

INVESTIGACIÓN & CUIDADOS

Revista de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana



Nº 37 - 3º Cuatrimestre 2018/1º Cuatrimestre 2019

DIRECTOR

José Antonio Ávila Olivares

SUBDIRECTOR

Francisco Pareja Llorens

COMITÉ EDITORIAL

Coordinación: M^o Dolores Gil Estevan

Elena Andina Díaz

M^o Pilar Bonet Manso

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

M^o Luisa Ruiz Miralles

María Torres Figueiras

Diego Ibáñez Gallardo

M^o Elena Ferrer Hernández

Ruth López Donat

COMITÉ ASESOR

Antonio Núñez Hernández

Juan Fabra Benet

Jesús Ribes Romero

Jose A. Forcada Segarra

Miguel Romero Lorente

Isabel Casabona Martínez

Luis Garnes Fajardo

Encarna Martínez Hernández

José Verdú Soriano

Joseph Adolf Guirao Goris

Alberto Gálvez Toro

Modesta Salazar Agulló

Antonio Peña Rodríguez

Montserrat Angulo Perea

Belén Estevan Fernández

M^o del Mar Ortiz Vela

M^o Teresa Pinedo Velázquez

José Ramón Martínez Riera

Vicente Bellver Capella

COMITÉ TÉCNICO Y FINANCIERO

Juan José Tirado Darder

Belén Paya Pérez

Francisco Mulet Falcó

Antonio Verdú Rico

Felipe Serrano Gómez

Eugenia Gordo Casañ

Isabel Castelló López

Juan Caballero García

Pedro J. Homero Arnue

RELACIONES INTERNACIONALES

Ascensión Marroquí Rodríguez

M^o. José Muñoz Reig

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Luis Mira-Perceval Verdú



Revista incluida en el Catálogo colectivo de Publicaciones periódicas de Ciencias de la Salud
Revista incluida, con carácter exhaustivo en CUIDEN y con carácter selectivo en la base de datos Bdlic.
Revista indexada en CINAHL, LATINDEX y ENFISPO
Revista sociofundadora del Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería y afines (CIBERE)

SUSCRIPCIONES

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

c/Xàbia, 4^o 3^a pta. 10 46010 VALENCIA

Teléfono: 963298088 - E-mail: cecova@cecova.org

Cuenta de ingreso de la suscripción: 2077-0482-16-3100518783

ENVÍO DE TRABAJOS

Colegio de Enfermería de Alicante

C/ Capitán Dema, 16 (Esq. Pardo Gimeno) 03007

Alicante

Tlf. 965121372 y 965123622

E-mail: cealicante@cecova.org

EDITA

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

TARIFA 3 NÚMEROS (1 AÑO)

Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito

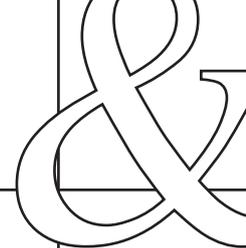
Colegiados/as de otras provincias: 20 euros

Alumnos/as de Enfermería: Gratuito

ISSN: 1698-4587

Dep. legal: M-22516-2004

La dirección de la revista no se hace responsable del contenido de los artículos



SUMARIO

NORMAS DE PUBLICACIÓN 4

EDITORIAL

Cuidados, palabra del año5

Ávila Olivares JA.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Expectativas, percepción y satisfacción materna en el parto inducido frente al parto espontáneo6

Itziar Antón-Pastor, Silvia Baile-Maxía, Miguel Ángel Gil-Sánchez,
Laura Mora-López, Asunción Quijada-Cazorla, Ana Palacios-Marqués

Beneficios de un diagnóstico y tratamiento precoz de la anquiloglosia en la lactancia materna 17

Silvia Mera Dominguez, Rosa María González García,
Ángeles María Márquez Carrasco

Estrategia para el aumento del indicador de control de riesgo cardiovascular en la consulta de Enfermería 25

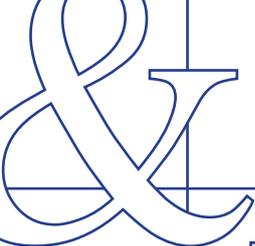
Cristian García Cano, Joaquín Vinader Marco

ARTÍCULO ESPECIAL

Incontinencia urinaria: características e impacto en la calidad de vida de ancianos hospitalizados 30

Laura Petronila Gómez, Beatriz Pérez Redondo,
Mónica García de la Torre Revuelta

APP,s Salud 39



La revista Investigación & Cuidados es una publicación de carácter científico abierta a todos aquellos trabajos de investigación que contribuyen al desarrollo de la Enfermería en todas sus vertientes: asistencial, docente, gestión e investigación. Investigación & Cuidados valorará para su publicación todos aquellos trabajos que dentro del campo de estudio de la Enfermería aportan contribuciones para su desarrollo como Disciplina. Se someterán todos los trabajos que se presenten a un sistema de valoración por expertos. Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de Investigación & Cuidados y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la revista. No se aceptarán trabajos publicados en otra revista, hecho que el autor deberá declarar en la carta de presentación del artículo. El consejo editorial acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación así como se reserva el derecho de rechazar originales que no juzgue apropiados.

ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS

1. El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de texto y en Excel o PowerPoint cuando se trate de gráficos. Respecto al texto, la presentación será a espacio y medio, a un cuerpo de letra de 12 (Times New Roman) o 10 (Arial), en DIN A4, dejando los márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm.

2. Las imágenes digitales, tendrán una resolución de 300 dpi, a un tamaño de 10 x 15 cm y en formato jpg. Las tablas, cuadros, gráficos o imágenes se enviarán aparte del texto, cuyo número no excederá de cinco, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto.

3. El texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un máximo de 3.000 palabras. Se intentará restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez. Las páginas se numerarán consecutivamente, desde la página del título, en el ángulo superior o inferior derecho. Todos los artículos tendrán que incluir un resumen, que no superará las 250 palabras en el caso de resúmenes no estructurados, y entre tres y diez palabras clave, en castellano y en inglés. En cualquier caso, el manuscrito completo no podrá exceder de 12 páginas para originales y revisiones y 4 para cartas al director.

4. En la primera página deberá aparecer: título, autores con nombre completo y centro de trabajo, dirección para la correspondencia, e-mail y teléfono de contacto. Se admiten un máximo de 6 firmantes o un nombre de grupo de investigación.

5. La segunda página deberá contener el resumen y las palabras clave. Debe incluir un breve comentario que responda a la pregunta ¿Qué contribución tiene este trabajo a la Enfermería? en un párrafo de extensión máxima de cincuenta palabras. No más de 300 palabras. El resumen debe contener el propósito de la investigación, OBJETIVOS /HIPOTESIS procedimientos básicos, hallazgos principales y conclusiones principales. deben aparecer de 3-10 palabras clave (Se recomienda consultar los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en: <http://decs.bus.br/E/homepagee.htm>. Para verificar las palabras clave en inglés puede consultar los Medicus Subject Headings (MeSH) del Index Medicus en <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.htm>)

6. En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

A.- Si se trata de un artículo original:

- Introducción: propósito estudio y justificación.
- OBJETIVO/HIPOTESIS
- Material y métodos, Sujetos y métodos.
- Resultados.
- Discusión.
- Bibliografía.

B.- Si se trata de revisiones o trabajos conceptuales:

- Introducción.
- Desarrollo del tema a analizar.
- Conclusiones del análisis.
- Bibliografía empleada.

C.- Carta al director:

- Esta sección es el lugar donde los lectores de Investigación & Cuidados pueden exponer sus comentarios, preguntas o críticas acerca de los artículos publicados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Deberá cumplir los requisitos de uniformidad (estilo Vancouver) a los que se acoge la Revista.
- Las referencias bibliográficas deben ir al final del artículo según el orden de aparición de las citas en el texto.
- Las citas deben numerarse consecutivamente siguiendo el orden con el que aparecen por primera vez en el texto, en forma de superíndices escritos antes del signo de

puntuación si lo hubiere.

- Si se trata de una referencia de un trabajo realizado por dos autores se nombran ambos y si son varios se pondrá el nombre del primero seguido de et al.
- En caso de abreviar nombres de las revistas se utilizará el estilo de Index Medicus e Index de Enfermería.
- Se evitará el uso de frases imprecisas como citas bibliográficas; no pueden emplearse como tales "Observaciones no publicadas" o "comunicación personal".
- Los originales aceptados pero no publicados, se incluyen en las citas bibliográficas como "en prensa" (entre paréntesis).

El manuscrito será enviado a través de correo electrónico a cealicante@cecova.org en soporte Word. Las hojas irán numeradas en el ángulo superior derecho. El consejo editorial propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del artículo original. En esos casos los autores deberán remitir el original con las modificaciones en un plazo no superior a 1 mes pues en caso contrario no se garantiza su publicación.

ESTRUCTURA PARA LOS ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Además de las normas generales de publicación, en el caso de que el manuscrito presentado se trate de una investigación, contendrá los siguientes apartados:

- a) Resumen y palabras clave: la extensión del resumen no será superior a 250 palabras y tiene que aportar la información necesaria para poder conocer el/los objetivos del estudio, la metodología básica utilizada, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Las palabras clave se situarán debajo del resumen, debiendo identificarse de tres a diez términos que definan el contenido del trabajo para su inclusión en las bases de datos nacionales e internacionales.
- b) Introducción: debe definir claramente los objetivos del estudio y resumir la justificación del mismo, situándolo en el contexto de otros trabajos publicados.
- c) Material y método: se ha de especificar el diseño, la población y muestra, las variables estudiadas, el/los instrumento/s para la recogida de los datos, estrategias para garantizar la fiabilidad y la validez de los mismos, así como el plan de análisis, concretando el tratamiento estadístico. Se especificarán, asimismo, los aspectos éticos vinculados a los diferentes diseños.
- d) Resultados: iniciar con una descripción de los sujetos estudiados, posteriormente presentar la información pertinente a los objetivos del estudio. Las tablas, figuras, gráficos, etc., han de ser claras y relevantes, estando acotadas en el texto por orden de aparición. No repetir en el texto los datos expuestos en las tablas o gráficos y destacar o resumir sólo las observaciones más destacables.
- e) Discusión y conclusiones: sin repetir los datos expuestos en el apartado anterior se tendrá que explicar el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones en futuras investigaciones, así como la posible generalización de los hallazgos. También se compararán los resultados con otros trabajos similares y, a modo de conclusión, se intentará dar respuesta a los objetivos del estudio.
- f) Agradecimientos: deberán dirigirse a las personas o instituciones que han contribuido sustancialmente al estudio, siempre que sea pertinente.
- g) Bibliografía: se ajustará a lo indicado en el apartado de referencias bibliográficas.

REQUISITOS ÉTICOS Y LEGALES

Para garantizar la protección de personas y animales, en los estudios que se hayan realizado con humanos, en el apartado de Método se deberá mencionar que éstos han dado su consentimiento informado y que se ha respetado su anonimato y la confidencialidad de los datos, así como que se han realizado conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>).

El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todos los autores en la que declaren que:

- Todos los autores han participado en la redacción del manuscrito y aprueban la versión final del mismo que se adjunta a esta declaración, así como el envío para su publicación.
- En el caso de contener un apartado de agradecimientos, las personas que se citan han dado su aprobación para ello.
- Se han obtenido los permisos necesarios, en su caso, para reproducir textos, tablas, figuras o fotografías de otras publicaciones, así como fotografías originales de personas.
- El manuscrito no ha sido publicado en ninguna otra revista ni enviado al mismo tiempo a otras revistas.
- Si el trabajo ha sido presentado en algún evento científico, se ha hecho constar expresamente en el manuscrito.
- Se cede a CECOVA la propiedad intelectual del trabajo, así como el derecho a la reproducción de datos o ilustraciones en otras publicaciones de la editorial.



Cuidados, palabra del año



Llega un nuevo año, llegan nuevos propósitos, llegan nuevos deseos y desde el CECOVA también tenemos los nuestros para la profesión enfermera, como no podía ser de otra forma.

Un año 2020 que además tiene especial relevancia debido a que ha sido declarado como Año Internacional de la Enfermera y la Matrona por la OMS para dar un mayor impulso a la consecución de los objetivos de la campaña internacional Nursing Now promovida por la propia OMS y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

Se fue 2019 y nos dejó como una de las últimas noticias la que hacía referencia a que los emoticonos y emojis se han alzado con la distinción de palabra del año que concede la Fundación del Español Urgente (FUNDEU), promovida por la Agencia Efe y BBVA. Algo que en principio no tiene relación alguna con nuestra profesión pero de lo que sí que me gustaría aprovechar el espíritu de esta elección anual de palabra del año para trasladarlo a nuestro ámbito, al de la Enfermería.

Buscando un nexo común a lo expuesto en los dos párrafos anteriores se me ocurre conjugar la relevancia que va tener este año nuestra profesión y la existencia de la citada distinción de una palabra al año por parte de la FUNDEU para tratar de que la palabra del año en 2020 sea "cuidados", un concepto que es la esencia de nuestra profesión enfermera.

No se trata de una palabra nueva, como tampoco lo han sido algunas de las elegidas en el transcurso de los siete años que FUNDEU lleva realizando esta elección pero sí que deberíamos conseguir entre todos aquellos que integramos la profesión de Enfermería que durante 2020 la palabra "cuidados" esté presente en el día a día de nuestras vidas desde el prisma enfermero, que tenga visibilidad, que se conozca su importancia y que tenga un evi-

dente impacto en nuestras vidas y en nuestras consciencias.

Hacer presente el "cuidado" desde nuestra óptica enfermera es hacer presente a la profesión. Hacer presente la importancia del sentido de esa palabra es hacer presente la importancia de nuestro trabajo y de nuestra labor. Hacerla presente es destacar la importancia que va a tener debido al mayor envejecimiento de la población y al aumento de la cronicidad.

Si conseguimos hacerla presente y ponerla en valor en todos esos ámbitos haremos que de forma paralela la profesión de Enfermería adquiera mayor relevancia. Una relevancia que ya deberíamos tener pero que al no ser, por desgracia, así debemos trabajar con los medios y herramientas que tengamos a nuestro alcance para conseguirlo.

Me parece una buena herramienta la de callar en la conciencia de la población a través de esta palabra y os pido a vosotras como enfermas, a vosotras como responsables y miembros de asociaciones científicas y profesionales, a vosotras como enfermas gestoras, a vosotras como enfermeras docentes y, en definitiva, a todo el tejido profesional enfermero que la abandere para que sea visible y para que podamos alcanzar el objetivo que he planteado.

Damos así el pistoletazo de salida al año 2020, el Año Internacional de la Enfermera y la Matrona y el año en el que hay que echar el resto para alcanzar los objetivos planteados por la campaña Nursing Now en la que ya llevamos meses trabajando en su desarrollo.

Demostremos que somos una profesión unida, pues no estamos hablando de un interés particular de un ámbito en concreto de Enfermería, sino del conjunto de la misma. Es una buena ocasión para demostrar que podemos hacerlo. Vamos a por el 2020.

José Antonio Ávila Olivares

Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

Expectativas, percepción y satisfacción materna en el parto inducido frente al parto espontáneo

Maternal expectations, perception and satisfaction in induced versus spontaneous labor

Autores: Itziar Antón-Pastor¹, Silvia Baile-Maxía², Miguel Ángel Gil-Sánchez³, Laura Mora-López⁴, Asunción Quijada-Cazorla⁵, Ana Palacios-Marqués⁶

^{1,2,3,4}Matrona.

⁵Obstetra. Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario de Alicante.

asunq.cazorla@gmail.com

RESUMEN

Antecedentes y justificación: En los últimos años se ha producido un aumento de los partos inducidos con el mayor intervencionismo obstétrico que ello conlleva. Con el fin último de mejorar la vivencia del parto, es preciso también incorporar la perspectiva de las mujeres a la evaluación del proceso asistencial.

Objetivos: El objetivo principal es comparar la satisfacción materna en el parto inducido frente al de inicio espontáneo. Como objetivos secundarios se pretende evaluar el conocimiento y expectativas acerca de la inducción, comparar los resultados obstétricos y perinatales en función de la forma de inicio del parto e identificar otros factores asociados con la satisfacción que puedan ser susceptibles de mejora.

Material y métodos: Se propone un estudio de cohortes prospectivo en el Hospital General Universitario de Alicante. Se utilizará una encuesta cumplimentada por la gestante durante su ingreso, que incluye la Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale adaptada y validada en población española.

Resultados: Se han incluido un total de 186 mujeres: 90 con parto inducido y 96 con parto de inicio espontáneo. Las mujeres con parto inducido han presentado menor satisfacción que aquellas con inicio de parto espontáneo ($154,6 \pm 22,3$ vs. $160,8 \pm 15,7$; $p=0,029$). La percepción de la duración, el dolor y las complicaciones ha sido significativamente mayor en los partos inducidos.

En general, el conocimiento acerca del proceso de inducción y sus métodos es moderado-escaso, siendo lo más valorado la seguridad para su hijo/a. En los partos inducidos se ha observado: mayor tasa de cesáreas, mayor duración del parto, mayor uso de analgesia epidural y mayor estancia hospitalaria. No se han objetivado diferencias en los resultados perinatales y complicaciones maternas. Los ítems mejor valorados han sido los referentes a la matrona, y los peores los relativos a la dilatación y métodos de relajación y para aliviar el dolor.

Conclusiones: Se ha observado mayor satisfacción en los partos de inicio espontáneo frente a los inducidos. Son susceptibles de mejora la asistencia a la dilatación y el expulsivo, así como el apoyo en el uso de los diferentes métodos para aliviar el dolor.

Palabras clave: Satisfacción materna; inducción del parto; expectativas parto.

