

# INVESTIGACIÓN & CUIDADOS

Revista de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

32

## **DIRECTOR**

José Antonio Ávila Olivares

## **SUBDIRECTOR**

Francisco Pareja Llorens

## **COMITÉ EDITORIAL**

Coordinación: M<sup>o</sup> Dolores Gil Estevan

Elena Andina Díaz

M<sup>o</sup> Pilar Bonet Manso

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

M<sup>o</sup> Luisa Ruiz Miralles

María Torres Figueiras

Diego Ibáñez Gallardo

M<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> del Mar Ortiz Vela

M<sup>o</sup> Teresa Pinedo Velázquez

José Ramón Martínez Riera

Vicente Bellver Capella

## **COMITÉ TÉCNICO Y FINANCIERO**

Juan José Tirado Darder

Belén Paya Pérez

Franciso 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<sup>o</sup>. 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 Bdlc.  
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<sup>o</sup>- 3<sup>o</sup> pta. 10 46010 VALENCIA

Teléfono: 963298088 - E-mail: [cecova@cecova.org](mailto: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](mailto:cealicante@cecova.org)

## **EDITA**

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

TARIFA 3 NÚMEROS (1 AÑO)

Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito

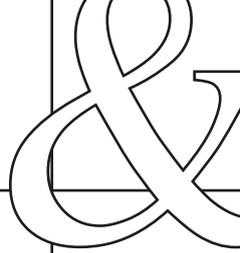
Colegiados/as de otras provincias: 20 euros

Alumnos/as de Enfermería: Gratuito

ISSN: 1698-4587

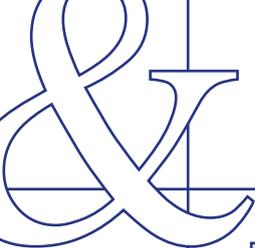
Dep. legal: M-22516-2004

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



# SUMARIO

<b>NORMAS DE PUBLICACIÓN</b> .....	4
<b>EDITORIAL</b>	
<b>Enfermería sí puede hacer sostenibles los sistemas sanitarios</b> .....	5
Ávila Olivares JA.	
<b>ARTÍCULOS ORIGINALES</b>	
<b>Inmunidad adquirida: “La función de los basófilos en la regulación inmunitaria”</b> .....	6
S. Cerveró Ferragut N. López Riquelme B. Massa Domínguez J. Pomares Vicente R. Torres Cal J. F. Sánchez	
<b>Valoración de los protocolos de acogida al estudiante de Enfermería. ¿Tenemos suficiente información?</b> .....	11
M.A. Navarro Ruíz I. González Martínez M.E. Espinosa Gómez	
<b>ARTÍCULO ESPECIAL</b>	
<b>Características de la salud sexual durante el embarazo en un grupo de mujeres de Madrid</b> .....	19
Julià Gisbert A. Pérez Sánchez C. Martínez Molina A.	
<b>MISCELANEA</b>	
<b>Cirugía del Pterigión de Sushruta hasta hoy</b> .....	24
F. Samblás Llorens	
<b>Teleostomía y telecura. También en el paciente urológico</b> .....	28
M. A. Pons Prats A. Piñol Benito M.T. Bonfill Estelle A. Roig Panisello M.A. Brull Gisbert M.C. Lluís Benaiges	
<b>HUMANIDADES</b>	
<b>Educación para la salud en los colegios por enfermeras</b> .....	32
R.M. Martínez Valero	
<b>BIBLIOGRAFÍA COMENTADA</b> .....	35
<b>AGENDA DE ENFERMERÍA</b> .....	36
<b>ENFERMERÍA EN LA RED</b> .....	37



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](mailto: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:

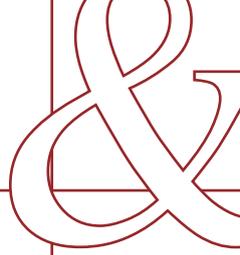
- a) Resumen y palabras clave: la extensión del resumen no será superior a 250 palabras y tiene que aportar la información necesaria para poder conocer el/los objetivos del estudio, la metodología básica utilizada, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Las palabras clave se situarán 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

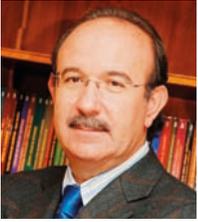
Para garantizar la protección de personas y animales, en los estudios que se hayan realizado con humanos, en el apartado de Método se deberá mencionar que éstos han dado su consentimiento informado y que se ha respetado su anonimato y la confidencialidad de los datos, así como que se han realizado conforme 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.



# Enfermería sí puede hacer sostenibles los sistemas sanitarios



La petición de mayor protagonismo para los profesionales de Enfermería suele llevarse a cabo con argumentos teóricos que, si bien tienen una contrastada veracidad, no dejan de ser

argumentaciones de principios profesionales admitidos como válidos por la generalidad pero faltos de refuerzos que los hagan incontestables.

Respaldar con datos y cifras el trabajo de las enfermeras es la mejor forma de reivindicar la importancia de su trabajo y eso es lo que se hizo en las unas Jornadas Nacionales de Enfermería celebradas en Alicante. Unas Jornadas organizadas por la Fundación Economía y Salud conjuntamente con la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), el Colegio de Enfermería de Alicante, el Grupo nacional para el estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) y la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) bajo el título "La aportación Enfermera a la sostenibilidad del sistema sanitario y la repercusión económica de los cuidados".

No fueron unas jornadas cualesquiera, pues supusieron la primera cita profesional de este tipo en España en las que se debatió sobre la aportación enfermera y la repercusión económica de sus cuidados. Es decir, las primeras jornadas que pusieron negro sobre blanco la cuantificación real de lo que supone de ahorro o gasto el trabajo de las enfermeras en el sistema Nacional de Salud.

Y se hizo con ejemplos concretos, con experiencias reales expuestas por sus protagonistas, con testimonios tanto nacionales como de otros países que demostraron que la labor de las enfermeras es igual de importante dentro de nuestras fronteras que fuera.

Por ello, puedo decir con total seguridad que esta experiencia ha servido para visibili-

zar aún más la aportación económica que las enfermeras pueden hacer a la sostenibilidad y a la eficiencia del sistema sanitario, a la calidad y a la seguridad de la asistencia clínica y además han sido un altavoz para reivindicar más reconocimiento por parte de las autoridades sanitarias con datos objetivos, ya que consideramos que somos un colectivo con mucho desarrollo y mucha capacidad para poder aportar y al mismo tiempo somos un colectivo muy desconocido por las autoridades sanitarias y estamos llamados a liderar el cambio y un nuevo enfoque de la asistencia, dado giro de paradigma del curar al cuidar.

Estamos en el tiempo de la profesión de Enfermería si las enfermeras somos capaces de entender y de asumir el reto que se nos pone por delante. Que las enfermeras tienen una gran influencia en la mejora de la salud y el bienestar de los pacientes está bastante asumido. Pero lo que creo que no tenemos tan asumido como colectivo es si el protagonismo que tenemos y debemos asumir en el nuevo contexto sanitario, si estamos dando la importancia que merece la repercusión económica de los cuidados en la sanidad española, si nos hemos planteado como profesión si los actuales modelos de cuidados son los más adecuados para la mayor eficiencia del sistema y si somos conscientes de que la profesión enfermera puede influir de forma importante en la configuración de un sistema sanitario sostenible.

Así lo dije durante las Jornadas y así aprovecho para decir aquí y para esperar y desear que este evento profesional sirviese para avanzar en todo ello. Ahora necesitamos como profesión muchos más trabajos de investigación cuantitativa que aporten los datos económicos que genera o están relacionados con nuestro trabajo cotidiano.

**José Antonio Ávila Olivares**

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

# Inmunidad adquirida: “La función de los basófilos en la regulación inmunitaria”

Acquired immunity:  
“The role of basophils in immune regulation”

**Autores:** S. Cerveró Ferragut (1), N. López Riquelme (2), B. Massa Domínguez (1), J. Pomares Vicente (1), R. Torres Cal (1), J. F. Sánchez (1)

1.- Hospital General Universitario de Elche (Alicante)

2.- Hospital General Universitario Virgen de la Arreixaca (Murcia)

e-mail: enfermerodecuras@gmail.com

## RESUMEN

El papel de basófilos en la respuesta inmunitaria, está siendo motivo de estudio en los últimos años. Estudios recientes demuestran que éstos son reclutados rápidamente hacia ganglios linfáticos, pudiendo funcionar como células presentadoras del antígeno, siendo críticos para la inducción de la diferenciación de células linfocitarias Th2. Otro estudio reciente sugiere que incrementan la respuesta de memoria de anticuerpos. Planteamos que el análisis del recuento celular, a determinados parámetros bioquímicos obtenidos del lecho de heridas, pueden ayudarnos a tipificar la fase inflamatoria y proliferativa en la que nos encontramos, habitualmente valoradas subjetivamente. Se trata de un estudio descriptivo longitudinal, tipo “caso único”, de una UPP sacra, estadio III con infecciones repetidas por *Proteus Mirabilis*. Realizamos contaje leucocitario y parámetros bioquímicos. Tras el análisis observamos que las plaquetas superan las 135.000 en las cinco primeras muestras (fase inflamatoria) encontrándose en las muestras seis y siete por debajo de esta cifra (fase proliferativa). El análisis de los neutrófilos mostró cifras similares en todas las muestras, inferiores al 45.3%. Los niveles de histamina procedente de los mastocitos, son muy bajos en las cinco primeras muestras, mientras que el porcentaje de basófilos, está elevado. Por último se analizó el pH en las muestras de exudado, obteniendo en las cinco primeras un pH > 7,8 (contaminación bacteriana) y en las dos restantes un pH < 7,3. El

análisis del exudado puede aportar información relativa a la fase evolutiva, y nos hace inferir qué tipo de inmunidad, innata o adquirida, es la responsable de la cicatrización.

**Palabras clave:** Basófilos, Cicatrización, Diagnóstico, Heridas, Inmunidad Adquirida, Neutrófilos, Plaquetas.

## ABSTRACT

*The role of basophils in the immune response, being the subject of study in recent years. Recent studies show that these are quickly recruited into lymph nodes and can function as antigen presenting cells, to be critical for the induction of differentiation Th2 lymphocyte cells. Another recent study suggests that the increased antibody response memory. We propose that the analysis of cell count, obtained certain biochemical parameters of wound bed, can help to establish the inflammatory and proliferative phase in which we are usually evaluated subjectively. It is a type “unique case” longitudinal study, a sacral pressure ulcers stage III with repeated infections by *Proteus mirabilis*. We perform leukocyte count and biochemical parameters. After the analysis we observed that exceed 135,000 platelets in the first five samples (inflammatory phase) samples being in six to seven below this figure (proliferative phase). Analysis of neutrophils showed similar numbers in all samples, less than 45.3%. Levels of histamine from mast cells, are very low in the first five samples, while the percentage of basophils is high. Finally the pH*



*was analyzed in samples of exudate, obtaining in the first five pH > 7.8 (bacterial contamination) and the remaining two pH < 7.3. Exudate analysis can provide information on the evolutionary phase, and makes us infer what kind of immunity, innate or acquired, is responsible for healing.*

**Keywords:** *Basophils, Healing, Diagnosis, Wounds, Acquired Immunity, Neutrophils, Platelets.*

## INTRODUCCIÓN

Los antígenos son moléculas que están presentes en las superficies de los agentes patógenos (bacterias, virus, etc.).

Estos microorganismos pueden acceder fácilmente al lecho de las heridas, provocando infecciones y como defensa inmune hay una respuesta inflamatoria en la herida.

Los neutrófilos tienen la función de fagocitar y su vida media es de unas 72 horas, cuando se desintegran dichas células sueltan unos gránulos tóxicos, muy perjudicial, ya que destruyen los tejidos sanos. (1)

La otra célula que participa en la fase inflamatoria son los monocitos, los cuales cuando atraviesan la pared endotelial se convierten en macrófagos.

Los macrófagos tienen dos funciones en la fase inflamatoria: la de fagocitar y actuar como presentadores de antígeno a nivel ganglionar.

La inmunidad adquirida aumenta su función, cuanto más exposiciones repetidas hallan del mismo agente infeccioso.

Una vez que el sistema inmune produce un anticuerpo específico, la exposición repetida del mismo microorganismo, origina la rápida producción de grandes cantidades del anticuerpo que reacciona con ese patógeno. Esta capacidad es conocida como memoria inmunológica.

Otras células que participan en la inmunidad adquirida son los mastocitos, que llegan al lecho de la herida por la destrucción del tejido conectivo provocado por los neutrófilos. Los mastocitos liberan histamina y heparina provocando reacciones de hipersensibilidad (vasodilatación, quimiotaxis, edema, extravasación de células). Pero si no hay destrucción del tejido, porque los neutrófilos están actuando en menor cantidad, habrá poca actividad de los mastocitos y por tanto

existirá poca quimiotaxis (histamina y heparina) para activar otras células.

Los basófilos son un pequeño subgrupo de leucocitos que representan el 1-2% en sangre periférica y cumplen una función importante en el sistema inmune.

Estudios recientes han demostrado que los basófilos son reclutados rápidamente hacia los ganglios linfáticos, pudiendo funcionar como células presentadoras de antígeno y son críticos para la inducción de la diferenciación de células linfocitarias Th2. (2-3)

Durante mucho tiempo se creyó que los mastocitos y los basófilos eran el mismo tipo de célula. Hoy se sabe que son dos estirpes celulares diferentes, con funciones muy similares; liberar mediadores inflamatorios (histamina y heparina), aunque los basófilos también regulan ciertas funciones inmunes.

En esta respuesta, los basófilos pueden jugar un papel importante en la naturaleza de la inflamación sostenida al entrar en el tejido afectado, no sólo debido a la liberación de mediadores almacenados y recién sintetizados, tales como histamina y LTC<sub>4</sub> (mediador de los linfocitos T), sino también a través de la liberación de grandes cantidades de las citocinas IL-4 e IL-13 (4).

En una infección, el reclutamiento de linfocitos aumenta en los ganglios gracias a la vasodilatación de la arteriola principal (vénula del endotelio alto) que alimenta a los ganglios linfáticos (5).

