, será imprescindible el estudio de las bases teóricas existentes y las variables que cada teoría considera como factores de riesgo, para, de esta manera, darle valor científico a la intervención<sup>3</sup>.

Conocidas las bases teóricas, es preciso identificar el conjunto de recomendaciones respecto a cuándo, a quién y dónde realizar dichas intervenciones y cómo deberán estructurarse los contenidos, la implementación y la posterior evaluación<sup>3</sup>.

**JUSTIFICACIÓN**

Tras el estudio del contexto de la violencia, su magnitud y las peculiaridades de las relaciones amorosas desde la adolescencia a la etapa adulta, es decir, durante el noviazgo procede, por considerarse imprescindible para investigaciones posteriores, completar con profundos conocimientos sobre otros aspectos, tal como: teorías, factores de riesgo, consecuencias y las intervenciones para su prevención según la literatura publicada.

**OBJETIVOS****General:**

Estudiar la violencia en el noviazgo en la etapa adolescente (2ª parte).

**Específicos**

- Analizar las teorías y modelos explicativos, factores de riesgo y consecuencias de la violencia en el noviazgo.
- Identificar intervenciones de prevención en la violencia en el noviazgo.

## METODOLOGÍA

Para la realización de esta monografía, se efectuó una localización de referencias bibliográficas a través de una búsqueda realizada desde septiembre de 2017 hasta diciembre de 2017, en las bases de datos Scopus, Dialnet y Web of Science.

Se utilizó para la estrategia de búsqueda descriptores recogidos en el tesoro de la National Library of Medicine de Estados Unidos (MeSH, Medical Subject Headings) y de la Biblioteca Virtual de Salud (DeCS, Descriptores en Ciencias de la Salud). Se efectuaron diferentes combinaciones utilizando el operador booleano "AND", aplicando límites en la estrategia de búsqueda: búsqueda diez años atrás, en español y en inglés (Tabla 1, Figura 1).

Los criterios de inclusión o exclusión se aplicaron a las referencias encontradas, mediante la lectura de los resúmenes, o cuando fue necesario, de la lectura completa de los estudios primarios. Se utilizaron finalmente los artículos que respondían al objeto de la monografía y cuya población de estudio se adaptaba al interés del trabajo (Figura 1).

Por tanto, constituyen la base de este trabajo 54 artículos. También se consultaron como fuentes relevantes, las páginas oficiales del Boletín Oficial del Estado y de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Sanidad o las Naciones Unidas. Además, se utilizaron los libros "Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia", el que recoge la teoría del desarrollo de Erik Erikson: "Identity: Youth and crisis" y el libro "The psychology of violence in adolescent romantic relationships". Se consultaron también otros artículos y documentos que formaban parte de la bibliografía de los artículos previamente seleccionados. Por tanto, el número total de referencias bibliográficas es de 85 documentos.

Una de las limitaciones de este trabajo la constituye la propia estrategia de búsqueda que puede llevar a un sesgo de selección. Al limitar la búsqueda a publicaciones en inglés y español, artículos en libre acceso, priorizar hacia bases de datos de ámbito clínico y tener que manejar una cantidad de información adaptada a la extensión de la presente monografía, se puede perder información relevante. Como se verá más adelante, se encuentran resultados contradictorios en diferentes fuentes debido probablemente a la variabilidad en el tipo de estudios, tamaño de muestras, metodología y contextos. Para una revisión más extensa sería necesario consultar bases de datos más generales y en otros idiomas.

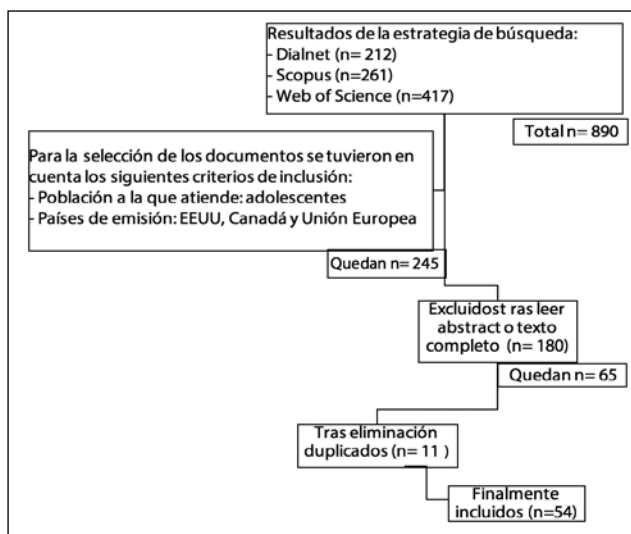
**Tabla 1. Resultado de la búsqueda inicial.**

BASE DE DATOS	TÉRMINOS DE BÚSQUEDA	LÍMITES	RESULTADOS
Scopus	"Intimate Partner Violence" AND "Adolescent" AND "Health Education"	De 2007 a 2017	261 documentos
Web Of Science	"Intimate Partner Violence" AND "Adolescent" AND "Health Education"	De 2007 a 2017	417 documentos
Dialnet	"Violencia de Pareja" y "Adolescente" y "Educación en Salud"	De 2007 a 2017	11 documentos

BASE DE DATOS	TÉRMINOS DE BÚSQUEDA	LÍMITES	RESULTADOS
Dialnet	"Violencia de Pareja" y "Educación en Salud"	De 2007 a 2017	34 documentos
Dialnet	"Violencia de Pareja" y "Adolescentes"	De 2007 a 2017	167 documentos
			890 TOTAL

Fuente: Elaboración propia.

**Figura 1: Árbol de búsqueda bibliográfica.**



Fuente: Elaboración propia. Metodología empleada para el conjunto de la monografía que se publicará en dos partes, correspondiendo está a su segunda parte.

## Teorías y modelos explicativos, factores de riesgo y consecuencias de la violencia en el noviazgo.

Para el correcto desarrollo de cualquier intervención se necesita afianzar unas bases teóricas que permitan desarrollarlo. De esta forma, resulta imprescindible tener en cuenta el marco teórico existente y utilizado por los autores en el estudio de la violencia de pareja.

A excepción del modelo de factores antecedentes y situaciones de la violencia en el noviazgo<sup>4</sup>, no se han desarrollado modelos teóricos propios para explicar este tipo de violencia y por norma general, los investigadores han aplicado las teorías existentes sobre parejas adultas.

Por esta razón, en este apartado se lleva a cabo la descripción de las teorías y modelos más utilizados para el estudio de la violencia en el noviazgo. Estas se pueden dividir en teorías socioculturales, interpersonales, intrapersonales y multisistémicas<sup>5</sup>.

Las **teorías socioculturales** son aquellas en las cuales las variables sociales y culturales son el motivo principal, tales como roles de género, la dominación social del varón o la estructura social del patriarcado.

Dentro de estas teorías se encuentra la teoría feminista, la cual considera que los comportamientos violentos que se producen dentro de las parejas son producto de un sistema social del patriarcado. Éste tiene como objetivo fomentar la dominación del hombre y la sumisión de la mujer, utilizando la violencia

como mecanismo de control. Esta teoría considera que la sociedad educa a los hombres para ser independientes, dominantes, competitivos e, incluso, agresivos; frente a mujeres educadas para ser cooperativas, complacientes, sumisas y pasivas<sup>3</sup>. Este sistema patriarcal, a pesar de ser considerado como un factor asociado a la existencia de la violencia en la pareja, por sí solo no es suficiente para explicar la amplitud de este fenómeno y la bidireccionalidad existente en las parejas jóvenes.

Las **teorías interpersonales** son aquellas que dicen que determinadas influencias interpersonales de individuos concretos dentro de una sociedad hacen que se vean envueltos con mayor probabilidad en relaciones de pareja violenta. Existen dos teorías que son habitualmente utilizadas:

- **La teoría del aprendizaje social de Bandura:** explica que un individuo puede aprender a comportarse por imitación, observando situaciones que pueden ser recompensadas o reforzadas. De esta forma, si ve que una persona es agresiva y además se refuerza o recompensa esa situación, lo puede aprender.

Esta teoría aplicada a la violencia de pareja se puede referir a tres influencias distintas como puede ser la familia, los medios de comunicación o el entorno social. Por lo tanto, un joven que haya sido expuesto a comportamientos violentos dentro de la relación de pareja de sus padres puede aprender estos comportamientos y llevarlos a cabo en sus relaciones futuras. De igual forma influyen los amigos o los medios de comunicación, aunque en menor medida. Sin embargo, y como explicó Bandura al exponer su teoría, una exposición y su posterior aprendizaje no conlleva la repetición. Es decir, el joven puede aprender algo, pero no tiene por qué llevarlo a cabo. Efectivamente, no todos los jóvenes que se han criado en familias violentas tienen comportamientos violentos en sus relaciones de pareja<sup>3</sup>.

- **La teoría del apego de Bowlby:** afirma que los prototipos de relaciones que los niños se forman durante la infancia condicionan el tipo de relaciones interpersonales que ellos establecen en el futuro. Además, Dutton<sup>6</sup> relacionó las relaciones de apego tempranas problemáticas con mayor riesgo de implicarse en relaciones violentas. Esta teoría no explica la conducta agresiva de individuos con un apego seguro en su infancia temprana por lo que, aunque se tenga en cuenta el apego, es necesario considerar otros factores explicativos<sup>3</sup>.

Las **teorías intrapersonales** son aquellas que buscan explicaciones en características individuales. Un ejemplo es la teoría genética que se basa en que una baja expresión de la enzima monoamino oxidasa A (MAOA) se asocia con diferentes tipos de comportamientos conflictivos.

Aunque existe cierta evidencia de que el genotipo puede influir en la existencia de comportamientos violentos, estas teorías genéticas son recientes y serán necesarios más estudios que demuestren esta predisposición, así como su interacción con otras variables sociales e individuales<sup>3</sup>.

Las teorías **multisistémicas** son aquellas teorías que reúnen los diferentes tipos de variables (socioculturales, interpersonales e intrapersonales) para dar una explicación a la violencia en la pareja. Estas teorías son consideradas realmente interesantes al valorar las distintas causas de la violencia en la pareja. Dentro de esta categoría, se encuentra la teoría anidada de la violencia en la pareja descrita por Dutton en 1985, el modelo de sistemas

del desarrollo de la violencia en la pareja descrita por Capaldi en 2005, el marco teórico contextual de la violencia de pareja por Bell y Naugle. Pertenece a este grupo la única teoría desarrollada hasta el día de hoy que intenta dar una explicación a la violencia dentro de las relaciones de noviazgo, que es el modelo de factores antecedentes y situacionales de la violencia en el noviazgo desarrollada por Riggs y O'Leary.

La **teoría ecológica anidada** fue desarrollada por Dutton en 1985. Se basa en el modelo de desarrollo humano propuesto por Urie Bronfenbrenner<sup>8</sup>, que entendía el desarrollo humano en términos de una progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, que está en proceso de desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que la persona en desarrollo vive. De esta forma, definía el sistema ecológico como un conjunto de estructuras seriadas, cada una incluida dentro de la siguiente. Esta teoría intentó llevar a cabo la conceptualización de la violencia en la pareja saliendo de los esquemas tradicionales reduccionistas que achacaban esta violencia a factores únicos, para pasar a ser considerada como una suma de muchos factores que interactúan entre sí.

Los diferentes factores que desarrollarían la violencia los dividió en distintos niveles: macrosistema, exosistema, microsistema y ontogenético. El nivel más amplio es el macrosistema que abarca todos aquellos valores, actitudes y creencias compartidos por la sociedad dentro de la cual tiene lugar el maltrato. El siguiente nivel es el denominado exosistema y es el que se refiere al nivel comunitario con el que la persona interactúa de forma directa o indirecta, como pueden ser los servicios o instituciones como la salud, la educación, el trabajo o, las profesiones. El tercer nivel se denomina microsistema, que es el entorno relacional más inmediato a la persona, las relaciones cara a cara que mantiene en su medio, sobre todo en la familia de origen y la ampliada. Por último, el nivel denominado ontogenético se refiere a la historia personal del individuo, sus características psicológicas de personalidad y carácter.