ABSTRACT

Background and justification: In recent years there has been an increase in the number of induced births with the greater obstetric interventionism that this entails. With the ultimate aim of improving the experience of childbirth, it is also necessary to incorporate the perspective of women.

Objectives: The main objective is to compare maternal satisfaction in induced versus spontaneous labor. The secondary objectives are to



evaluate knowledge and expectations about induction, compare obstetric and perinatal results according to the way in which labor begins and identify other factors associated with satisfaction that may be susceptible to improvement.

Methods: *A prospective cohort study was conducted at the Hospital General Universitario de Alicante. Every pregnant woman included had to complete a survey during admission was used, which included the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale adapted and validated in the Spanish population.*

Results: *A total of 186 women were included: 90 with induced labor and 96 with spontaneous labor. Women with induced labor were less satisfied than those with spontaneous labor (154.6±22.3 vs. 160.8±15.7; p=0.029). Perception of duration, pain and complications was significantly higher in induced labor. In general, knowledge about the induction process and its methods is moderate-poor, with the item "safety of your child" being the most highly valued. In induced labors was observed a higher rate of caesarean sections, a longer duration of delivery, a greater use of epidural analgesia and a longer hospital stay. No differences in perinatal outcomes and maternal complications were observed. The items with the highest scores were those related to the midwife, and the worst were those related to dilation process and methods for relaxation and pain relief.*

Conclusion: *Greater satisfaction has been observed in spontaneous versus induced labors. Dilation and fetal expulsion assistance as well as support in the use of different methods to alleviate pain are susceptible to improvement.*

Keywords: *Maternal satisfaction; induction of labor; birth expectations.*

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La satisfacción de los pacientes es un indicador de la calidad de la atención sanitaria, y a su vez una forma de participación de los usuarios en el sistema de salud al expresar su percepción y valorar los servicios¹. Es también sabido que los pacientes sanan antes y mejor si están satisfechos con la atención recibida.

Actualmente, nos encontramos en un proceso de transformación en el modelo de atención al parto, centrado en ofrecer una asistencia perso-

nalizada, integral y "humanizada", basado en la evidencia científica. En este sentido, uno de los aspectos en el que hace mayor hincapié el Ministerio de Sanidad es el de mejorar la participación y el protagonismo de las mujeres de parto. Esta circunstancia implica la necesidad de incorporar la perspectiva de las gestantes en la valoración global de la atención prestada, de forma que permita identificar aquellos aspectos percibidos como insatisfactorios por las propias mujeres y, por tanto, puedan ser mejorados².

En las últimas décadas se han incrementado los partos inducidos, aumentando su incidencia de un 9,5% a un 23,2% entre 1990 y 2009 en países desarrollados³. España presenta actualmente una de las tasas más altas de Europa con cifras que alcanzan hasta el 31,7% de los partos⁴.

Los partos inducidos se asocian con mayor riesgo de cesárea, así como con otras complicaciones, como mayor empleo de analgesia, mayor duración e incluso mayor riesgo de complicaciones maternas⁵. Todo ello va a condicionar la vivencia de la mujer y, en un sistema sanitario donde la sociedad es cada vez más exigente, el punto de vista del consumidor (calidad percibida) debe ser también incorporado en la planificación, ejecución, control y evaluación de las políticas de salud.

La literatura publicada acerca de la satisfacción con el parto en relación con la forma de inicio (espontáneo o inducido) es heterogénea y escasa^{6,7}. Por lo general, se evidencia peor satisfacción en los partos inducidos⁸⁻¹⁰. Los diferentes contextos geográficos, la heterogeneidad de los objetivos y de los protocolos, así como los múltiples métodos de inducción pueden explicar esta disparidad.

La satisfacción materna en el parto dependerá fundamentalmente de los resultados perinatales. En el caso de resultados favorables, se han descrito múltiples factores relacionados con la satisfacción de las mujeres. Entre los más influyentes destacan: las expectativas personales, el apoyo, la información y la calidad de la relación con los profesionales sanitarios, en especial con las matronas, así como la participación activa de la mujer en la toma de decisiones¹¹.

La experiencia en situaciones ya vividas, así como el dolor y su manejo pueden condicionar la



valoración de la mujer del parto¹². De la misma manera, la forma de inicio del parto¹³, así como el motivo de finalización, la información y conocimiento previos y el método de inducción utilizado, pueden también condicionar la percepción de la gestante. Un estudio realizado en Reino Unido⁸ recoge que una de cada tres mujeres no estaba satisfecha con la información recibida, y una de cada cuatro no lo estaba con su participación en la decisión de la inducción; con ello concluye que efectivamente hay elementos susceptibles de mejora.

La evidencia científica disponible también sugiere que la mayor satisfacción con la experiencia del parto se relaciona con otros factores como: mayor edad y multiparidad materna¹⁴, la asistencia a las clases de preparación al parto¹⁵, un trabajo de parto más corto¹⁶, un ambiente íntimo y familiar¹⁷, un parto vaginal normal (sin intervenciones como instrumentación y episiotomías), la menor percepción de dolor durante el parto¹¹ o la no separación de la madre y del hijo¹⁸.

Por último, cabe destacar que son escasos los estudios publicados que incluyen como variable la satisfacción percibida y pocas las encuestas validadas en nuestro medio para su evaluación. Para medir la satisfacción con el parto, recientemente se han publicado dos estudios en nuestro país^{19,20} que han adaptado y validado en población española la *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS). Se trata de un cuestionario que, en la versión adaptada por Mas-Pons et al.¹⁹, consta de 36 ítems agrupados en seis subescalas que hacen referencia al obstetra, a la matrona, a la dilatación, al expulsivo, al recién nacido y al acompañante y confort.

Con el fin último de mejorar la vivencia del proceso asistencial del parto y poder diseñar estrategias de mejora, es preciso incluir y analizar la percepción materna como parte fundamental del proceso. Dada la escasez de estudios y la disparidad de datos en la literatura, y con el fin de conocer la percepción de la mujer en un proceso cada vez más prevalente como es la inducción del parto, se ha diseñado este trabajo, cuyo objetivo es comparar en qué medida influye la forma de inicio de este (inducido frente a espontáneo) en la satisfacción de la mujer, así como identificar aquellos factores que determinan su experiencia.

HIPÓTESIS

La forma de inicio del parto (espontáneo o inducido) puede condicionar el grado de satisfacción materna con la experiencia del mismo. Las mujeres sometidas a inducción de parto (asociado a mayor intervencionismo obstétrico, mayor tasa de cesáreas y mayor duración del parto), pueden presentar peor satisfacción con la experiencia del parto frente a aquellas que lo inician de forma espontánea.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Comparar la satisfacción materna en el parto inducido frente al de inicio espontáneo.

Objetivos específicos:

- Analizar la percepción del dolor, duración y complicaciones sucedidas en relación con las esperadas, así como las expectativas según la forma de inicio del parto.
- Evaluar el grado de conocimiento previo, así como las expectativas de la mujer gestante acerca de la inducción del parto.
- Analizar las diferencias en cuanto a resultados obstétricos y perinatales entre el parto de inicio inducido y el espontáneo, incluyendo factores como: analgesia intraparto, duración del parto, forma de finalización, complicaciones materno-fetales y días de ingreso hospitalario.
- Identificar elementos que puedan ser susceptibles de mejora de la percepción de la mujer durante el parto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y ámbito de estudio:

Se efectuará un estudio observacional de cohortes prospectivo comparando la satisfacción materna en el parto inducido frente al de inicio espontáneo en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

Población de estudio:

Se estudiarán las gestantes, de bajo o medio riesgo en el momento del parto, con el nacimiento de un hijo vivo en el HGUA, entre diciembre de 2018 y febrero de 2019. Serán incluidas mediante muestreo consecutivo de acuerdo con los criterios de selección establecidos a continuación.



La cohorte expuesta quedará constituida por aquellas gestantes con parto inducido, sea con oxitocina o prostaglandinas (misoprostol o dinoprostona). Por otro lado, la cohorte control estará formada por mujeres con inicio de parto espontáneo.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Mujeres mayores de 18 años.
- Gestaciones únicas a término en presentación cefálica con feto vivo sin contraindicación de parto vaginal.
- Partos iniciados de forma espontánea o con indicación médica justificada de finalizar la gestación según el "Protocolo de Inducción del parto" de la práctica clínica habitual del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HGUA.

Criterios de exclusión

- Pacientes de muy alto riesgo obstétrico, según los criterios descritos en la Cartilla del Embarazo de la Generalitat Valenciana.
- Cesáreas electivas.
- Barrera idiomática.
- Óbito fetal anteparto en esta gestación.
- Complicación o afección grave durante el parto o el puerperio (como muerte perinatal o materna) o efecto adverso grave en la madre o en el recién nacido.

Cálculo del tamaño muestral:

El estudio de Shetty⁸ describe una frecuencia de mujeres satisfechas o muy satisfechas con el parto inducido del 70,4% frente al 79,5% en aquellas con el parto de inicio espontáneo. Basándonos en dicho estudio y asumiendo una razón de expuestos/no expuestos de 1:1, con un nivel de confianza del 95% y una potencia estadística del 80%, el número estimado de participantes totales a incluir en el estudio es de 710. Esto es 355 mujeres en cada cohorte.

Variabes del estudio:

Variabes explicativas: características sociodemográficas, antecedentes obstétricos y de la gestación actual (Anexo I).

Variable independiente a estudio: forma de inicio de parto (inducido o espontáneo).

Variable principal de resultado: satisfacción

global con el proceso asistencial del parto, estudiada mediante el sumatorio de los 35 primeros ítems de la escala de MCSRS validada y adaptada por Mas-Pons et al.¹⁹ (Anexo IV).

Otras variables resultado de: satisfacción (matrona, recién nacido, obstetra, acompañante y confort, dilatación y expulsivo), expectativas y percepción (Anexo IV), conocimientos previos y expectativas de la inducción (Anexo V).

Variabes de resultados obstétricos y perinatales (Anexo I).

Recogida de datos:

Todas las mujeres incluidas en el estudio rellenaron tras el parto y durante su estancia hospitalaria una escala tipo Likert sobre la satisfacción con el parto⁸ y la escala de MCSRS validada y adaptada por Mas-Pons et al.¹⁹. Cada ítem se evalúa en una escala Likert de 5 puntos, que oscila desde "muy insatisfecha" (1) hasta "muy satisfecha" (5), con un valor central "indiferente" (3). La puntuación final de la escala MCSRS se obtiene sumando los valores asignados a cada ítem, de manera que cuanto más alta es la puntuación mayor es la satisfacción.

Las mujeres que fueron sometidas a inducción de parto rellenaron un cuestionario acerca de su conocimiento y expectativas previo al inicio de la misma⁸ (Anexo V). Los datos sociodemográficos y los referentes al embarazo, parto y recién nacido se han obtenido de la historia clínica digital de la paciente y el neonato.

Análisis estadístico de los datos:

Inicialmente se ha realizado un análisis bivariable con las variables explicativas para asegurar la homogeneidad de los dos grupos. Posteriormente se ha efectuado el estudio bivariable entre ambas cohortes de las variables resultado: satisfacción, percepción y expectativas maternas, resultados obstétricos y perinatales.

Se ha aplicado el test Chi-cuadrado para las variables cualitativas y el test de Student o procedimientos de análisis de la varianza (ANOVA) para las cuantitativas. Se ha explorado la distribución de las variables mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. El nivel de significación establecido es de <0,05.

Por otro parte, se ha desarrollado un estudio descriptivo derivado de la encuesta realizada a la



cohorte inducida acerca de las expectativas y conocimientos previos a la inducción del parto. Por último, y en base a la MCSRS adaptada, se han identificado aquellos factores que implican peor satisfacción materna con el parto susceptibles de mejora.

Los resultados se han analizado utilizando el programa informático SPSS 21.0.

Adecuación deontológica del estudio:

El proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética para la Investigación con medicamentos del Departamento de Salud de Alicante - Hospital General. La información de los pacientes ha sido tratada de manera anónima y confidencial. El contenido del Cuaderno de Recogida de Datos, así como la base de datos han sido encriptados y protegidos de usos no permitidos por personas ajenas a la investigación.

El tratamiento, comunicación y cesión de los datos de carácter personal de todas las participantes se ajusta a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Se adjuntan en los Anexos II y III, el Consentimiento Informado y la Hoja Informativa para el Paciente respectivamente, que fueron entregados junto con la encuesta a la mujer.

RESULTADOS

Se recogieron inicialmente un total de 198 participantes, de las cuales se excluyeron 12 por cuestionarios incompletos o errores en la recogida. Finalmente se incluyeron un total de 186 mujeres, de las cuales 90 correspondían al grupo de partos inducidos y 96 al de partos de inicio espontáneo.

En la Tabla 1 se recogen las características sociodemográficas y los antecedentes obstétricos y de la gestación actual de las mujeres incluidas.

No se han observado diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos en las variables explicativas estudiadas otorgando por tanto homogeneidad entre las dos cohortes comparadas.

En la Tabla 2 se recogen los resultados de la variable principal y de las secundarias de satisfacción agrupadas en subescalas.

La satisfacción global del parto, mediante el sumatorio de los primeros 35 ítems de la escala adaptada de MCSRS, fue significativamente menor en los partos inducidos frente a los

partos de inicio espontáneo (154,6±22,3 vs. 160,8±15,7; p=0,029).

Se han observado diferencias estadísticamente significativas al evaluar la satisfacción con la matrona, el obstetra y el período de dilatación, siendo mayor la satisfacción en los partos de inicio espontáneo.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ANTECEDENTES. ESTUDIO DE HOMOGENEIDAD.

	Partos inducidos (n=90) n (%)	Partos de inicio espontáneo (n=96) n (%)	p
Edad, años; media ± DE	32,5 ± 5,9	31,5 ± 5,7	0,231
Edad; años			0,472
< 25	7 (7,8)	12 (12,5)	
25-35	58 (64,4)	55 (57,3)	
>35	25 (27,8)	29 (30,2)	
Etnia			0,305
Caucásica	80 (88,9)	79 (82,3)	
Sudamericana	4 (4,4)	9 (9,4)	
Árabe	5 (5,6)	6 (6,2)	
Africana	0 (0,0)	2 (2,1)	
Otros	1 (1,1)	0 (0,0)	
País de nacimiento (España)	80 (88,9)	79 (82,3)	0,202
Nivel de estudios			0,071
Primarios	12 (13,3)	24 (25,0)	
Secundarios	44 (48,9)	47 (49,0)	
Universitarios	34 (37,8)	25 (26,0)	
Situación laboral (empleada)	60 (66,7)	55 (57,3)	0,188
Estado civil			0,281
Casada o vive en pareja	86 (95,6)	88 (91,7)	
Hábito tabáquico			0,088
No fumadora	86 (95,6)	83 (86,5)	
≤ 20 cigarrillos/día	4 (4,4)	12 (12,5)	
> 20 cigarrillos/día	0 (0,0)	1 (1,0)	
IMC			0,243
Insuficiencia ponderal	2 (2,2)	0 (0,0)	
Normopeso	15 (16,7)	20 (20,8)	
Sobrepeso	39 (43,3)	48 (50,0)	
Obesidad tipo I	21 (23,3)	20 (20,8)	
Obesidad tipo II	10 (11,1)	8 (8,3)	
Obesidad tipo III	3 (3,3)	0 (0,0)	
Paridad			0,142
Nulípara	56 (62,2)	46 (47,9)	
1 parto previo	24 (26,7)	34 (35,4)	
≥ 2 partos previos	10 (11,1)	16 (16,7)	
Antecedente de cesárea previa	3 (3,3)	7 (7,3)	0,333
Antecedente de parto inducido previo	11 (12,2)	8 (8,3)	0,381

TABLA 2. GRADO DE SATISFACCIÓN Y FACTORES ASOCIADOS AGRUPADOS EN SUBESCALAS, SEGÚN LA MACKEY CHILDBIRTH SATISFACTION RATING SCALE (MCSRS) ADAPTADA por Mas-Pons et al.¹⁹. Se expresa en media ±DE.