La histamina juega un papel importante en la hipertrofia de los ganglios linfáticos de drenaje y el reclutamiento de células linfocitarias Th2.

La función de las plaquetas en los procesos de curación en las heridas, las ha dotado de gran interés para el diagnóstico y diferenciación de las fases de la cicatrización.

Las plaquetas son fragmentos citoplasmáticos anucleados que circulan por los vasos sanguíneos en forma de disco biconvexo y cuyo tiempo de vida media en sangre es de 7-10 días. Tras la lesión de un vaso sanguíneo, las plaquetas se adhieren al endotelio dañado y producen una secreción del contenido granular que induce la llegada de más plaquetas e influye sobre la proliferación leucocitaria que también juega un papel importante en la cicatrización de las heridas (6).

Estas, desempeñan un papel crítico en la curación de heridas en función de la fase que se en-

cuentre la herida, ya que promueven activamente el reclutamiento de células (plaquetas, neutrófilos, linfocitos, monocitos y eosinófilos), la regeneración de tejidos y remodelación de la matriz, la angiogénesis y la maduración de los vasos sanguíneos (7).

En estudios recientes donde se analizaron las plaquetas y los neutrófilos en el exudado de heridas, se obtuvieron resultados para la diferenciación de la fase inflamatoria y fase proliferativa, mediante la aplicación estadística de la curva ROC. Los resultados aportados fueron: en cuanto a los neutrófilos el punto donde finaliza la fase inflamatoria y empieza la fase proliferativa era la cifra de 45,8% y en cuanto a las plaquetas ese mismo punto estaba en la cifra de 135.000. (8)

Los objetivos de este estudio son diferenciar la fase de cicatrización en que se encuentra la herida y poner de manifiesto la posible función de los basófilos en la inmunidad adquirida.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, longitudinal y de tipo "caso único", de una úlcera por presión en sacro de estadio III, infectada por segunda vez por la misma bacteria (*proteus mirabilis*).

Mujer de 60 años de edad, con una Parálisis Cerebral Infantil con retraso psico-motor, cuya etiología prenatal no está filiada, y cuya patología está relacionada con alteraciones emocionales, lingüísticas e intelectuales, con incontinencia urinaria (usa pañal).

La herida es una úlcera localizada en zona sacra (foto - 1), que ha sufrido varias infecciones repetidas en diferentes etapas por una misma bacteria (*Proteus Mirabilis*).

Se sabe por la bibliografía revisada, que el *Proteus Mirabilis* es una bacteria muy propensa a aparecer en infecciones de orina y necesita de un medio alcalino para sobrevivir, de hecho la urea y los citratos son muy alcalinos. (9-10)

Nos planteamos valorar varios frentes y/o mediciones de parámetros bioquímicos y celulares del exudado que produce dicha herida (neutrófilos, basófilos, plaquetas, histamina y pH).

Como tratamiento de esta herida, se aplica terapia de presión negativa, que nos permite recoger siete muestras de exudado durante un periodo de 25 días, que se analizaron en el laboratorio.

Con la muestra, primero se realiza el conteo

leucocitario en un contador de células Sysmex Hematology Analyzer y a continuación se centrifuga la muestra para separar el suero, procesando los parámetros bioquímicos en el analizador VITROS.

#### RESULTADOS

Tras el análisis de las siete muestras, observamos que las plaquetas superan las 135.000 en las cinco primeras; indicativo de que nos encontramos en la fase inflamatoria. Las muestras seis y siete presentan cifras inferiores a 135.000, relacionándolo con la fase proliferativa. (Gráfica 1)

Teniendo en cuenta que esta herida ha sufrido una segunda infección por la misma bacteria, y viendo los resultados analizados de los neutrófilos por debajo del 50%, (no existe cuerpo extraño), hace suponer que el tipo de inmunidad que está actuando es la adquirida. (Gráfica 2)

En esta fase, el sistema inmune necesita componentes químicos para la quimiotaxis a nivel ganglional para la extravasación de células linfocitarias Th2 y por consiguiente seguir fabricando más inmunoglobulinas, ya que se están consumiendo y agotando.

Los niveles de histamina en el lecho de la herida de las cinco primeras muestras son muy bajos (Gráfica3).

En cuanto al porcentaje de basófilos en el exudado, se encuentra elevado en las cinco primeras muestras. (Gráfica 4).

Estos resultados hacen suponer que los basófilos son reclutados rápidamente hacia los ganglios linfáticos, pudiendo funcionar como células presentadoras del antígeno y son críticos para la inducción de la diferenciación de células linfocitarias Th2 (1-2)

Por último se analizó el pH en las siete muestras de exudado, obteniendo como resultados, que en las cinco primeras, el pH estaba por encima de 7,8 (dato que nos hace suponer que la herida sigue en fase inflamatoria debido a la bacteria), y en las dos restantes por debajo de 7,3 (Gráfica 5).

#### CONCLUSIONES

A tenor de los resultados obtenidos, se ha podido establecer la fase en que se encontraba la herida, relacionándola con las cifras de plaquetas de las siete muestras analizadas.



En cuanto a los neutrófilos, no nos aportan diferenciación de la fase de cicatrización de la herida porque su respuesta obedece a que la infección es producida por un patógeno ya conocido.

La histamina, con cifras muy bajas en las cinco primeras muestras, está relacionada con cifras altas de los basófilos. Esto hace suponer que los basófilos son reclutados al lecho de la herida para que ejerzan dos funciones: como presentadores de antígenos y como aportadores de histamina en los ganglios linfáticos para la inducción de nuevas células linfocitarias Th2.

Dadas las especiales características del germen de nuestro caso, *Proteus Mirabilis*, la determinación del pH del exudado también tiene valor predictivo del estadio de la ulcera: estos resultados del pH nos hacen pensar que la bacteria se encontraba presente en las cinco primeras mediciones, ya que las cifras mayores de 7,8 corresponden a un medio alcalino.

En línea con otras publicaciones, en nuestro caso la cuantificación de plaquetas, neutrófilos y basófilos permite concluir que el tipo de inmunidad que ha actuado en esta herida ha sido la inmunidad adquirida, y que la fase de cicatrización en que nos encontrábamos en las cinco primeras muestras, era la fase inflamatoria, y en las dos últimas fase proliferativa.

Este análisis cuantitativo de células y componentes bioquímicos que se encuentran en el lecho de la herida permite disponer de información para un mejor diagnóstico de la fase de cicatrización y tipo de inmunidad en que nos encontramos y por tanto optimizar el abordaje terapéutico de las heridas.

**BIBLIOGRAFÍA**

<sup>1</sup> Male, DK; Champion, B; Cooke, A; Owen, M. Cell traffic and inflammation. En: Advance Immunology. 2ª ed. Ed Gower London-New York 1991.

<sup>2</sup> Karasuyama H, Mukai K, Tsujimura Y, Obata K. Newly Discovered Roles for Basophils: A Neglected Minority Gains New Respect. Nature Reviews Immunology 9(1):9-13, Ene 2009.

<sup>3</sup> Siracusa MC1, Perrigoue JG, Comeau MR, Artis D. New paradigms in basophil development, regulation and function. Cell Immunol. 2010 Mar-Apr, 88 (3):275-84. doi: 10.1038/icc.2010.1. Epub 2010 Feb 2

<sup>4</sup> Falcone FH, Haas H, Gibbs BF. The human basophil: a new appreciation of its role in immune responses. Blood 2000;96(13):4028-38.

<sup>5</sup> Soderberg K.A., Payne G.W., Sato A., Medzhitov R., Segal S.S. and Iwasaki A. Innate control of adaptive immunity via regulation of lymph node feed arteriole. Proc Natl Acad Sci U S A. 2005 av 8; 102 (45):16315-20.

<sup>6</sup> Kaul ES, Waack BJ, Padgett RC, Brooks RM, Hestad DP. Altered vascular response to platelets from hypercholesterolemic humans. Cir Res 1993; 72:237-43.

<sup>7</sup> Radziwon-Balicka A1, Moncada de la Rosa C, Jurasz P. Platelet-associated angiogenesis regulating factors: a pharmacological perspective. Can J Physiol Pharmacol. 2012 Jun; 90(6):679-88. doi: 10.1139/y2012-036. Epub 2012 Apr 18.

<sup>8</sup> López N, Cerveró S, Jiménez MJ, Sánchez JF. Cellular Characterization of Wound Exudate as a Predictor of Wound Healing Phases. WOUNDS. 2014; 26(4):101-107

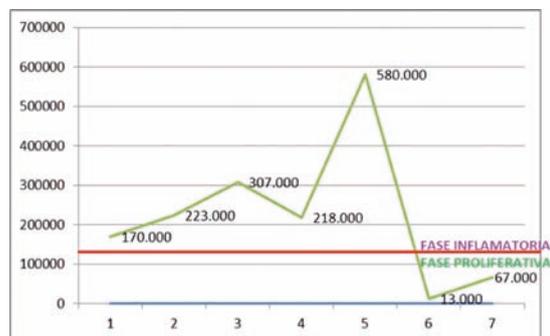
<sup>9</sup> Proteus mirabilis, Biomed Salud Tecnología Cooperativa

<sup>10</sup> Kelley Struble, Michael Stuart Bronce, Rhet L Jackson, Gus Gonzalez, (31 julio 2009), " Infecciones por Proteus: Overview ", eMedicine

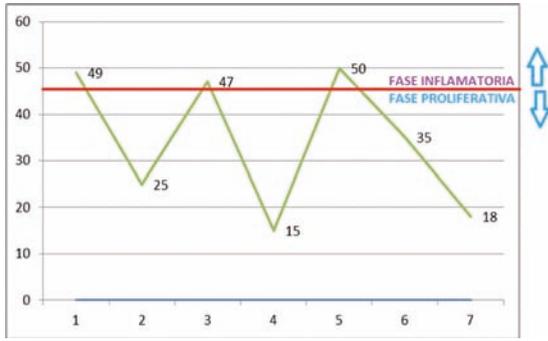
**FIGURAS Y TABLAS**



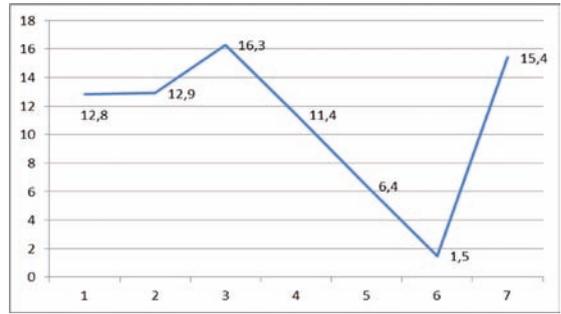
FOTO - 1



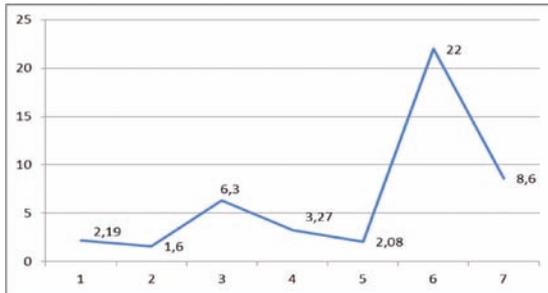
GRÁFICA - 1. Medición de las plaquetas en el exudado



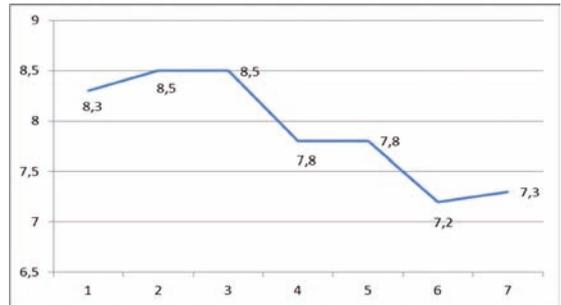
GRÁFICA – 2. Medición de los neutrófilos en el exudado



GRÁFICA – 4. Medición de los basófilos en el exudado



GRÁFICA – 3. Medición de la histamina en el exudado



GRÁFICA – 5. Medición del pH en el exudado



# Valoración de los protocolos de acogida al estudiante de enfermería. ¿Tenemos suficiente información?

Evaluation of welcome protocols of nursing student.  
Do we have enough information?

**Autores:** Navarro Ruíz, Miguel Ángel; González Martínez, Isabel; Espinosa Gómez, M<sup>a</sup> Elisa

Universidad Cardenal Herrera – CEU de Elche

e-mail: mignavru@gmail.com

## RESUMEN

La práctica clínica es esencial para la formación de estudiantes de enfermería, por ser una oportunidad de adquirir conocimientos y desarrollar nuevas habilidades, para mejorar la calidad asistencial y cuidados de enfermería. Es vital que el alumno sea capaz de adaptarse con premura y cumplir con su objetivo, aprovechar al máximo sus prácticas. Existe la necesidad de realizar una acogida, con el fin de disminuir la ansiedad que puede generar el primer contacto con el medio hospitalario.

Nuestro objetivo es conocer y medir la opinión de alumnos de enfermería sobre la acogida recibida en su periodo de prácticas hospitalarias, y valorar los protocolos de acogida de aquellos hospitales donde los alumnos realizan sus prácticas clínicas.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal, en la UCH-CEU de Elche tomando como población diana alumnos de segundo y tercer de Grado de Enfermería durante el curso académico 2012 – 2013 matriculados en la asignatura de Practicum. Empleando como instrumento un cuestionario ad hoc constituido por 20 ítems.

Los datos fueron tratados con Excel y R-comander. Se obtuvo una muestra de 108; un 28,7% varones y un 71,3% mujeres, con un rango de edad entre 19 – 50 años y media de 25,6 años. Un 25,93% confiesa que la información previa recibida no les ha ayudado a sentirse más seguros. La mayoría considera necesario la existencia de protocolos de acogida (91.7%); pero sólo un

38,89% conocía su existencia. Gran parte estima mejorable estos protocolos, y casi un tercio de ellos ni siquiera sabía que existían.