Dutton utiliza el siguiente ejemplo para proporcionar una visión de cómo se acoplan los distintos niveles: el maltrato a la esposa es mucho más probable cuando en la vida de un hombre se suman y refuerzan los siguientes factores: fuertes deseos de dominar a las mujeres (ontosistema), exagerada ansiedad acerca de las relaciones íntimas (ontosistema), asimilación de modelos de rol violentos (ontosistema), escaso desarrollo de habilidades para la solución de conflictos (ontosistema), estrés en su trabajo o desempleo (exosistema), aislamiento de los grupos de contención (exosistema), dificultades en la comunicación (microsistema) y luchas de poder (microsistema), exposición y participación en una cultura donde la hombría se define por la habilidad de responder a los conflictos agresivamente (macrosistema) y otros. La suma de estas condiciones produce un marco óptimo para la aparición de la violencia.

El **modelo de sistemas del desarrollo de la violencia en la pareja** fue desarrollado por Capaldi et al<sup>9</sup>. Se pretende comprender el comportamiento de la pareja como sistema de desarrollo dinámico, es decir, un sistema interactivo pero que viene definido por las características de desarrollo propias de ambos miembros de la pareja y por los factores contextuales en los que ésta se desarrolla. Toma en consideración tres aspectos fundamentales: las características de los miembros de la pareja como individuos (personalidad, influencias sociales o estadio del desarrollo), los riesgos que se suponen del contexto y todos los aspectos con-

textuales que podrían afectar a la naturaleza de la propia relación entendida por sus patrones de interacción y la evolución durante ésta<sup>1</sup>.

El marco teórico contextual de la violencia en la pareja fue desarrollado por Bell y Naugle<sup>10</sup> en 2008 con el objetivo de mejorar las teorías que ya existían y ayudar a la investigación de las variables que pueden ser importantes para la perpetración de la violencia en la pareja. Los autores identificaron una serie de factores motivadores, conductas, antecedentes, creencias y estímulos discriminatorios cuya suma hará que se desarrolle la conducta (en este caso la agresión). Además, esta conducta tendrá unas consecuencias que podrán convertirse en otro factor precipitante<sup>11</sup>.

El último modelo multisistémico es el modelo de factores antecedentes y situacionales que fue desarrollado por Riggs y O'Leary<sup>4</sup> en respuesta a las diferencias existentes entre las relaciones de parejas casadas y las relaciones de noviazgo ya que consideraban que estas diferencias conllevaban la necesidad de crear un modelo específico para este tipo de parejas jóvenes. El modelo extiende la teoría del aprendizaje social y relaciona los comportamientos agresivos con dos tipos de factores:

(a) los factores antecedentes, que engloban las características individuales y sociales que pueden aumentar la probabilidad de un individuo para comportarse de forma agresiva

(b) situacionales, que se refiere a acontecimientos que puedan aumentar el conflicto y como consecuencia, la aparición de agresiones<sup>3</sup>.

TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS	
<b>Teorías socioculturales</b>	Teoría feminista
<b>Teorías interpersonales</b>	Teoría del aprendizaje social Teoría del apego
<b>Teorías intrapersonales</b>	Teoría genética
<b>Teorías multisistémicas</b>	Teoría ecológica anidada Modelo de sistemas del desarrollo de la violencia en la pareja Marco teórico contextual de la violencia en la pareja Modelo de factores y antecedentes

**Fig. 1.- Resumen de teorías y modelos más utilizados para el estudio de la violencia en el noviazgo.**

### Factores de riesgo

Según la OMS, un factor de riesgo es *"cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión"*. Un factor de riesgo es signo de asociación, pero no de causa. Por esto, y lo descrito en el apartado anterior, se describen una serie de factores de riesgo de padecer o ejercer violencia en la pareja con el fin de identificar los individuos que tienen mayor posibilidad de padecer una relación de este tipo<sup>12</sup>.

En base al modelo de Riggs y O'Leary por ser hasta el día de hoy el único desarrollado para las relaciones de violencia en el noviazgo, se utiliza la clasificación que divide los factores de riesgo en antecedentes y situacionales.

### Factores antecedentes.

Son aquellos que se refieren a características individuales de

tipo biológico, conductual, psicológico y relacional. En la bibliografía se puede encontrar una gran variedad.

Entre estos factores se encuentran diferencias según el efecto que tienen sobre la conducta, pudiendo ser variables precipitantes, facilitadoras, inhibitoras o, dependiendo de cómo se presenten, pueden ser facilitadoras, inhibitoras o moduladoras<sup>13</sup>.

El uso de alcohol y drogas supondrá una variable precipitante<sup>14,15</sup>. Su estudio resulta muy importante por el alto consumo de alcohol y su relación con la violencia entre los adolescentes en España. Alrededor de un 79% reconoce haber consumido alcohol en alguna ocasión y en cuanto a las drogas, por ejemplo el cannabis, se ha consumido en algún momento por 3 de cada 10 adolescentes entre 14 y 18 años<sup>16</sup>.

Entre las variables facilitadoras de situaciones de violencia en la pareja se encuentran las ideas sexistas<sup>17-19</sup>, como actitudes negativas sobre la mujer, actitudes de dominación o estereotipos de género. Estas pueden facilitar la violencia ejercida por el hombre o que la mujer no perciba la violencia como tal<sup>15</sup>. Además, numerosas investigaciones han catalogado la tolerancia como uno de los principales factores de riesgo<sup>18,20-22</sup>.

Los celos y conductas controladoras pueden ser entendidos por los adolescentes como manifestaciones de amor<sup>15</sup>. En un estudio con 362 adolescentes de Madrid el 47,1% de la muestra consideró que *"una pareja es celosa porque se preocupa por ti y te quiere"* y un 46,1% consideró que *"cuando se tiene una pareja, es habitual utilizar el móvil para saber dónde se encuentra y que hace la otra persona"*. Esta tolerancia se convierte en un factor de riesgo importante en este tipo de relaciones<sup>19</sup>.

Las alteraciones de la personalidad o psicopatologías como la depresión o los trastornos de personalidad<sup>24</sup>, las conductas sexuales de riesgo como no usar preservativo y embarazos no deseados<sup>24,25</sup>, déficits de habilidades de comunicación y de solución de problemas<sup>32,33</sup>, una baja empatía y autoestima<sup>25,26</sup>, presencia de ira y hostilidad<sup>10,27</sup>, problemas escolares y bajo rendimiento académico<sup>25,28</sup> o impulsividad<sup>26,29</sup> son otras variables estudiadas que facilitarán la presencia de violencia en las parejas adolescentes.

Otras variables pueden modular o facilitar la asociación entre algunos factores y la violencia en el noviazgo, como las actitudes favorables a la violencia y estereotipos de género en relación con la edad. Diversos estudios explican que en edades tempranas estas actitudes y estereotipos están más marcados y con el paso de los años los adolescentes se sensibilizan más<sup>22,30</sup>. También actúa como modulador el estilo de apego<sup>6,30</sup>.

Por último, las variables que pueden inhibir la violencia en el noviazgo son la autoestima y empatía elevadas<sup>26</sup>, habilidades de comunicación y habilidades de solución de problemas<sup>32</sup>, buen rendimiento académico<sup>28</sup> y hábitos de crianza positivos: padres ni muy autoritarios ni excesivamente permisivos.

### Factores situacionales

Los factores situacionales son los que están relacionados con el entorno físico, familiar, histórico o económico del individuo<sup>13</sup>. Estos factores al igual que los anteriores se pueden dividir en precipitantes, facilitadores o inhibitoras.

El estrés psicosocial es considerado un factor precipitante.

Por la influencia de iguales violentos con sus parejas, los adolescentes pueden sentirse fuertemente presionados por cumplir las normas sociales<sup>26,29</sup>. El apoyo social bajo, los hábitos



de crianza disfuncionales<sup>35</sup>, maltrato y abuso sexual en la infancia, violencia intrafamiliar y violencia en la comunidad son variables facilitadoras de la violencia en el noviazgo.

Por el contrario, un buen apoyo social supondrá un factor inhibidor de la violencia en la pareja.

### Consecuencias.

Conocidas las características y la prevalencia del tema, recogidas en la primera parte de esta monografía después de estudiar los factores de riesgo, y antes de pasar al estudio de las intervenciones preventivas es importante conocer cómo afecta a estos jóvenes.

Cabe tener en cuenta que, debido al problema existente con la tolerancia y el reconocimiento de la violencia en las parejas adolescentes, estudiar las consecuencias solo puede llevarse a cabo con aquellos que sí reconocen haber sido víctimas<sup>3</sup>.

En función del tipo de violencia ejercida se darán determinadas consecuencias. Dentro de las mismas, las agresiones físicas se pueden encontrar con muchas posibilidades traumáticas, que van desde lesiones leves a otras muy graves. Sin embargo, se han hallado porcentajes muy pequeños de adolescentes que refieren haber sido víctimas de este tipo de violencia y dentro de estos, la mayoría refiere daños físicos leves como cortes, contusiones leves o arañazos<sup>27</sup>. En un estudio realizado con 2416 adolescentes españoles, se mostró que son más las mujeres las que padecen violencia física y sus consecuencias y un 3% de las mujeres de la muestra informaron haber sufrido ojos morados, nariz o huesos rotos. Además, este estudio informa que las consecuencias de la violencia física empeoran cuanto mayor es el adolescente.

En la esfera psicológica y teniendo en cuenta la mayor prevalencia de este tipo de violencia, existe una mayor variedad de consecuencias. En un estudio realizado a 3614 adolescentes entre 12 y 17 años se revelan datos como que los jóvenes que habían padecido violencia en la pareja tenían 4 veces más de posibilidades de desarrollar síndrome postraumático o depresión mayor que los que no. Otras consecuencias pueden ser el deterioro de la autoestima y la imagen corporal, aparición de ideación suicida y/o intentos de suicidio y peor funcionamiento psicosocial.

Se encuentra además un mayor riesgo ante otras conductas de riesgo como el abuso de sustancias (drogas, cigarrillos, alcohol), trastornos de la conducta alimenticia, comportamientos sexuales de riesgo como un mayor número de parejas sexuales o delincuencia.

A nivel académico existe un empeoramiento del rendimiento escolar y/o abandono de los estudios.

Por último, ante violencia en el noviazgo, habrá mayor riesgo en el futuro de relaciones violentas con la aparición de interacciones disfuncionales y problemas relacionales.

### Intervenciones preventivas

La prevención se define como las "medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida". En relación con el tema a tratar será cualquier medida o actuación dirigida a reducir o evitar cualquier tipo de comportamiento agresivo hacia la pareja y sus consecuencias asociadas<sup>3</sup>. Mediante la revisión de la investigación realizada sobre la violencia en el

noviazgo se llega a una conclusión unánime y es la importancia de la prevención de este problema.

En este apartado se realizará una revisión de las intervenciones relevantes realizadas tanto a nivel internacional como nacional, para lograr sintetizar las recomendaciones de cómo deben ser las acciones de prevención de violencia en el noviazgo en adolescentes para ser efectivas.

Los aspectos clave para diferenciar cada intervención de prevención son: la población diana, temporalización, lugar de aplicación, fundamentación teórica, objetivos, diseño de contenidos y forma de evaluación de resultados<sup>3</sup>.

Siguiendo el mismo esquema llevado a cabo por Fernández González, L.<sup>3</sup> en su tesis doctoral, se plantea una serie de preguntas, cuya respuesta ayudará para ir clasificando las intervenciones preventivas.

¿Cuándo prevenir la violencia en el noviazgo? ¿A quién dirigir las intervenciones, dónde y cómo?

Dentro de la prevención se encuentran tres tipos: prevención primaria, secundaria y terciaria, que se diferencian en función del momento en el que se encuentren con respecto a la aparición de la violencia del noviazgo.