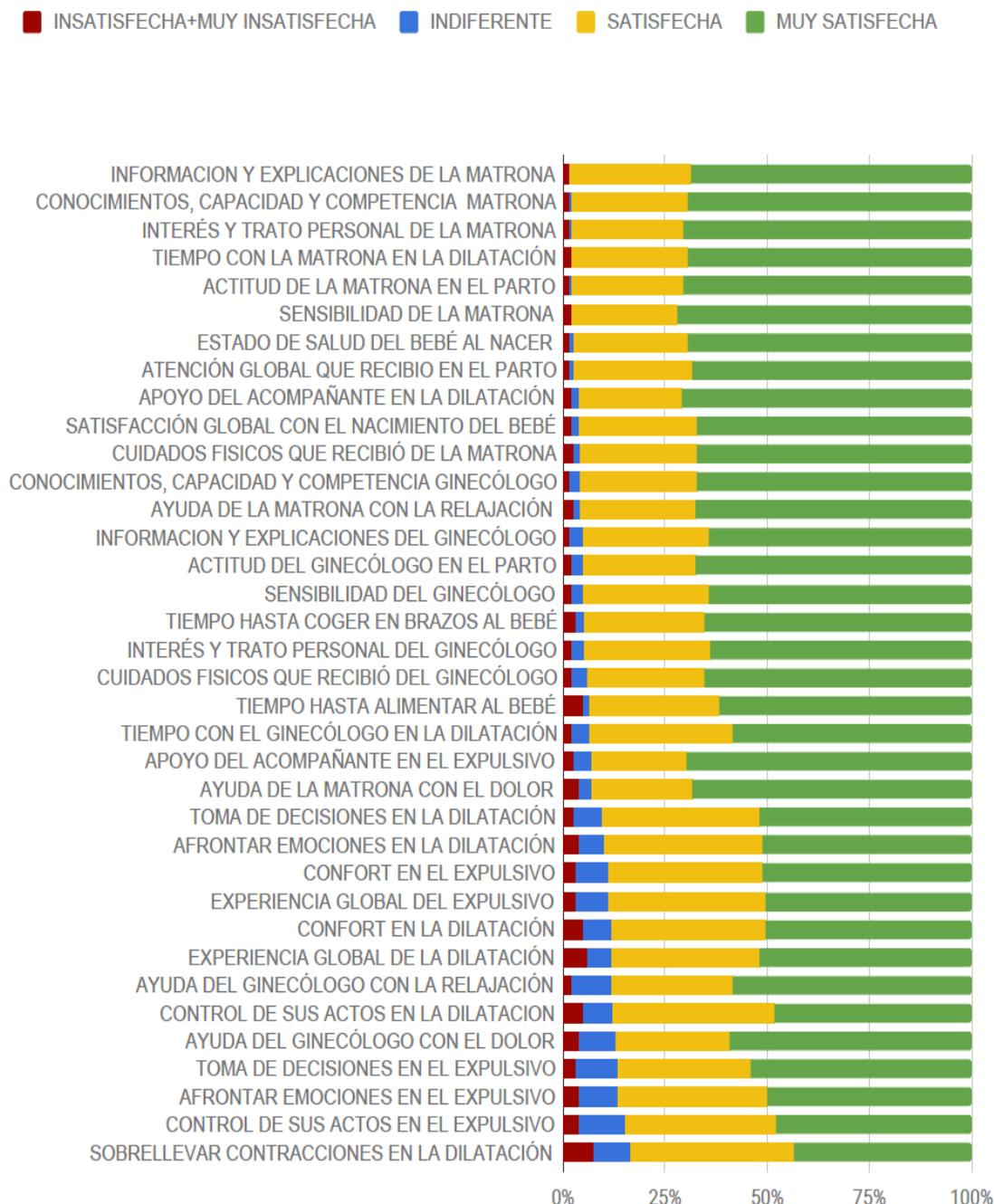
	Partos inducidos (n=90)	Partos de inicio espontáneo (n=96)	p
Satisfacción global (Σ 35 ítems MCSRS adaptada)	154,6 ± 22,3	160,8 ± 15,7	0,029
Satisfacción global con la experiencia del nacimiento (Ítem nº 36 de la MCSRS adaptada)	4,53 ± 0,69	4,69 ± 0,57	0,097
Satisfacción con la matrona	4,55 ± 0,68	4,72 ± 0,41	0,042
Satisfacción relativo al recién nacido	4,53 ± 0,64	4,62 ± 0,59	0,346
Satisfacción con el obstetra	4,44 ± 0,71	4,64 ± 0,48	0,030
Satisfacción con acompañante y confort	4,39 ± 0,73	4,57 ± 0,56	0,066
Satisfacción con el periodo de expulsivo	4,25 ± 0,75	4,43 ± 0,66	0,093
Satisfacción con el periodo de dilatación	4,20 ± 0,79	4,43 ± 0,62	0,028



En la Figura 1 se presentan de forma gráfica los 36 ítems incluidos en la escala MCSRS adaptada, ordenados según satisfacción decreciente. Se puede observar que el ítem con mayor porcentaje de mujeres satisfechas y muy satisfechas

(98,4%) es "la información y explicaciones que le proporcionó la matrona en el parto". El ítem con menor porcentaje de satisfechas y muy satisfechas (83,3%) es "su capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación".

FIGURA 1. FACTORES INCLUIDOS EN LA ESCALA MCSRS ADAPTADA, SEGÚN SATISFACCIÓN DECRECIENTE.



La Tabla 3 recoge los resultados de la escala tipo Likert sobre el grado de satisfacción, percepción y expectativas del parto. De forma cualitativa, la satisfacción de las mujeres con parto espontáneo (muy satisfechas y satisfechas) fue mayor que aquellas con inicio de parto inducido, si bien sin diferencias estadísticamente significativas (93,8% vs. 93,3%; $p=0,908$) (Tabla 3). Las mujeres con parto inducido refieren una percepción de mayor duración del parto, más doloroso y más complicaciones de las esperadas.

La Tabla 4 describe las expectativas y los conocimientos previos de las 90 mujeres inducidas.

En la Tabla 5 se presentan los resultados obstétricos y perinatales. Se objetiva en los partos inducidos mayor uso de analgesia epidural, mayor duración del parto, mayor estancia hospitalaria, mayor tasa de cesáreas y menor realización de piel con piel tras el nacimiento. No se han observado diferencias en cuanto a resultados perinatales y complicaciones maternas.

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio muestran que la satisfacción materna en el parto inducido es menor que en el parto de inicio espontáneo. El sumatorio de los 35 ítems de la MCSRS adaptada se mostró como una herramienta más útil para detectar diferencias significativas que la medida

TABLA 3. GRADO DE SATISFACCIÓN, PERCEPCIÓN Y EXPECTATIVAS DEL PARTO⁹.

	Partos inducidos (n=90)	Partos de inicio espontáneo (n=96)	p
Satisfacción con el parto; n (%)			0,083
Muy satisfecha	28 (31,1)	47 (49,0)	
Satisfecha	56 (62,2)	43 (44,8)	
No estoy segura	4 (4,4)	3 (3,1)	
Insatisfecha	2 (2,2)	3 (3,1)	
Muy insatisfecha	0	0	
Percepción duración del parto; n (%)			<0,001
Demasiado largo	20 (22,2)	8 (8,3)	
Largo	32 (35,6)	25 (26,0)	
Lo que esperaba	22 (24,4)	16 (16,7)	
Más corto de lo que esperaba	13 (14,4)	32 (33,3)	
Mucho más corto de lo que esperaba	3 (3,3)	15 (15,6)	
Percepción dolor en el parto; n (%)			0,053
Mucho más doloroso	6 (6,7)	16 (16,7)	
Más doloroso	53 (58,9)	39 (40,6)	
Lo que esperaba	21 (23,3)	23 (24,0)	
Menos dolor del que esperaba	7 (7,8)	12 (12,5)	
Mucho menos dolor del que esperaba	2 (2,2)	6 (6,2)	
Incierto	1 (1,1)	0 (0)	
Percepción complicaciones sucedidas en relación con las esperadas; n (%)			0,012
Mucho más de lo esperado	7 (7,8)	4 (4,2)	
Peor de lo esperado	21 (23,3)	22 (22,9)	
Lo que esperaba	37 (41,1)	25 (26,0)	
Mucho menos de lo esperado	3 (3,3)	33 (34,4)	
Incierto	6 (6,7)	2 (2,1)	
Expectativas respecto al parto; n (%)			0,371
Se han cumplido	51 (56,7)	54 (56,2)	
Ha sido mejor	20 (22,2)	28 (29,2)	
Ha sido peor	19 (21,1)	14 (14,6)	

TABLA 4. CONOCIMIENTOS PREVIOS Y EXPECTATIVAS DE LA INDUCCIÓN.

	Partos inducidos n (%)
Aspectos positivos en cuanto a ser inducida ahora	
Preocupada por los posibles problemas del bebé si el embarazo continúa	72 (80,0)
Cansada de esperar a que empiece el parto	60 (66,7)
Preocupada por tener algún problema si continúa el embarazo	56 (62,2)
Presenta problemas para venir a las revisiones	16 (17,8)
Aspectos negativos en cuanto a ser inducida ahora	
Afectación por tener que estar más tiempo en el hospital por ser inducido	44 (48,9)
Que la inducción sea más dolorosa que el parto normal	60 (66,7)
Que se realicen más reconocimientos por ser inducido	43 (47,8)
Cree que debería haber sido inducida más tarde	16 (17,8)
Problemas específicos con la inducción	
Cree que hay más posibilidades de que el bebé sufra	36 (40,0)
Cree que hay más posibilidades de cesárea	46 (51,1)
Le preocupa que pueda fallar y no se ponga de parto	64 (71,1)
Miedo a no poder controlar la situación	56 (62,2)
Que el parto sea demasiado invasivo	52 (57,8)
Que el parto dure más tiempo	69 (76,7)
Que sea más doloroso que el parto espontáneo	66 (73,3)
Características del método o fármaco utilizado para provocarle el parto	
Considera que debería provocar el parto rápidamente	63 (70,0)
Piensa que el fármaco es seguro para su bebé y para usted	85 (94,4)
Es importante que el fármaco provoque el menor dolor posible	79 (87,8)
Conocimientos acerca de la inducción	
Sabe lo que es una inducción	
Ningún conocimiento	4 (4,4)
Escaso	30 (33,3)
Moderado	46 (51,1)
Extenso	10 (11,1)
Conoce qué métodos existen	
Ningún conocimiento	17 (18,9)
Escaso	27 (30,0)
Moderado	40 (44,4)
Extenso	6 (6,7)
Conoce el método elegido en su caso	
Ningún conocimiento	4 (4,4)
Escaso	38 (42,2)
Moderado	35 (38,9)
Extenso	13 (14,4)
Conoce los posibles efectos adversos	
Ningún conocimiento	25 (27,8)
Escaso	46 (51,1)
Moderado	16 (17,8)
Extenso	3 (3,3)

TABLA 5. RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES. Expresados \pm DE [max-min] las variables cuantitativas y en n (%) las cualitativas.

	Partos inducidos (n=90)	Partos de inicio espontáneo (n=96)	p
Analgesia epidural			<0,001
No la deseaba	1 (1,1)	19 (19,8)	
Deseada pero no administrada	6 (6,7)	12 (12,5)	
Deseada y administrada	83 (92,2)	65 (67,7)	
Tiempo desde inicio inducción a inicio de periodo activo de parto, en horas	13,3 \pm 1,1 [11,2-15,4] n= 82 (91,1%)		
Tiempo desde PAP a nacimiento, en horas	6,9 \pm 5,4 [0,25-35,17]	5,4 \pm 4,7 [0,08-29,47]	0,046
Duración ingreso materno, en días	3,4 \pm 0,9 [2-5]	2,5 \pm 0,6 [2-4]	<0,001
RCTG intraparto patológico	22 (24,4)	17 (17,7)	0,259
LA teñido o meconial	12 (13,3)	12 (12,5)	0,865
Forma de finalización			0,003
Eutócico	55 (61,1)	78 (81,2)	
Instrumentado	13 (14,4)	11 (11,5)	
Cesárea	22 (24,4)	7 (7,3)	
Indicación de cesárea			-
Fallo de inducción	6 (27,3)	0 (0)	
Parto estacionado	4 (18,2)	2 (28,6)	
Desproporción céfalo-pélvica	3 (13,6)	0 (0)	
Riesgo de pérdida de bienestar fetal	9 (40,9)	5 (71,4)	
Episiotomía o desgarro en parto vaginal	58 (85,3)	69 (77,5)	0,220
Parto vaginal asistido por matrona	45 (66,2)	63 (70,8)	0,537
Piel con piel tras nacimiento	72 (80,0)	91 (94,8)	0,002
RESULTADOS PERINATALES			
Sexo RN (mujer)	38 (42,2)	41 (42,7)	0,947
Peso RN, gramos	3279,8 \pm 435,0	3232,8 \pm 372,5	0,429
Apgar \leq 7 en el min 1	7 (7,8)	8 (8,3)	0,889
Apgar \leq 7 en el min 5	1 (1,1)	2 (2,1)	0,599
Ingreso RN en neonatos	3 (3,3)	2 (2,1)	0,598
Complicaciones recién nacido	6 (6,7)	7 (7,3)	0,867
Complicación materna (sí)	5 (5,6)	3 (3,1)	0,414
Lactancia materna al alta			0,725
Sí, exclusiva	66 (73,3)	70 (72,9)	
Sí, suplementada	19 (21,1)	18 (18,8)	
No, inhibida	5 (5,6)	8 (8,3)	



de un único ítem o la valoración cualitativa en una escala tipo Likert. Nuestros resultados coinciden con los publicados en estudios previos^{8,9}. Sin embargo, en el estudio español de Ramón Arbués E⁷, se observó una mayor satisfacción, aunque no estadísticamente significativa, en las mujeres que iniciaron su proceso de parto de manera inducida.

Los probables factores que pueden haber condicionado una peor satisfacción en las mujeres inducidas son la percepción de la duración, las complicaciones y el dolor. La percepción de la duración del parto y de las complicaciones sucedidas en relación a las esperadas fue significativamente mayor en las mujeres con parto inducido, si bien estudios como el publicado por Shetty et al.⁸ no encuentran diferencias entre ambos grupos en estas dos variables. La percepción del dolor también fue mayor en las mujeres con parto inducido frente a las de inicio espontáneo. Muchos autores señalan el dolor durante el parto como uno de los factores relacionados con la satisfacción con el nacimiento^{6,13,19}. El hecho de que no hayan alcanzado diferencias significativas en la percepción del dolor puede ser debido al mayor uso de analgesia epidural en las mujeres con inducción del parto (92,2% vs. 67,7%; $p < 0,001$). Según la literatura publicada, las mujeres que reciben analgesia epidural presentan valores superiores de satisfacción global^{7,9,19}.

Otros probables factores que pueden haber contribuido, son la mayor tasa de cesáreas y el menor contacto piel con piel. Al analizar la forma de terminación del parto se ha observado, de acuerdo con la literatura⁹, una mayor tasa de cesáreas en el grupo de parto inducido (24,4% vs. 7,3%; $p = 0,003$); no obstante estudios como el de Spaich et al.¹³, no muestran asociación entre la vía de parto y la satisfacción materna. Este hecho puede estar relacionado también con la menor realización de contacto piel con piel entre madre y recién nacido al nacimiento en los partos inducidos (80% vs. 94,8%; $p = 0,002$), ya que en nuestro centro hospitalario tras una cesárea el recién nacido pasa en un primer momento con los neonatólogos y, posteriormente, con el padre o acompañante deseado.

Asimismo, las mujeres con parto de inicio espontáneo presentaron una satisfacción significativamente mayor con la matrona, el obstetra y el

periodo de dilatación en relación con el parto inducido. Esto puede ser debido al tiempo necesario para alcanzar periodo activo de parto (13,3 horas de media hasta inicio de trabajo de parto) menor en los casos iniciados de forma espontánea y a las técnicas disponibles para el manejo del dolor en este periodo. Por el contrario, estudios como el de Geary et al.²³ no encuentran relación significativa entre la duración del parto y la satisfacción con la atención intraparto.

Por otra parte, cabe mencionar que en nuestro estudio se ha objetivado una mayor estancia hospitalaria en el grupo de mujeres inducidas ($3,4 \pm 0,9$ vs. $2,5 \pm 0,6$ días; $p < 0,001$). Este hecho puede ser debido a la mayor tasa de cesáreas en el grupo de parto inducido, puesto que si finaliza en cesárea el alta se da en nuestro centro el tercer día de la intervención, y si finaliza vía vaginal a las 48 horas. Sin embargo, no se ha podido encontrar en la literatura publicada si la duración del ingreso hospitalario puede influir en la satisfacción global del parto.

En cuanto al conocimiento de la inducción, la mayoría de las gestantes reconocen un conocimiento moderado o escaso del método y creen que el parto inducido puede ser más largo y más doloroso. A la hora de elegir un fármaco para la inducción el aspecto que más valoran es que sea un fármaco seguro para ellas y sus hijos, lo cual coincide con los resultados obtenidos por Shetty⁸. En segundo lugar, valoran que el fármaco provoque el menor dolor posible, mientras que en el trabajo de Shetty el segundo aspecto más valorado era que el fármaco inductor tuviese una acción más rápida. Cabe destacar que lo valorado como más importante fue la seguridad del fármaco tanto para el bebé como para ellas (94,4%), seguido de que el método provoque el menor dolor posible (87,8%). En cuanto a los conocimientos acerca de la inducción muchas de ellas aseguran saber lo que es una inducción (62,2%), sin embargo, lo más desconocido para las gestantes son los efectos adversos del fármaco (78,9%), seguido de los métodos existentes (48,9%).

Destacar que, el resultado en salud no es el único componente que determina la satisfacción con la atención recibida. Hemos analizado los motivos que se asocian con la mayor y menor satisfacción de las mujeres. Son susceptibles de mejora los puntos que presentan peor valoración,

situados en la parte inferior de la Figura 1.

La mayor satisfacción se presenta en relación con la matrona, siendo el motivo por el que las mujeres se sienten "satisfechas" o "muy satisfechas" en mayor porcentaje "la información y explicaciones que le proporcionó la matrona en el parto" (98,4%). Por el contrario, la razón por la que se sienten en mayor medida más "insatisfechas" o "muy insatisfechas" es "la ayuda y el apoyo de la matrona en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor" (3,8%).

En relación con el obstetra, el factor con el que las mujeres se sienten "satisfechas" o "muy satisfechas" en más ocasiones es "los conocimientos, capacidad y competencia profesional del ginecólogo durante el parto" (95,7%). Por el contrario, el motivo por el que se sienten "insatisfechas" o "muy insatisfechas" es "la información y explicaciones que le proporcionó el ginecólogo en el parto" (4,6%).

En relación con el recién nacido, el motivo mayoritario por el que las mujeres se sienten más "satisfechas" o "muy satisfechas" es "el estado de salud de su bebé al nacer" (97,4%). Por el contrario, la causa por la que más mujeres se sienten "insatisfechas" o "muy insatisfechas" es "el tiempo transcurrido hasta que usted alimentó por primera vez a su bebé" (4,8%).

Por último, en relación con el acompañante y el confort, el motivo por el que las mujeres se sienten "satisfechas" o "muy satisfechas" es "la ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la dilatación" (96,3%). Por el contrario, el motivo por el que más mujeres se sienten "insatisfechas" o "muy insatisfechas" es "su grado de confort durante la dilatación" (4,9%).