**Palabras clave:** enfermería, estudiantes, prácticas hospitalarias, protocolo acogida.

## ABSTRACT

*Clinical practice is essential for the formation of nursing students, as a chance to acquire knowledge and develop new skills to improve health care quality and nursing care. It is vital that the student is able to adapt with urgency and fulfill its purpose, make the most of their practices. There is a need for a host in order to reduce anxiety that may generate the first contact with the hospital environment.*

*Our goal is to identify and measure the views of nursing students on the reception received at its period of hospital practices, and evaluate host protocols hospitals where students complete their clinical practice.*

*A cross-sectional descriptive study at UCH-CEU in Elche was conducted using as target population sophomores and third nursing degree during the academic year 2012 - 2013 enrolled in a Practicum. Using as an ad hoc questionnaire instrument consists of 20 items.*

*Data were processed with Excel and R-Comander. A sample of 108 was obtained; 28.7% male and 71.3% female, with an age range between 19-50 years average 25.6 years. A 25.93% confess that prior information received has not helped them feel safer. Most consider ne-*

*cessary the existence of host protocols (91.7%); but only 38.89% knew of its existence. Much improved estimates these protocols, and almost a third of them did not even know existed.*

**Keywords:** *nursing student, hospital practices, welcom protocol.*

## INTRODUCCIÓN

Para la titulación de enfermería, las prácticas hospitalarias son fundamentales ya que existe un gran campo de especialidades que abarca desde la neonatología hasta la geriatría. Dicho esto, las prácticas clínicas tienen un gran impacto educativo<sup>1</sup>, ya que los conocimientos que se adquieren en ellas, permitirán el desarrollo de las habilidades y actitudes propias de cada estudiante que les serán necesarias para la adquisición de competencias que les permita incorporarse como profesionales en el ámbito sanitario.

Resulta muy importante que exista una buena relación entre la "educación teórica" y la "educación práctica", entre ellas no debe haber fisuras. Cuando existe un vacío entre la teoría y la práctica nos encontramos con el "vacío real-ideal" descrito por Bárbara Vangham, se provoca el "shock de realidad"<sup>2,3</sup> definido por Kramer como: "la reacción producida por la diferencia entre cómo se cree que deberían ser las cosas y como son en realidad".

En su Decálogo para la Humanización, Arnaldo Pangrazzi, en referencia a la acogida, expresa: "La palabra hospital significa "hospedar", ofrecer acogida. La primera tarjeta de visita de un hospital es la entrada, la acogida del que llega. El huésped (también el alumnado) percibe, ya en el contacto inicial, si se le acoge con humanidad y amabilidad o si se le trata con distanciamiento e indiferencia. Incluso el aspecto arquitectónico expresa la atmósfera de un hospital y puede dar la impresión de desorden y desorganización o, por el contrario comunicar acogida y eficiencia. Sin embargo, más que el aspecto estructural, lo que cuenta es el elemento humano, la relación que los profesionales establecen con el huésped"<sup>4</sup>.

El estudiante de enfermería se va a enfrentar en su periodo de prácticas a un nuevo entorno, en muchas ocasiones completamente desconocido y realmente complejo. El medio hospitalario resulta una amalgama de sensaciones y de situaciones

que despiertan en los estudiantes sentimientos de miedo, inseguridad, preocupación, angustia, rabia... Estas reacciones emocionales son debidas en gran parte a que el alumno no está habituado a este entorno, aunque también experimentará emociones positivas.

El inicio de las prácticas sanitarias supone una causa habitual de ansiedad para los alumnos, debido a la falta de experiencia, y sobre todo al desconocimiento del medio sanitario. La información es poder, y en dichas circunstancias, es vital para que el alumno sea capaz de adaptarse con mayor premura. Así mismo existe la necesidad de realizar una acogida previa a los alumnos en prácticas con el fin de disminuir la ansiedad que les pudiese generar el primer contacto con el medio hospitalario<sup>5</sup>.

Los estudiantes de enfermería desean y tienen gran ilusión por realizar las prácticas hospitalarias, por tomar contacto con los pacientes. Por eso mismo, es normal y lógico que tengan miedo de "no estar preparados", de "cometer fallos con los pacientes", "miedo a contagiarse con una enfermedad"<sup>6</sup>. Es en este momento, cuando los alumnos necesitan un mayor apoyo emocional para que este período se convierta en un objetivo de crecimiento personal y no en un enfrentamiento traumático<sup>7</sup>.

Por todo lo anteriormente expuesto, la función de los protocolos de acogida ha de ser útil para proporcionar información acerca de la cobertura y objetivo global del hospital, informar sobre su cartera de servicios y distintas vías de acceso al mismo, su directorio y estructura física. La cual es muy importante para la correcta adaptación e integración del estudiante, y que se establezca una relación más armoniosa consigo mismo, con el paciente y con el equipo de trabajo.

El conocimiento permitirá al estudiante cumplir con su principal objetivo: aprovechar al máximo sus prácticas clínicas donde tendrá la oportunidad de realizar técnicas, adquirir conocimientos, desarrollar habilidades y aprender actitudes, y en definitiva mejorar la calidad asistencial y cuidados de enfermería a los pacientes<sup>8</sup>.

Creemos necesario y más que justificado, la valoración de los protocolos de acogida de aquellos hospitales donde los alumnos de la Universidad CEU Cardenal Herrera de Elche realizan las prácticas clínicas. También indagar si existen pro-



protocolos de acogida al estudiante en los hospitales en los que se realizan las prácticas y conocer la opinión de los estudiantes de segundo y tercero de grado de Enfermería, como motores activos de la evolución futura de nuestra profesión, y saber cómo evalúan ellos la información recibida previamente a las prácticas en dicho protocolo.

Además queremos averiguar sus aportaciones y sugerencias que en muchas ocasiones abren caminos que estaban sin explorar.

Una vez planteados los objetivos, nos propusimos investigar si existían protocolos de acogida específicos para estudiantes en los distintos hospitales, donde los alumnos de la UCH-CEU de Elche han realizado sus prácticas clínicas.

En nuestra búsqueda acerca de qué hospitales tenían protocolo de acogida a los estudiantes, observamos que los únicos que realmente tenían un protocolo de acogida específico para los mismos, eran los hospitales de la Marina Baixa (Villajoyosa), Vinalopó (Elche), Universitario de Elche, San Juan (Alicante), Torrevieja Salud y Vega Baja (Orihuela). Por otro lado, observamos que el Hospital de Elda estaba en proceso de crear su propio protocolo de acogida a estudiantes y que el Hospital Universitario de Alicante no utiliza un protocolo de acogida específico para los estudiantes, sino que utilizan el mismo para profesionales y alumnos en prácticas clínicas.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y transversal entre estudiantes de segundo y tercer grado de la titulación de Enfermería, durante el curso académico 2012 – 2013, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Cardenal Herrera CEU de Elche.

Para poder alcanzar el objetivo del estudio, y por tanto con el fin de conocer y medir la opinión de los alumnos de enfermería acerca de la acogida en su periodo de prácticas hospitalarias, se dispone como instrumento un cuestionario de elaboración propia constituido por 20 ítems, 18 de respuesta cerrada y 2 preguntas abiertas (Anexo I).

Para la elección de la muestra se realizó un muestreo incidental, seleccionando a aquellos alumnos de segundo y tercero de Grado que habían realizado prácticas hospitalarias. Con el fin de que la participación en el estudio fuese mayor, se decidió distribuir los cuestionarios a los estu-

diantes en hora lectiva y de asistencia obligatoria. Se solicitó permiso previo a los profesores para repartir los cuestionarios en sus respectivas clases. La cumplimentación de los mismos, en ambos cursos, tuvo un margen de tiempo de 10 minutos y se dejó constancia de que la participación era voluntaria y anónima. Esta recogida de datos se realizó el día lunes 4 de marzo, a las 16.00 horas en tercero y las 18.00 horas en segundo.

Antes de su aplicación, se realizó un pilotaje a 5 alumnos para así valorar si las preguntas se comprendían bien o si alguna generaba duda.

La población objeto de estudio fueron todos los alumnos de enfermería de segundo y tercer curso que realizan prácticas en las unidades asistenciales de nuestro centro y por tanto, estén matriculados en la asignatura de Practicum, siendo un total 157 alumnos. Como criterios de exclusión tomamos la falta de datos y la no respuesta de alguno de los puntos del cuestionario.

Los resultados fueron analizados utilizando los programas informáticos Excel y R-Commander.

## RESULTADOS

Se recogieron un total de 110 cuestionarios, de los cuales dos de ellos fueron excluidos por falta de datos (hospital, edad y respuesta a la pregunta 19); 44 de éstos correspondían a alumnos de tercero y 66 de segundo. En los 66 cuestionarios recogidos en segundo, se encontraban los 2 descartados. Así que obtuvimos una muestra final de 108 válidos, el 28,7% de ellos eran varones y el 71,3% mujeres, con edades comprendidas entre 19 años y 50 años y con una media de 25,6 años.

A la pregunta: ¿Habías sido informado acerca de la existencia de un protocolo de acogida al estudiante? (PREG 6), el 47,2% de los alumnos contestaron que sí.

Referente a las cuestiones ¿Te han facilitado las competencias y objetivos que deberías alcanzar como estudiante de enfermería? (PREG 10) y ¿Te informaron de quién iba a ser tu Profesor Asociado y Tutor de Prácticas? (PREG 11), un 93,98% de los encuestados respondió afirmativamente. Los alumnos de segundo respondieron "Sí" en un 100% a la pregunta (PREG 11).

A la cuestión ¿Crees que la información facilitada te ha ayudado a sentirte más seguro en tus prácticas clínicas? (PREG 12), un 64,81% respon-

dió afirmativamente, un 25,93% respondió negativamente aunque este porcentaje es mayor en el curso de tercero (36,4%).

Respecto al ítem ¿Opinas que el modelo tutor por alumno, ayuda a alcanzar las competencias y objetivos del estudiante? (PREG 13), el porcentaje en segundo alcanza el 89%. Exponemos los resultados desglosados por curso en la siguiente figura.

A la pregunta ¿Crees necesario la existencia de un protocolo de acogida al estudiante en los Centros Asistenciales? (PREG 14), los estudiantes han contestado afirmativamente con un 91,7%. Los porcentajes varían en cada curso, encontrándonos con que en tercero lo solicitan en un 93,2% y no hay ningún alumno que responda negativamente.

En la pregunta ¿Sabes si existe un protocolo de acogida al estudiante en tu hospital de prácticas? (PREG 15), encontramos unos resultados muy repartidos, con un tercio de los alumnos de segundo y casi la mitad de los de tercero respondiendo "Sí".

Los alumnos que contestaron afirmativamente a PREG 15, respondieron a las preguntas 16, 17 y 18, esta última se trata de una pregunta abierta en la que se les interroga acerca de qué cambiarían del protocolo de acogida existente.

En la pregunta ¿Te facilitó la adaptación a tus prácticas clínicas la existencia de este protocolo de acogida? (PREG 16), el 76,2% de los alumnos (mismo porcentaje en ambos cursos) respondió afirmativamente.

Y en la pregunta ¿Consideras que el protocolo de acogida de tu hospital es mejorable? (PREG 17), un 52,35% de los alumnos cree que es necesaria esta mejora, pero casi un tercio cree que está bien tal y como está (30,95%).

Por último, en la cuestión ¿Consideras importantes los temas tratados en el cuestionario? (PREG 19), los alumnos respondieron afirmativamente con un 85,7%. Exponemos los resultados en la Figura 5.

Las preguntas 18 y 20 son preguntas abiertas en las que el alumno puede escribir que añadiría al protocolo y más información que cree que se necesita antes de ir a prácticas, respectivamente.

Detallamos los resultados obtenidos en las preguntas abiertas: los alumnos de segundo añadirían al protocolo de acogida al estudiante una

explicación mejorada de las distintas áreas y servicios distribuidos en las plantas, más información en general y más accesibilidad al protocolo. Los estudiantes en la última pregunta, en la que se les pide que nos cuenten qué información creen necesaria además de las reflejadas en el cuestionario, consideran que faltan conocimientos y se centran en la farmacología. Otros solicitan conocer con más anterioridad los turnos que van a tener en las prácticas para poder organizarse. También piden más información sobre la vacunas que los estudiantes, como personal de riesgo que somos, necesitamos antes de ir a las prácticas.

Los alumnos de tercero de grado piden que en los protocolos ya existentes se mejoren ciertos aspectos como una explicación del protocolo (que no solo se les dé en mano), y que se adapte el protocolo a cada servicio. Piden también que se les acompañe a la planta y se les presente al tutor y equipo. Los alumnos de tercero vuelven a pedir más información sobre las vacunas en la última pregunta. Además expresan sus quejas y piden que se unifiquen en todos los centros hospitalarios, que los tutores tengan las mismas competencias con los estudiantes y los objetivos de cada módulo de prácticas sean comunes en todos los hospitales.

Ambos cursos están de acuerdo en que los tutores de prácticas deberían tener un carácter profesional-docente adecuado para el aprendizaje de los alumnos.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Analizando los resultados nos encontramos con unos alumnos que respondieron con mayor determinación en el primer bloque de preguntas, con respecto al resto del cuestionario donde la respuesta NS/NC aumentan considerablemente.

Los alumnos de segundo se encuentran más cómodos con el modelo de tutor personalizado que los de tercero. Esta diferencia se refleja en la Figura 1 en la que se recogen los datos de la pregunta ¿Opinas que el modelo tutor por alumno, ayuda a alcanzar las competencias y objetivos del estudiante? La diferencia podría encontrarse en que los alumnos de tercero se han tenido que adaptar al modelo de tutor por alumno (ya que el año anterior no estaba instaurada esta figura) y los de segundo han empezado su primer periodo de prácticas con un tutor personalizado.



Los alumnos de tercero en las preguntas abiertas han expresado sus quejas acerca de la subjetividad en la evaluación de las prácticas, sobre todo en la evaluación del tutor de prácticas, que significa un 50% de la nota total de la asignatura.

A pesar de estar unificados los criterios de evaluación y la información que tienen los tutores acerca de los objetivos de cada módulo de prácticas, los alumnos indican que algunos tutores tienen una gran variabilidad en la evaluación de dichas competencias.

Podemos también ver que los alumnos de segundo solicitan más información en general sobre conocimientos, turnos, servicios, vacunas, y los alumnos de tercero se centran más en un correcto funcionamiento del protocolo de acogida al estudiante de prácticas. Es decir, los alumnos de segundo valoran más positivamente la información en cantidad y los alumnos de tercero, la información de calidad.