- La prevención primaria es aquella que se realiza antes de que ocurra, antes de que la problemática objeto de intervención se haya manifestado, pero no antes de que el tema sea relevante para la población diana<sup>3</sup>.
- La prevención secundaria es aquella que tiene como objetivo aquellos que han sido identificados como personas en riesgo, por lo que se centra en asegurar una detección temprana y ofrecer intervenciones.
- Por último, la prevención terciaria pretende reducir complicaciones, cuando la violencia en el noviazgo ya ha aparecido. Sus intervenciones tendrán como objetivo evitar recidivas y consecuencias.

Para saber cuándo llevar a cabo cada uno de los tipos de prevención, es importante saber cuándo comienzan las relaciones de noviazgo, por lo que debido a la variedad entre los adolescentes puede resultar complicado para los investigadores fijar una edad adecuada, como ya se verá en las intervenciones realizadas. Algunos autores refieren que las prevalencias más altas de violencia en el noviazgo se dan tanto en hombres como en mujeres entre los 16 y 17 años, por lo que las intervenciones tendrán que llevarse a cabo antes de esa edad, en la adolescencia temprana (13- 14 años)<sup>14</sup>.

No obstante, debido a la dificultad los primeros signos de existencia de violencia en la pareja, resultará difícil clasificar las intervenciones de esta manera. Por lo tanto, resulta de interés atender a la clasificación llevada a cabo por Gordon en la que divide el tipo de prevenciones en función a la población a la que se dirige.

Esta selección divide las intervenciones preventivas en prevención universal, selectiva e indicada.

- La universal es aquella que sirve para todo individuo y se aplica a toda la población.
- La prevención selectiva se dirige a determinados subgrupos de la población teniendo en cuenta una característica en común.
- Prevención indicada es la que se realiza a determinados grupos de riesgo para el tema a prevenir.

Entre las intervenciones existentes se encuentran una gran variedad de ellas que se dirigen a los adolescentes en general

(universal) cuya ventaja será la posibilidad de englobar un número mayor de posibles agresores o víctimas que no han sido identificadas en los grupos de riesgo. Además, se elimina el estigma y la influencia que tiene sobre los adolescentes, sus iguales y el entorno.

Además, existen intervenciones selectivas que se dirigen a grupos específicos como adolescentes de grupos étnicos minoritarios o procedentes de entornos sociales desfavorecidos, siendo menos frecuentes.

Por último, se puede nombrar las intervenciones correspondientes a la prevención indicada, aquella que se hace sobre los grupos de riesgo, como intervenciones a adolescentes víctimas de maltrato infantil o mujeres embarazadas en entornos desfavorecidos. A favor de este tipo de prevención, Foshee y Reyes refieren que trabajar con grupos en riesgo facilitará centrarse en aspectos disruptivos que son los que favorecen esta violencia optimizando los recursos que se emplean. Sin embargo, algunos de estos factores de riesgo como la baja autoestima resultan más fáciles de captar en población general.

Con respecto al lugar donde aplicar los programas de prevención, un porcentaje mayoritario utilizará la escuela, obteniendo una serie de ventajas como es la alta captación de todos los adolescentes. Los de riesgo también son captados de esta forma y sin ser estigmatizados. Otras ventajas son la influencia de los iguales, disponer de un buen espacio físico y la posibilidad de tener el apoyo de los profesionales que trabajan en la escuela. Sin embargo, los autores también se encuentran con distintos inconvenientes como la falta de disponibilidad de tiempo, no inclusión de adolescentes que han fracasado en los estudios (siendo este un factor de riesgo) y la creación de situaciones de incomodidad o ridículo entre los estudiantes al tratarse de un tema delicado<sup>3</sup>.

Además de las escuelas, existen otras intervenciones realizadas en centros en la comunidad como centros de juventud, casas de cultura, centros de salud o en el juzgado.

Para planificar intervenciones de prevención se debe tener un conocimiento de la población diana, el lugar y el momento para desarrollar los programas preventivos, es un paso fundamental. Posteriormente se fijarán otros aspectos como es el diseño de los contenidos, de implementación y de evaluación.

Los contenidos deberán fundamentarse en un modelo teórico y este tendrá que tener en cuenta los estudios que se han realizado al respecto de los factores de riesgo de la violencia de género. Como ya se ha desarrollado, los modelos teóricos más eficaces serán los modelos multisistemas. En la lectura de programas existentes un gran número de ellos se encuentran asentados en teorías feministas o de aprendizaje social.

Una vez elegido el modelo teórico se construirán los objetivos y los contenidos del programa con relación a tres determinantes: conocimientos, actitudes y habilidades<sup>3</sup>.

Los tiempos estimados para llevar a cabo el programa no han sido estudiados comparativamente por lo que no existe evidencia de que duración sería la más eficaz.

El siguiente paso será el diseño de implementación que está relacionado con el dónde anteriormente desarrollado. Como se ha explicado, el lugar que parece más habitual son las escuelas, pero ¿en qué momento y por quién llevarlo a cabo? En EEUU o Canadá varios estudios se realizan en la asignatura de Educación para la Salud, sin embargo, en España no se ha encontrado esta asignatura en el plan académico por lo que es habitual será usar

las tutorías. Con respecto a las personas indicadas podrán llevarlas a cabo los profesores de la propia escuela o profesionales externos al centro educativo. Se han llevado a cabo estudios que se realizan por profesores y otros profesionales como psicólogos de centros de mujeres maltratadas, por personal de servicios sociales, por miembros de la policía o por abogados.

Por último, todo programa preventivo tiene que tener un diseño de evaluación para valorar su eficacia. Lo óptimo será un diseño experimental con asignación aleatoria de los participantes a los grupos experimental y control y evaluaciones de seguimiento. Sin embargo, debido a su elevado coste y dificultad, sólo se conocen 3 programas preventivos que cumplan este modo de evaluación.

Se describen a continuación los programas preventivos relevantes, escogidos entre aquellos encontrados en publicaciones científicas, que hayan sido desarrollados para prevenir la violencia que se ejerce en el noviazgo y que tuviesen como población diana adolescente. Concretamente, se ha escogido dos intervenciones internacionales y dos nacionales a población general y otras dos internacionales a población de riesgo. De cada uno se especifica: nombre, localización, objetivos, características del programa, población diana, procedimiento de aplicación, muestra y diseño de evaluación.

Dirigido a población general (prevención universal) se han seleccionado dos internacionales: "The Safe Dates Project" y el "Fourth R: Skills for Youth Relationships"; y dos nacionales: "Prevención de la violencia contra la mujer" y "La máscara del Amor".

**The Safe Dates Project.** Es un programa preventivo, desarrollado en Carolina del Norte, Estados Unidos. El programa se llevó a cabo entre 1994 y 1995, prolongando su seguimiento hasta 1999. Se basa en 10 sesiones escolares de 45 minutos y actividades comunitarias. Es un programa que incluye prevención primaria -cambiar las normas asociadas a la violencia, reducir estereotipos de género y mejorar habilidades de resolución de conflictos- y terciaria -informar sobre servicios existentes en la comunidad y favorecer acciones de búsqueda de ayuda-. Se lleva a cabo en institutos por profesores, en servicios sociales y departamentos de policía.

Se hizo diseño cuasi experimental con grupo de control, una muestra de 1889 alumnos (de 13 a 15 años) y evaluación pre, post (1 mes después) y seguimientos a las 12, 24, 36 y 48 meses.

Los resultados muestran una disminución de la agresión física leve, la psicológica y la sexual. Al año de seguimiento se acepta menos la violencia en el noviazgo y se perciben más las consecuencias negativas. Además, presentan más habilidades de autocontrol y están más concienciados de los servicios comunitarios existentes.

**Fourth R: Skills for Youth Relationships.** Programa preventivo desarrollado en Ontario (Canadá) entre 2004 y 2007). Se basa en 21 sesiones de 75 minutos llevadas a cabo en la asignatura de Educación física y de salud. La intervención se divide en tres bloques para lograr los siguientes objetivos: favorecer el desarrollo de relaciones de pareja saludables y prevenir otras conductas de riesgo como es el abuso de sustancias o agresión entre iguales. Se lleva a cabo en el instituto por los profesores.

Hace la evaluación con un diseño experimental, sobre una muestra de 1722 alumnos y con evaluaciones pre 1 mes antes y seguimiento 30 meses después.

Aunque los resultados no fueron los esperados, ya que estos, no se obtuvieron en casi ninguna de las variables medidas, este

programa cobra mucha importancia debido a ser el primero en tener como objetivos la prevención tanto de la violencia en el noviazgo como de otros factores de riesgo relacionados.

En el ámbito nacional, prácticamente la totalidad de los programas preventivos desarrollados se sustentan en la teoría feminista, otorgándoles a las desigualdades sociales un papel principal para el desarrollo de conflictos violentos en las parejas. Y como debilidad: en muchos de ellos la falta de evaluación para comprobar su efectividad. Por tanto, a la hora de priorizar, se ha tenido en cuenta aquellos más relevantes por ser los más referenciados en la literatura.

**Prevención de la violencia contra la mujer:** programa preventivo desarrollado en el curso 1999-2000 en Madrid. Se basa en 17 sesiones integradas en las clases de secundaria. Los objetivos fueron: incluir la lucha contra el sexismo y la violencia en el currículum escolar y dentro de una perspectiva de defensa de los derechos humanos, favorecer la construcción de una identidad no sexista e intentar mejorar la autoestima, el autoconcepto y la sensibilidad socioemocional de los adolescentes.

Se desarrolló en institutos por profesores a un total de 480 adolescentes entre 14 y 18 años. Se hizo un diseño cuasi experimental con grupo control con evaluación pre y post. Se informa de unos resultados en los que se muestran mejorías en todas las áreas evaluadas en el grupo experimental frente al grupo control.

**La Máscara del Amor:** programa preventivo desarrollado en Valencia (España) que tiene dos versiones independientes pero que se complementan entre sí: cinematográfica y literaria. Fue desarrollado entre 2003 y 2007. Consta de 10 sesiones de 55 minutos impartidas a 564 alumnos de 4º ESO de 14 institutos. El objetivo final del programa es la educación sobre las claves que llevan a reconocer las situaciones de riesgo y evitar así implicarse en relaciones violentas. En 13 de los 14 institutos en los que se llevó a cabo el programa, hubo mejoría significativa en el postest frente al pretest.

**The Youth Relationships Project (YRP).** Es un programa preventivo desarrollado en Ontario (Canadá). Se basa en 18 sesiones de 120 minutos llevadas a cabo en la comunidad por trabajadores sociales y otros profesionales. Su característica principal es su población diana al ser adolescentes con historia de maltrato infantil entre 14 y 16 años.

Los objetivos se basan en educación y toma de conciencia de las dinámicas de abuso y poder en las relaciones, desarrollo de habilidades interpersonales y acción social.

La evaluación, publicada en 2003, se hizo sobre una muestra de 178 adolescentes y con evaluaciones pre, post y seguimiento bimensual (para aquellos que estaban en una relación de noviazgo) hasta 24 meses después del pretest.

Los resultados muestran una disminución del mantenimiento de agresiones físicas y de la victimización de estas, abuso emocional y comportamientos de amenaza. Además, mejoró el malestar emocional. Sin embargo, el programa no obtuvo efecto sobre las habilidades interpersonales.

**Expect Respect:** programa preventivo desarrollado en Texas (Estados Unidos) cuyos objetivos se centran en mejorar los conocimientos, las habilidades de comunicación, solución de conflictos, manejo de emociones y mejorar el apoyo social favoreciendo una red de iguales positiva. Su característica más importante es que el programa es llevado a cabo en institutos, y aunque su población diana son estudiantes de secundaria en

riesgo por haber sido víctimas de violencia familiar o abuso sexual, incluye también prevención universal al resto de alumnos.

Los resultados del programa fueron difundidos a través de dos estudios. El primero fue publicado realizado durante el curso de 2004-2005. A una muestra de 228 adolescentes, les entrevistaron en grupo durante una hora, una vez desarrollado el programa, para conocer sus impresiones y los cambios en sus relaciones personales. Encontraron cambios en la mayoría de las variables evaluadas sobre sus relaciones.

El segundo, realizado en el curso 2007-2008, se hizo evaluación a una muestra de 144 adolescentes por medio de cuestionarios. Los resultados mostraron un aumento de las habilidades de resolución de conflictos y disminución de comportamientos agresivos, especialmente en aquellos que habían mostrado mayores niveles de agresión en el pretest.