En relación con el período del expulsivo, el motivo mayoritario por el que las mujeres se sienten "satisfechas" o "muy satisfechas" es "su experiencia global del expulsivo" (88,7%). Por el contrario, la causa por la que se sienten "insatisfechas" o "muy insatisfechas" es "la capacidad para afrontar sus emociones durante el expulsivo" (3,8%).

La dilatación ha sido el factor peor puntuado. El principal motivo por el que las mujeres se sienten "satisfechas" o "muy satisfechas" es "su grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación" (90,4%). Por el contrario, el motivo por el que más mujeres se sienten "insatisfechas"

o "muy insatisfechas" es "su capacidad para soportar las contracciones durante la dilatación" (7,6%).

Sin embargo, cabe destacar que no hay literatura disponible para comparar los resultados obtenidos del análisis de cada uno de los ítems anteriores.

En cuanto a limitaciones del estudio, en primer lugar cabe señalar que se trata de un estudio observacional, esto es, no hay asignación aleatoria a uno u otro grupo; y por otra parte, se ha realizado un muestro consecutivo no probabilístico limitado temporalmente al período de recogida disponible. Con tal de controlar este sesgo de selección, se ha realizado un primer análisis bivalente entre ambas cohortes comparando las características basales, sin encontrar diferencias en estos factores. Cabe tener en cuenta también que no se ha estratificado por paridad y se han incluido gestantes tanto nulíparas como multíparas. Aunque no se han observado diferencias significativas en cuanto a la paridad, según la literatura revisada, aquellas mujeres con un parto previo tienen expectativas diferentes y condicionadas por la experiencia previa frente a aquellas que no lo han tenido.

Por otro lado, si bien inicialmente se calculó el tamaño muestral necesario basado en la literatura, la población de estudio final ha sido de 186 mujeres. Como puede observarse, el tamaño dista del calculado inicialmente, y esto ha sido debido a la falta de tiempo para completarse la recogida. A pesar de ello, en la variable principal se han obtenido diferencias estadísticamente significativas, probablemente porque la estimación inicial se realizó con otra variable diferente, dado a que no existen estudios publicados que utilicen la escala de MCSRS como método de evaluación de la satisfacción del parto en partos inducidos.

En relación a la escala utilizada, cabe tener en cuenta que la MCSRS no se encuentra diseñada para partos que finalizan en cesárea. Sin embargo, se ha utilizado dicha escala porque es la única disponible en la literatura validada en población española y, aunque existen otras escalas para la valoración del nacimiento, ninguna es tan completa en tantas subescalas como la MCSRS.

Por último, y a pesar de las limitaciones descritas, cabe remarcar como fortalezas del trabajo, que se trata de un estudio prospectivo, con



una marcada labor de campo, puesto que se han recogido un número considerable de encuestas. Cabe destacar también la elevada tasa de respuesta por parte de las mujeres que han participado con el estudio.

La realización de encuestas permite identificar los factores susceptibles de mejora. Por tanto, consideramos que es necesario la realización de más estudios que incluyan también cuestionarios para poder analizar la satisfacción materna y aumentar la calidad de la asistencia global del complejo y multidimensional proceso que supone el nacimiento de un hijo/a.

CONCLUSIONES

- La forma de inicio del parto puede llegar a condicionar la satisfacción materna con la experiencia del mismo. A través de la escala MCSRS, se ha objetivado menor grado de satisfacción en el grupo de partos inducidos frente al grupo de partos iniciados de forma espontánea (154,6± vs. 160,8± ; p=0,029).

- Las mujeres con parto inducido frente a las de inicio espontáneo perciben el parto de mayor duración, más doloroso y refieren más complicaciones de las esperadas. Por el contrario, no se han observado diferencias en cuanto a las expectativas cumplidas en relación al parto entre ambas cohortes.

- En general, las gestantes tienen un conocimiento escaso sobre la inducción, los fármacos utilizados y los efectos asociados. Un 66,7% piensa que la inducción será más dolorosa que el parto normal, un 51,1% cree que hay más posibilidades de cesárea y sólo el 17,8% no están de acuerdo con el momento de la inducción y piensan que deberían haber sido inducidas más tarde.

- Los partos inducidos presentan: mayor administración de analgesia intraparto, mayor duración, mayor tasa de cesáreas, mayor duración de ingreso hospitalario y menor realización de contacto piel con piel tras el nacimiento. Sin embargo, no se han visto diferencias en cuanto a resultados perinatales (ingreso en UCIN, Apgar y complicaciones del recién nacido) ni en las complicaciones maternas.

- Son aspectos a mejorar: proporcionar a las mujeres mayor información sobre la inducción del parto, sus métodos y sus principales efectos ad-

versos; promover el piel con piel precoz y promover el uso de diferentes métodos para aliviar el dolor durante la dilatación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calid Asist* 2001; 16:276-9.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
3. Humphrey T, Tucker J. Rising rates of obstetric interventions: exploring the determinants of induction of labour. *J Public Health (Oxf)* 2009;31:88-94.
4. The European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe. EUROPERISTAT Project [Internet] 2010. [consultado en junio 2018]. Disponible en: <http://www.europeristat.com>
5. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Inducción al parto. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. SEGO; 2013 [actualizado a junio 2013; citado y revisado noviembre 2018]. Disponible en: https://sego.es/Guias_de_Asistencia_Practica#perinatal
6. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* 2004; 46:212-9.
7. Ramón Arbués E, Juárez Vela R, Martínez Abadía B, Martín Gómez S. Satisfacción materna con la experiencia del parto. *Metas Enferm* 2015;18: 62-5.
8. Shetty A, Burt R, Rice P, Templeton A. Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour – A questionnaire-based study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 123:56-61.
9. Henderson J, Redshaw M. Women's experience of induction of labor: a mixed methods study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92:1159-67.
10. Ezeanochie M, Olangbuji B, Ande A. Women's concerns and satisfaction with induced labour at term in a Nigerian population. *Niger Postgrad Med J* 2018; 20:1-4.
11. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:160-72.
12. Bowers BB. Mothers' experiences of labor support: exploration of qualitative research. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002; 31:742-52.
13. Spaich S, Welzel G, Berlit S, Temerinac D, Tuschy B, Sütterlin M, et al. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013; 170:401-6.
14. Borjesson B, Paperin C, Lindell M. Maternal support during

the first year of infancy. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 45:588-94.

15. Mira JJ, Aranaz J. Patient satisfaction as an outcome measure in health care. *Med Clin* 2000; 114:26-33.
16. Nystedt A, Högberg U, Lundman B. The negative birth experience of prolonged labor: a case-referent study. *Journal of Clinical Nursing* 2005; 14:579-86.
17. Brown, S, Lumley J. Changing childbirth: lessons from an Australian survey of 1.336 women. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1998; 105:143-55.
18. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 2004; 31:17-27.
19. Mas Pons R, Barona Vilar C, Carreguí Vilar S, Ibáñez Gil N, Margaix Fontestad L, Escribà Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gac Sanit* 2012; 26:236-42.
20. Caballero P, Delgado-García B, Orts-Cortes I, Moncho J, Pereyra-Zamora P, Nolasco A. Validation of the Spanish version of makey childbirth satisfaction rating scale. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2016; 16:78.
21. Lim SE, Tan TL, Ng GYH, Tagore S, Kyaw EEP, Yeo GSH. Patient satisfaction with the cervical ripening balloon as a method for induction of labour: a randomised controlled trial. *Singapore Med J* 2018; 59:419-24.
22. Reinhard J, Rösler R, Yuan J, Schiermeier S, Herrmann E, Eichbaum MH, et al. Prostaglandin E2 Labour Induction with intravaginal (Misoprostol) versus Intracervical (Misoprostil) Administration at Term: Randomized Study of Maternal and Neonatal Outcome and Patient's Perception Using the Osgood Semantic Differential Scales. *Biomed Res Int* 2014;201:1-6.
23. Geary M, Fanagan M, Boylan P. Maternal satisfaction with management in labour and preferences for mode of delivery. *J Perinat Med* 1997;25:433-9.

AGRADECIMIENTOS

A nuestras tutoras del trabajo de investigación, la Dra. Quijada y la Dra. Palacios, por su entrega, apoyo e implicación en el estudio.

A las matronas, María Jesús Más Pla y Patricia Ibáñez Blanes, por su cariño y por escucharnos cuando los nervios podían con nosotros.

A Dña. Rosa Mas Pons por su amabilidad al facilitarnos la Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale en castellano.

A todas las mujeres que desinteresadamente han participado en nuestro estudio, por su tiempo y ayuda.

Beneficios de un diagnóstico y tratamiento precoz de la anquiloglosia en la lactancia materna

Benefits of early diagnosis and treatment of tongue tie in breastfeeding

Autora: Silvia Mera Domínguez, Rosa María González García, Ángeles María Márquez Carrasco
Matrona

e-mail: sildiemer@hotmail.com

RESUMEN

La anquiloglosia es una anomalía congénita relativamente común del frenillo lingual en la cual la membrana debajo de la lengua es muy corta o puede estar inserida muy próxima a la punta de la lengua, dificultando su protrusión y causando movimientos limitados de la lengua.

Esta alteración en el recién nacido es responsable del 25 a 60% de dificultades durante el amamantamiento causando problemas como: dolor en la madre, disminución de la producción de leche, mastitis de repetición y fallo de medro en el bebé, entre otros.

La identificación de la anquiloglosia por parte de la matrona mediante la observación de la boca del bebé y la puesta en marcha de un tratamiento que ponga fin a estos problemas, hacen que se eviten muchos abandonos de la lactancia materna que es la forma de alimentación más completa y saludable para el bebé.

Con el objetivo de analizar el papel de la anquiloglosia en la lactancia materna y los beneficios que suponen su identificación y tratamiento precoz mediante la frenotomía, se realiza una revisión bibliográfica de la situación actual del tema en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Cuiden, Scielo y Trip data base de las que se seleccionan 30 artículos cuya lectura y análisis críticos conforman el desarrollo del artículo.

Palabras clave: Anquiloglosia, frenillo lingual, lactancia materna, recién nacido, dolor mamas, matronas.

ABSTRACT

Ankyloglossia is a congenital abnormality relatively common of lingual frenulum in which the membrane under the tongue is too short or may be attached too near the tip of the tongue, thereby preventing protrusion and causing limited movements of the tongue.

This abnormality in newborns is associated with a 25% to 60% incidence of difficulties with breastfeeding such as maternal pain, low milk supply, mastitis and failure to thrive, among others.

The identification of tongue tie by the midwife by observing the baby's mouth and the implementation of a treatment to end these problems cause many dropouts breastfeeding is the form of food to avoid more complete and healthy for the baby

In order to analyze the role of tongue tie on breastfeeding and the benefits they bring their identification and early treatment by frenotomy, a literature review of the current situation of the subject in the databases PubMed, Cochrane, Cuiden, Scielo and Trip data base of which 30 items whose reading and critical analysis shape the development of the article are selected.

Keywords: *Ankyloglossia, lingual frenulum, breastfeeding, newborn, breast pain, midwives.*

INTRODUCCIÓN

El frenillo lingual en los recién nacidos se extiende desde la base anterior de la lengua hasta la base del hueso alveolar de la mandíbula. Después de algunas semanas ocurre un alargamiento gradual de la lengua y el frenillo pasa a ocupar

la porción central de la cara ventral de la lengua, la cual será su posición definitiva.¹

Sin embargo, cuando en etapas embrionarias se desarrolla la cavidad oral y los músculos hio-gloso y geniogloso, se separan mal, quedando el frenillo fuera de la lengua es cuando se produce la anquiloglosia o frenillo corto.¹

Anquiloglosia significa literalmente "lengua atada o anclada" y es una definición muy gráfica de lo que les pasa a los bebés que nacen con el frenillo de la lengua corto: la lengua se encuentra sujeta al suelo de la boca y no puede realizar los movimientos necesarios para que el bebé pueda mamar de manera eficaz y sin comprometer el bienestar de su madre.

Esta situación hace que la lengua se mantenga sujeta al suelo de la boca, impidiendo en diferente medida los movimientos de la lengua que permiten al bebé realizar la transferencia de leche: protrusión, elevación, peristaltismo, acanalamiento y lateralización. Todos estos movimientos son necesarios para que el bebé pueda mamar de manera placentera y eficaz y para que posteriormente, al iniciar la alimentación complementaria, pueda realizar los movimientos necesarios para ensalivar y tragar el bolo digestivo con facilidad.^{1,2}

Los beneficios de la lactancia materna son indiscutibles, tanto para la salud infantil como para la materna. La OMS y el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría recomiendan "la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de vida del niño y continuar con el amamantamiento junto con otros alimentos que complementen la alimentación hasta los 2 años o más, mientras madre e hijo lo deseen"^{3,4}

Sin embargo, según diferentes estudios^{5,6,7} la realidad es bastante diferente: en nuestro país el porcentaje de madres que abandonan la lactancia materna a los 3 meses del nacimiento, oscila entre un 40% y un 50%.

El abandono precoz de la lactancia materna responde a múltiples causas que van desde la incorporación de la mujer al mundo laboral hasta la existencia o no de dificultades en la misma. Siendo las principales el dolor sentido por la madre durante el acto de amamantar y la disminución de la producción de leche (real o percibida)^{6,7}. Algunos autores defienden que ambas pueden ser secundarias a un frenillo lingual corto.^{6,7}

Las matronas son los profesionales que al estar presentes en el embarazo, parto y puerperio mantienen contacto en primera línea con el inicio a la lactancia materna y están plenamente capacitados para identificar y tratar las dificultades que se puedan presentar.

Objetivo general

Analizar la importancia de la anquiloglosia en la lactancia materna y el papel de la matrona en su identificación y tratamiento.

Objetivos específicos

- Describir la anquiloglosia: tipos y características asociadas.
- Enumerar los problemas que pueden aparecer en la lactancia materna como consecuencia de la existencia de frenillo lingual.
- Definir el papel de la matrona en la identificación y el tratamiento de la anquiloglosia cuando esta interfiere en la lactancia materna con el fin de mantenerla.

Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Cuiden, Scielo y trip data base, de los artículos de los últimos 14 años con opción a texto completo gratuito y en humanos, en Ingles y/o castellano. Con los descriptores en español "anquiloglosia", "frenillo lingual", "lactancia materna", "recién nacido", "dolor mamas", "matronas"; y con los descriptores en Inglés "ankyloglossia", "lingual frenulum", "breastfeeding", "newborn", "breast pain", "midwives".

A través del título y resumen (si están relacionados con la temática que responde al objetivo de la revisión), se selecciona de 149 artículos sólo 40 para su lectura completa y exhaustiva. Para la redacción del artículo se utilizan 30 elementos.

Anquiloglosia: definición, clasificación y diagnóstico.

Definición

La condición llamada "frenillo corto" o "anquiloglosia" (derivado del griego que significa "lengua torcida") es aquella en la que el tejido debajo de la lengua que une a ésta con la parte inferior de la boca restringe el movimiento de la lengua.



En los niños con frenillo corto, generalmente esta banda de tejido se encuentra muy cerca de la punta de la lengua, lo cual deja muy poco movimiento libre, aunque también se presenta como frenillo demasiado corto o inflexible.⁸

El diccionario de la Real Academia Española define frenillo como: "Membrana que sujeta la lengua por la línea media de la parte inferior, y que, cuando se desarrolla demasiado, impide mamar o hablar con soltura".⁹

Según la wikipedia, la anquiloglosia o lengua anclada es un trastorno congénito presente entre el 2.8 al 10.7% de los infantes en el mundo, caracterizado por un frenillo lingual anormalmente corto y diferentes grados de incapacidad de uso de la lengua según la clasificación del frenillo.

La anquiloglosia es relativamente común pero su prevalencia exacta es desconocida. Según varios artículos encontrados oscila entre el 0,1 y el 11%^{11, 12, 13}. Donde se destaca una diferencia clara entre varones y mujeres, siendo 2,6 veces más frecuente en varones¹².

Clasificación.

El frenillo lingual puede clasificarse en anterior o posterior en función del lugar de anclaje del mismo a la lengua. Podemos diferenciar según la clasificación de Coryllos¹⁴ cuatro tipos de frenillo lingual: el tipo 1 y tipo 2 (frenillos anteriores) y el tipo 3 y 4 o submucoso (frenillos posteriores)^{15, 16}

Frenillo tipo 1

El frenillo se ancla en la punta de la lengua, que suele presentar forma de corazón, y se observa a simple vista. La movilidad de la lengua se encuentra muy restringida, no siendo posible elevarla ni extenderla. (Imagen N°1)

Frenillo tipo 2

El frenillo se inserta un poco más atrás que en el tipo 1, a una distancia de entre 2 y 4 mm de la punta de la lengua. Menos restrictivo, impide también la elevación y extensión de la lengua, aunque en menor medida. (Imagen N°2)

Frenillo tipo 3

El frenillo se inserta más atrás que en los dos tipos anteriores, la extensión de la lengua no suele verse comprometida, pero si la elevación. A simple vista la lengua parece normal. Este tipo de fre-

nillo presenta también un componente submucoso que no es visible a simple vista. (Imagen N°3)

Frenillo tipo 4 o submucoso

El frenillo como tal no se ve a simple vista, se encuentra bajo una capa de tejido submucoso y restringe casi en su totalidad el movimiento de la lengua, que se ve anclada en el suelo de la boca, sin elevarse y con aspecto compacto. El movimiento de la lengua suele ser asimétrico y los bebés que presentan este tipo de frenillo suelen presentar la boca y la lengua torcida al abrirla. (Imagen N°4)

Diagnóstico

La herramienta más utilizada para el diagnóstico de la anquiloglosia es la "herramienta de evaluación descriptiva de Hazelbarker" (tabla Imagen N°5)^{12, 17} basada en la apariencia y función lingual más conocida, pero su principal inconveniente es la escasa concordancia interobservador, es compleja y no ha sido validada de manera constatada. No obstante, existen estudios en sentido contrario¹⁸ que señalan la alta fiabilidad del primer apartado (los cinco ítems de apariencia) y de los tres primeros ítems del segundo apartado (ítems de función: lateralización, elevación y extensión de la lengua). En ella distinguimos dos apartados: el primero evalúa cinco ítems de apariencia de la lengua y el segundo siete ítems de función de la lengua. Una puntuación de 8 o menos en los ítems de apariencia y/o de 11 o menos en la de función, según la evaluación descriptiva de Hazelbaker, es un buen predictor de la eficacia de la frenotomía en madres que presentan dolor durante el amamantamiento.