De los datos recogidos en las preguntas abiertas, destacamos que los alumnos de segundo solicitan más información sobre farmacología porque todavía no han cursado la asignatura, ya que esta se imparte en el segundo cuatrimestre.

Tras realizar el estudio de los resultados, creemos necesario destacar que una gran parte de los alumnos considera mejorable estos protocolos de acogida al estudiante, además de que casi un tercio de ellos ni siquiera sabía que existían.

Debemos agregar que estos protocolos son de nueva creación y que todavía tienen que adaptarse más a las necesidades de los alumnos. Consideramos muy importante que se perfeccionen para que la adaptación de los estudiantes en el hospital sea cada vez más llevadera.

Muchos de los estudiantes ya nos han contado qué cosas habrían de mejorar para resultar más efectivos, como una explicación de los protocolos, la especificidad de estos por categorías profesionales, una presentación, por parte de los profesores asociado, al equipo de la planta y al tutor y un protocolo específico por servicios.

A pesar de los resultados obtenidos en el estudio, valoramos muy positivamente las prácticas que se realizan en el grado de Enfermería tanto por su cantidad como por su calidad, así como por la implantación de la figura del Tutor de Prácticas.

Ahora que hemos realizado este trabajo, volvemos a hacer hincapié y destacamos la impor-

tancia de los protocolos de acogida al estudiante de enfermería. Ya conocemos algunos aspectos que se pueden cambiar para mejorar su eficacia, pero sabemos que quedan muchos más.

Esto abre una línea a más estudios valorativos, que pueden ser realizados tanto por alumnos como por profesores y profesionales para poder mejorar la adaptación de los estudiantes en su nuevo entorno.

## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup> Ferrer MA. et al. Análisis situacional de las prácticas clínicas en la escuela de enfermería de Soria. *Metas de Enferm* [Internet]. 2002 [Consultado 14 Abr 2013]; 5(44):18-22. URL disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3089756>
- <sup>2</sup> Pérez C, Alameda A, Albéniz C. La formación práctica en enfermería en la escuela universitaria de enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2002 Oct [Consultado 16 Abr 2013];5(76):517-30. URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272002000500013>
- <sup>3</sup> Gutiérrez MI, Latorre I. Las prácticas clínicas de enfermería: perspectiva de los estudiantes de primer curso. *Metas de Enferm* [Internet]. 2002 Oct [consultado 19 Abr 2013];5(49):50-4. URL disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2894169>
- <sup>4</sup> López F, López MJ. Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2001 [consultado 21 Abr 2013]; 17(2):47-54. URL disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000200006&script=sci_arttext)
- <sup>5</sup> Tomás A, Caravaca B, Rodríguez FJ, Arias A, Candel C et al. Programa de acogida al personal de enfermería de nueva incorporación y alumnos en prácticas en la fundación hospital de Cieza. *Enferm Global* [Internet] May 2004 [Consultado 22 Abr 2013]; 4:[aprox. 4pp.] URL disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=894058>
- <sup>6</sup> Gutiérrez Izquierdo, MI. y cols. Las prácticas clínicas de enfermería: perspectiva de los estudiantes de primer curso. *Metas de Enfem* [Internet]. 2002 [consultado 21 Abr 2013];49: 50-3. URL disponible e: <http://www.enfermeria21.com/publicaciones/metasp/archivo>
- <sup>7</sup> Alemán S, Calvo F, Ojeda B. Crecimiento personal y prácticas de enfermería; afrontarlas sin miedos. *Enferm Científ.* Sep-Oct 1998; 63-66:198-199.
- <sup>8</sup> Lorente AM, García C, López MJ, Echevarría P, Morales I.

Satisfacción de los alumnos de enfermería de la Universidad Católica San Antonio (UCAM) sobre su formación práctica. seminarios en salas de demostraciones y prácticas clínicas. *Enferm Global* [Internet]. Oct 2009 [consultado 5 May 2013]; (17). URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300008&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300008&script=sci_arttext)

<sup>9</sup> Cuñado A, Sánchez F, Muñoz MJ; Rodríguez A, Gómez I. Valoración de los estudiantes de enfermería sobre las prácticas clínicas hospitalarias. *NURE Inv.* [Internet]. May-Abr 2011 [consultado 7 May 2013];8(52): [aprox. 11 pp.] URL disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE52\\_original\\_valorcestu1992011152847.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE52_original_valorcestu1992011152847.pdf)

## ANEXOS

### ANEXO I

Estimado/a alumno/a, somos unos compañeros de 2º de Enfermería y queremos solicitar tu participación en un estudio dirigido a los estudiantes de 2º y 3º de Grado de Enfermería que han realizado sus prácticas clínicas hospitalarias. A través de este cuestionario queremos conocer tu percepción acerca de la información que tenías antes de tu primera estancia en prácticas, además de tu opinión acerca del protocolo de acogida al estudiante de tu hospital donde las realizaste.

Gracias por tu atención.

Instrucciones: realiza un círculo indicando la opción (SI, NO o NS-NC) elegida.

1. Sexo: Masculino  Femenino
  2. Edad: \_\_\_\_\_Años
  3. Curso \_\_\_\_\_
  4. Escribe el nombre del hospital en el que has realizado tus prácticas clínicas.
- 

#### **CUESTIONES PREVIAS A LA REALIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS:**

5. ¿Has realizado prácticas o trabajado en otra categoría profesional sanitaria?  
Sí  NO  NS-NC
6. ¿Habías sido informado acerca de la existencia de un protocolo de acogida al estudiante?  
Sí  NO  NS-NC
7. ¿Conocías las vías de acceso/entrada al hospital?  
Sí  NO  NS-NC
8. ¿Te habían informado acerca de la distribución por plantas y servicios del hospital?  
Sí  NO  NS-NC
9. ¿Habías sido informado sobre el lugar donde te ibas a cambiar de ropa?  
Sí  NO  NS-NC
10. ¿Te han facilitado las competencias y objetivos que deberías de alcanzar como estudiante de enfermería?  
Sí  NO  NS-NC



11. ¿Te informaron de quién iba a ser tu Profesor Asociado y Tutor de Prácticas?

SÍ  NO  NS-NC

12. ¿Crees que la información facilitada te ha ayudado a sentirte más seguro en tus prácticas clínicas?

SÍ  NO  NS-NC

**CUESTIONES TRAS LA REALIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS:**

13. ¿Opinas que el modelo tutor por alumno, ayuda a alcanzar las competencias y objetivos del estudiante?

SÍ  NO  NS-NC

14. ¿Crees necesario la existencia de un protocolo de acogida al estudiante en los Centros Asistenciales?

SÍ  NO  NS-NC

15. ¿Existe un protocolo de acogida al estudiante en tu hospital de prácticas?

SÍ  NO  NS-NC

**EN EL CASO DE QUE HAYAS CONTESTADO "SÍ" A LA PREGUNTA Nº 15, RESPONDE A LAS Nº 16, 17 Y 18.**

16. ¿Te facilitó la adaptación a tus prácticas clínicas la existencia de este protocolo de acogida?

SÍ  NO  NS-NC

17. ¿Consideras que el protocolo de acogida de tu hospital es mejorable?

SÍ  NO  NS-NC

18. ¿Qué añadirías en el protocolo de acogida al estudiante?

---

---

---

**CUESTIONES A MODO DE CONCLUSIÓN DEL CUESTIONARIO:**

19. ¿Consideras importantes los temas tratados en el cuestionario?

SÍ  NO  NS-NC

20. ¿Consideras importante algún otro tema acerca de la información que necesita el alumno antes de su llegada a prácticas hospitalarias, que no esté tratado en este cuestionario? Cuéntanoslo brevemente.

---

---

---

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Tabla 1. Distribución alumnos por hospitales

Hospitales	2º		3º		TOTAL	
	Total	%	Total	%		
<b>Clínica Vistahermosa</b>	3	5%	2	5%	5	5%
<b>General Universitario de Alicante</b>	12	19%	10	23%	22	20%
<b>General Universitario de Elche</b>	19	30%	15	34%	34	31%
<b>Marina Baixa Villajoyosa</b>	2	3%		0%	2	2%
<b>San Juan de Alicante</b>	4	6%	1	2%	5	5%
<b>Torreveja Salud</b>	3	5%	1	2%	4	4%
<b>Universitario de Elda</b>	4	6%	4	9%	8	7%
<b>Vega Baja Orihuela</b>	3	5%	3	7%	6	6%
<b>Vinalopó</b>	14	22%	8	18%	22	20%
<b>Total general</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

Tabla 2: Resultados preguntas test del cuestionario.

	SEGUNDO (n=64)			TERCERO (n=44)			TOTAL (n=108)		
	SÍ	NO	NS/NC	SÍ	NO	NS/NC	SÍ	NO	NS/NC
PREG5	37,5%	62,5%		52,3%	47,7%		43,52%	56,48%	
PREG6	50%	40,63%	9,38%	43,2%	50%	6,8%	47,22%	44,44%	8,33%
PREG7	82,81%	17,19%		86,4%	13,6%		84,26%	15,74%	
PREG8	45,31%	51,56%	3,13%	56,8%	43,2%		50%	48,15%	1,85%
PREG9	62,5%	34,38%	3,13%	72,7%	27,3%		66,67%	31,48%	1,85%
PREG10	93,75%	6,25%		84,1%	15,9%		89,91%	10,19%	
PREG11	100%			95,5%	4,5%		98,15%	1,85%	
PREG12	68,75%	18,75%	12,5%	59,1%	36,4%	4,5%	64,81%	25,93%	9,26%
PREG13	89,1%	7,8%	3,1%	72,7%	20,5%	6,8%	82,41%	12,96%	4,63%
PREG14	90,63%	4,69%	4,69%	93,18%		6,8%	91,67%	2,78%	5,56%
PREG15	32,81%	29,69%	37,5%	47,7%	31,8%	20,5%	38,89%	30,56%	30,56%
PREG16	76,19%	23,81%		76,19%	19,05%	4,76%	29,63%	8,33%	40,74%
PREG17	57,1%	9,5%	33,3%	47,6%	23,8%	28,6%	20,37%	6,48%	51,85%
PREG19	82,8%	3,1%	14,1%	88,6%		11,4%	85,19%	1,85%	12,96%



# Características de la salud sexual durante el embarazo en un grupo de mujeres de Madrid

Characteristics of sexual health during pregnancy in women group of Madrid

**Autores:** María Rodríguez Mármol, Rafael Muñoz Cruz

Enfermera/o. Máster en Investigación e Innovación en Salud, Cuidados y Calidad de Vida. Hospital de Alcañiz

e-mail: rodriguezarmolm@gmail.com

## RESUMEN

El papel de la enfermera es fundamental en materia de educación sexual, tanto previniendo hábitos poco saludables como eliminando falsos mitos sobre sexualidad durante el embarazo. El objetivo del presente estudio es conocer las características sexuales de las mujeres durante el embarazo y si esas características varían a lo largo de los nueve meses de gestación. Para ello se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal sobre 160 mujeres en diferentes momentos de la gestación y se les pidió responder al EVAS-M para valoración de la actividad sexual de la mujer. Se obtuvieron datos relativos a la actividad sexual de las mujeres como nivel de satisfacción general, consecución del orgasmo, nivel de deseo, etc. Mediante un análisis bivalente se pudieron establecer relaciones entre los tres trimestres de gestación.

Como conclusiones, se puede decir que el deseo de mantener relaciones sexuales, la excitación, la sequedad, la consecución del orgasmo y el dolor en las relaciones son las características que más varían a lo largo del embarazo.

**Palabras clave:** Sexualidad; Embarazo; Conducta Sexual; Salud Sexual y Reproductiva.

## ABSTRACT

The role of the nurse is important in sex education, thereby preventing unhealthy habits such as removing misconceptions about sexuality during pregnancy. The aim of this study is to know the sexual characteristics of women during pregnancy and know if these characteristics vary throughout the nine months of gestation. It was carried out a cross-sectional descriptive study of 160 women at different stages of pregnancy and they were asked to answer the HALE-M for the assessment of sexual activity for women. Data on the sexual activity of women as the level of overall satisfaction, achieving orgasm, the level of desire ... etc. were obtained, and using a bivariate analysis was able to establish relationships between the three trimesters of pregnancy.

In conclusion, one can say that the desire to have sex, arousal, dryness, achieving orgasm and pain in relationships are the features that vary throughout pregnancy.

**Keywords:** Sexuality; Pregnancy; Sexual Behavior; Sexual and Reproductive Health.

## 1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social que incluye todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor y con sus funciones y procesos, sien-

do el embarazo uno de sus aspectos básicos<sup>1</sup>. La creencia de que las relaciones, el entorno social y físico y el comportamiento de la mujer tienen una gran influencia en el embarazo es algo que está ampliamente aceptado<sup>2</sup>.

El embarazo representa un cambio en la pareja que va más allá del aspecto puramente físico<sup>1</sup>, ya que junto con el parto, tienen un impacto muy significativo en la calidad de vida sexual de la pareja<sup>3</sup>. Existen estudios que coinciden en que si el embarazo es normal, no existen motivos para limitar la vida sexual de la pareja, aunque puede aparecer una disminución de interés por parte de la mujer durante el primer trimestre, ya que es en este momento en el que aparecen con más frecuencia los vómitos, las náuseas y el miedo a dañar al feto o al aborto<sup>1, 4, 5</sup>.

Las relaciones sexuales satisfactorias contribuyen a una vivencia saludable de la sexualidad en su sentido más amplio, ayudando a mantener su estado general de salud. Aunque a partir del momento en el que se confirma el embarazo, las relaciones sexuales giran en torno al desarrollo del feto. Durante la gestación, la mayoría de las parejas modifican sus patrones habituales de sexualidad<sup>6</sup>. La impresión general es que durante el embarazo disminuye la libido, la frecuencia de los coitos, la capacidad orgásmica y la satisfacción sexual<sup>7</sup>.