## DISCUSIÓN-CONCLUSIÓN

Estudios realizados sobre el noviazgo en la adolescencia muestran que ciertas circunstancias pueden implicar violencia y la característica más llamativa es que, debido a la inexperiencia, los adolescentes no la reconocen como tal. De esta forma, cobra real importancia el estudio de los factores de riesgo y sus consecuencias.

Tras la teoría de Riggs y O'Leary<sup>4</sup> no se han desarrollado otras que expliquen la violencia en el noviazgo, los autores utilizan las existentes para la edad adulta (feminista y aprendizaje social) y estas, se centran únicamente en las desigualdades de género y en las influencias interpersonales. Sin embargo, la violencia en el noviazgo, no se origina por una única causa sino que se debe a la suma de una serie de factores. Por tanto, las teorías que deberían utilizarse son las multisistémicas, ya que estas son las que recogen los diferentes tipos de factores de riesgo<sup>4</sup>.

Un ejemplo es la teoría de Riggs y O'Leary, que permite recoger información sobre los distintos factores de riesgo, diferenciando entre antecedentes y situacionales<sup>4</sup>.

Los antecedentes son los que engloban las características individuales como puede ser el uso de alcohol y drogas, las ideas sexistas, déficits de las habilidades de comunicación y/o de resolución de problemas. Los factores situacionales son los que se relacionan con el entorno tanto físico, familiar, histórico o económico. Entre estos factores podemos encontrar el estrés psicosocial, la influencia de iguales o el apoyo social bajo<sup>4</sup>.

Además de su gran magnitud, las consecuencias de este problema hacen necesario su estudio ya que, aunque los daños físicos graves no suelen ser habituales, las consecuencias a nivel psicológico para las víctimas pueden ser muchas y en algún caso graves. Se debe tener en cuenta que una de las consecuencias es que se adopten hábitos disruptivos para relaciones futuras lo que supondría relaciones violentas en la edad adulta donde las consecuencias suelen ser más graves pudiendo llegar en muchos casos la muerte.

En cuanto a la forma de llevar a cabo intervenciones efectivas para prevenir y tratar la violencia en el noviazgo, las intervenciones deben darse en la adolescencia temprana (13-14 años), antes de que comiencen las primeras relaciones<sup>3</sup>.

Estas pueden estar dirigidas a población general (universal) o indicadas a grupos de riesgo como personas víctimas de maltrato infantil. Mucho menos frecuentes son las de prevención

selectiva a grupos con alguna característica en común como proceder de entornos desfavorecidos<sup>51</sup>. Las de prevención universal tienen las ventajas de llegar a mayor número de posibles agresores o víctimas y de eliminar el estigma. Las segundas (a grupos de riesgo) tienen la ventaja de centrarse en la prevención de conductas disruptivas.

Si bien se han encontrado intervenciones en la comunidad, la escuela es el lugar idóneo por llegar a mayor número de adolescentes. A falta de asignatura específica, en España, suelen llevarse a cabo en las horas de tutoría y, generalmente, por profesores<sup>3</sup>. Los contenidos deben basarse en modelos multisistémicos<sup>3</sup>. No se ha encontrado evidencia respecto a la duración óptima de un programa. Y, por último, todo programa debe evaluar los resultados<sup>3</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Viejo Almanzor C. Dating violence y cortejo adolescente. Un estudio sobre la violencia en las parejas sentimentales de los jóvenes andaluces [tesis doctoral]. Sevilla: Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces; 2012.
- Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de Asamblea General de Naciones Unidas, 48/104, (20-12-1993).
- Fernández González L. Prevención de la violencia en las relaciones de noviazgo: aplicación y valoración de un programa para adolescentes [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2013.
- Riggs D, O'Leary K. A theoretical model of courtship aggression. En: Pirog-Good MA, Stets JE, editores. *Violence in dating relationships: Emerging social issues*. Nueva York: Praeger Publishers; 1989. p. 53-71.
- Woodin EM, O'Leary KD. Theoretical approaches to the etiology of partner violence. En: D. J. Whitaker & J. R. Lutzker, editores. *Preventing partner violence: Research and evidence-based intervention strategies*. Washington DC: American Psychological Association; 2009. p. 41-65.
- Dutton DG. Traumatic origins of intimate rage the emerging profile: mmpi and mcmi assessments of abusive males. *Aggress Violent Behav*. 1999;4(4):431-47.
- Dutton DG. An ecologically nested theory of male violence toward intimates. *J Int Womens Stud*. 1970;8(4):404-13.
- Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
- Capaldi D, Shortt J, Kim H. A life span developmental systems perspective on aggression toward a partner. En: Pines W, Lebow J, editores. *Oxford series in clinical psychology Family psychology: The art of the science*. New York: Oxford University Press; 2005. p. 141-67.
- Bell KM, Naugle AE. Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual framework. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(7):1096-107.
- Bell KM, Naugle AE. Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual framework. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:1096-107.
- Factores de riesgo [Internet]. WHO. World Health Organization; 2011 [citado 2 de junio de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
- Rubio-Garay F, Carrasco MA, Amor PJ, López-González MA. Factores asociados a la violencia en el noviazgo entre adolescentes: una revisión crítica. *Anuario de Psicología Jurídica*. 2015;25:47-56.
- Muñoz-Rivas MJ, Gámez-Guadix M, Graña JL, Fernández L. Violencia en el noviazgo y consumo de alcohol y drogas ilegales entre adolescentes y jóvenes españoles. *Adicciones*. 2010; 22(2): 125-133.
- Iraurgi Castillo I, Arostegi E, Laespada MT. Violencia en parejas adolescentes, contexto recreativo y consumo de alcohol: análisis de las representaciones ligadas al género. *Educación social*. 2016; 63: 49-59.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2016: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
- Amurrio Velez M, Larrinaga Renteria A, Usategi Basozabal E, De Valle Loroño AI. Violencia de género en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes en Bilbao. *Zerbitzuan*. 2010;47:121-134.
- Padrós Cuxart M, Aubert Simón A, Melgar Alcantud P. Modelos de atracción de los y las adolescentes. *Contribuciones desde la socialización preventiva de la violencia de género*. Revista Interuniversitaria de Pedagogía Social. 2010; 17:73-82.
- Bonilla-Algovia E, Rivas-Rivero E, Vázquez-Cabrera JJ. Tolerancia y justificación de la violencia en relaciones de pareja adolescentes. *Apuntes de Psicología*. 2017;35(1):55-61
- Urbiola I. Violencia recibida, ejercida y percibida en las relaciones de noviazgo de jóvenes y adolescentes [tesis doctoral]. Bilbao: Universidad de Deusto; 2014.
- López-Cepero Borrego J, Rodríguez-Franco L, Rodríguez-Díaz FJ, Bringas C, Paíno SG. Percepción de la victimización en el noviazgo de adolescentes y jóvenes españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 2015;6(2):64-71.
- García-Díaz V, Lana-Pérez A, Fernández-Feito A, Bringas-Molleda C, Rodríguez-Franco L, Rodríguez-Díaz FJ. Actitudes sexistas y reconocimiento del maltrato en parejas jóvenes. *Aten Primaria*. 2017; 1456.
- Connolly J, McIsaac C. Adolescents' explanations for romantic dissolutions: A developmental perspective. *J Adolesc*. 2009;32:1209-23.
- Yago Simón T, Tomás Aznar C. Violencia de pareja hacia las adolescentes y jóvenes atendidas en una consulta de anticoncepción e indicadores de riesgo. *Revista española de Medicina Jurídica*. 2015; 41(3): 103-110.
- Herranz Bellido J. Violencia de género en población adolescente: guía de orientación para la familia. Alicante: Diputación de Alicante, Unidad de Igualdad; 2013.
- Hernández Jiménez MJ. Características psicológicas de los agresores de pareja jóvenes. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*. 2014;7:74-95.
- Pazos Gómez M, Oliva Delgado A, Hernando Gómez Á. Violencia en relaciones de pareja de jóvenes y adolescentes. *Rev Latinoam Psicol*. 2014; 46(3):148-159.
- Schnurr MP, Lohman BJ. The impact of collective efficacy on risks for adolescents' perpetration of dating violence. *J Youth Adolesc*. 2013;42(4):518-35.
- Murray J, Farrington DP. Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *Can J Psychiatry*. 2010;55(10):633-42.
- López-Cepero Borrego J. Victimización en el noviazgo de personas adolescentes y jóvenes hispanohablantes: Evaluación, prevalencia y papel de las actitudes [tesis doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2011.



**BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA**

Ferreira M, Lopes A, Aparício G, Cabral L, Duarte J. Teens and dating: study of factors that influence attitudes of violence. *Aten Primaria*. 2014;46:187-90.

Leadbeater BJ, Banister EM, Ellis WE, Yeung R. Victimization and relational aggression in adolescent romantic relationships: the influence of parental and peer behaviors, and individual adjustment. *J Youth Adolesc*. 2008;37(3):359-72.

Foshee VA, Benefield TS, Mc Naughton Reyes HL, Ennett ST, Farris R, Chang LY, et al. The peer context and the development of the perpetration of adolescent dating violence. *J Youth Adolesc*. 2013;42(4):471-86.

Miller S, Gorman-Smith D, Sullivan T, Orpinas P, Simon TR. Parent and peer predictors of physical dating violence perpetration in early adolescence: tests of moderation and gender differences. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2009;38(4):538-50.

Hanley MJ, O'neill P. Violence and Commitment: a study of dating couples. *J Interpers Violence*. 1997;12(5):685-703.

González Lozano MP. Violencia en las relaciones de noviazgo entre jóvenes y adolescentes de la Comunidad de Madrid [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2008.

**MI MONOGRAFÍA**

Muñoz Rivas MJ, González Lozano MP, Fernández González L, Sebastián Herranz J, Peña Fernández ME, Perol Levy O. Validación de un Programa de prevención de la violencia en las relaciones de noviazgo de jóvenes y adolescentes. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.

Muñoz-Rivas M, Graña J, O'Leary K, González M. Aggression in adolescent dating relationships: prevalence, justification, and health consequences. *J Adolesc Health*. 2007;40:298-304.

Wolitzky-Taylor KB, Ruggiero KJ, Danielson CK, Resnick HS, Hanson RF, Smith DW, et al. Prevalence and Correlates of Dating Violence in a National Sample of Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(7):755-62.

Ackard D, Eisenberg M, Neumark-Sztainer D. Long-term impact of adolescent dating violence on the behavior and psychological health of male and female youth. *J Pediatr*. 2007;151:476-81.

Brown A, Cosgrave E, Killackey E, Purcell R, Buckby J, Yung AR. The longitudinal association of adolescent dating violence with psychiatric disorders and functioning. *J Interpers Violence*. 2009;24(12):1964-79.

Eaton DK, Davis KS, Barrios L, Brener ND, Noonan RK. Associations of dating violence victimization with lifetime participation, co-occurrence, and early initiation of risk behaviors among U.S. high school students. *J Interpers Violence*. 2007;22(5):585-602.

Banyard V, Cross C. Consequences of teen dating violence. *Violence Against Women*. 2008;14(9):998-1013.

Teten A, Ball B, L V, Noonan R, Rosenbluth B. Considerations for the definition, measurement, consequences, and prevention of dating violence victimization among adolescent girls. *J Womens Health*. 2009;18:923-7.

Commission on Chronic Illness. Chronic illness in the United States. Volume I, prevention of chronic illness. Cambridge MA: Harvard Univ Press; 2013.

Bowen E, Walker K. The psychology of violence in adolescent romantic relationships. New York: Palgrave Macmillan; 2015.

Nocentini A, Menesini E, Pastorelli C. Physical Dating Aggression Growth During Adolescence. *J Psychol Abnorm Child*. 2010;38(3):353-65.

Foshee VA, Reyes HLM. Primary prevention of adolescent dating abuse perpetration: When to begin, whom to target, and how to do it. En: Whitaker DJ, Lutzker JR, editores. Preventing partner violence: Research and evidence-based intervention strategies. Washington: American Psychological Association; 2009. p. 141-68.