Consecuencias de la anquiloglosia en la lactancia materna

La anquiloglosia afecta los movimientos de elevación, lateralización, extensión y peristaltismo de la lengua. Los signos clínicos de anquiloglosia incluyen incapacidad de la lengua de tocar el paladar duro o el borde incisal de los dientes superiores en posición de apertura bucal máxima, imposibilidad de efectuar movimientos transversales de una comisura a la otra de la boca sin deformarse, forma de corazón y zona isquémica en la punta al protruir la lengua.¹⁹

En neonatos y lactantes, el frenillo lingual corto se relaciona con problemas en la lactancia (25-



60%): dificultades para la prensión al pecho materno y dolor materno, que son dos causas principales de su abandono.^{12,19} La succión puede ser ineficaz y entorpecer la ganancia de peso. Es habitual el exceso de salivación.

La anquiloglosia puede perjudicar tanto a la madre como al bebé.

Para la madre^{13,14}:

- Dolor. Es el mayor inconveniente de dar de mamar a un niño con frenillo corto.

- Grietas. por la fricción y por la excesiva presión intraoral negativa a la que se ve sometido el pezón.

- Infecciones bacterianas causadas por un mal drenaje de los conductos y favorecidas por la presencia de las grietas.

- Isquemias por la compresión del pezón contra el paladar.

- La lengua, en su movimiento normal, comprime la areola del pecho materno para extraer la leche. En bebés con anquiloglosia, esta compresión se realiza sobre el pezón provocando una menor estimulación del pecho. La reducción de la estimulación deriva en un descenso en la producción de leche que impide el correcto desarrollo del bebé.

- Mastitis de repetición por las heridas causadas y el mal drenaje de la glándula: la dificultad que presentan estos bebés para mamar puede hacer que el pecho de la madre no se "vacíe" de forma adecuada, quedando leche estancada en los conductos galactóforos. Este estancamiento favorece el crecimiento bacteriano en dichos conductos.

Todo ello hace que la experiencia de dar el pecho resulte dolorosa y desagradable.

Para los bebés, las consecuencias de un frenillo corto pueden variar mucho y pueden afectar negativamente a la lactancia.^{13,14}

- Bebé que no gana peso.

- Bebé con la mandíbula inferior retrasada con respecto a la superior (retrognatia).

- Tomas excesivamente largas, que llegan a unirse unas con otras, no soltándose el bebé espontáneamente del pecho, si no que es su madre quien lo suelta y frecuentemente llora cuando esto sucede.

- El bebé se "enfada" con el pecho. Durante las tomas lo coge, lo suelta, lo estira, lo muerde,

protesta, se le escapa...

- Otro signo característico es el mamar "chascando", de forma continua o intermitente

- "Callo de lactancia" en los labios del bebé.

- Bebé que se atraganta a menudo.

- Bebé que hace ruido al mamar en forma de chasquidos.

- En ocasiones también se ve que las mejillas se hunden, como al tomar una bebida con una pajita (al mamar, las mejillas de los bebés no se hunden, sino que protruyen, como al masticar).

Hay niños con anquiloglosia que no aumentan de peso debido a la succión ineficaz, que se traduce en una escasa producción de leche. Otros aumentan con normalidad o de manera espectacular.

La glándula mamaria actúa a menudo de forma compensatoria. Ante un bebé que mama de forma ineficaz o caótica, puede reaccionar fabricando mucha leche y dando lugar a una producción excesiva (hipergalactia). Cuando esto ocurre, los bebés toman mucha leche de inicio, más rica en lactosa, lo que la hace difícil de digerir y puede dar lugar a deposiciones verdes, malolientes y explosivas, muy diferentes de las deposiciones típicas del lactante amamantado, que son de color mostaza y con un olor dulzón que recuerda al del yogur.^{13,14}

Al nacer, todos los bebés tienen el paladar alto y cerrado, pero a medida que la lengua se mueve eficazmente en la cavidad oral, éste se va abriendo y descendiendo. Si la lengua no tiene capacidad de elevación debido a un frenillo corto, este cambio no se produce, lo que afecta a toda la estructura maxilofacial.

Tratamiento de la anquiloglosia

Tradicionalmente la anquiloglosia (o frenillo sublingual corto) se detectaba nada más nacer el niño y las mismas matronas se encargaban de cortar la membrana para facilitar la salida de la lengua. Sin embargo, desde finales del siglo XIX y con la introducción masiva de las fórmulas para la lactancia artificial, se fue abandonando esta práctica. Cuando había problemas con la lactancia materna, se pasaba directamente a alimentación artificial.²⁰

Afortunadamente esta situación ha cambiado y en los últimos años asistimos a un esperanzador aumento de los índices de lactancia materna, que es la mejor alimentación posible para el bebé, y con ello vuelve a surgir el interés en el tratamiento



de la anquiloglosia.

La intervención que soluciona rápidamente la anquiloglosia es la frenulectomía o frenotomía es decir, cortar la membrana para facilitar la salida de la lengua. Se trata de una intervención muy sencilla y sin complicaciones. El frenillo es una membrana muy poco vascularizada y sin inervación, por lo que si el corte se realiza por un profesional con experiencia, el bebé apenas sangra y no le duele, aunque también se puede aplicar anestesia local. En la gran mayoría de ocasiones, inmediatamente después de realizar el corte el bebé ya puede mamar de forma normal.

Antes de realizar la frenulectomía se pueden adoptar otras medidas dirigidas a optimizar el agarre del niño al pecho para que la lactancia sea efectiva.^{21, 22}

- Asegurarse de la adecuada colocación del niño frente a la madre y comprobar el correcto sellado de la boca del lactante en la mama.

- Amamantar a demanda para evitar la ingurgitación y facilitar el agarre del niño al pecho.

- Reblandecer la areola mediante presión manual y empezar la toma por el pecho menos dolorido.

- Sujetar la mama con toda la mano con los dedos planos en la base del pecho y el pulgar en la parte superior alejado de la areola; no sujetarla con los dedos en forma de tijera.

- Para retirar al niño del pecho, introducir un dedo en su boca y presionar la mama para interrumpir la succión, evitando así el traumatismo del pezón.

- No utilizar productos astringentes para la higiene del pezón y desaconsejar el lavado en cada toma.

- Alternar la posición del niño en las tomas para variar los puntos de presión de la boca sobre el pezón.

- Utilizar pezoneras de látex, teniendo en cuenta que pueden disminuir la producción de leche y, en ocasiones, conducir al niño al rechazo inicial del pecho.

Todas estas recomendaciones pueden mejorar la lactancia que, en muchas ocasiones, se mantiene. Pero si los problemas persisten y atacamos estas dificultades bajo la óptica de la anquiloglosia el tratamiento definitivo es la frenotomía.

La frenotomía proporciona un alivio inmediato del dolor y un aumento de peso del lactante en los días posteriores a la intervención, ya que la

lengua recupera la movilidad normal y con ella, la funcionalidad.

Para el tratamiento de la anquiloglosia anterior se utiliza la frenotomía simple realizada de forma ambulatoria.²²

Frenotomía simple:

Consiste en cortar el frenillo con unas tijeras estériles. Es una técnica sencilla y rápida. Normalmente el bebé sangra muy poco y puede irse a casa al poco tiempo de la intervención.²³ Después de la frenotomía es recomendable observar una toma para observar si hay mejoría.

La técnica consiste en posicionar al bebé en decúbito supino, se le sujeta firmemente la cabeza, la persona que va a realizar la intervención, con una mano abre la boca y sujeta y eleva la lengua lo máximo posible, bien con los dedos, bien con una sonda acanalada, "el uso de la sonda acanalada, estabiliza la lengua y permite una mejor visión"¹⁶.

Se protege con una gasa el suelo de la boca para evitar dañar los conductos submandibulares y con la mano libre realiza un corte con unas tijeras estériles lo más cerca posible de la lengua sin dañarla. No se especifica en ningún estudio la longitud del corte: lo suficiente para asegurar la correcta movilidad de la lengua.¹⁶

Aunque en la mayoría de las ocasiones el alivio que siente la madre es inmediato, los resultados óptimos se observan en torno a las dos semanas posteriores a la intervención, cuando se acoplan perfectamente todos los aspectos de la lactancia (incluyendo el aumento de leche)²⁴

Las posibles complicaciones de la frenotomía son sangrado o infección, pero la incidencia de que estos se produzcan es extremadamente rara ^{20,24}. No hay cuidados posteriores específicos requeridos. De vez en cuando, durante el proceso de curación se puede observar una pequeña mancha blanca debajo de la lengua de algunos bebés, esto es normal y suele desaparecer en dos semanas.

La realización de la frenotomía en los estudios consultados es llevada a cabo por "personal entrenado", como cirujanos orales, dentistas, residentes de cirugía, matronas o enfermeras.^{25, 26}

El corte de los frenillos posteriores presenta más dificultades: son frenillos más gruesos que están insertados en una zona de tejido submucoso muy vascularizado y por ello la frenotomía en

estos casos se realiza bajo anestesia general, en quirófano y con bisturí eléctrico por un cirujano.

No obstante, algunos autores defienden el tratamiento mínimamente invasivo de los frenillos posteriores siguiendo el mismo procedimiento que en la frenotomía simple.²⁵

Cuando realizamos el corte de manera correcta, el bebé es capaz de elevar la lengua hasta el paladar superior cuando llora y se ve claramente el rombo abierto en la base de la lengua.

En cuanto a los resultados de la frenotomía, tanto la simple como la realizada en frenillos posteriores en quirófano o de forma ambulatoria, varios estudios^{23,25,26,27,28,29} han demostrado que esta técnica mejora la percepción de la lactancia materna, la cantidad de leche que los bebés toman y, sobre todo y de manera prácticamente inmediata, la sensación de dolor de la madre.

Conclusiones

La matrona es uno de los profesionales sanitarios más cercanos a las madres durante todo el embarazo, parto y puerperio y a los bebés en sus primeros meses de vida, tanto en el hospital, durante el ingreso posterior al parto como en la consulta de atención primaria, adonde la madre y el bebé acuden a revisiones periódicas. Estos momentos son los idóneos para realizar consultoría en lactancia materna, observar una toma e incluir de forma rutinaria la inspección de la lengua, tanto si el niño es amamantado como si no.

Los problemas tempranos en la lactancia materna deberían ser atajados rápidamente. Por eso es importante tratar la anquiloglosia de manera precoz si sospechamos que la morfología de la lengua del bebé está interfiriendo en la lactancia materna, además, no solamente estaremos tratando las dificultades en la lactancia materna presentes en el momento de nuestra actuación, también estaremos previniendo otros problemas derivados de la anquiloglosia que pueden presentarse en un futuro, como son: dificultades en la deglución y el habla, alteraciones en la arcada dentaria o disglusia.

Dadas las evidencias científicas disponibles actualmente, consideramos la frenectomía una propuesta segura, práctica y efectiva en el tratamiento de dificultades de amamantamiento en bebés con anquiloglosia, donde las orientaciones alternativas para la mejora de la lactancia materna, han sido insuficientes.

La frenotomía cumple todos los requisitos para ser considerada una actuación de cirugía menor de enfermería que podría ser llevada a cabo en nuestras consultas de forma segura, ofreciéndole a las madres soluciones definitivas y sin demoras aumentando el grado de satisfacción y seguridad de éstas y evitando a su vez muchos abandonos innecesarios de la lactancia materna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Correa MSNP, Abanto JA, Correa FNP, Bonini GAVC. Anquiloglosia: ¿cuándo intervenir? Revisión y reporte de caso. *Acta Odontol Venez* 2009 Sep; 47(3): 173-178. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000300022&lng=es.
2. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. *Lactancia materna: guía para profesionales*. Editorial Ergon. Madrid 2004. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNIM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
3. Corrêa MSNP, Abanto JA, Corrêa FNP, Bonini GAVC, Alves FBT. Anquiloglosia y amamantamiento: Revisión y reporte de caso. *Rev Estomatol Herediana* 2008; 18(2):123-127. Disponible en: www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/download/.../1853
4. Organización Mundial de la Salud, Unicef. "Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante y niño pequeño". Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines_infant_feeding_text_spa.pdf
5. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf
6. Asociación Española de Pediatría [Internet, acceso el 30 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/recomendaciones>
7. Dirección General de Salud Pública y Participación. Informe de resultados de la "I Encuesta de Atención Maternal y Neonatal" [Internet] pág. 71-75, 2010, [acceso el 30 de julio de 2016]. Disponible en: https://www.asturias.es/As-tur-salud/Articulos/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Salud%20sexual%20y%20reproductiva/Salud%20reproductiva/Atencion_maternal_neonatal.pdf
8. Estévez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 2002; 56: 144-50. Disponible en: <http://www.analesdepediatría.org/es/factores-relacionados-con-el-abandono/articulo/S1695403302789443/>
9. Catherine Watson G. New York City, NY, USA Traducción cortesía de Norma Escobar Revisado por Tesone M y Porras



- W. Tongue-tie and Lactation. LEAVEN Volumen 38, No. 2, abril-mayo 2002. Disponible en: <http://www.lili.org/lang/espanol/lvaprmay02b.html>
10. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. *Pediatrics* 2011; 128, n° 2: 280-288. Disponible en: <http://nurturedchild.ca/wp-content/uploads/2012/11/Efficacy-of-Neonatal-Release-of-Ankyloglossia.pdf>
 11. Colaboradores de Wikipedia. Anquiloglosia [en línea]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2016 [fecha de consulta: 30 de julio del 2016]. Disponible en <<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Anquiloglosia&oldid=89329952>>.
 12. James W. Ochi, MD. Treating Tongue-Tie .Assessing the Relationship Between Frenotomy and Breastfeeding Symptoms. *Clinical Lactation* 2014, 5(1). Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/James_Ochi/publication/265123994_Treating_Tongue_Tie_Assessing_the_Relationship_Between_Frenotomy_and_Breastfeeding_Symptoms/links/5408b3e10cf2718acd3aa7a1.pdf
 13. González Jiménez D, Costa Romero M, Riaño Galán I, González Martínez MT, Rodríguez Pando MC, Lobete Prieto C. Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias. *Anales de Pediatría*, Volume 81, Issue 2, Pages 115-119. Disponible en: www.analesdepediatria.org/es/pdf/S1695403313004347/S300/
 14. Ricke IA, Baker NJ, Madlon-Kay DJ, DeFor TA. Newborn tongue-tie: Prevalence and effect on breast-feeding. *J Am Board Fam Pract* 2005 Jan-Feb; 18(1):1-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15709057>
 15. Breward S. Tongue tie and breastfeeding: assessing and overcoming the difficulties. *Community Pract*. 2006 Sep;79(9):298-9. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17009777>
 16. Esprella Vásquez JA. FRENECTOMIA. *Rev. Act. Clin. Med* v.25 La Paz nov. 2012. [citado 2016 Ago 22]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012001000003&lng=es.
 17. Amir H. L., James P. J., Donath M. S. Reliability of the Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function. *Int Breastf J*. 2006: 1-3. Disponible en: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4358-1-3>
 18. Queiroz Marchesan I. Lingual frenulum: classification and speech interference. *Int J Orofacial Myology* 2004; 30:31-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/7904037_Lingual_frenulum_classification_and_speech_interference
 19. Madlon-Kay J. D, Ricke A. L, Baker J. N, DeFor A. T. Case series of 148 tongue-tied newborn babies evaluated with the assessment tool for lingual frenulum function. *J Midw* 2008; 24: 353-357. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17276561>
 20. Opara PI, Gabriel-Job N, Opara KO. Neonates presenting with severe complications of frenotomy: a case series. *J Med Case Rep* 2012; 6:77. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22394653>
 21. Griffiths DM. Do tongue ties affect breastfeeding?. *J Hum Lact*. 2004 Nov; 20(4):409-14. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15479660>
 22. Rozas G., M. A. Problemas tempranos en las mamas durante la lactancia. *Medidas de prevención y tratamiento. Matronas prof.* 2006; 7; (4): 25-27.
 23. Queiroz Marchesan I, Lopes de Castro Martinelli R, Jordão Gusmão R. Lingual frenulum: changes after frenectomy. *J Soc Bras Fonoaudiol* 2012; 24(4):409-12. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/jsbf/v24n4/en_a20v24n4.pdf
 24. Geddes T. D., Kent JC, McClellan HL, Garbin HL, Chadwick LM, Hartmann PE. Sucking characteristics of successfully breastfeeding infants with ankyloglossia: a case series. *Acta Paediatr*. 2010; 99: 301-303. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19889103>
 25. Ballard LJ, Auer E C, Khoury C J. Ankyloglossia: assesment, incidence and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002; 110 (5): 63-68. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12415069>
 26. O'Callahan C, Macary S, Clemente S. The effects of office-based frenotomy for anterior and posterior ankyloglossia on breastfeeding. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 77 (2013), pp. 827-832. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23523198>
 27. Cho A, Kelsberg G, Safranek S. Clinical Inquires. When should you treat tongue-tie in a newborn? *J. Fam. Pract*. 2010; 59 n° 12: 712a-b. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21135930>
 28. Bowley BA. Tongue tie: the evidence for frenotomy. *Early Hum Dev*. 2014 Nov; 90(11):765-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25258296>
 29. Power RF, Murphy JF. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. *Arch Dis Child*. 2014 Nov 7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25381293>
 30. Barroso Espadero D. Efecto de las intervenciones liberadoras del frenillo sublingual sobre la lactancia al pecho y sobre la articulación del lenguaje hablado: una revisión sistemática. *Evid Pediatr*. 2014; 10:72. Disponible en: http://archivos.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/_LL-P3k9qgzlh7aNQBiadwmddTwYFHfQnjEhy4qZnlLaOK7rMs4QKXBzxe0d94qOhryxAaS_OUfUjptIXBvj-plw