Factores como el descenso del interés sexual, cambios en la imagen corporal, miedo de dañar al feto, dispareunia y recomendaciones médicas pueden disminuir la satisfacción de las mujeres gestantes durante las relaciones sexuales<sup>8</sup>. A lo largo de todo el embarazo, va disminuyendo el deseo sexual, la satisfacción y la frecuencia del coito<sup>4, 9</sup>. La incomodidad durante las relaciones sexuales es una característica frecuente del primer trimestre de los embarazos<sup>2</sup>, aunque otros estudios demuestran que es el tercer trimestre en el que existen puntuaciones de función sexual más bajas<sup>10</sup> que pueden ser debidos al aumento del volumen abdominal, al atractivo físico y a motivos comunes a otros trimestres<sup>4</sup>. La falta de información suele inhibir las prácticas sexuales, ya que genera miedo ante la posibilidad de provocar algún tipo de complicación, de aborto o de parto prematuro<sup>6</sup>. Además, durante mucho tiempo, los textos obstétricos han prohibido las relaciones sexuales desde las 6 semanas de gestación hasta los tres meses o más antes del momento del parto<sup>7</sup>.

Por otro lado, hay situaciones en las que la pareja debería plantearse la abstinencia de relaciones sexuales. Es el caso de mujeres que sangran, que estén en los últimos estadios del embarazo

donde las membranas ya están rotas o aquellas que tengan riesgo de aborto espontáneo<sup>1</sup>.

Los tabúes, los prejuicios y la desinformación han dado lugar a que se investigue poco acerca de este tema o que se trate de forma errónea<sup>11</sup>.

## OBJETIVO

El objetivo del presente estudio es el de estudiar la actividad sexual de la mujer durante el embarazo, así como el de conocer las diferencias existentes en estas actividades sexuales en las diferentes etapas de la gestación.

## MATERIAL Y MÉTODOS

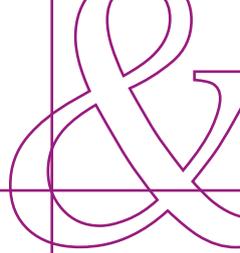
Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en el que se encuestaron a 162 gestantes de la ciudad de Madrid que se encontraban en diferentes trimestres de la gestación. La muestra fue seleccionada mediante muestreo no probabilístico de conveniencia.

Los datos fueron recogidos durante los meses de Enero a Marzo de 2015 mediante la escala EVAS-M para la valoración de la actividad sexual en la mujer<sup>12</sup>. Consiste en una escala cuya función es discriminar las áreas problemáticas de la actividad sexual. Consta de 8 preguntas donde se pueden valorar la satisfacción, el deseo, la excitación, la sequedad vaginal, el orgasmo, el dolor y la cercanía emocional y confianza con la pareja. Además se recogieron cinco preguntas sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios, pareja estable y embarazo deseado o no). Este instrumento ofrece un índice de sensibilidad de 0,66 y de especificidad de 0,7713. Esta escala fue cumplimentada voluntariamente previo consentimiento informado. El cuestionario fue cumplimentado por las mujeres después de haber sido informadas del propósito de la investigación y de obtener su consentimiento informado.

Los datos obtenidos se procesaron con el paquete estadístico SPSS v. 15, mientras que para el cálculo de los intervalos de confianza se utilizó el EPIDAT v. 3.1, considerando que existen diferencias estadísticamente significativas en aquellos casos donde el valor de significación es menor a 0,05.

## RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 162 embarazadas, con una media de edad de 28,85 años, de las cuales 55 se encontraban en el primer trimestre



de gestación, 45 en el segundo y 62 en el último trimestre. Del total de mujeres, el 90,7% tenían pareja estable y el 83,3% de los embarazos habían sido deseados. En cuanto al nivel de estudios de la muestra, se obtienen los resultados expuestos en el gráfico 1. (Gráfico 1)

En la siguiente gráfica se representa el análisis descriptivo de la escala utilizada para los diferentes ítems. (Gráfico 2)

En el caso de aquellas mujeres que reconocieron estar “muy satisfechas” o “bastante insatisfechas”, la siguiente tabla representa el tiempo transcurrido desde el inicio de esta situación. (Tabla 1)

Al realizar el análisis utilizando como covariables el nivel de estudios, tener pareja y embarazo deseado, encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas respecto a las covariables, como se representa en la tabla 2. (Tabla 2)

Por último, se realizó el análisis post hoc utilizando el estadístico de la Diferencia Mínima Significativa (DMS) y se obtuvieron diferencias significativas en todas las variables dependientes según el trimestre de gestación, excepto en cercanía emocional en la cual no existen diferencias, como se observa en la Tabla 3. (Tabla 3)

## DISCUSIÓN

Los datos arrojados sobre los estudios cursados por las participantes en el estudio muestran como la mayor parte de las gestantes habían cursado estudios superiores, y que un bajo porcentaje de la muestra reconocía que no tenía estudios. La proporción es similar a la que obtuvieron Piñero y cols. en su estudio de 2011<sup>7</sup>, donde aproximadamente la mitad de la muestra de mujeres encuestadas tenían estudios medios o superiores.

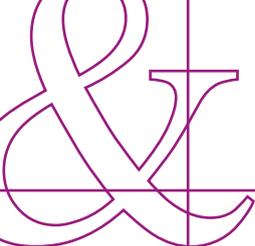
Respecto a los datos obtenidos en el estudio descriptivo de los ítems, se puede observar como las mujeres que se encuentran en el primer trimestre de gestación obtienen los valores medios más altos en el deseo de tener actividad sexual, en la consecución del orgasmo y en la complicidad con su pareja a la hora de mantener relaciones. Las mujeres que se encuentran en el segundo trimestre obtienen mejores resultados únicamente en la satisfacción general con su actividad sexual. En los demás ítems, son las mujeres que están en el último trimestre de embarazo las que mayor puntuación media obtienen. Resulta llamativo que el deseo sexual disminuya a lo largo de toda la ges-

tación, igual que en el estudio de Nunes y cols.<sup>9</sup> pero en contraposición a los datos obtenidos por Calleja y cols.<sup>4</sup>, donde en el primer trimestre hay un descenso del deseo sexual de la mujer don, pero en los últimos trimestres sufre un incremento, a los obtenidos por Rodríguez y Ramón<sup>6</sup>, donde el mayor deseo sexual se produce en el segundo trimestre y a los de Babazadeh y cols.<sup>8</sup>, donde el deseo aumentó a lo largo del embarazo en el 18,2% de las mujeres. En el mismo estudio de Calleja y cols. pasa igual en la excitación igual que con el deseo, aunque en el presente artículo esta característica no desciende a lo largo del embarazo, sino que se encuentra en una progresión ascendente.

La tabla 1 muestra como la mayor parte de las mujeres que están muy insatisfechas o bastante insatisfechas con su actividad sexual se encuentran en los últimos tres meses de embarazo, seguido por aquellas mujeres que se encuentran en el primer trimestre. La mayoría de las mujeres insatisfechas se encuentran en esa situación desde hace semanas, independientemente del momento del embarazo en el que se encuentran. Al hablar de satisfacción, resulta interesante comparar la valoración media obtenida (entre el 3 y el 3,5 sobre 5 en todas las participantes) con los resultados obtenidos por Piñero y cols., donde casi el 91% de las mujeres gestantes encuestadas declararon estar satisfechas con su vida sexual.

En la tabla 2 se muestra el estudio de las tres covariables que aparecen en el cuestionario. En ninguna de las tres se obtuvieron diferencias significativas, por lo que se puede decir que el nivel de estudios, una pareja estable o el haber deseado el embarazo no influyen en el nivel de satisfacción sexual durante el mismo.

Los datos arrojados en el análisis bivalente para estudiar la relación entre los diferentes trimestres de gestación se recogen en la tabla 3, en la que se pueden apreciar importantes resultados. Entre el primer y el segundo trimestre se obtuvieron diferencias significativas en el deseo de relaciones sexuales, en la excitación y en la consecución del orgasmo, lo que viene a decir que en el primer trimestre existe una mayor valoración de estos ítems. Entre el segundo y el tercer trimestre ocurre lo mismo, pero sin incluir la consecución de orgasmo. Al comparar entre el primer trimestre de embarazo y el último, se obtuvieron diferencias



en todos los ítems excepto en satisfacción general y cercanía emocional, lo que viene a decir que tanto el deseo como la excitación, la sequedad, el orgasmo y el dolor es mayor en el primer trimestre que en el último. Estos datos son muy similares a los obtenidos por Soria en 2013<sup>12</sup> en el que utiliza el mismo cuestionario que el presente estudio. En necesario destacar los resultados obtenidos por García y cols.<sup>11</sup>, donde al 60% de las mujeres les ha afectado el embarazo a su vida sexual. En el mismo sentido, destaca que no existen diferencias significativas respecto a la medida de la cercanía emocional de la pareja en ninguno de los dos casos, y que parece ser que cambia después del parto.

Como propuesta de estudio para un futuro, se plantea analizar la influencia del embarazo en las relaciones sexuales post-gestacionales, es decir, conocer de qué manera influye en las relaciones sexuales de la pareja el hecho de haber tenido un embarazo. Para ello resultaría interesante comparar las características sexuales de la pareja antes del embarazo y compararlas con las de después del nacimiento del bebé.

**BIBLIOGRAFÍA**

<sup>1</sup> Alonso IM, Pérez MA, Arias C, Figueroa N, Gamarra C, Martínez A, Sánchez L, Toscano A. Características biopsicosociales y frecuencia de relaciones sexuales de las embarazadas en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur. Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte. 2004;18(1):8-19.

<sup>2</sup> Carmona FJ. Preocupaciones en el embarazo, coping y personalidad en gestantes españolas. Efectos en la sintomatología durante el embarazo [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2011.

<sup>3</sup> Yeniel A, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. Int Urogynecol J. 2014; 25: 5-14.

<sup>4</sup> Calleja A, Cánovas M, García R, Martínez RA, Castello MI. Salud sexual durante el embarazo y puerperio: factores de pérdida y recuperación. Invest & Cuid. 2013; 11(26):19-37.

<sup>5</sup> Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. Bratisl Lek Listy. 2009;110(7):427-431.

<sup>6</sup> Rodríguez M, Ramón E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. Enferm Global. 2013;12(32):362-370.

<sup>7</sup> Piñero S, Alarcos G, Arenas MT, Jimenez V, Ortega EM, Ramiro MJ. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. NURE Inv. 2011 Ene-Feb; 8(50).

<sup>8</sup> Babazadeh R, Mirzaei K, Masomi Z. Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahroud, Iran. Int J Gynecol Obstet. 2013;120(1):82-84.

<sup>9</sup> Nunes B, Chaves AN, Souza J, Santos HC, Fabiole L, Freitas L, de Castro AK. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 Julio-Septiembre. [acceso 19 de Diciembre de 2014];13(3):464-73. Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a12.htm>. 2011;13(3):464-473.

<sup>10</sup> Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. J Sex Med. 2007;4(5):1381-1387.

<sup>11</sup> García S, Duarte L, Mejías M. Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en embarazadas. Enferm Global. 2012;11(28):453-464.

<sup>12</sup> Soria BC. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio [tesis doctoral]. Cádiz: Universidad de Cádiz. 2013.

<sup>13</sup> La Calle P, García J, Fernández, I, de la Fuente L., Cantero MI. Escala de valoración de la actividad sexual en la mujer. (EVAS-M). Validación a través de entrevista con experto. Sexología

	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre		Total
	N	%	N	%	N	%	
Semanas	5	50	3	50	6	46,2	14
Meses	3	30	3	50	5	38,5	11
Años	1	10	-	-	2	15,4	3
Nunca	1	10	-	-	-	-	1
Total	10		6		13		29

Tabla 1. Tiempo transcurrido desde el inicio de insatisfacción con la actividad sexual.



	F-Snedecor	Valor p
Nivel de estudios	1,061	0,367
Tener pareja	2,700	0,102
Embarazo deseado	0,435	0,510

Tabla 2. Contraste multivariado para la medida de efecto de las covariables.

Relación entre grupos			
	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
Satisfacción	0,403	0,073	0,319
Deseo	<b>0,034</b>	<b>0,046</b>	<b>0,000</b>
Excitación	<b>0,022</b>	<b>0,010</b>	<b>0,000</b>
Sequedad	0,125	0,520	<b>0,020</b>
Orgasmo	<b>0,007</b>	0,162	<b>0,000</b>
Dolor	0,071	0,096	<b>0,000</b>
Cercanía emocional	0,957	0,398	0,341

Tabla 3. Análisis *post hoc* con el estadístico DMS.

GRÁFICOS Y TABLAS

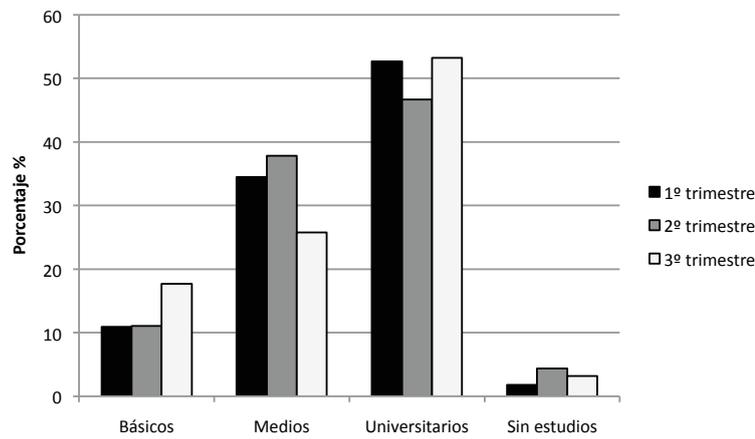


Gráfico 1. Nivel de estudios de las embarazadas.