Gordon RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep*. 1983;98(2):107-9.

Wolfe DA, Wekerle C, Scott K, Straatman A-L, Grasley C, Reitzel-Jaffe D. Dating violence prevention with at-risk youth: a controlled outcome evaluation. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(2):279-91.

Langhinrichsen-Rohling J, Turner LA. The efficacy of an intimate partner violence prevention program with high-risk adolescent girls: a preliminary est. *Prev Sci*. 2012;13(4):384-94.

Bell J, Stanley N. Learning about domestic violence: young people's responses to a Healthy Relationships programme. *Sex Educ*. 2006;6(3):237-50.

Salazar LF, Cook SL. Preliminary Findings from an Outcome Evaluation of an Intimate Partner Violence Prevention Program for Adjudicated, African American, Adolescent Males. *Youth Violence Juv Justice*. 2006;4(4):368-85.

Krajewski SS, Rybarik MF, Dosch MF, Gilmore GD. Results of a curriculum intervention with seventh graders regarding violence in relationships. *J Fam Violence*. 1996;11(2):93-112.

Miller E, Tancredi DJ, McCauley HL, Decker MR, Virata MCD, Anderson HA, et al. «Coaching boys into men»: a cluster-randomized controlled trial of a dating violence prevention program. *J Adolesc Health*. 2012;51(5):431-8.

Jaycox LH, McCaffrey D, Eisman B, Aronoff J, Shelley GA, Collins RL, et al. Impact of a school-based dating violence prevention program among latino teens: randomized controlled effectiveness trial. *J Adolesc Health*. 2006;39(5):694-704.

Foshee VA, Linder GF, Bauman KE, Langwick SA, Arriaga XB, Heath JL, et al. The Safe Dates Project: theoretical basis, evaluation design, and selected baseline findings. *Am J Prev Med*. 12(5 Suppl):39-47.

Wolfe DA, Crooks C, Jaffe P, Chiodo D, Hughes R, Ellis W, et al. A school-based program to prevent adolescent dating violence. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163(8):692-9.

Díaz-Aguado MJ. Prevenir la violencia contra las mujeres: construyendo la igualdad. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2002.

Casas Tello M. La prevención de la violencia en la pareja entre adolescentes a través del taller: La Máscara del Amor [tesis doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia Facultad de psicología; 2012.

Wolfe DA, Wekerle C, Scott K, Straatman A-L, Grasley C, Reitzel-Jaffe D. Dating violence prevention with at-risk youth: a controlled outcome evaluation. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(2):279-91.

Ball B, Kerig PK, Rosenbluth B. "Like a family but better because you can actually trust each other": the expect respect dating violence prevention program for at-risk youth. *Health Promot Pract*. 2009;10(1):455-585.

Ball B, Tharp AT, Noonan RK, Valle LA, Hamburger ME, Rosenbluth B. Expect respect support groups: Preliminary evaluation of a dating violence prevention program for at-risk youth. *Violence Against Women*. 18(7):746-62.

Mulford C, Blachman-Demner D. Teen dating violence: Building a research program through collaborative insights. *Violence Against Women*. 2013;19(6):756-70.



# Retirada traumática de suturas sintéticas en cirugía menor.

## *Traumatic removal of synthetic sutures in minor surgery.*

### **Autores:**

**Sandra Santamaría Maestro<sup>(1)</sup>**

**Pedro Rafael Rodríguez Santos<sup>(2)</sup>**

<sup>(1)</sup>Grado en Enfermería. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Centro de Salud "Dr. Morante (Dávila)". Santander. España.

<sup>(2)</sup>Diplomado en Enfermería. Centro de Salud "Bajo Pas" Renedo de Piélagos. Cantabria. España

Dirección para correspondencia:  
[santamaes@gmail.com](mailto:santamaes@gmail.com)

Recibido: 20 de diciembre de 2018  
Aceptado: 21 de Mayo de 2019

**RESUMEN**

Una de las actividades asistenciales en la consulta de Enfermería de Atención Primaria es la realización de curas y control evolutivo de heridas. La enfermera tiene una responsabilidad activa en este sentido, y en especial, constituye un verdadero reto el cuidado de heridas quirúrgicas tras cirugía menor y posterior retirada de suturas. Las suturas favorecen la cicatrización de las heridas. Para la realización de las mismas en cirugía menor es necesario tener conocimientos sobre el material y dominio sobre la técnica, debido a que errores derivados de una mala praxis en el uso pueden conllevar a complicaciones y al cierre por segunda intención.

Se exponen 4 casos empíricos de pacientes portadores de suturas sintéticas, con el objetivo de observarlos detalladamente y corregir en la clínica mejorando la calidad de dichas suturas evitando complicaciones.

El tema tratado supone un reto para el profesional de enfermería, y aunque existen protocolos en los centros sanitarios sobre el uso e indicación de materiales utilizados en sutura, se propone al profesional mejorar en este campo, actualizando sus conocimientos y fomentando la investigación en esta área.

**Palabras clave:** suturas, procedimientos quirúrgicos menores, cicatrización de heridas

**ABSTRACT**

One of the nurses' tasks in a community setting is to carry out wound care and track wound progression. Nurses have an active responsibility in this regard, and care of surgical wounds after minor surgery and subsequent suture removal are a real challenge in particular.

Sutures facilitate wound healing. To perform them in minor surgery, knowledge of the material and mastery of the technique are required. Errors due to bad practice can lead to complications and second intention closure.

Four empirical cases of patients carrying synthetic sutures are presented, in order to observe them in detail and adjust clinical care to improve the quality of these sutures and avoid complications.

Said topic means a challenge for the nursing professionals. Although there are protocols in the healthcare settings regarding uses and indications of suturing materials, professionals are challenged to improve on this field, updating their knowledge and conducting research on the topic.

**Keywords:** sutures, minor surgical procedures, wound healing

**INTRODUCCIÓN**

Una de las principales actividades asistenciales en la consulta de enfermería de Atención Primaria es la realización de curas y control evolutivo de heridas. El profesional de enfermería tiene un rol activo en este sentido, y en especial, constituye un verdadero reto el cuidado de heridas quirúrgicas tras cirugía menor y posterior retirada de suturas. Puesto que lograr la cicatrización completa no siempre es fácil, entraña complejidades, curar una herida no es solo limpiar y colocar un apósito, como pudiera parecer, sino que durante el proceso surgen complicaciones y disminuir el tiempo de cicatrización es una actividad compleja, así como estar formado en la gran variabilidad de materiales que existen en el mercado.

Dependiendo del tipo y condiciones de cada intervención, del medio o institución sanitaria donde se efectúa la cirugía menor programada, se utiliza una gran variedad de materiales de sutura. Esta reseña estudia las suturas sintéticas, no reabsorbibles, procedentes de heridas quirúrgicas remitidas desde el hospital para seguimiento y retirada en Atención Primaria. Mediante el análisis de diversos casos clínicos se pone de manifiesto el protocolo de actuación en la retirada de suturas y las diversas complicaciones que se derivan de ellas.

Se define como sutura al material que favorece la cicatrización de una herida, mediante cosido quirúrgico y/o aproximación de los bordes de la misma. Para ello se utilizan distintos tipos de materiales cuyas funciones son las de mantener los bordes unidos, disminuir la tensión y la tendencia natural a la sepa-

ración de bordes, evitar la contaminación y/o infección, reducir y controlar la hemorragia y asegurar un sellado lo más compacto posible. Para ello las suturas tienen unas características físicas tales como fuerza tensil, tasa de absorción, elasticidad, rigidez y memoria<sup>1</sup>.

En el momento de aplicación de la técnica de sutura existen diversos materiales destinados a mejorar la cicatrización de las heridas. De este modo, es necesario seleccionar dichos materiales de sutura según el estado del paciente, las características de la zona, el tamaño, la extensión y el tejido a suturar, la técnica de sutura empleada, y la experiencia profesional.

Para garantizar la calidad y viabilidad de una sutura es conveniente optar por materiales, como se puede observar en la tabla 1, de acuerdo a las características enunciadas, y además, es necesario conocer la variedad e indicaciones de materiales de sutura a utilizar, para evitar deficiencias o complicaciones en el cierre de la herida. La clasificación de los materiales utilizados es la siguiente:

Absorción	Absorbibles: no necesitan ser retiradas y se emplean en dermis e hipodermis (cagut, vicryl, monocryl, maxón...) No absorbibles: deben ser retiradas y son usadas en heridas superficiales
Origen	Naturales: origen animal (seda), vegetal (algodón/lino) y mineral. Sintéticas: (prolene, vicryl).

Número de hebras	Monofilamento: un solo filamento (nylon). Multifilamento: trenzado múltiple (seda).
Estructura	Traumáticas: no lleva el hilo incorporada la aguja. Atraumáticas: hilo unido a la aguja.

**Tabla 1: Clasificación de los materiales según sus características<sup>2</sup>**

Del mismo modo se debe tener en cuenta las cualidades ideales de los materiales de sutura para escoger el adecuado en cada caso. Entre ellas destacan: de características estandarizables, deberán dificultar la adherencia bacteriana manteniendo sus propiedades en el tiempo, serán de fácil manipulación, preferentemente de pequeño calibre, con una elevada resistencia a la tracción y fácil anudado que permita nudos seguros. Se escogerán, además, aquellas que no provoquen reacción tisular ni alergias y/o precipitados, de fácil esterilización y preferiblemente de bajo costo económico. En las absorbibles, éstas deberán presentar una absorción o asimilación por el organismo predecible<sup>3</sup>.

Otra característica relevante a mencionar es que pueden aparecer dehiscencias y/o infecciones que complicarán la cicatrización sin un anudado correcto, puesto que los bordes no aproximarán, y por tanto la herida se abrirá pasando a intentar la cicatrización por segunda intención. Por ello es necesario que aunque existen numerosos tipos de anudados, como mínimo que el nudo se realice mediante anudado doble con una lazada pasando uno de los extremos a través del tejido a suturar y un segundo lazo en sentido contrario, las dos se cruzan y aprietan dando estabilidad a la sutura. En ocasiones, es necesario hacer una lazada extra para obtener un nudo de mayor seguridad<sup>4</sup>.

Finalmente, hay que tener en cuenta, que no todos los materiales de sutura admiten el mismo tipo de nudo. En materiales de monofilamento, más rígidos, es fácil que se desliguen los nudos.

Además, el nudo, debe quedar a uno de los lados de la herida, posición que interfiere escasamente en la cicatrización y facilita la retirada, permitiendo de este modo una inspección a primera vista<sup>5</sup>.

Una vez expuesta la definición de sutura, cuáles son sus características, cualidades y correcto anudado, se destaca que los materiales que se utilizan en la consulta de enfermería de Atención Primaria, son el nylon y la seda, por ello se detallan ambos a continuación.

Hay que reseñar la seda, como la sutura de origen animal más utilizada a disposición del profesional en los centros de salud. Procede de la fibra proteica natural extraída de la larva del gusano de seda, es la sutura más usada por la seguridad del nudo, el fácil manejo y por no acortar los bordes de la herida. En cuanto a los inconvenientes destacan la poca fuerza de tensión y elasticidad y la reacción celular inflamatoria e infección bacteriana que puede llegar a ocasionar.

Por su parte, al mencionar los materiales sintéticos se encuentra que éstos son diversos. Por tanto, se detallan en este trabajo los más utilizados en cirugía menor ambulatoria, como el nylon, el polipropileno y el poliéster.

- El nylon es una poliamida sintética proveniente de la síntesis química del carbón, con bajo coeficiente de fricción, gran fuerza de tensión, plasticidad y reacción inflamatoria

mínima. Sus inconvenientes más destacables son rigidez, que dificulta su manejo y poca seguridad de los nudos.

- El polipropileno es un estero isómero isostático cristalino de polipropileno, muy resistente, no sujeto a degradación o debilitamiento por enzimas tisulares y con reacción tisular escasa.
- El poliéster es polietileno recubierto con polibutilato y con tereftalato, muy resistente, posee una fuerza tensil que tiende a disminuir con el tiempo. La reacción tisular es escasa<sup>6</sup>.