Aspecto	Función
Aspecto de la lengua cuando se levanta:	Lateralización:
2: Redonda o cuadrada	2: Completa
1: Es aparente una hendidura ligera en la punta	1: El cuerpo de la lengua, pero no la punta
0: Configuración en corazón o en "V"	0: Completamente ausente
Elasticidad del frenillo:	Levantamiento de la lengua:
2: Muy elástico	2: La punta hasta la mitad de la boca
1: Moderadamente elástico	1: Sólo los bordes hasta la mitad de la boca
0: Elasticidad escasa o nula	0: La punta permanece en la cresta alveolar inferior o se eleva hasta la mitad de la boca únicamente tras el cierre mandibular
Longitud del frenillo lingual cuando se levanta la lengua:	Extensión de la lengua:
2: > 1 cm	2: La punta sobre el labio inferior
1: 1 cm	1: La punta sobre la encía inferior
0: > 1 cm	0: Ninguna de las anteriores, sólo protrusión anterior o media.
Inserción del frenillo lingual en la lengua:	Extensión de la parte anterior de la lengua:
2: Posterior a la punta	2: Completa
1: En la punta	1: Moderada o parcial
0: Presencia de una muesca en la punta	0: Escasa o nula
Inserción del frenillo lingual por debajo de la cresta alveolar:	Ahucamiento:
2: Inserción en el suelo de la boca o muy por debajo de la cresta alveolar	2: Todo el borde ahucamiento firme
1: Inserción inmediatamente por debajo de la cresta alveolar	1: Sólo los bordes laterales, ahucamiento moderado
0: Inserción en la cresta alveolar	0: Ahucamiento escaso o nulo
	Peristalsis:
	2: Completa desde la parte anterior a la posterior
	1: Parcial, iniciada por detrás de la punta
	0: Inexistente o movimiento inverso
	Chasquido posterior:
	2: Inexistente
	1: Periódico
	0: Frecuente o en cada movimiento de succión

Tabla . Instrumento de evaluación de Hazelbaker para determinar la función del frenillo lingual*

*La lengua del lactante se evalúa mediante las cinco características de su aspecto y las siete características de su función. Se diagnóstica una anquiloglosia significativa cuando la puntuación total del aspecto es 8 o menor y/o la puntuación total de función es 11 o inferior, o ambas posibilidades



Estrategia para el aumento del indicador de control de riesgo cardiovascular en la consulta de Enfermería

Strategy for increasing the cardiovascular risk control indicator in the Nursing office

Autora: Cristian García Cano¹, Joaquín Vinader Marco²

¹Enfermero de Atención Primaria, Centro de Salud de Carrús; ²Coordinador de Enfermería, Centro de Salud de Carrús

e-mail: garciacanocristian@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: Incrementar del indicador de Control de Riesgo Cardiovascular.

Material y Método: Ensayo cuasiexperimental con pacientes de dos UBAP de un Centro de Salud del Departamento de Salud Elche-Crevillente, a través de la consulta de enfermería de referencia. El indicador se midió al comenzar el estudio y se recogió información acerca de los motivos de las citas programadas. Se hicieron los cribados de los pacientes con los diagnósticos de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus con módulos de Abucasis y se excluyeron los pacientes de atención domiciliaria. Se realizaron intervenciones como la captación telefónica activa para remitir a la consulta de enfermería, donde se pactó el autoanálisis periódico y el seguimiento telefónico y en consulta.

Resultados: El análisis pacientes cribados nos indicó que hemos reducido el infra-registro de 328 a 201 pacientes y captado telefónicamente a 65 pacientes para el seguimiento telefónico en total y se obtuvo un aumento aproximado de un 8% en ambas UBAP.

Conclusiones: La inclusión progresiva de pacientes resultó eficaz para aumentar el control sin aumentar drásticamente la ocupación de la consulta y el método de captación ha sido muy satisfactorio en el caso de los pacientes hipertensos con infra-registro, pero no ha resultado tan efectivo en los pacientes diabéticos. Los módulos han sido recursos fundamentales para la captación, pero se requiere de un horario destinado a la labor no asistencial y de gestión de la consulta y la captación.

Palabras clave Atención Primaria, Crónico, Calidad Asistencial, Consulta de Enfermería, Autocuidado.

ABSTRACT

Aim: To increase Cardiovascular Risk Control Indicator.

Material and Method: Descriptive, cross-sectional, observational trial with patients of two Medical-Nurse Primary Care Units of a Health Center of Health Department of Elche-Crevillente, through nurse's consultation of reference. We measured the indicator at first of the trial and we collected data about reasons of scheduled appointment. We selected patients with Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus with tools of Abucasis and excluded home-care patients. We carried out interventions like active telephone attracting to send to nurse consultation, where we agreed with patient in periodical self-analysis and telephonic and consultation monitoring.

Outcomes: The analysis of selected patients showed us that we reduced lack of record from 328 to 201 patients and attracted 64 patients to telephonic monitoring in all and get an increase of 8% in both Units.

Conclusion: Gradual inclusion of patients was effective to increase control without increase sharply the consultation occupancy and method attracting has been very satisfactory in the case of hypertension patients with lack of record, but not in diabetics. The tools have been basic resources to attracting, but requires a timetable aimed at job of not care and consultation management and attraction.

Keywords: Primary Health Care, Chronic, Care Quality, Nurse Consultation, Self-Care.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria (AP), desde el surgimiento de la salud comunitaria en la segunda mitad del siglo XX¹ hasta su posterior definición legislativa, se ha desarrollado hacia prevención de enfermedades agudas y el seguimiento de la cronicidad^{2,3}. Dicho sistema de asistencia, encaminado a la atención a la comunidad que tiene como punto de referencia el centro de salud, organiza la población en Unidades Básicas de Atención Primaria (UBAP) asignando un médico y un enfermero de referencia para cada usuario. Esta forma de organización reparte la población por cupos, lo que supone un reto para afrontar la multitarea dentro de la demanda asistencial de los usuarios, lo que ya reflejan varios autores cuando exponen el exceso de presión asistencial al que está sometido este modelo^{4,5}.

La planificación sanitaria es un elemento fundamental para la AP y su principal objetivo es mejorar la calidad de la atención identificando y dando solución a los problemas de salud de población. Un ejemplo de los procedimientos que se utilizan son los indicadores sanitarios, aportando información objetiva y cuantitativa^{6,7}. Por supuesto, el abordaje de la cronicidad no se queda atrás como determinante en la provisión de servicios, siendo, además de objetivo de la planificación sanitaria, un determinante fundamental en las actuaciones de enfermería encaminadas a mantener continuidad asistencial y fomentar el autocuidado^{2,3}: Por una parte, un factor fundamental de la continuidad asistencial es el desarrollo de la Historia Clínica que, en AP, es definida por comunidades autónomas como es el caso de Abucasis⁸. Otro sistema más reciente en la previsión de la demanda asistencial es la estratificación de la población según su previsión de gasto sanitario que pueda acarrear su cronicidad como hacen algunos Sistemas de Clasificación de Pacientes (SCP)⁹. Por otro lado, la promoción del autocuidado es considerada como un elemento básico de la asistencia sanitaria a la cronicidad, siendo desarrollados conceptos como el paciente activo en la mejora individual de la salud y el mayor cumplimiento terapéutico¹⁰ y el enfoque de la proactividad para agilizar la resolución de problemas en consulta y el seguimiento⁴.

Para hacer frente a esta difícil tarea, la consulta de AP dispone de un horario asistencial,

al cual el usuario accede por cita a demanda o programada por un profesional sanitario^{4,5}, y un horario para la gestión de la consulta, como la organización de las agendas y el desarrollo de intervenciones para hacer frente a la demanda asistencial⁵. Martínez Riera J.R.¹¹ defiende la consulta de enfermería como puerta de entrada al sistema sanitario frente al enfoque de la exclusividad de la consulta de crónicos, el cual se convierte en una realidad en la práctica. Para conseguir esto es preciso desarrollar estrategias para evitar las consultas múltiples como el autocontrol y el autoanálisis^{4,11,12}.

OBJETIVOS

Incrementar el tanto por ciento del indicador de Control de Riesgo Cardiovascular (CRCV) de la Comunidad Valenciana, al menos cinco puntos, de los pacientes de dos Unidades Básicas Asistenciales (UBAP) mediante intervenciones a través de la consulta de enfermería.

1. Analizar la capacidad de la Consulta de Enfermería para asumir un aumento progresivo de la atención a los grupos de pacientes pertinentes.
2. Cribar a los pacientes pertenecientes a dichas UBAP que, se estima, influyen en el indicador sobre el que se desea trabajar y describir sus características.
3. Realizar intervenciones de captación y seguimiento de los pacientes seleccionados anteriormente.
4. Evaluar los resultados de las intervenciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio consiste en un ensayo cuasiexperimental. Se ha realizado sobre una población de pacientes pertenecientes a dos UBAP de un Centro de Salud del Departamento de Salud Elche-Crevillente. Se ha llevado a cabo a través de la consulta de enfermería de referencia de estos grupos de pacientes. Se realizó una búsqueda bibliográfica en los portales CUIDEN, Elsevier, Encuentro, Pubmed, Scielo y Cochrane, entre otros. El indicador utilizado es: Control de Factores de Riesgo Cardiovascular de la Comunidad Valenciana, vigente durante el periodo de realización del ensayo. Este indicador corresponde a la síntesis de los indicadores de control de hipertensión y diabetes, ambos ponderados al 50%:

El cálculo del indicador de control de diabe-



tes se realiza mediante el cociente del número de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 dentro del rango de control (Paciente con media de variable de HbA1c, registradas en los últimos 12 meses, inferior a 8%) entre el total de pacientes con esta patología. El cálculo del indicador de control de hipertensión se realiza mediante el cociente del número de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial dentro del rango de control (Paciente con media de variables de hipertensión arterial sistólicas inferiores a 150mmHg y diastólicas inferiores a 90mmHg, registradas en los últimos 5 meses), exceptuando diabéticos y pacientes renales, entre el total de pacientes con hipertensión. El indicador se midió al comenzar el estudio y se utilizaron los programas Abucasis y Florence para obtener los datos descritos a continuación.

En primer lugar, se recogió información acerca de los motivos de las citas programadas con carácter previo de los siguientes 4 a 5 meses, en febrero y septiembre de 2015. Se organizaron los motivos por categorías: Crónicos, Curas, Administración de tratamientos mensuales, Informes y Otros.

En segundo lugar, se hicieron los cribados de los pacientes con los diagnósticos de Hipertensión Arterial (CIE.401), Diabetes Mellitus (CIE.250) y combinación de ambas: Se realizaron cribados mediante el Módulo de Morbilidad y el Módulo de Consulta de Colectivos Clínicos de Abucasis. En el caso de los hipertensos, los pacientes cribados fueron aquellos con Tensión Arterial Sistólica (TAS) superiores al límite especificado en el indicador y sin TAS registradas en, al menos, 6 meses. Y en el caso de los diabéticos, fueron los pacientes con Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) superior al límite especificado en el indicador y sin HbA1c registrada en, al menos, 12 meses. Con éste se obtuvieron listados con nombre, apellidos, números SIP, edad, teléfono de contacto y su nivel de SCP.

Tras el análisis de los datos, fueron excluidos del estudio: los pacientes incluidos en el programa de Atención Domiciliaria de las UBAP, debido a que por organización interna tienen un seguimiento del control de riesgo cardiovascular diferente al resto de pacientes.

El programa de seguimiento consistió en la inclusión progresiva de estos pacientes, empezando

por los de menor de nivel de cronicidad del SCP, por medio de varias intervenciones: Por un lado, la captación telefónica activa de los pacientes sin TAS ni HbA1c registradas en dichos periodos y que no tenían cita programada. En dicha intervención se remitió a la consulta de enfermería para valoración y seguimiento. Por otro lado, se acordó con los pacientes en seguimiento en consulta que aportasen a la consulta los glucómetros y tensiómetros que se iban a empleaban a nivel personal para su testeo y se solicitó el análisis de HbA1c en los casos pertinentes. Se pactó la automedición periódica de la tensión arterial a los hipertensos y las glucemias a los diabéticos con su registro correspondiente en papel o por medio del portal de salud del departamento. Por último, se acordó que, si no se sucedían citas presenciales, tanto a demanda como programadas, ni la comunicación a través de la plataforma del departamento cada aproximadamente 5 meses, se procedía con el contacto telefónico. Ambas intervenciones llevaron consigo el registro y volcado de las variables precisadas para el indicador en Abucasis. Al finalizar los primeros 5 meses se volvieron a analizar la programación de citas concertadas y al finalizar los 2 meses posteriores se hicieron tanto un nuevo cribado para la evaluación de las intervenciones como una nueva comprobación del indicador.

RESULTADOS

En primer lugar, el periodo asistencial se divide en dos partes: el tiempo de consulta y el tiempo de técnicas y exámenes complementarios. También se dispone de un periodo no asistencial que consta aproximadamente de una hora al final de la jornada destinado a la gestión de la consulta. Esto supone la disposición de aproximadamente 105 citas semanales de 10 minutos para la consulta. En el primer periodo analizado se disponía de 1698 citas con un total de 354 huecos ocupados en ese momento para consultas planificadas, lo que suponía aproximadamente un 36% de los huecos ocupados previamente para el seguimiento de pacientes. Y en el segundo periodo se disponía de 1193 huecos con un total de 426 huecos ocupados, lo que suponía aproximadamente un 21% de ocupación. Dentro de los motivos de la planificación de las consultas se destacaron dos:

- Seguimiento por cronicidad, que supone de un 73% de las citas concertadas respectivamente y de 297 a 276 citas cada periodo analizado, sumando un total de 576 citas anuales. A través del análisis de los listados obtenidos con el Módulo de Citación de Abucasis, se estimó que 153 pacientes crónicos estaban en seguimiento por enfermería.

- Administración de tratamientos mensuales (inyectables), que supusieron de 16 a 20 citas mensuales, haciendo un total entre 144 y 180 citas anuales. Estas consultas concertadas suponían de un 15% de la disponibilidad de citas del periodo asistencial.

En segundo lugar, del análisis de los datos obtenidos de los pacientes cribados, se observó que el total de los pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión ascendía a 944 pacientes: 651 hipertensos y 293 diabéticos. De ellos, 202 con ambas patologías. Se compararon los pacientes de ambas UBAP con Hipertensión y Diabetes Mellitus organizándolos en grupos de edad, se observó que los grupos más numerosos se encontraban entre 60 y 80 años, seguidos de los que se encontraban entre 40 y 60 años y los que se encontraban entre 80 y 100 años.

El número de pacientes hipertensos sin diabetes diagnosticada y ambulantes era de 443, de los cuales 11 tenían registradas tensiones superiores al límite del indicador y 194 no tenían ninguna registrada dentro del límite de tiempo del indicador; y el número de pacientes diabéticos ambulantes era de 281, de los cuales 65 tenían registrada al menos una HbA1c superior al límite del indicador y 66 no tenían ninguna registrada dentro del límite de tiempo del indicador. Se percibió, que la mayoría de los pacientes con ausencia de registro de la variable del indicador en el periodo estipulado por éste, se encontraban en los primeros niveles de cronicidad del SCP.

Una vez finalizadas las intervenciones, se advirtió un aumento de los pacientes hipertensos con valores de tensión superiores a los límites del indicador hasta 23, un descenso de los pacientes sin tensiones registradas, hasta 98 y un descenso de los pacientes diabéticos con HbA1c superiores al límite y sin HbA1c registradas hasta 40 y 47 respectivamente. Al finalizar el periodo del estudio, se había captado telefónicamente a 84 pacientes hipertensos y 42 diabéticos y acordado cita en

consulta, de los cuales 45 y 19 pacientes que reunían las condiciones aceptaron el seguimiento telefónico respectivamente.

Los datos obtenidos de la comparación del indicador entre el inicio y el final del estudio suponen un aumento medio del indicador de diabetes en un 5,75% y un aumento medio del indicador de hipertensión en un 10,57%. Esto supone un aumento aproximado de un 8% en ambas UBAP.

DISCUSIÓN

Tras el análisis de la situación de la consulta programada, se ha observado que la inclusión progresiva de pacientes en los programas de seguimiento y el método de seguimiento programado han resultado eficaces para aumentar el control de los factores de riesgo cardiovasculares que se propusieron al comienzo del estudio sin aumentar drásticamente la ocupación de la consulta de enfermería.

A raíz del análisis de los de los resultados de la comparación de los listados, entendemos que el método de captación ha sido muy satisfactorio en el caso de los pacientes hipertensos con infra-registro. Sin embargo, no ha resultado tan efectivo como se esperaba en los pacientes diabéticos, en ambos casos apenas se ha apreciado una disminución en los pacientes con infra-registro y valores de la HbA1c superiores al límite, teniendo en cuenta que el número de pacientes susceptibles a este seguimiento fue significativamente menor. Entendemos el aumento de los pacientes hipertensos con valores superiores al límite como un hecho aislado debido tan solo un paciente incluido en el seguimiento telefónico ha obtenido tales resultados.