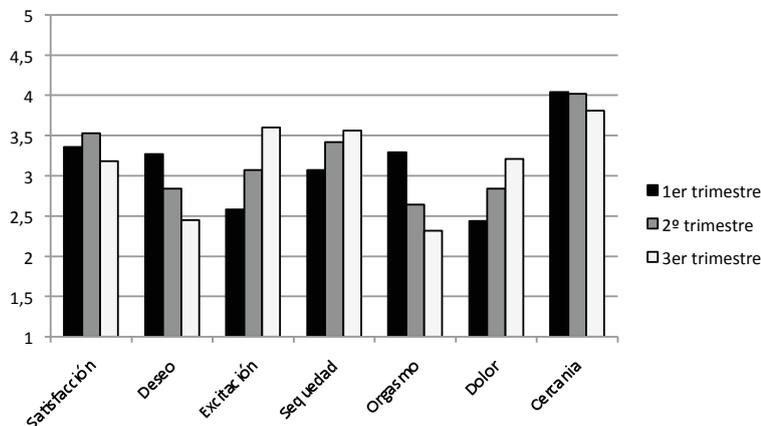


Gráfico 2. Puntuación media de cada ítem según el trimestre de gestación.

# Cirugía del Pterigión de Sushruta hasta hoy

**Autor:** Francisca Samblas Llorens

e-mail: paquisamblas@hotmail.com

## PROLOGO

He querido realizar un viaje a través del tiempo, en una técnica quirúrgica oftalmológica, la del Pterigión.

Es curioso lo poco o nada que ha evolucionado el tratamiento quirúrgico del Pterigión; pese a los grandes avances científicos y técnicos que la cirugía oftalmológica ha sufrido en los últimos tiempos.

Podemos decir que desde el gran cirujano Sushruta hasta hoy día, la técnica de extirpación de Pterigión ha sufrido pocos cambios.

Digamos que tan solo ha variado la manera de tratar las recidivas.

## ETIMOLOGIA

La palabra Pterigión deriva del termino griego "Pteros" significa alas (porque su forma nos recuerda a las alas de los insectos); y del sufijo latino "gión" que significa con forma de.... También es conocido por su afección en latín "Pterygium"

## Pterigión

Es una alteración benigna y local de la conjuntiva. Conocemos como Pterigión al crecimiento carnoso de la conjuntiva que invade la córnea.

Es un proceso anormal en el cual la conjuntiva crece sobre la cornea.

Puede crecer lo suficiente como para interferir la visión.

Es más frecuente en el lado nasal, aunque puede afectar tanto a la parte interna como externa del ojo.

Puede ser monocular ó de ambos ojos.

El Pterigión constituye una hiperplasia de carácter benigno de la conjuntiva bulbar que invade la cornea.

Esta considerado una degeneración no involutiva o tumoración epitelial benigna corneal.

Se localiza en la conjuntiva cerca del limbo corneal en el área interpalpebral, a las 3 y 9 horas.

Puede ser unipolar ó bipolar, cuando afecta

tanto a la parte temporal como a la nasal; aunque es más frecuente en la nasal.

Puede ser unilateral ó bilateral.

## ETIOLOGIA

### **Estudios epidemiológicos establecen:**

- 1- La radiación UV es un factor etiológico de Pterigión
- 2- Crece a partir del epitelio limbar y no del conjuntival
- 3- Este migra e invade la cornea de forma centripeta seguida del epitelio conjuntival
- 4- La membrana de Bowman es disuelta en el área cubierta por el borde del Pterigión que invade la cornea.

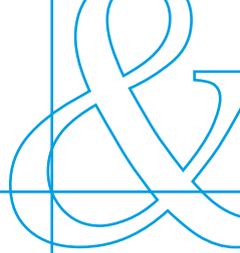
Su causa exacta es desconocida, pero los factores más comunes que influyen a su formación son:

- Exposición excesiva a la luz solar
- Aumenta con la edad
- Trabajos en el exterior
- Exposición excesiva a polvo, suciedad, calor, aire, sequedad y humo
- Exposición excesiva a alérgenos como solventes y químicos industriales.
- Factores genéticos

## SINTOMATOLOGÍA

Es asintomático en sus fases iniciales, pero al crecer suele producir molestias en la superficie ocular dependiendo del tamaño de la lesión como:

- Ojo rojo.
- Fotofobia.
- Lagrimeo.
- Sensación de cuerpo extraño.
- En casos severos puede modificar la curvatura de la córnea produciendo un astigmatismo y también reducir la visión al recubrir grandes áreas corneales.
- E incluso DIPLOPIA por restricción (tejido fibrovascular)



## ¿Cómo se puede prevenir?

- La principal medida preventiva es usar gafas de protección solar en periodos de exposición al sol prolongados.
- Uso de colirios lubricantes para evitar la sequedad.
- Evitar exposiciones prolongadas a factores ambientales de riesgo.

## CLASIFICACIÓN

### Según su extensión:

- Grado I: limbo corneal.
- Grado II: entre el limbo corneal y el área pupilar.
- Grado III: hasta el área pupilar.
- Grado IV: sobrepasa el área pupilar.

### Según su evolución:

- Primarios: cuando no han sido operados
- Recurrentes o recidivantes: cuando se reproducen después de ser operados

## TRATAMIENTO

No existe tratamiento médico, local ó general, que haga desaparecer dicho tejido; sin embargo el uso de lubricantes oculares y algunas gotas con corticoides ayudan a disminuir la sensación de cuerpo extraño del paciente y en cierta forma evitar que el Pterigión aumente de tamaño.

Cuando el Pterigión produce molestias al paciente ó aumenta de tamaño hasta ocupar la zona pupilar, impidiendo la visión, es necesario recurrir a la cirugía.

### Evolución de la cirugía a través del tiempo.

La primera referencia escrita de la cirugía del Pterigión la encontramos en un texto de Sushruta (SIHV a.C.):

- Acostar al paciente.
- Rociar con sal la zona del Pterigión.
- Se hace mirar lateralmente y con ayuda de un gancho y se engarfa y tracciona la parte más floja y superficial del Pterigión.
- Se separa este del ojo, raspando su parte profunda con un cuchillete de punta redondeada
- Los restos adheridos al globo deben ser sajados.
- Después se aplica un unguento, para que no se reproduzca.

- Hipócrates (469 a.c.) sugirió el tratamiento con: zinc, cobre, hierro, bilis y leche materna.
- Celso (50 d.c) y Galeno (131 d.c): con vino blanco, vinagre, y también con pinzamiento y exeresis.
- Milenio y medio después apenas nada había cambiado, Bartisch y Saint-Yves seguían usando técnicas parecidas a las de Sushruta y Celso.

Ali Ibn Isa en su tratado "Memorial de los oculistas" utilizaba la palabra: "tanwin" (poner a dormir) en referencia a todas las intervenciones oftalmológicas largas y dolorosas, describiendo así el uso de anestésicos y calmantes en estas cirugías.

Encontramos en este libro 36 ilustraciones sobre material para el Pterigión:

- MIGRAD - tijera estrecha para cortar el Pterigión.
- KAZ - tijera más fina ala anterior para desprenderlo del limbo.
- SANANIR- ganchos para levantar el Pterigión.
- ASAH - usado para elevar y pelar el Pterigión.

Ali ibn, apodado "el oculista", fue uno de los oftalmólogos más famosos del Islam. Era conocido en la Europa medieval como Jesu Occulist

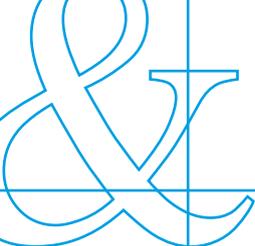
### Extirpación de Pterigión (Bartisch, 1583):

- Toma un gancho y atraviesa el Pterigión con él sin acercarte demasiado al globo.
- Atraviesa esta parte superficial con una aguja enhebrada con un hilo de seda.
- Toma los dos extremos del hilo con una mano.
- Separa el Pterigión con un cuchillo afilado y puntiagudo.
- Extírpalo con el bisturí en la otra mano hasta el canthus del ojo.
- Aplica sobre el surfóculus el siguiente colirio: acedera, alumbre, albayalde y alcanfor, y el siguiente emplasto: clara de tres huevos, agua de maslo, masilla y alumbre.

### La inmovilización del paciente se hacía en aquella época físicamente.

Saint-Yves (1767)

- Sienta el paciente en el suelo, se coloca tras él, y el paciente descansa su cabeza sobre el muslo izquierdo del cirujano.



- Pasa la aguja curva con hilo de seda tras el Pterigión, y anuda los dos cabos del hilo, y tracciona del Pterigión hacia delante.
- Después corta el Pterigión por sus límites superior e inferior con una lanceta, y lo despega de la esclera.
- A continuación introduce una de las ramas de una tijera por debajo y otra por arriba del Pterigión, y corta de un golpe la unión del Pterigión a la carúncula.
- Traccionando del hilo hacia la córnea, disecciona y separa el Pterigión hasta la córnea transparente.
- Scarpa (1802) promulgo la escisión con pinzas y tijeras.
- Mexia (1814) no usa el hilo para traccionar, sino una pinza.
- Desmarres (1855) describe el desvío y sepultamiento.
- Artl (1872) relata por primera vez el injerto autologo.
- Boeckman lo publica en 1897.
- Cazalis (1914) propone el injerto autologo tras un desuso de más de 70 años.
- Finalmente, se populariza y difunde el injerto conjuntival.
- En los años cuarenta Sorsby, Symons y Roth fueron los primeros en usar membrana amniótica en cirugía ocular.
- En 1985 Kenyon aplica esta técnica y la difunde.
- En 1993 Batlle y Perdomo describen el uso de amnión como un suplente de la conjuntiva.
- En 1995 Kim y Tseng plantearon la reconstrucción de la superficie ocular con membrana amniótica, añadiendo un método de preservación y almacenamiento.

**Tratamientos adyuvantes para prevenir la recidiva**

- 1- Reconstrucción anatómica:
  - Autoinjerto conjuntival.
  - Injerto de membrana amniótica.
  - Injerto de mucosa bucal.
  - Queratoplastia lamelar ó escleroqueratoplastia.
- 2- Agentes físicos y químicos:
  - Mitomicina
  - Beta irradiación

- Radiación blanda
- 5 fluoracilo
- Thiotepa
- Daunoribicin, etc.

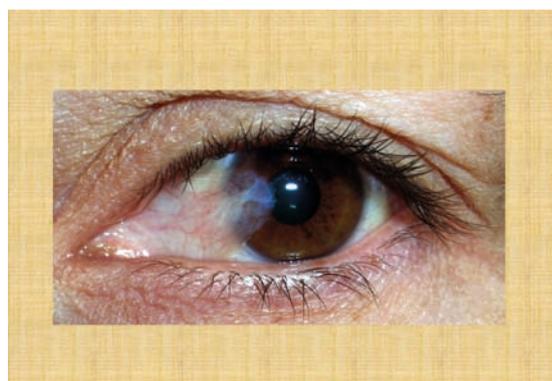
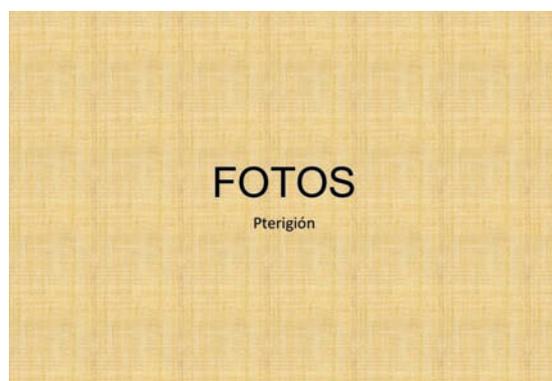
**Para concluir diremos que:**

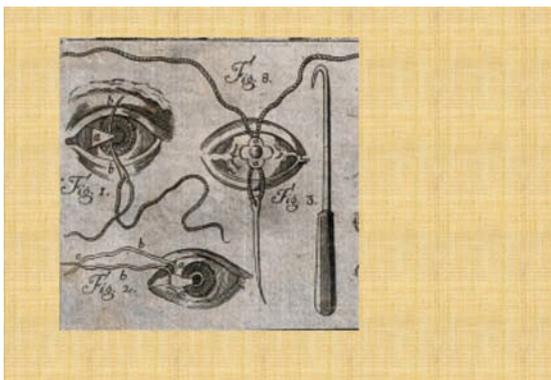
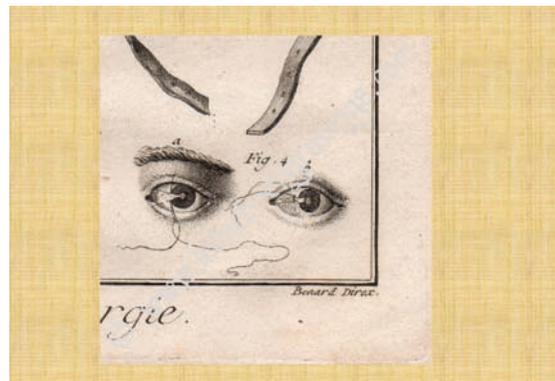
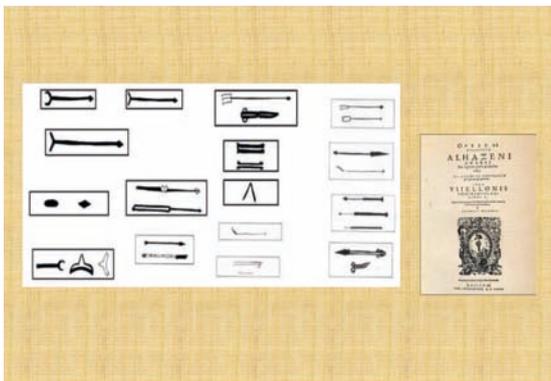
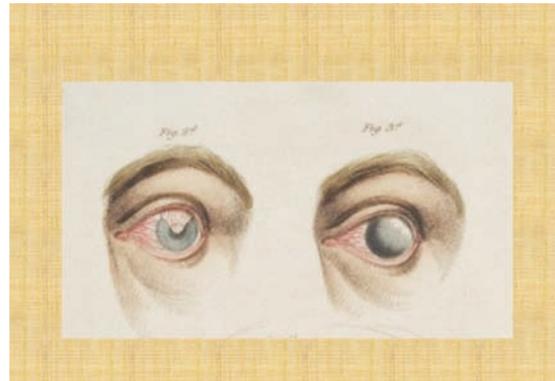
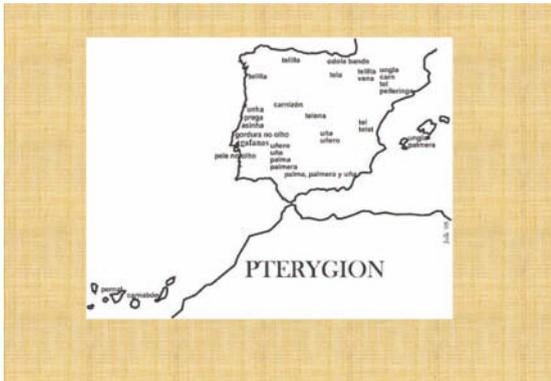
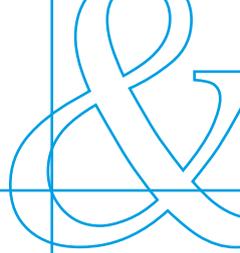
Múltiples han sido los intentos terapéuticos ensayados sin alcanzar éxito definitivo en el tratamiento del Pterigión.