Se deben mencionar las complicaciones en general de las suturas que se tratarán posteriormente, entre ellas: sangrado sobreañadido, dehiscencias, dolor, bordes anfractuados de la herida quirúrgica, hematomas, aumento del tiempo de cicatrización/cierre de la herida, reacción tisular a cuerpo extraño, cicatrización tórpida, infección posterior y/o cicatriz queloide.

## JUSTIFICACIÓN

Se presentan cuatro casos clínicos con imágenes de suturas con el fin de poner de manifiesto las complicaciones a las que se alude en el apartado de introducción y que podrían evitarse con un protocolo de suturas unificado y de aplicación en las instituciones sanitarias y por los profesionales responsables.

## OBJETIVOS

Mostrar técnicas y complicaciones derivadas de las suturas sintéticas mediante casos clínicos.

## METODOLOGÍA: CASOS CLÍNICOS.

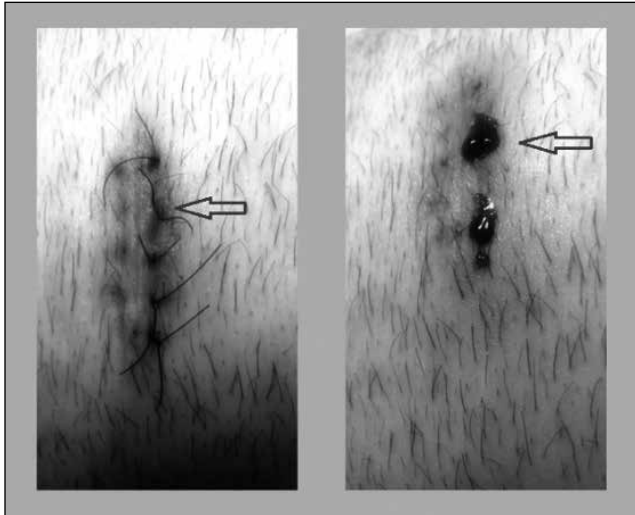
La pauta clínica tras intervenciones de cirugía menor (abscesos, cirugía ungueal, verrugas, lipomas, desbridamiento de heridas, cuerpos extraños de piel y subcutáneo, fibromas, papilomas, quistes, nevus, queloides, tumores cutáneos benignos...) suele ser la siguiente: los pacientes acuden a consulta de Enfermería para cura inicial a las 48-72 h. En la primera inspección en consulta, no es infrecuente (según experiencia) encontrar heridas con enrojecimiento e inflamación. En esta primera cita, se procede a la limpieza de la herida con suero salino fisiológico y se realiza cura seca con antiséptico (povidona yodada o clorhexidina)<sup>7</sup>.

Para evitar posibles complicaciones, es importante detallar al paciente los signos de infección y ofrecer indicaciones precisas para el autocuidado de la herida seca. Se cita para próxima consulta haciendo especial hincapié en recomendar la toma de temperatura vespertina en el domicilio, dado que si la inflamación persiste, puede aflorar la infección, que no suele darse hasta los 3-4 días posteriores a la intervención.

En este sentido, se debe insistir en lo esencial de la observación directa de la herida quirúrgica en consulta, valorando signos de infección, puesto que a veces no se objetiva febrícula o fiebre al estar enmascaradas por la toma de analgesia (paracetamol, ibuprofeno...).

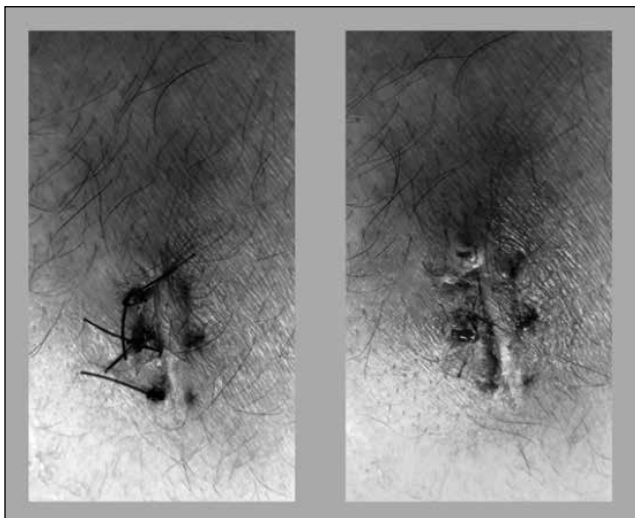
En función del tipo de técnica, zona de sutura y evolución de la herida quirúrgica, la retirada de la sutura puede demorarse, según las circunstancias, desde 7 a 15 días en promedio.

Los casos encontrados en consulta de Enfermería de Atención Primaria, con sus respectivas complicaciones se presentan a continuación.



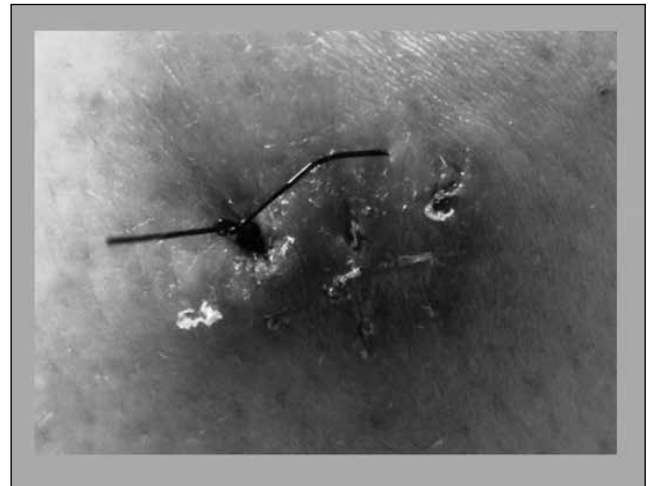
**Imagen 1.- Lipoma: encapsulamiento de punto de sutura y sangrado a su retirada.**

En efecto, en esta imagen, el segundo nudo en sentido cráneo-caudal, está encapsulado por la piel, lo que facilita la inflamación y/o infección y puede desembocar en una reacción tisular a cuerpo extraño. En este caso concreto es segura la aparición de sangrado al extraer el punto de sutura, una vez “fagocitado” el hilo, como se comprueba en las fotografías de la imagen, de-  
recha.



**Imagen 2.- Quiste sebáceo.**

Se puede observar pequeño sangrado en la imagen derecha a la retirada del punto central; así como la proliferación de nudos en la sutura, es decir, cantidad extra de lazadas que se observan en los puntos de la imagen de la izquierda, que hace que con ese material de sutura quede engrosado.



**Imagen 3.- Reacción tisular.**

En esta imagen se aprecia reacción tisular con inflamación y sobre-elevación de la zona, posible a cuerpo extraño. También se observa proliferación de nudos en el punto que queda de la izquierda.



**Imagen 4.- Extirpación de verrugas**

Se presenta un caso de cicatrización tórpida, acompañado de proliferación de nudos.

En términos generales, en el análisis detallado de las imágenes, se comprueba un exceso de nudos en la sutura. Como se aprecia en la imagen inferior con frecuencia se encuentran buen número de nudos a la retirada de estas suturas sintéticas. Es conveniente insistir, como se ha comentado en el apartado introducción, que es necesario prestar atención al material utilizado y al tipo de nudo que se realiza. Pues el nudo debe favorecer la cicatrización y facilitar la retirada.



**Imagen 5.- Suturas sintéticas retiradas con exceso de nudos.**

La técnica correcta de anudado es detallada en la introducción.

Respecto al cierre de heridas quirúrgicas en cirugía menor, la rigidez de algunos materiales como el nylon dificulta su manejo y, aunque se realiza mayor número de nudos para mejorar la seguridad en el cierre de planos, este contexto (empleo de suturas sintéticas y proliferación de nudos) puede dificultar la cicatrización con la aparición de complicaciones.

De esta manera pueden prolongarse las curas con necesidad de seguimiento continuado y aumento de la carga asistencial de las consultas, además del consiguiente gasto en el material a utilizar.

## DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería deben estar formados de manera continua en cirugía menor, no solo en las técnicas sino en los materiales a utilizar que están en constante cambio gracias a nuevas investigaciones. Una correcta sutura favorece la curación, previene las complicaciones y mejora la estética de la cicatriz resultante. Evidentemente disminuye el gasto y las consultas a los profesionales.

Según lo consultado en la literatura y aquí expuesto, se puede indicar que el correcto manejo de los materiales y técnicas

disponibles en suturas de cirugía menor, contribuye a la cicatrización de la herida, disminuye las complicaciones y garantiza su calidad.

A pesar de la existencia de protocolos en los centros sanitarios con la indicación de los materiales a utilizar y a sabiendas de que la sutura debe encaminarse a la reparación adecuada de lesiones y tejidos evitando complicaciones, se observa en la clínica, que quizá las instituciones hospitalarias utilizan el nylon frecuentemente. Según la experiencia y con los casos clínicos presentados, este material aumenta las complicaciones.

Contrariamente a lo anterior, en el ámbito de Atención Primaria, y si bien como se explica en la introducción los dos materiales que se utilizan con mayor frecuencia son el nylon y la seda, siendo este último con mayor frecuencia como material de elección para la cicatrización. Los autores constatan en la clínica, la disminución de complicaciones en suturas realizadas con fibra natural y en concreto con hilo multifilamento (seda).

Sería conveniente futuras investigaciones de carácter multicéntrico, orientados a confirmar esta experiencia clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bellido Vallejo JC. Cuaderno enfermero sobre cirugía menor, heridas y suturas. Cirugía menor, COE Jaén. 2008; 46-58.
2. Gómez Fernández J. Aguja, suturas y nudos. Servicio obstetricia y ginecología H.U. Virgen de las Nieves. Granada. 2009.
3. Balamurugan R, Mohamed M, Pandey V et al. Clinical and Histological Comparison of Polyglycolic Acid Suture with Black Silk Suture after Minor Oral Surgical Procedure [Internet]. JCDP. 2012 [citado 1 dic 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23151703>
4. Batalla Sales M, Beneyto Castello F, Ortiz Díaz F. Manual práctico de cirugía menor. Sociedad Valenciana de medicina familiar y comunitaria. 2012.
5. López García A. Manual de suturas. Menarini. Madrid. 2005; 8-11.
6. Armez Moredo K, Bárbaro A, Armas Pérez BA et al. Materiales de sutura quirúrgico. [Internet] Artículo revisión. AMC Camagüey. 2009; 13(5). [citado 1 dic 2018] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552009000500011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000500011)
7. Muñoz Rodríguez A, Escanciano Perez I, Ballesteros Ubeda MV et cols. Manual de protocolos y procedimientos en el cuidado de las heridas. Madrid. H.U. Mostoles. 2011.



## DEPRESIÓN Y SUICIDIO. *DEPRESSION AND SUICIDE.*

Sra. Directora:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Se calcula que pueda afectar a más de 300 millones de personas en el mundo, pese a ser una enfermedad infradiagnosticada, además de infratratada.

Se realizó una revisión bibliográfica en internet y principales bases de datos, con restricción de búsqueda a 5 años, en idioma castellano e inglés. Los artículos obtenidos fueron revisados, seleccionando cuatro documentos por su pertinencia.

El estudio de cohorte de Couplan et al. valoró, en 238.963 pacientes de 20 a 64 años, la asociación entre el tratamiento con fármacos antidepresivos y 3 variables: tasas de suicidio, intento de suicidio y autolesiones. Se concluye que las variables estudiadas muestran unas tasas similares en los pacientes tratados con inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos.

El segundo estudio fue un trabajo de revisión de la literatura llevado a cabo por Rihmer en 2013. Concluyó que en pacientes en tratamiento con antidepresivos, el comportamiento suicida no es frecuentemente resultado de una inducción directa del tratamiento: la principal causa del comportamiento suicida es la falta de efecto antidepresivo del tratamiento.