Suponemos que la diferencia de resultados entre el indicador y la herramienta se debe a las diferencias entre el cálculo del indicador y las variables utilizadas para el cribado. Pese a esta diferencia, la herramienta de Colectivos Clínicos nos ha permitido el acceso y la captación de estos pacientes y por así gestionar la cronicidad de manera independiente. Ésta captación activa junto con la disponibilidad del acceso a la consulta de enfermería a demanda supondrían dos fuertes recursos para convertir a la consulta de enfermería en otra puerta de entrada para los pacientes al sistema sanitario, como ya sugería Martínez Riera J.R.¹¹.

Entendemos que para realizar este proyecto,



supone un factor fundamental el disponer de un horario apartado del horario asistencial para realizar tanto las labores de gestión como el seguimiento telemático que sugiere Lleras Muñoz S.⁵.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Garcia Suso A. Evolución de la atención a la salud de la comunidad. En: Campo Osaba MA. Enfermería Comunitaria. Vol. I. Colección Enfermería S21. 2º ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. P. 180-193.
- ² Garcia Suso A. 20 años de Enfermería comunitaria. Met Enf. Feb 1998; 1(2): 45-52.
- ³ Martínez Riera J.R., (del) Pino Casado R. Enfermería en atención primaria. Cui Ava. Mar 2006; 1(3.2).
- ⁴ Bellón Saameño J.A. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras. Enferm Comun 2005; 1(1):35-42.
- ⁵ Lleras Muñoz S. Presión asistencial y redistribución de tareas: una oportunidad de mejora en atención primaria. Ate Pri. Oct 2011; 43(10).
- ⁶ López de Castro F., Rodríguez Alcalá F.J. Planificación sanitaria (I). Sem 2003; 29(5).
- ⁷ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud. (Boletín Oficial del Estado, núm. 128, 29 May 2003).
- ⁸ Orden de 7 de junio de 2006, del conseller de sanidad, por la que se constituye la oficina de gestión de abucasis de la agencia valencia de salud. [2006/7214] (docv núm. 5293 de 03.07.2006)
- ⁹ Avilés Martínez M.J. et al. Estrategia para la atención de pacientes crónicos en la comunidad valenciana, Anexo 1. Ed: Generalitat, 2014.
- ¹⁰ Jovell A.J., et al. Participación del paciente: nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. Ate Pri. Sept 2006; 38(4).
- ¹¹ Martínez Riera J.R. Consulta de enfermería a demanda en atención primaria. Reflexión de una necesidad. Rev Adm Sanit 2003; 1(3):425-40.
- ¹² Corrales-Nevado D. Et al. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26(S):63-68.

Incontinencia urinaria: características e impacto en la calidad de vida de ancianos hospitalizados

Urinary incontinence: characteristics and impact on the quality of life of hospitalized elderly persons

Autor: Laura Petronila Gómez¹, Beatriz Pérez Redondo², Mónica García de la Torre Revuelta²

¹Enfermera Especialista en Geriátrica. Complejo Hospitalario de Toledo

²Enfermeras. EIR de Geriátrica 2º año. Unidad Docente Multiprofesional de Geriátrica de Toledo. Complejo Hospitalario de Toledo

e-mail: laura.petronila8@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La incontinencia urinaria es un importante problema de salud pública, y uno de los trastornos más comunes e incapacitantes en los ancianos; siendo un síndrome geriátrico.

Objetivo: Conocer la prevalencia, calidad de vida percibida y características relativas a la incontinencia urinaria en los ancianos valorados al ingreso en las unidades de hospitalización de agudos del Hospital Virgen del Valle y de Ortogeriatría del Hospital Virgen de la Salud de Toledo, durante el periodo comprendido entre el 24 de septiembre de 2016 y el 24 de enero de 2017.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Población estudiada: ancianos >70 años a los que se realizó la Valoración Geriátrica Integral al ingreso en unidades de hospitalización de agudos del Hospital Virgen del Valle y la unidad de Ortogeriatría del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Datos analizados con el programa SPSS 11.0.

Resultados: El 75,47% de los ancianos valorados presentaban incontinencia urinaria. La mayoría llevaban entre 0 y 12 meses con ella. Predominó la incontinencia funcional. El 90% de la muestra no empleaba ningún tratamiento para la misma. La mayoría tenía incontinencia urinaria muy grave. Se observó relación significativamente estadística entre la severidad y el tipo de incontinencia, y entre el impacto en la calidad de vida y la severidad de la incontinencia.

Conclusiones: Se evidenció una alta prevalencia de incontinencia en ancianos hospitalizados.

Todos los ancianos vieron afectada su calidad de vida en mayor o menor medida debido a su incontinencia urinaria.

El trabajo supone una contribución a la enfermería ya que pone de manifiesto lo olvidada que está la incontinencia en los ancianos a pesar de repercutir negativamente en su calidad de vida; se hace indispensable trabajar activamente en este problema, actualmente erróneamente normalizado en la población anciana.

Palabras clave: incontinencia urinaria, calidad de vida, anciano, hospitalización.

ABSTRACT

Introduction: *The urinary incontinence is an important public health problem. It's one of the most common and incapacitating disorder in the older person; it's one geriatric syndromes.*

Aim: *To know the prevalence, perceived quality of life and characteristics of the urinary incontinence in the old people valued to the admission in the acute hospitalization unit of "Virgen del Valle" hospital and the "Ortogeriatría" unit of "Virgen de la Salud" hospital in Toledo, during the period between 24/09/2016 and 24/01/2017.*

Methodology: *Descriptive, transversal study. Studied population: old people >70 years old who were valued with the Integral Geriatric Valuation at the admission in acute hospitalization unit of "Virgen del Valle" hospital and the "Ortogeriatría" unit of "Virgen de la Salud" hospital from Toledo. The information was analyzed by SPSS 11.0 program.*



Results: 75,47% of the valued elders had urinary incontinence. Most of them had urinary incontinence from 0-12 months. Functional incontinence was the most common incontinence. 90% of the simple didn't used any incontinence urinary treatment. Most of elders had very serious urinary incontinence. A significantly statistical relation was observed between the severity and the type of urinary incontinence, and between the quality of life impact and the severity of the incontinence.

Conclusions: Urinary incontinence has high prevalence in hospitalized elderly persons. All the

sample had they quality of life affected to a greater or lesser extent as consequence of the urinary incontinence.

The work is a contribution to the nursing, it show that urinary incontinence is forgotten in old people although incontinence urinary affect negatively in their quality of life; it is essential to work actively in this problem, actually wrongly normalized in the elderly population.

Key words: urinary incontinence, quality of life, aged, hospitalization.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU), definida según la International Continence Society como "una pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrada y que causa problemas higiénicos y sociales"¹; es un importante problema de salud mundial pública, y uno de los trastornos más comunes e incapacitantes en los ancianos; población que muestra una mayor prevalencia de este problema con respecto a otros grupos etarios, a pesar de no tratarse de una consecuencia directa del envejecimiento, sino de un síntoma de algún fallo del organismo o disfunción; que en todo caso debe considerarse potencialmente tratable^{2,4}.

La prevalencia de la incontinencia urinaria es difícil de precisar, variando según diferentes estudios, entre un 2 y un 55%^{2,5}; así como también, variando según el ámbito en el que se encuentre el anciano. Así, la prevalencia en ancianos se sitúa en torno al 15-36% en el ámbito comunitario, al 30-35% en el ámbito hospitalario y al 43-77% en institucionalizados⁶. Pero hay que considerar que se trata de un problema de salud infradiagnosticado e infratratado, ya que sólo un tercio de las personas con incontinencia urinaria comunican este problema a los profesionales sanitarios, por lo general, por considerarlo un tema incómodo o bien un proceso normal del envejecimiento^{5,7}, con lo cual la población afectada por este problema podría ser aún mayor.

Las consecuencias que puede acarrear la incontinencia urinaria son múltiples, y afectan a las distintas esferas del anciano: a nivel clínico, se observa un mayor riesgo de deterioro de la integridad cutánea, lesiones por humedad, infeccio-

nes urinarias, caídas, mayor deterioro funcional y fragilidad; a nivel psíquico: depresión, ansiedad, pérdida de la autoestima... y a nivel social puede dar lugar a aislamiento social, mayor necesidad de apoyo socio-familiar, es un factor de riesgo de institucionalización... Además, la incontinencia urinaria supone un elevado coste económico; tanto por las complicaciones a las que puede dar lugar como por las medidas paliativas que suele llevar asociada (alto uso de absorbentes, empapadores, colectores...). Asimismo, la incontinencia urinaria puede incrementar el riesgo de muerte^{2,7-8}.

Es también conocido, que la incontinencia urinaria repercute negativamente en la calidad de vida de las personas afectadas, existiendo evidencias proporcionadas por diferentes trabajos del campo específico de la geriatría⁹⁻¹¹. Aunque por lo general, la calidad de vida percibida en personas incontinentes es muy estudiada en mujeres, pero insuficientemente estudiada en población anciana de forma específica, hecho que reseñan también diferentes trabajos¹⁰⁻¹¹.

Es tal el impacto, prevalencia y repercusiones de la incontinencia urinaria en la población anciana, que es considerada uno de los grandes síndromes geriátricos¹².

Por lo anterior, y porque la incontinencia urinaria no es un fenómeno normal del envejecimiento y es potencialmente tratable a pesar de que en el momento actual esto no ocurra así, siendo aún un problema infradiagnosticado e infratratado^{2,4}; se pone de manifiesto conocer mejor las características de la incontinencia urinaria en la población anciana, y sobre todo, como percibe esta población

su calidad de vida, con el fin de incrementar los estudios disponibles sobre calidad de vida percibida asociada a incontinencia urinaria en este grupo etario, actualmente tema poco estudiado.

OBJETIVOS

Principal:

- Conocer la prevalencia, calidad de vida percibida y características relativas a la incontinencia urinaria en los ancianos valorados al ingreso en las unidades de hospitalización de agudos del Hospital Virgen del Valle y de Ortogeriatría del Hospital Virgen de la Salud de Toledo, durante el periodo comprendido entre el 24 de septiembre de 2016 y el 24 de enero de 2017.

Secundarios:

- Conocer las principales características asociadas a la incontinencia urinaria: tiempo de evolución, tipo de incontinencia urinaria, tipo de dispositivo empleado para la incontinencia urinaria, número de dispositivos necesarios al día y horario de uso del mismo y tratamiento empleado para la incontinencia urinaria; en los ancianos valorados al ingreso en unidades de hospitalización de agudos y unidades de Ortogeriatría, durante el periodo considerado.

- Conocer la gravedad de la incontinencia urinaria que presentaron los ancianos valorados al ingreso en las unidades consideradas, durante el periodo considerado, usando para ello el Test de Sandvick.

- Conocer la calidad de vida percibida relacionada con la incontinencia urinaria en los ancianos valorados al ingreso en las unidades de hospitalización contempladas, durante el periodo considerado, usando para ello la herramienta: International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF).

- Conocer si existe relación significativamente estadística entre la calidad de vida percibida en relación a la incontinencia urinaria medida mediante el ICIQ-SF y las variables: sexo, estado funcional, estado cognitivo, movilidad, estado civil/estado social, tipo de incontinencia urinaria, tiempo de evolución de la incontinencia urinaria y la gravedad de la incontinencia urinaria.

Material y método.

El diseño del estudio fue: observacional, descriptivo y transversal.

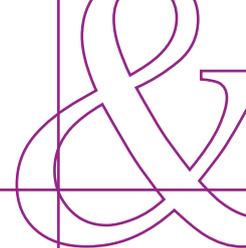
La población a estudio fueron las personas mayores de 70 años valoradas al ingreso en unidades de hospitalización de agudos del Hospital Virgen del Valle y la unidad de Ortogeriatría del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Los datos fueron recogidos durante 4 meses: desde el 24 de septiembre de 2016 hasta el 24 de enero de 2017, obteniéndose de entrevistas directas con los pacientes durante la Valoración Geriátrica Integral (VGI) al ingreso y de las historias clínicas.

Los criterios de exclusión fueron:

- No presentar incontinencia urinaria.
- Edad < a 70 años.
- No comprender el castellano.
- Tener alterada la capacidad para comunicarse.
- Presentar enfermedad terminal.

Las variables consideradas fueron: edad, sexo, tiempo padeciendo IU, tipo de IU (de urgencia, de esfuerzo, mixta, funcional, por rebosamiento...), tipo de dispositivo empleado (ninguno, compresa, pañal, colector, otro), horario de uso del dispositivo (nocturno, durante todo el día), dispositivos empleados al día, tipo de tratamiento empleado para la IU (ninguno, farmacológico, reeducación del suelo pélvico, quirúrgico, otro), empleo de fármacos relacionados con la IU (si/no) y tipo (diuréticos, hipnóticos, antipsicóticos, antidepresivos, calcioantagonistas, anticolinérgicos, opiáceos, alfa bloqueantes), severidad de la IU mediante el Test de Sandvick (leve, moderada, grave, muy grave), valoración de la calidad de vida percibida relacionada con la IU medido mediante el ICIQ-SF, funcionalidad medida mediante el Índice de Barthel (independiente, dependencia leve, dependencia moderada, dependencia severa y dependencia total), estado cognitivo medido mediante el test de Pfeiffer (normal, deterioro cognitivo leve, deterioro cognitivo moderado, deterioro cognitivo importante), movilidad (encamado, silla de ruedas, andador, bastón y sin ayudas técnicas), estado civil y social.

Se escogió como instrumento de medición de la calidad de vida percibida en relación a la IU, el ICIQ-SF, ya que actualmente es el cuestionario que más se recomienda por ser más útil y práctico en la valoración de los síntomas y de la calidad de vida, contando con un grado A de recomen-



dación por la Sociedad Internacional de Continencia; que ya ha sido traducido a multitud de lenguas y está validado en castellano desde el año 20046.

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS versión 11.0.

RESULTADOS

Durante el periodo considerado se realizó la VGI al ingreso a un total de 53 pacientes, de esos pacientes presentaban IU el 75,47% (40 pacientes) frente al 24,53% (13 pacientes) que carecían de la misma.

Considerando únicamente a los pacientes con incontinencia urinaria que son los que se estudiaron, la muestra del estudio se compuso de 30 ancianos, ya que el resto de pacientes valorados que presentaban continencia, tenían criterios de exclusión. La edad media de los ancianos incluidos en la muestra fue de 84 años (desviación estándar de $\pm 6,5495$), con una edad mínima de 70 años y una edad máxima de 96 años. En cuanto a la distribución por sexos, el 36,67 % eran varones y el 63,33% mujeres.

El motivo de ingreso de los ancianos de la muestra se puede observar en la figura 1.

Las principales características de la muestra en cuanto a funcionalidad, estado cognitivo, movilidad y estado civil y social se pueden observar en la Tabla 1.

Considerando el tiempo de evolución de la incontinencia urinaria, nos encontramos que el 36,67 % llevaba de 0 a 6 meses con IU, el 6,66 % llevaba de 6 a 12 meses con IU, el 36,67 % de 1 a 5 años, el 16,67 % de 6 a 10 años y el 3,33% > 10 años.

El tipo de IU más frecuente fue la incontinencia funcional con un 36,67%, seguida de la incontinencia de urgencia con un 30%, la incontinencia mixta con un 20%, la incontinencia de esfuerzo con un 6,67 %, y en último lugar con un igual porcentaje (3,33%) la incontinencia por rebosamiento y total.

En cuanto al dispositivo empleado para la incontinencia, el que con mayor frecuencia se usaba fue el pañal, en un 60% de los casos, seguido de la compresa en un 20%. Con un porcentaje igual del 6,67% nos encontramos aquellas personas que usan de forma combinada la compresa y el pañal, así como personas que a pesar de su

IU no emplean ningún dispositivo. Los dispositivos que con menor frecuencia se emplearon fueron en un igual porcentaje (3,33%) el sondaje vesical permanente y el colector urinario.

El horario de uso del dispositivo (en los casos en los que éstos eran empleados) fue en una gran mayoría del 96,43% a horario completo (las 24 horas del día), solo un paciente de la muestra (3,57%), lo empleaba únicamente de forma nocturna.

En aquellas personas que empleaban algún dispositivo, el número de dispositivos empleados al día (número de cambios de dispositivo) fue en su mayoría (33,33%) de 2, seguido a continuación en un mismo porcentaje del 22,22% de 3 y 4 dispositivos y de 5 dispositivos en un 14,81%. En un mismo porcentaje del 3,70% se encontraban aquellos ancianos que empleaban 1 y 6 dispositivos. Uno de los casos no fue aplicable por emplear sondaje vesical permanente. La media de dispositivos empleados al día fue de 3,22 (desviación estándar de $\pm 1,2810$)

En cuanto al tratamiento empleado para la incontinencia urinaria, la gran mayoría (90%), no empleaba ningún tratamiento habitualmente. Solo un 10% empleaba tratamiento farmacológico. Ninguno de los pacientes emplearon otros tipos de tratamiento (quirúrgico, reeducación del suelo pélvico...). En los que empleaban tratamiento, notaron mejoría el 66,67%, frente al 33,33% restante que no notó ninguna mejoría. Además, a aquellos que no llevaban a cabo ningún tratamiento en el momento actual, se les pregunto por si habían empleado alguno en el pasado, y solo un 7,40 % lo empleó (un 3,70% de tipo farmacológico y otro 3,70 de tipo quirúrgico).

Se valoró en la muestra, el consumo habitual de fármacos que, mediante diferentes mecanismos podrían favorecer la incontinencia urinaria. Encontramos que el 93,33% empleaba este tipo de fármacos de forma habitual, frente al 6,67% que no empleaba ninguno de estos fármacos. Además la mayoría de los ancianos, empleaban varios de estos fármacos simultáneamente. Siendo la media de fármacos empleados de 2,40 fármacos (desviación estándar: $\pm 1,2757$; mínimo: 0 y máximo: 5 fármacos).