Ésta es una afección de tratamiento netamente quirúrgico y aun así ubicados en el siglo XXI, con el enorme desarrollo científico-técnico alcanzado en los últimos años y con los adelantos en cirugía ocular, que hace apenas unas décadas parecían solo ficción; resulta desalentador que el Pterigión siga constituyendo un problema en la práctica oftalmológica actualmente, con una frecuencia de recidiva entre el 20 y el 40 % con las técnicas convencionales.

**BIBLIOGRAFÍA REVISADA:**

- Cirugía del Pterigión: una historia que aún no termina Rojas-Álvarez E
- Historia del tratamiento del Pterigión. MURUBE J, ESTEBAN DE ANTONIO M, RIVAS L
- Ali Ibn Isa. Cuaderno de los Oculistas. Bagdad. Siglo X.
- Historia de la cirugía Dr. Salvador Martínez Dubois
- Cuadernos SEO





# Teleostomía y telecura. También en el paciente urológico

## Teleostomía & telecura. Also urologic patient

**Autores:** Pons Prats, M.Asunción<sup>1,3</sup>; Piñol Benito, Andrea<sup>3</sup>; Bonfill Estelle, M.Teresa<sup>3</sup>; Roig Panisello, Anna<sup>2,4</sup>; Brull Gisbert, M.Antonia<sup>5</sup>; Lluís Benaiges, M.Carmen<sup>5</sup>.

1- Estomaterapeuta, Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tortosa

2- Experta en heridas crónicas, Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tortosa

3- Enfermera de hospitalización quirúrgica y consulta ostomías, Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tortosa

4- Enfermera Gestora de Casos, Hospital Verge de la Cinta, Tortosa

5- Enfermera de hospitalización quirúrgica, Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tortosa.

e-mail: mapons.ebre.ics@gencat.cat

### RESUMEN

La Teleostomía y la Telecura son consultas virtuales que permiten al paciente recibir cuidados especializados en el propio domicilio. Con esto vamos a conseguir que los pacientes tengan que desplazarse con menor frecuencia al centro de referencia, mejorando así el confort y tranquilidad que les ofrece su propio hogar.

Dicha consulta facilita la tarea diaria de enfermería de Atención Primaria contando con el apoyo de profesionales expertos, que pueden orientar, ayudar y guiar en la realización de los cuidados específicos relacionados con las heridas crónicas y/u ostomías. Esto permitirá al profesional ser más resolutivo, a la vez que se reducirán los ingresos hospitalarios y consecuentemente el gasto sanitario.

**Palabras clave:** telecura, TICs, teleostomía.

### ABSTRACT

*The Teleostomía and Telecura are virtual consultations that allow patients to receive specialized care in home. So we will ensure that patients have to travel less frequently to the reference, thereby improving comfort and tranquility offered by their own home.*

*This consultation makes your daily primary care nurse with the support of experts, which can guide, help and guide in conducting specific care related to chronic wounds and / or ostomy. This will enable the professional to be more decisive,*

*while hospital admissions and consequently reduce health spending.*

**Keywords:** telecura, ICT, teleostomía.

### INTRODUCCIÓN

Partiendo de que la atención y la educación para la salud es una función propia de enfermería, es nuestro deber proporcionar una atención integral al paciente desde su diagnóstico hasta la recuperación y/o la adaptación a la nueva situación de salud.

El avance en el mundo de la cirugía ha permitido que los días de ingreso en los procesos quirúrgicos hayan disminuido notablemente. Así los pacientes son dados de alta, muchas veces, con una herida que aún no ha cicatrizado o con una ostomía que requerirá una educación sanitaria más específica.

Esta situación es asumida por los profesionales de Atención Primaria, que en ocasiones no cuentan con conocimientos específicos sobre los cuidados que requiere el paciente y que anteriormente eran abordados, tras la cirugía, durante su estancia hospitalaria.

El Hospital de Tortosa Verge de la Cinta es el hospital de referencia de la Región Sanitaria Terres de l'Ebre. Atiende a una población de 185.294 habitantes, según datos del IDESCAT, Enero 2014 ( Institut d'estadístiques de Catalunya). Estos habitantes se dividen en 4 comarcas: Terra Alta (12,119 hab.), Ribera d'ebre (22,925



hab.), Montsià (69,613 hab.) i Baix Ebre (80,637 hab.), siendo esta última dónde se ubica el Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.

La región Sanitaria de Terres de l'Ebre tiene una superficie total de 3308,5 Km<sup>2</sup>, con la peculiaridad que hay poblaciones situadas en las comarcas de la Terra Alta y de la Ribera d'Ebre, que están a una distancia entre 87 y 99 Km, con una isocrona de 1h 25min del hospital de referencia de mayor nivel.

Teniendo en cuenta todos los datos anteriormente citados, en el año 2007, con la colaboración de las direcciones de Enfermería del Hospital y de Atención Primaria, se creó la Comisión Territorial de Heridas Crónicas, y desde 2014 se incluyen en la misma comisión las ostomías.

Esta comisión está formada por enfermeras de área hospitalaria, enfermeras de atención primaria, enfermeras expertas en cuidado de heridas crónicas y estomaterapeutas. Estas profesionales forman parte de las distintas Áreas Básicas de Salud, unidades de hospitalización quirúrgica y UCI del Hospital. La existencia de dicha comisión ha permitido unificar criterios en la valoración, el tratamiento, la utilización del mismo catálogo de productos, el registro de las heridas crónicas y de las ostomías, y la evaluación, consiguiendo así una mejor continuidad de los cuidados.

Los cuidados enfermeros han evolucionado y como en toda disciplina, el avance tecnológico, informático y virtual, forma parte del desempeño de nuestro rol, así es, que nuestra profesión está obligada a aprovechar estos avances en beneficio del paciente.

La comisión facilitó la creación de un nuevo diseño organizativo aplicando las nuevas tecnologías (TICs) con la finalidad de proporcionar al paciente comodidad, eficacia y calidad, a la vez que eficiencia al sistema y satisfacción a los profesionales.

El proyecto TELECURA está ligado al programa informático utilizado en Atención Primaria (eCAP), esto permite a los profesionales de primaria realizar consultas on-line a la experta en heridas crónicas sin la necesidad de tener que desplazar al paciente al centro de referencia.

Después de la buena acogida por parte de los profesionales de Atención Primaria se inició la creación de un nuevo proyecto: TELEOSTOMÍA,

que incluye una consulta presencial además de la virtual, siguiendo las mismas directrices y permite consultar a una estomaterapeuta.

## OBJETIVOS

Objetivo Principal:

- Garantizar una atención integral al paciente que le permita mejorar su calidad de vida.

Objetivos Específicos:

- Unificar criterios en los cuidados de las heridas crónicas y de las ostomías.
- Disminuir el tiempo de curación de estas heridas.
- Resolver complicaciones derivadas de las ostomías.
- Facilitar la labor de atención primaria, sin la necesidad de derivar al especialista.
- Disminuir los gastos económicos de estos procesos, optimizando los recursos humanos y los sanitarios.

## METODOLOGÍA

Hay una clara necesidad de continuidad en los cuidados de pacientes dados de alta con ostomías y/o con heridas complicadas. La persona que facilita esa continuidad es la enfermera Gestora de Casos, ella representa el nexo de unión entre hospital y primaria, y su labor en este caso es la de proporcionar un informe de los cuidados e iniciar una visita virtual a la que tendrá acceso enfermería de Primaria.

Para llevar a cabo el proyecto se realizó formación continuada y unificada sobre el tratamiento y cuidado de las heridas y las ostomías, y sobre el aplicativo informático en todas las Áreas Básicas del Territorio.

Los aplicativos informáticos implicados son:

- Programa SAP. Programa utilizado en el área hospitalaria, necesario en la consulta de ostomías y para la programación de visitas presenciales.
- Programa eCAP. Programa utilizado en atención primaria. Es en este aplicativo en el que se incluye la TELECURA y la TELEOSTOMÍA. Permite realizar una consulta virtual en la que se requiere el motivo de la consulta, una descripción y fotografía de la herida o de la ostomía.

En un intervalo máximo de 24h, la enfermera experta en heridas o la estomaterapeuta propondrán unos cuidados específicos y a partir de ahí se realizará un seguimiento de la evolución, y un diálogo entre la enfermera de primaria y la enfermera experta por si se requiere un cambio de tratamiento.

Todos estos datos son volcados automáticamente a la HCC ( Història Compartida de Catalunya) ,de manera que pueden ser de utilidad en caso de que el paciente sea atendido en otro centro.

## RESULTADOS

No contamos con resultados consistentes para su análisis, dado que la implantación del proyecto es muy reciente. A pesar de ello el proyecto ha tenido gran aceptación entre los profesionales formados y los que ya han utilizado el sistema. También han manifestado gran satisfacción los pacientes atendidos.

No obstante, disponemos de indicadores para la evaluación de la implantación de la TELECURA y de la TELEOSTOMÍA y son los siguientes:

- Recuento de consultas en la agenda eCAP.
- Recuento de consultas en la agenda SAP.
- Etiología de las lesiones i/o complicaciones sobre las que se realiza la consulta virtual.

Estos indicadores nos permitirán valorar, cuantificar y evaluar la eficacia del proyecto

## DISCUSIÓN

La existencia de un equipo multidisciplinar es la clave para asegurar una evolución adecuada de los procesos asistenciales. No hay duda de que la coordinación entre equipos o instituciones sanitarias debe ser eficaz para garantizar el bienestar del paciente.

Con esta nueva realidad se pretendemos proporcionar comodidad y confort al paciente, facilitar la evaluación de los resultados en todo el proceso asistencial, reducir y mejorar el tiempo y accesibilidad a las agendas del Hospital y satisfacer a los profesionales en la comunicación y la formación.

## CONCLUSIÓN

La finalidad de todo proceso asistencial es la recuperación y/o adaptación a un nuevo estado

de salud, de la forma más sencilla y menos traumática posible.

Desde que se creó la Comisión Territorial de Heridas Crónicas y Ostomías, la gestión de los recursos existentes pasó de ser independiente e inadecuada, a ser consensuada y común para todo el territorio.

La enfermera Gestora de Casos fue la persona clave para gestionar la coordinación entre hospital y primaria.

La creación de los programas de Telecura y Teleostomía es un avance más en nuestra disciplina.

Sabemos que enfermería juega un rol primordial en todo proceso de salud, por tanto, es nuestro deber proporcionar al paciente la mejor calidad asistencial, incluyendo una atención especializada de proximidad y comodidad a la vez que eficiente y eficaz.