El estudio de cohortes de Isacson y Ahlner, se llevó a cabo en Suecia en dos etapas. Durante la primera (1992-2003) se analizaron datos individuales de pacientes con tratamiento antidepresivo, en edades comprendidas entre los 10-19 años. Se contabilizaron un total de 845 suicidios. En la segunda etapa (2004-2010) se advirtió, al mismo grupo de pacientes, de la posible relación entre la conducta suicida y la toma de fármacos antidepresivos. Se observó un incremento del suicidio en un 60,5% respecto de la primera etapa.

Por último, se analizó un estudio observacional y longitudinal llevado a cabo por Leon et al. Analiza, en pa-

cientes con diagnóstico de trastorno bipolar o depresión, la existencia de correlación entre el comportamiento suicida (intentos y consumados) y el tratamiento con antidepresivos. Tras el análisis de los datos, concluye que la toma de este tipo de fármacos en pacientes con trastorno bipolar redujo considerablemente la conducta suicida. No se encuentra diferencia significativa en el análisis de la conducta suicida en los pacientes diagnosticados de depresión y en tratamiento con antidepresivos.

A modo de conclusión, el tratamiento con fármacos antidepresivos en el paciente diagnosticado de depresión, no induce por sí mismo a la conducta suicida. Se debe tener en cuenta, por un lado, la presencia de una correcta terapia antidepresiva y, por otro lado, una mayor vigilancia del personal sanitario y apoyo familiar durante los periodos críticos, especialmente durante las primeras semanas de tratamiento y cuando se produce la suspensión del mismo. Advertir al paciente de la posible relación entre la conducta suicida y la toma de este tipo de fármacos podría inducir al consumidor a no tomar la medicación, consiguiendo así un efecto contrario al deseado por favorecer un infra tratamiento de la enfermedad.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Coupland, C., Hill, T., Morriss, R., Arthur, A., Moore, M., & Hippisley-Cox, J. Antidepressant use and risk of suicide and attempted suicide or self harm in people aged 20 to 64: cohort study using a primary care database. *The BMJ*.2015;350, h517.
2. Rihmer, Z. Antidepressants, depression and suicide. *Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesület lapja= official journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology*.2013;15(3), 157-164.
3. Isacson, G., & Ahlner, J. Antidepressants and the risk of suicide in young persons – prescription trends and toxicological analyses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.2014;129(4), 296–302.
4. Leon, A. C., Fiedorowicz, J. G., Solomonon, D. A., Li, C., Coryell, W. H., Endicott, J. Risk of suicidal behavior with antidepressants in bipolar and unipolar disorders. *The Journal of clinical psychiatry*.2014;75(7), 720.

**Teresa Sufrate Sorzano**

Enfermera. Hospital San Pedro. Logroño, La Rioja. España

Correo para correspondencia: tesufrate@hotmail.com

## INSULINA Y HERIDAS. *INSULIN AND WOUNDS.*

Sra. Directora:

Las células beta del páncreas producen una hormona anabólica llamada insulina, la cual, entre sus funciones, regula los niveles de glucosa en sangre. Un trabajo realizado por la Universidad de California con ratas de laboratorio, demostró que la insulina en aplicación directa acelera el proceso de cicatrización en la epidermis y la dermis, por medio de la estimulación de queratinocitos y la migración solamente en el tejido de la herida.

Entre la etiología de las heridas y lesiones, se puede encontrar diversas heridas, como las vasculares, neuropáticas, infecciones, neoplásicas... pero todas ellas, tienen algo en común, desarrollar un proceso correcto de cicatrización, en la cuál se sucede de manera consecutiva la fase inflamatoria, la fase proliferativa y la última fase de remodelación tisular.

Realizando una revisión bibliográfica en internet, bases de datos, revistas de interés, con resultados inferiores a 10 años e idioma español e inglés, se seleccionaron cuatro documentos para su análisis, dos ensayos clínicos (EC), una revisión sistemática (RS) y un estudio retrospectivo.

El primer ensayo clínico, demostró que la insulina tópica en las úlceras por presión es segura y eficaz en la reducción del tamaño de la lesión, demostrando que los niveles sanguíneos de glucosa en los pacientes tratados con ella, no disminuyeron significativamente.

La RS basó su análisis tanto a heridas crónicas como agudas, se seleccionó ocho trabajos, no pudiendo proporcionar conclusiones sobre los beneficios en la cicatrización de las heridas con la aplicación de insulina tópica.

El tercer trabajo analizado, un estudio retrospectivo, se centra en la lesión de pie diabético y la aplicación de insulina sistémica, mostró la asociación beneficiosa entre el tratamiento de insulina y la mayor probabilidad de curación completa de la úlcera diabética.

El último EC analizado, trata heridas agudas y crónicas no infectadas con asignación aleatorizada de aplicación tópica de insulina en pacientes dos veces al día. Se demostró que es una práctica segura y efectiva, comprobando los niveles sanguíneos de glucosa una hora antes y una hora después de la aplicación de insulina, sin encontrar en las cifras diferencia significativa.

A modo de conclusión y con la literatura seleccionada y aunque uno de los trabajos no permite extraer conclusiones definitivas, se puede afirmar que el tratamiento con insulina de heridas y úlceras por presión puede mejorar la curación acelerando el proceso de cicatrización. Se podría establecer protocolos de actuación con su aplicación, pero para ello, se recomienda realizar nuevos trabajos prospectivos con mayores muestras y seguimiento dilatado. También, es importante indicar si la aplicación debería ser tópica o sistémica. No se han encontrado datos sobre la rentabilidad de este tipo de tratamientos, por lo que queda pendiente de analizar en trabajos posteriores.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Stephen S, Agnihotri M, Kaur S. A Randomized, Controlled Trial to Assess the Effect of Topical Insulin Versus Normal Saline in Pressure Ulcer Healing. *Ostomy Wound Manage.* 2016 Jun;62(6):16-23.
2. Sridharan K, Sivaramakrishnan G. Efficacy of topical insulin in wound healing: A preliminary systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Wound Repair Regen.* 2017 Apr;25(2):279-287.
3. Vatankhah, N., Jahangiri, Y., Landry, G. J., Moneta, G. L., & Azarbal, A. F. Effect of systemic insulin treatment on diabetic wound healing. *Wound Repair and Regeneration.* 2017;25(2), 288-291.
4. Rezvani O, Shabbak E, Aslani A, Bidar R, Jafari M, Safarnejad S. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial to determine the effects of topical insulin on wound healing. *Ostomy Wound Manage.* 2009 Aug 1;55(8):22-8.

**María Elena Garrote Cámara**  
Enfermera. Hospital San Pedro. Logroño, La Rioja. España

Correo para correspondencia: megc1979@hotmail.com

**Libro: Evolución del cuidado y profesión enfermera**

Carmen, DOMÍNGUEZ ALCÓN. 2016, 681 págs.

ISBN: 978-84-944652-0-8.

Ediciones San Juan de Dios



La autora, Carmen Domínguez Alcón, es Enfermera, Doctora en Sociología por la École des Hautes Études en Sciences Sociales de París, Licenciada y Doctora en Sociología en España, y Profesora del Departamento de Sociología de la Universidad de Barcelona, donde desde 2010 es Profesora Emérita.

“Está usted a punto de leer un libro fascinante”, así comienza el Prólogo escrito por la Profesora del Departamento de Ciencias Políticas de la Universidad de Minnesota, Joan Tronto. Estas palabras nos predisponen a la lectura detallada de una obra que sin duda marca un antes y un después, a la par que marca una impronta en la investigación Historia de la profesión enfermera en España.

Cómo bien indica en el primer capítulo, Domínguez Alcón, aborda esta investigación sociológica del cuidado desde “una perspectiva transversal, interrogando al pasado para comprender el presente”, analizando y precisando en primer lugar la palabra “cuidado”.

A lo largo de los nueve capítulos en los que se estructura este libro, desde el siglo IV hasta la actualidad, la autora aborda los distintos elementos que interfieren de manera directa e indirecta en las prácticas de cuidados. El contexto en el que están insertas, los espacios donde se desarrollan, el personal encargado de las mismas, así como su tipología y rasgos diferenciadores, además de los condicionantes del momento histórico en el que surgen.

Igualmente hay que destacar el análisis detallado del proceso evolutivo de la formación y práctica profesional, desde los valores y principios éticos en los que se asienta, y su proyección en el entorno social en el que se insertan.

Por otro lado, una de las aportaciones más significativas de este libro son sin duda las magníficas tablas, que pueden encontrarse al final de cada capítulo y cuya minuciosa y cuidada elaboración, permiten al lector percibir de manera más significativa, las características puntuales de cada período analizado. A esto hay que añadir el planteamiento que la Dra. Alcón hace de los retos que debemos abordar los profesionales enfermeros en el futuro, que ya es presente, de un mundo absolutamente cambiante.

La calidad de la obra viene avalada por el rigor y la incuestionable calidad científica de la autora quién se apoya en una copiosa e ingente documentación bibliográfica, que no hace más redundar en el valor la trascendencia de la misma.

En definitiva, un libro cuya lectura es más que recomendable, e incluso imprescindible para todos los enfermeras y enfermeros, que perciben e identifican el cuidado de la salud del ser humano como el eje de su acción profesional.

**María Luz Fernández Fernández**

Enfermera e Historiadora.

Profesora

Facultad de Enfermería. Universidad de Cantabria

# PREMIO “SOR CLARA” DE INVESTIGACIÓN A PROYECTOS Y ENSAYOS CLÍNICOS DEL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE CANTABRIA

## Bases convocatoria 17 edición año 2019

---

1. Podrán participar en la presente convocatoria los investigadores o equipos de investigadores conformados por enfermeros y otros profesionales sanitarios (en este supuesto bajo la dirección de un investigador principal o coordinador del Trabajo y responsable del mismo a todos los efectos, y siempre que sea un enfermero/a colegiado en Cantabria, con una antigüedad mínima en el Colegio de Enfermería de Cantabria de 1 año a la fecha de la publicación de ésta convocatoria y al día en sus obligaciones colegiales, además el resto de los autores deben estar colegiados en cualquier Colegio Oficial de España) que presenten un Trabajo de Investigación.
2. Los premios se concederán a Proyectos de Investigación y Ensayos Clínicos, que sean inéditos y se ajusten a las bases de la convocatoria. El Premio tendrá la consideración de beca para su ejecución, y será asesorado y supervisado por el responsable de Investigación de la Junta de Gobierno del Colegio.
3. Según decisión del Jurado los premios se asignarán a un Proyecto de Investigación y a un Ensayo Clínico. En caso de quedar desierto alguna de las convocatorias, el importe de éste premio será a decisión de la junta de gobierno su distribución dentro de la línea de investigación propia del Colegio de Enfermería.
4. Se dispondrá de una asignación económica de 3000 euros para el proyecto y 3000 euros para el Ensayo Clínico, que serán entregados en 3 pagos en función de la cronología de los estudios. Entregando el 50 % como primer pago y los restantes en otros dos pagos del 25% cada uno. Todos sujetos a retención fiscal.
5. Los proyectos y ensayos clínicos no tendrán limitación de espacio, deberán estar impresos a espacio sencillo, tamaño de fuente 12, por una sola cara y formato DIN-A4, evitando diferentes tamaños y tipos de letras, subrayados, espacios, etc.
6. Los proyectos y ensayos clínicos se entregarán en sobre cerrado, personalmente o por correo certificado, en la Secretaría del Colegio de Enfermería de Cantabria (C/ Cervantes nº 10, 5º 39001 Santander). Se deberá concretar en el sobre la modalidad de trabajo a la que se opta: “Proyecto de Investigación” o “Ensayo Clínico”
7. Se entregarán dos sobres cerrados, el primero debe contener el original del estudio de investigación (proyecto o ensayo clínico) en papel y en soporte informático, tanto en el documento como el sobre no deberá contener nombres del autor/es ni cualquier otro dato que pueda identificarlos, en el exterior del sobre sólo debe constar en su etiqueta el título del trabajo o proyecto.  
  