En la tabla 2 se puede observar el número de fármacos consumidos, en porcentaje de ancianos.

En relación con los fármacos habitualmente consumidos que pueden favorecer la incontinencia urinaria a través de diferentes mecanismos, en la figura 2 se puede observar la cantidad en la que los diferentes grupos farmacológicos se empleaban.

Se contempló la severidad de la IU de los ancianos de la muestra empleando para ello el test de Sandvick. La puntuación media obtenida mediante este test fue de 8,70 puntos (desviación estándar $\pm 3,5149$); siendo la puntuación mínima obtenida de: 2 puntos y la máxima de 12 puntos. Considerando la interpretación de acuerdo a la puntuación obtenida mediante este test, el 6,67% presentaba IU leve, el 23,33% IU moderada, el 23,33% IU grave y el 46,67% IU muy grave.

Se quiso conocer si la severidad de la incontinencia urinaria, guardaba relación con el tipo de IU, con el sexo del paciente y con el número de fármacos consumidos que mediante diferentes mecanismos favorecen la IU; así, mediante análisis bivalente se observó que en el caso del tipo de IU sí existía una relación significativamente estadística ($p=0,016$); destacaba en este punto que la gran mayoría de personas con incontinencia urinaria funcional (81,81%) presentaban IU muy grave, en un porcentaje muy superior que el resto de los tipos de incontinencia; en los casos del sexo y número de fármacos consumidos, no se obtuvo relación significativamente estadística ($p=0,402$ y $0,414$ respectivamente).

Se midió el impacto en la calidad de vida considerando el instrumento ICIQ-SF. La puntuación media obtenida con este test fue de 11,93 puntos (desviación estándar $\pm 4,7378$), teniendo en cuenta que la puntuación máxima es de 21, y que a mayor puntuación, peor calidad de vida percibida, estos datos implican que la mayoría de los ancianos con IU habían visto afectada su calidad de vida. La puntuación mínima obtenida en la muestra fue de: 4 puntos, la máxima de 20 puntos.

Considerando específicamente la pregunta del ICIQ-SF que valora como la IU afecta a la calidad de vida ("¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado a su vida diaria?"), considerando una escala del 1 al 10; la puntuación media obtenida fue de 4,53 puntos (desviación estándar de $\pm 3,0931$), con una puntuación mínima de 1 punto y una puntuación máxima de 10 puntos.

Se comparó mediante análisis bivalente diferentes variables:

Se quiso conocer si existía relación en cuanto a las variables: calidad de vida percibida en relación con la IU y: sexo, tipo de IU, tiempo de evolución y severidad de la IU. En los tres primeros casos no se obtuvo relación significativamente estadística ($p= 0,956$, $0,050$ y $0,838$ respectivamente). En el caso de la severidad de la IU según el test de Sandvick y la calidad de vida percibida, sí se observó una relación significativamente estadística ($p=0,009$). Los ancianos con IU muy grave, presentaban una puntuación media en el ICIQ-SF mayor (peor calidad de vida) que las personas con IU leve o moderada; siendo mayor esta diferencia en el caso de la IU muy grave y leve, con respecto a la muy grave y moderada.

También se quiso estudiar si la funcionalidad, el estado cognitivo, el tipo de movilidad y el estado social y civil influían en cómo la persona percibía su calidad de vida en relación con la IU. En ninguno de los casos se obtuvo relación significativamente estadística ($p=0,196$; $0,587$; $0,784$; $0,542$ y $0,205$ respectivamente).

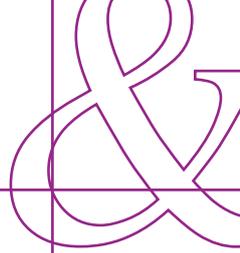
CONCLUSIONES

Se manifiesta que la incontinencia urinaria tiene una alta prevalencia en ancianos hospitalizados.

Resulta llamativo que a pesar de ser un problema que siempre ha de considerarse como potencialmente tratable, en nuestra muestra, la gran mayoría (90%) de los ancianos, no empleaba ningún tipo de tratamiento para la incontinencia urinaria; sólo un 10% lo hacía, siendo el tratamiento empleado únicamente farmacológico. Ningún paciente empleaba como tratamiento técnicas de reeducación vesical, entrenamiento del suelo pélvico, micciones programadas... o cualquier otro tipo de terapia conductual, que desde el ámbito enfermero se podría desarrollar.

Por lo tanto, tal y como apunta diversa bibliografía, podemos seguir hablando de un problema infratratado.

Se estudió además el tratamiento farmacológico habitual de los pacientes de la muestra, observando como la gran mayoría, representada por un 93,33%, empleaba de forma habitual fármacos que se ha demostrado que mediante diferentes mecanismos, pueden favorecer la in-



continencia urinaria; incluso tomando varios de éstos de forma simultánea. Quizás sería beneficioso valorar multidisciplinariamente los beneficios-prejuicios así como la existencia de alternativas a estos fármacos cuando sea posible, con el fin de ayudar a reducir la incidencia de este importante problema.

Se observó como la IU funcional, fue el tipo de incontinencia más frecuente en nuestra muestra y la que se asociaba a mayor severidad, lo cual nos ha de hacer replantearnos la realización de intervenciones enfermeras sistemáticas para este tipo de incontinencia en unidades de hospitalización, al tratarse de un tipo de incontinencia más sencilla de abordar y de lograr restablecer la continencia, sobre todo considerando las características de la muestra: que en su mayoría tenían un estado cognitivo normal (46.66%) o un deterioro cognitivo leve (30%), estando más limitada por su funcionalidad (la mayoría de la muestra presentaba dependencia severa: 43.33%).

La mayoría de los ancianos tuvieron IU muy grave, seguida de IU grave y moderada en un mismo porcentaje y de IU leve en último lugar, lo que manifiesta la magnitud del problema.

En cuanto a los dispositivos observamos bastante igualdad en el número empleado de los mismos, a pesar de tener diferente severidad, lo cual puede deberse al acceso restringido/limitado a los mismos (recetados a través de la seguridad social) y por el posible seguimiento de cambios de dispositivo atendiendo a horarios y no a las necesidades individualizadas del paciente.

La totalidad de los ancianos vieron afectada su calidad de vida debido a su incontinencia, en menor o mayor grado, lo cual se demostró mediante la herramienta ICIQ-SF. La puntuación máxima de esta herramienta es 21, a mayor puntuación peor calidad de vida, la puntuación media de la muestra fue de 11.93 puntos lo cual refleja una afectación moderada; además más de la mitad (53.33%) tuvieron una puntuación superior a 10.5 puntos que es la puntuación situada en la mitad del ICIQ-SF, por lo que la mayoría de la muestra tenía un impacto moderado-importante en su calidad de vida, percibiendo ésta más negativa por su IU.

No hemos podido comparar nuestro estudio con otros ya que los estudios encontrados que se interesaban por el impacto en la calidad de

vida, no eran específicos de la población anciana, incluían amplios rangos de edad. Tampoco encontramos estudios que fueran realizados en este mismo ámbito: unidades de hospitalización de agudos de geriatría o de ortogeriatría.

Somos conscientes de las limitaciones de nuestro trabajo por la muestra reducida, al tratarse de un estudio piloto, realizado por conveniencia en el breve periodo de 4 meses, la ampliación del estudio con un mayor tamaño muestral podría incrementar la potencia de los resultados.

Considerando la escasez de estudios específicos en la población anciana sobre incontinencia urinaria, y el impacto de la misma en la calidad de vida, resulta indispensable seguir estudiando este síndrome geriátrico, con el fin de dar a conocer la importancia que radica de este problema, sus características y el impacto que genera y replantearnos un abordaje activo, mediante diferentes intervenciones, de un problema actualmente bastante olvidado, infratratado, y normalizado erróneamente en los ancianos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Ics.org International Continence Society [sede web]. Reino Unido: ics.org; 1971-2016 [acceso 11 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://www.ics.org/>
- ² Álvaro Sánchez AM, Ruiz Luján V, Carrasco García MC, Romero Mari E. Fomento del autocuidado en pacientes con incontinencia urinaria. *Enfuro*. 2006; (101): 25-33.
- ³ Aguilar Navarro SG. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro. Soc.* 2007; 15 (1): 51-56.
- ⁴ Verdejo Bravo C. Incontinencia y retención urinaria. En: *Sociedad Española de Geriatría Y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes*. 1ª ed. Madrid: IM&C; 2007. p. 151-160.
- ⁵ Cervera Deval J, Serralta Davia I, Macía Pareja M, Moreno Alzuyet J, Mayoral Azofra E. Incontinencia urinaria: ¿un problema oculto?. *Rehabilitación*. 2004; 38 (1): 1-6.
- ⁶ Sociedad española de Geriatría y Gerontología. *Guía de buena práctica clínica en geriatría. Incontinencia urinaria*. Madrid: IM&C; 2012.
- ⁷ García González JJ, Espinosa Aguilar A, Vladislavovna Doubova S, Peña Valdovinos A, Reyes Morales H. *Guía para el diagnóstico y*

tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos mayores. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro. Soc. 2008; 46 (4): 415-422.

⁸. Puente Sánchez MC, Valles Ugarte ML. Incontinencia urinaria. Medicina General. 2001; 37: 719-725.

⁹. Jerez Roig J, Bezerra de Souza DL, Costa Lima K. Urinary incontinence in institutionalized elderly: prevalence and impact on quality of life. Fisioter.mov. 2015; 28 (3): 583-596.

¹⁰. Dos Santos Tavares DM, Fernandes Bolina A, Aparecida Dias F, de Freitas Santos NM. Qualidade de vida de idosos com incontinência uri-

nária. Rev. Eletr. Enf. 2011; 13 (4): 695-702.

¹¹. Ko Y, Lin SJ, Salmon JW, Bron MS. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. Am. J. Manag. Care. 2005; 11 Supl 4: 103-111.

¹². Luengo Márquez C, Maicas Martínez L, Navarro González MJ, Romero Rizo L. Justificación, concepto e importancia de los síndromes geriátricos. En: Sociedad Española de Geriatría Y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. 1ª ed. Madrid: IM&C; 2007. p. 143-150.

Figuras.

Figura 1. Motivo de ingreso de los ancianos de la muestra.

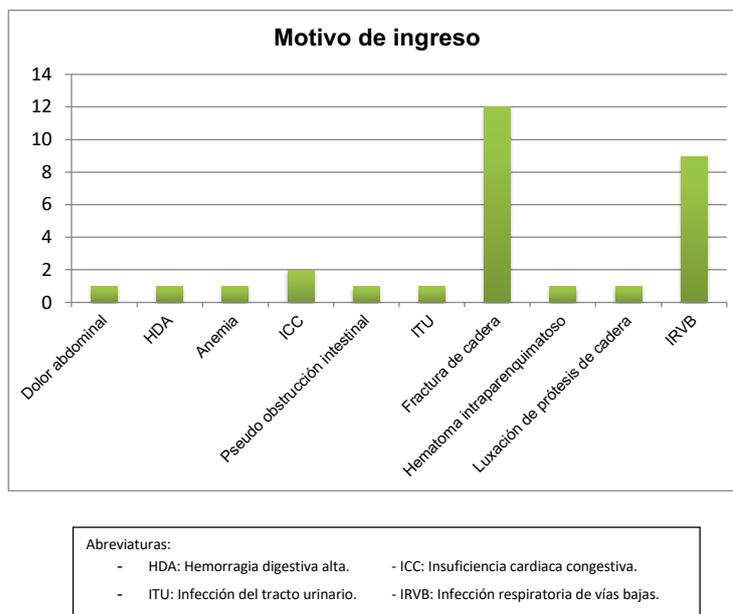
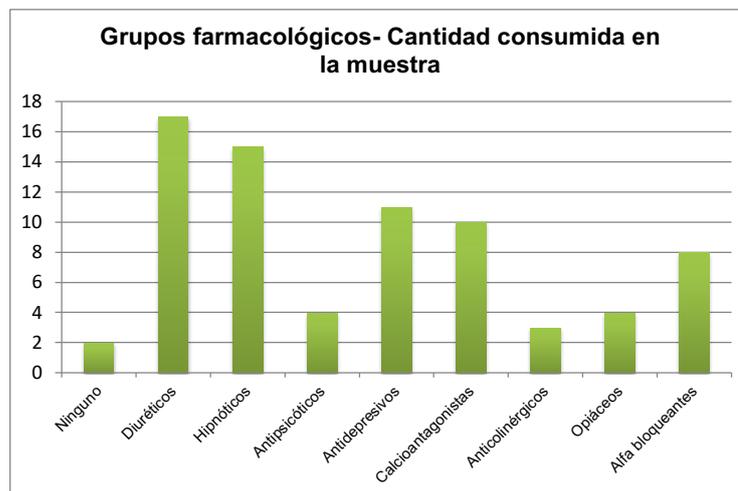


Figura 2. Grupos farmacológicos. Cantidad consumida en la muestra.



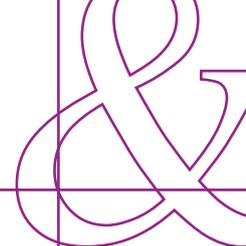

Tablas.

Tabla 1. Principales características de la muestra.

	Número de ancianos	Porcentaje de ancianos
Funcionalidad---Índice de Barthel.		
-Independencia (100 puntos).	1	3.33%
- Dep. Ligera (60-95 puntos).	6	20%
- Dep. Moderada (40-55 puntos).	4	13.33%
- Dep. Severa (20-30 puntos).	13	43.33%
- Dep. Total (<20 puntos).	6	20%
Puntuación media (I. de Barthel): 40,50. Puntuación mínima: 0. Puntuación máxima: 100.		
Estado cognitivo---Test de Pfeiffer.		
-Normal (0-2 errores).	14	46.66%
-Det. Cog. Leve (3-4 errores).	9	30%
-Det. Cog. Moderado (5-7 errores).	5	16.67%
-Det. Cog. Severo (8-10 errores).	2	6.67%
Puntuación media (Test de Pfeiffer): 2,87. Puntuación mínima: 0. Puntuación máxima: 8.		
Movilidad.		
-Sin ayudas técnicas.	2	6.67%
-Bastón.	4	13.33%
- Andador.	8	26.67%
-Silla de ruedas.	10	33.33%
-Encamado.	6	20%
Estado civil.		
-Soltero.	1	3.33%
-Casado.	15	50%
-Viudo.	14	46.67%
Estado social.		
-Propio domicilio.	16	53.33%
-Domicilio de hijo/a.	4	13.33%
-Institucionalizado.	9	30%
-Anciano itinerante.	1	3.34%

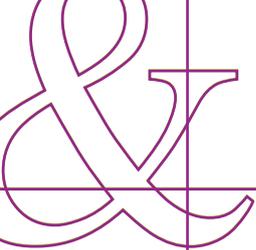
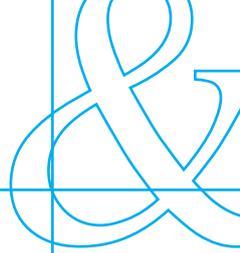


Tabla 2. Número de fármacos consumidos que favorecen la incontinencia urinaria.

Nº de fármacos relacionados con la IU consumidos	Porcentaje de ancianos
0	6,67%
1	16,66%
2	30%
3	30%
4	10%
5	6,67%



SOCIALDIABETES

La mejor app para la Fundación iSYS está dedicada a la autogestión de la diabetes mellitus 1 y 2: control diario de los valores de glucosa en sangre, control alimenticio, ajuste de las dosis de insulina, alertas personalizadas y contacto con el médico del paciente.



CÁNCER. NET MOBILE

Herramienta respaldada por la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica. Permite al paciente obtener información actualizada sobre el cáncer, realizar preguntas a profesionales, hacer un seguimiento de sus síntomas, etc. Estamos ante un modo completo de gestionar la atención a estos pacientes.



YOTECUIDO ALZHEIMER

App para cuidadores y afectados por esta enfermedad. Lo más destacado es el acceso a rutinas diarias para la estimulación física y cognitiva del paciente, además de los recursos disponibles: manuales, libros, contacto con Asociaciones cercanas.



CÓDIGO INFARTO

Nació con el fin de educar a la población sobre enfermedades cardiovasculares: síntomas, factores de riesgo, prevención y respuesta rápida en caso de emergencia.



NEFRODIET

Esta app nació para ayudar a pacientes con enfermedades renales a seguir una dieta adecuada. Gracias a esta herramienta, el usuario podrá controlar el consumo diario de los 7 principales componentes que le afectan: fósforo, potasio, sodio, proteínas, hidratos, calorías y agua; más allá de tres indicadores clínicos básicos.



MICRO HEALTH HEMOFILIA

Personas con hemofilia o enfermedad de von Willebrand se benefician de esta herramienta para llevar un seguimiento de su tratamiento y mantener informados a sus doctores.





Seguro de Automóvil



Carla ha perdido su carné de conducir pero está *segura* de que todo acabará bien

Porque en A.M.A. nos encargamos de duplicados de carné por pérdida o robo, gracias al "Servicio de Gestoría".

Así de fácil...

A.M.A. ALICANTE
Castaños, 51
Tel. 965 20 43 00
alicante@amaseguros.com

A.M.A. CASTELLÓN
Mayor, 118
Tel. 964 23 35 13
castellon@amaseguros.com

A.M.A. VALENCIA
Pza. América, 6; esquina
Avda. Navarro Reverter, 17
Tel. 963 94 08 22
valencia@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com 913 43 47 00 / 902 30 30 10

Síguenos en     

y en nuestra APP 



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