En el segundo sobre aparte y cerrado, se incluirán los CV de los autores, lugar de trabajo, persona y dirección de contacto, y un documento a modo de declaración jurada debidamente firmada por todos los autores, comprometiéndose en caso de resultar premiado a devolver el importe del premio si el estudio no ha sido terminado y/o entregado en los plazos establecidos en el cronograma. En el exterior del sobre sólo debe constar el título del trabajo o proyecto.
8. Tras la entrega, los proyectos y ensayos clínicos se registrarán con una clave.
9. Los proyectos y ensayos clínicos enviados por correo no deberán llevar remite, ni datos que permitan la identificación del autor/es del proyecto.
10. **El plazo de recepción de proyectos y ensayos clínicos finalizará el día 15 de noviembre de 2019 a las 19 horas**, siendo aceptados como dentro de plazo los que estén certificados ese mismo día.
11. Los premios se fallarán por un Jurado, compuesto por miembros designados por la Junta de Gobierno del Colegio de Enfermería de Cantabria.
12. Los miembros del jurado estarán supeditados a la confidencialidad de los datos, así como de las discusiones e intercambio de opiniones en las reuniones del fallo.
13. Los miembros que integran este Jurado Calificador no podrán presentar proyectos a este Premio, ni como autores, ni como colaboradores.
14. El fallo del Jurado, que será inapelable, **se hará público el día 2 de diciembre de 2019** a través de la web del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria, y posteriormente el premio será entregado en una Jornada Científica organizada al efecto por el Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.
15. Todos los autores que figuren en los estudios, una vez fallados los premios, recibirán una certificación de los mismos que podrán utilizar en sus currículos.
16. Los premios se podrán declarar desiertos si el Jurado calificador considera que los estudios de investigación presentados no tienen la calidad científica suficiente para merecerlos.
17. Los proyectos y ensayos clínicos premiados quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Cantabria y los au-

tores solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la obligación de mencionar que ha sido premiado en la edición correspondiente del Premio de Investigación del Colegio de Enfermería de Cantabria.

18. El Colegio de Enfermería de Cantabria se compromete a publicar los proyectos y ensayos clínicos premiados, en los medios propios de que dispone o en cualquier otro medio de comunicación profesional que estime oportuno, haciendo siempre referencia a sus autores.

19. Requisitos de la presentación de los estudios de Investigación.

Los Ensayos Clínicos se presentarán en formato de Protocolo de Ensayo, organizados en los siguientes apartados:

1. Resumen

2. Justificación

2.1 Ficha técnica o descripción de los medicamentos o productos sanitarios de investigación.

2.2 Resumen de los hallazgos

2.3 Resumen de riesgos y beneficios, conocidos y potenciales.

2.4 Justificación vía de administración, dosis, pauta dosificación y período de tratamiento.

2.5 Descripción de la población a estudiar

3. Referencias

4. Hipótesis, objetivos y finalidad del estudio.

5. Diseño del ensayo clínico

5.1 Descripción de variables

5.2 Descripción del ensayo

5.3 Descripción de medidas para minimizar sesgos

5.4 Descripción de los tratamientos del ensayo

5.5 Duración esperada de la participación de los sujetos y descripción de la secuencia y duración de todos los períodos de ensayo

6. Selección y retirada de sujetos.

6.1 Criterios de inclusión

6.2 Criterios de exclusión

6.3 Criterios de retirada de sujetos del estudio

7. Tratamiento de los sujetos

7.1 Tratamientos o procedimientos que se administrarán durante el estudio.

7.2 Procedimientos para monitorizar el cumplimiento

8. Valoración de la eficacia

8.1 Valoración de las variables de eficacia

8.2 Métodos, calendarios para la evaluación, registro y análisis de los parámetros de eficacia

9. Valoración de seguridad

9.1 Especificación de las variables de seguridad

9.2 Métodos calendario evaluación, registro y análisis de los parámetros de seguridad.

9.3 Procedimientos para obtener los informes de los acontecimientos adversos y enfermedades intercurrentes para el registro y comunicación de los mis-

mos y de las reacciones adversas a los medicamentos que se investiguen.

9.4 El tipo y duración del seguimiento de los sujetos después de los acontecimientos adversos.

10. Estadística.

10.1 Descripción de métodos estadísticos incluyendo el calendario de los análisis planificados.

10.2 Número previsto de sujetos que se incluirán, justificación del cálculo del tamaño muestral.

11. Consideraciones éticas.

12. Financiación y seguros.

13. Política de publicación.

14. Cronograma

15. Anexos

16. Autorización del Comité Ético de Investigación Cantabria para llevar a cabo el estudio.

Los proyectos se presentarán en formato de memoria de proyecto de investigación y se organizarán en los siguientes apartados:

1. Título

2. Resumen, 200 palabras en español y en inglés. Palabras clave en español y en inglés.

3. Introducción, antecedentes, estado actual del tema y marco conceptual. Interés científico e implicaciones del futuro trabajo para la práctica clínica, o la utilidad de los resultados para la comunidad científica, para la profesión o para la sociedad en su conjunto.

4. Bibliografía.

5. Hipótesis, si la requiere.

6. Objetivos.

7. Metodología, incluirá limitaciones del estudio.

8. Plan de trabajo o cronograma, distribuido en etapas concretas y duración total del proyecto.

9. Experiencia del equipo investigador.

10. Medios disponibles y necesarios para la realización del proyecto

11. Dictamen del Comité de Bioética o de Ensayos Clínicos del centro u hospital correspondiente, o, en su caso, justificación de haber presentado el proyecto a dicho Comité.

12. Anexos.

20. Los estudios de investigación de carácter cualitativo deberán incluir los mismos apartados con la metodología propia de la investigación cualitativa.

21. Con independencia de la finalización del proyecto o del ensayo clínico, el investigador principal del mismo adquiere el compromiso escrito de enviar al Colegio, a los 6 meses del fallo y sucesivamente con esta periodicidad, una memoria de la evolución del mismo, para lo cual firmará un documento de compromiso.

22. El hecho de la presentación de los estudios de investigación que optan a este premio, implica la aceptación de las normas que se establecen en las bases redactadas anteriormente.



## NORMAS DE PUBLICACIÓN

NUBEROS CIENTÍFICA es una publicación de carácter científico de la Fundación de Enfermería de Cantabria.

Sus principales objetivos son: promover la investigación científica enfermera y difundir la producción científica a los profesionales de Enfermería y de la salud en general.

En la publicación tienen cabida todos los temas relacionados con aspectos clínico-asistenciales, de metodología científica de trabajo (NANDA, NIC, NOC), de calidad de cuidados, de aspectos socio sanitarios o comunitarios, de salud laboral, de salud medioambiental, de gestión, de docencia y de formación. Todo ello con la perspectiva de enfermería basada en la evidencia científica.

Las normas para la publicación de trabajos y estudios están basadas, fundamentalmente, en las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas según la última revisión disponible, puede consultarse una revisión traducida al castellano en: [http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos\\_de\\_Uniformidad.pdf](http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf)

### Normas generales de publicación

Los manuscritos de los trabajos se enviarán a la dirección electrónica del Colegio de Enfermería de Cantabria: [colegio@enfermeriacantabria.com](mailto:colegio@enfermeriacantabria.com) con una carta de presentación solicitando la publicación donde constará expresamente si el trabajo ha sido o no presentado o publicado en otro evento, revista científica, repositorio o archivo. Además si existe o no algún conflicto de intereses.

### Normas:

- La extensión máxima será de 4.000 palabras, excepto los manuscritos de carácter cualitativo que serán a criterio de la revisora correspondiente.
- Tipo de letra Times New Roman, cuerpo 12, espaciado e interlineado normales.
- Evitar "negritas", subrayados o mayúsculas para resaltar.
- Deberán evitarse las abreviaturas o siglas, cuando sea necesario se explicará -la primera vez- entre paréntesis su significado.
- Se exceptúan las unidades de medida del Sistema Internacional.
- Utilizar entrecomillados para citas textuales.
- Utilizar cursiva para palabras en otro idioma o en latín.
- No numerar las páginas.

En la primera página se incluirá por orden:

- Título del artículo (en español y en inglés).
- Nombre, apellidos de los autores (máximo seis) y su nivel académico.
- Lugar de trabajo y departamento o institución.
- Identificación de autor principal y responsable del manuscrito y su dirección electrónica para correspondencia.
- Apoyos recibidos (si existieran) para la realización del estudio o trabajo.

Todas las personas que figuran como autores deberán estar cualificadas para ello, en caso contrario y con su permiso, podrán figurar en la sección de agradecimientos.

Nuberos Científica declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen en la Revista.

En la segunda página se hará constar, de manera resumida (RESUMEN y ABSTRACT) y en 200 palabras (español e inglés), un texto que esboce:

- Justificación.
- Propósito del estudio (objetivo).
- Metodología.
- Resultados relevantes.
- Conclusiones importantes.

Al final de este RESUMEN se incluirán, como palabras clave, entre 3 y 10 palabras o frases cortas (según leguajes DeCS o MeSH) que permitirán indexar el artículo en las bases de datos.

En las siguientes páginas se incluirá el texto del trabajo o estudio, dividiendo claramente los apartados del mismo.

Los **trabajos o estudios científico técnicos de investigación** deben seguir (de manera general) las fases de la metodología científica:

1. Título.
2. Resumen-Abstract. Palabras clave.
3. Introducción-Estado actual del tema.
4. Justificación.
5. Objetivos: general y/o específicos.
6. Metodología.

7. Resultados.
8. Discusión-Conclusiones. Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad en su conjunto.
9. Bibliografía.
10. Anexos.

Los **trabajos de investigación de carácter cualitativo** deben contener:

1. Título.
2. Resumen-Abstract. Palabras clave.
3. Introducción (importancia del tema, puesta al día y justificación de estudio cualitativo).
4. Objetivo/s.
5. Metodología propia cualitativa: narrativa clínica, relato biográfico, entrevista en profundidad, grupo de discusión..., incluyendo el desarrollo del propio trabajo.
6. Discusión-Conclusiones.
7. Bibliografía.

Las **monografías o revisiones bibliográficas**, las siguientes normas:

1. Título.
2. Resumen-abstract.
3. Palabras clave.
4. Introducción-Estado actual del tema.
5. Justificación.
6. Objetivo.
7. Metodología propia de búsquedas bibliográficas.
8. Resultados.
9. Discusión-Conclusiones.
10. Bibliografía.

Las **cartas al director**, serán:

- Dirigidas a la Sra. Directora
- El texto tendrá una extensión de no más de 700 palabras
- Una sola tabla figura o gráfico si se requiere
- Un máximo de 5 referencias bibliográficas.

### Ilustraciones, tablas, gráficos, fotografías o dibujos

- Se incluirán en el texto del manuscrito en el lugar correspondiente. Serán sencillas, con título breve y se explicarán al pie. Serán de formato similar.
- Se presentarán realizadas mediante aplicación informática. Deben estar correctamente referenciadas en el texto.
- Se admite un máximo de cuatro por trabajo. Serán en archivo de alta resolución (300 ppp) y formatos JPEG o TIF.

### Referencias bibliográficas

- Deben presentarse correlativamente según el orden de aparición en el texto.
- En el artículo aparecerán con un número superíndice.
- Se recomienda un máximo de no más de 30 referencias, deben basarse en las normas del National Library of Medicine [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

### Normas éticas

- Se indicará, expresamente y cuando se trate de experimentación humana, si los procedimientos empleados han respetado los criterios éticos de los comités responsables.
- Del mismo modo si se trata de experimentación animal.
- No se identificarán a los pacientes o enfermos ni con nombres ni con iniciales.
- Las fotografías, si existieran, no identificarán a las personas.
- Se informará a personas e instituciones, solicitando su consentimiento, de la realización del trabajo.
- Se adjuntará (en anexos) fotocopias de los permisos o autorizaciones, así como el dictamen del Comité Ético de Investigación y Comité Ético de Investigación con Medicamentos de cada Comunidad Autónoma.

### Relación de documentos que deben contener los trabajos a enviar vía e mail al correo: [colegio@enfermeriacantabria.com](mailto:colegio@enfermeriacantabria.com)

- Carta de presentación.
- Certificado de autoría.
- Texto del manuscrito.