## BIBLIOGRAFÍA

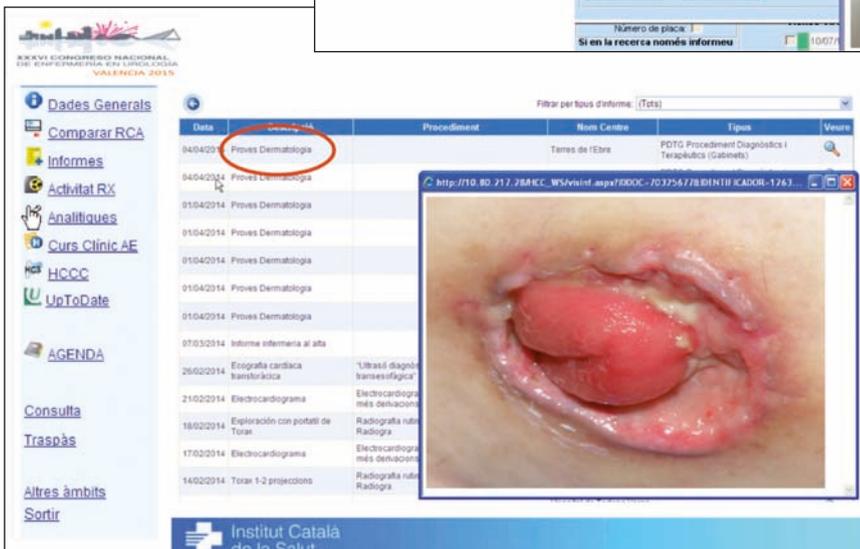
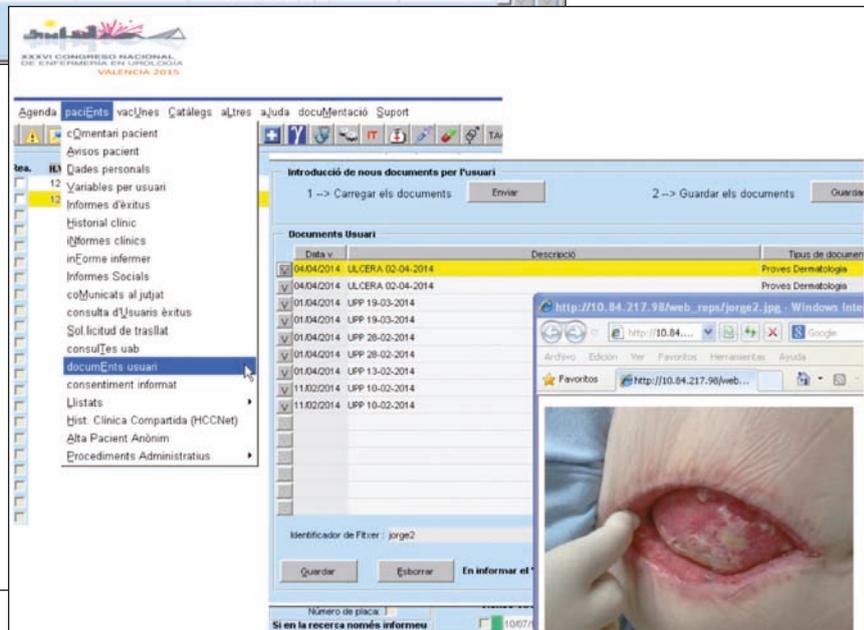
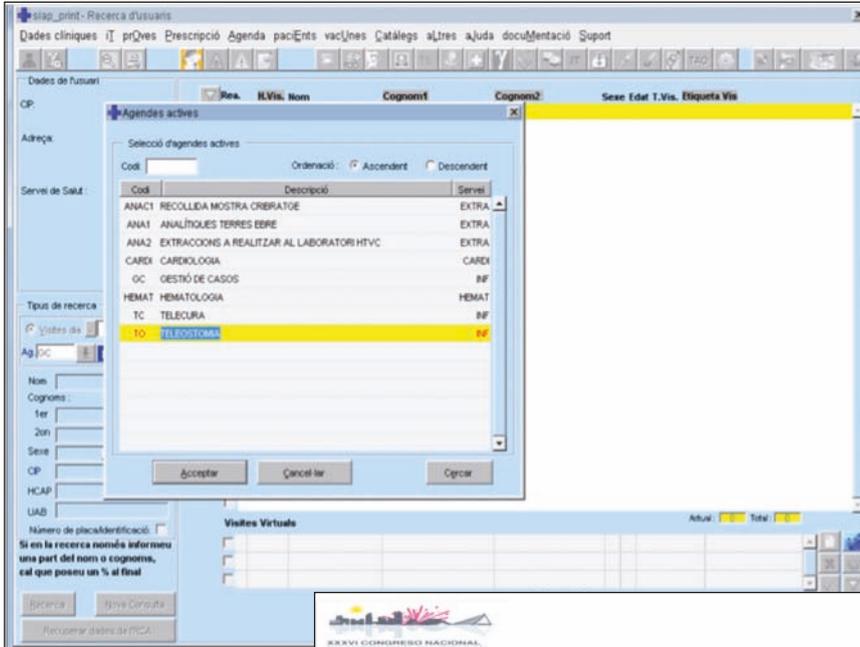
- <sup>1</sup> Bodega Urruticochea, C; Marrero Gonzalez, CM; Muñiz Toyos, N; Pérez Pérez, AJ; Rojas González, AA; Vongsavath Rosales, S. Cuidados Holísticos y Atención domiciliar al paciente ostomizado. ENE. Revista de Enfermería. Ago. 2013;7(3).
- <sup>2</sup> Schwartzmann, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería. 2003; 9(2): 09-21.
- <sup>3</sup> Contel Segura J. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. Atención Primaria 2002; 29(8): 502-506.
- <sup>4</sup> Monteverde, OV. Atención integral del Paciente Ostomizado.
- <sup>5</sup> Rodríguez Castañeda, L; Oviedo Sotomayor, H; Muñóz Rodríguez, A; Sagüillo Antolín, M; Garrido González, ML; Moreno Bermejo, L. Dehiscencias quirúrgicas en cirugía urológica. ENFURO. Asociación Española de Enfermería Urológica 2010;113 :5-8.
- <sup>6</sup> Parrilla Barragan, P; Peig Martí, MT; Marsà Fadrudo, C; Franch Llasat, R; Mora López, G; Escoda Pellisa, MT; Brull Gisbert, ML\*; Brull Gisbert, T. Continuidad asistencial hospital-primaria a través de videoconferencia. ENFURO. Asociación Española de Enfermería Urológica 2010;114 : 7-9
- <sup>7</sup> Zamora Mendoza, A; Hernández Castañón, A; Acuña Cervantes, R. Innovación en la educación de Enfermería. Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Enfermería. Virtual Educa Brasil 2007.
- <sup>8</sup> González López, B. Difusión y nuevas tecnologías sanitarias. Ed. Masson 2005; 208.
- <sup>9</sup> Company, X. La informática, pilar básico de la asistencia hospitalaria del presente y el futuro inmediato. TODO HOS-



PITAL 2006; 228: 405-409.

<sup>10</sup> Rodríguez Dacal, JM. Enfermería e informàtica. La Sociedad Española de Enfermería e Internet. Oct 2008;14

<sup>11</sup> Proyecto de implantación de un programa informàtico de enfermería. La Sociedad Española de Enfermería e Internet. N°14, Octubre 2008.



# Educación para la salud en los colegios por enfermeras

**Autor:** Rosa María Martínez Valero

e-mail: rosa\_mv2@hotmail.com

Dever describió en 1977 la distribución que se hacía del gasto sanitario en los distintos determinantes que afectan a la salud que había señalado Lalonde unos años antes, en el 1974. Los 4 determinantes que describió Lalonde que influyen en la salud son, el estilo de vida con un 43%, la biología humana con un 27%, el medio ambiente con un 19% y el estilo de vida con un 11%.

La distribución del gasto sanitario que señaló Dever hizo reflexionar, puesto que en uno de los 4 determinantes, en el estilo de vida, que es el determinante que más influye en la salud de las personas, solo se invertía un 1% del total. En cambio, lo que se invierte en el sistema de asistencia sanitaria que influye solo un 11%, prácticamente una cuarta parte de lo que influye el estilo de vida, es de un 90%, es decir que casi todo el dinero se gasta en este determinante, el menos influyente en la salud de las personas. Estaba claro que algo se hacía mal.

En la actualidad, pasadas más de 4 décadas, seguimos sin darle la importancia que se merece a la distribución de los determinantes de salud y no se invierte lo que se debería en inculcar hábitos de vida saludable. Invertir en la creación de dichos hábitos haría prevenir las enfermedades, no habría que gastar dinero en tratarlas porque no aparecerían.

Habría que reflexionar también de cómo se distribuye todo el dinero que se invierte en el sistema sanitario. Si hacemos una comparación con los distintos niveles de prevención pienso que se debería invertir más en la prevención primaria, que es la que se relaciona con los hábitos y estilo de vida, puesto que son las acciones que hacen disminuir la incidencia de las enfermedades. El resto de niveles de prevención se utilizan una vez instaurada la enfermedad (ya sea en la fase preclínica o posterior) por lo que si queremos prevenir que las personas sufran enfermedades,

es en primer nivel en el que debemos actuar.

Sí que es verdad que se invierte en campañas de prevención, por ejemplo, la de cáncer de mama a mujeres con riesgo a las que se le hacen mamografías, pero todo este tipo de campañas actúan en el segundo nivel de prevención, es decir, en la fase pre-clínica, donde la enfermedad ya está instaurada aunque no se manifiesten los signos y síntomas propios de dicha enfermedad.

Se hacen campañas de prevención ya que se ha demostrado que tratar una enfermedad en la fase pre-clínica tiene un coste menor que si la enfermedad está más avanzada. Pero sería aún más barato no tener que tratarlas ni en la fase pre-clínica, por lo que al igual que se invierte en la segunda etapa de prevención, sería más rentable coste-beneficio invertir en el primer nivel de prevención. Siguiendo con el ejemplo, son muchos los factores de riesgo que influye en el cáncer de mama pero no se dedica ni el tiempo ni el dinero suficiente con el fin de modificarlos para que no aparezca la enfermedad.

Pienso que es más fácil reducir enfermedades inculcando un estilo de vida saludable, ya que un mismo factor de riesgo, como por ejemplo el tabaco, influye en la aparición de diversas enfermedades, como multitud de tumores, enfermedades respiratorias, etc. Lo mismo ocurre con la obesidad, con una dieta inadecuada, el sedentarismo u otros hábitos inadecuados, que cada uno de ellos, influyen en el riesgo de padecer diversas enfermedades. Es decir, que si conseguimos reducir el consumo del tabaco gracias a la educación para la salud, reduciremos el número de personas que sufran esas enfermedades en las que el tabaco es un factor de riesgo.

Cambiar hábitos es complicado, más cuando la persona es adulta ya que los tiene más arraigados, por eso pienso que desde niños hay que educarles en salud y que mejor sitio que en las escuelas.



Las autoridades eran conscientes de ello por lo que en 1990 entró en vigor la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE). Con dicha ley se pretendía que la educación para la salud estuviese integrada de forma transversal en el currículum educativo, pero está claro que no se consiguió lo que se esperaba puesto que el número de niños con sobrepeso aumenta, al igual que las prácticas de sexo de riesgo, el consumo de drogas, etc. El único dato que desciende es la edad de inicio de consumo de drogas de los adolescentes, por desgracia es un dato que no es nada favorable.

### **¿Dónde puede estar el error?**

¿Son los profesores las personas idóneas para formar en salud a los niños y adolescentes? Yo pienso que no. ¿A caso el profesor de lengua da clases de matemáticas? Ambos se dedican a la formación, si, pero cada uno se ha formado en distintas disciplinas y aportan su especialidad dentro del programa escolar. Por la misma razón, no creo que una persona que no sea sanitaria, los profesores en este caso, sean los más indicados en ser los responsables de la formación y educación de la salud.

El error está también en la metodología elegida para formar en salud. Para usar una metodología correcta se debe saber bien qué es y qué implica una buena educación para la salud. No es simplemente dar una charla informativa un día de forma puntual puesto que lo que se requiere es que adquieran habilidades y aptitudes y para eso es necesario mucho más.

### **¿Cuál podría ser la solución?**

Pienso que sería necesario crear una asignatura obligatoria que se diese en los colegios e institutos de educación para la salud y la persona que se debe encargarse de impartirla debería ser una enfermera.

Opino que las enfermeras son capaces de desarrollar todo un programa formativo para una asignatura que se impartiese a lo largo de todo el curso escolar. Pueden enseñar tanto en alimentación, como en ergonomía, en sexualidad, en consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, educación vial, la importancia del deporte, derechos de igualdad, primeros auxilios, etc.

Es importante saber adaptarlo a las distintas

edades y características de los niños del colegio. Por ejemplo, para niños de primaria, de menor edad, se debería usar técnicas como el juego, el comic, los libros, los videos... para adolescentes se pueden usar otras herramientas para la educación como el uso de un blog, usar el modelo de flipped classrom, entre otras.

Además no sólo se debería dejar la educación para la salud en una asignatura, sino que, además se debería implantar en todo el colegio, con el uso de sillas y mesas adecuadas, una correcta aireación e iluminación, una buena alimentación en el comedor, comida y bebida saludables en la cantina y/o en máquinas dispensadoras, etc. Crep que también sería recomendable hacer talleres con profesores y padres sobre diversos temas como:

- Estilos de vida saludable: dieta, ejercicio, salud y sexualidad, drogas, entre otros aspectos.
- Reanimación cardiopulmonar básica.
- Cuidado en primeros auxilios: quemaduras, traumatismos, intoxicaciones, alergias, heridas...
- Descripción de las enfermedades típicas en la infancia y adolescencia: asma, celiaquía, diabetes mellitus, epilepsia, etc.

Así se conseguiría una comunidad mucho más saludable. Otros países como Suiza, Alemania o Inglaterra son conscientes de la importancia y los beneficios que se obtiene y la presencia de las enfermeras en sus colegios es algo habitual.

También creo que es necesario que los alumnos tengan a una persona de referencia, la enfermera escolar, ya que en ocasiones, en especial los adolescentes, les surgen muchas dudas pero no acuden a una persona idónea para resolverlas. Si tuviesen una persona de referencia, con confianza, con facilidad de acceder a ella y comunicarse, los alumnos estarían mejor informados por lo que sus actitudes deberían ser más saludables. También se realizaría un seguimiento y evaluación para comprobar que se ha aclarado la duda y que se actúa de una forma lógica y responsable en base a la educación ofrecida por la enfermera de forma individual.

Otro de los beneficios que aporta la figura de la enfermería es que si durante el horario escolar alguien sufriese alguna caída, algún golpe...

sería atendido en el minuto 1 ya que en algunas situaciones el tiempo de la primera actuación es primordial para evitar secuelas o salvar la vida, como es el caso de una reacción alérgica, una parada cardiorespiratoria, etc.

En conclusión, la figura de la enfermería escolar es algo por lo que se debe apostar, no solo en los colegios de educación especial, sino en todos, puesto que ayudaría a reducir el gasto sanitario global ya que como he dicho anterior-

mente se reduciría la incidencia de las enfermedades y se mejoraría el estado de salud de las personas que sufriesen alguna patología crónica al educar en temas relacionados con su enfermedad, evitando así posibles complicaciones y/o secuelas. Además, lo más importante para mí es que se reduciría la angustia y el sufrimiento de los alumnos y sus familias cuando un menor sufre alguna dolencia.

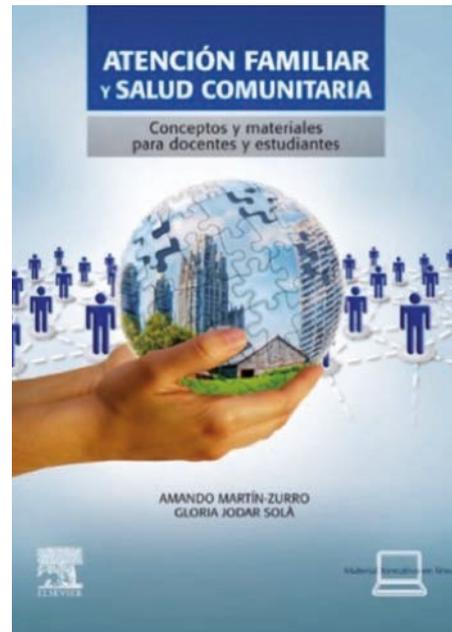
## Atención familiar y salud comunitaria

Conceptos y materiales para docentes y estudiantes

Martín Zurro, A; Jodar Solà, G. 2011

Los cambios actuales que los nuevos planes de estudios están incorporando en la enseñanza de Ciencias de la Salud tendrán, tanto a corto como a medio plazo, tienen repercusiones significativas en la práctica de los profesionales de Ciencias de la Salud. El libro Atención Familiar y Salud Comunitaria se basa precisamente en esta premisa y tiene como objetivo principal proporcionar tanto a los estudiantes, como a los profesionales de la salud en formación, principalmente médicos y enfermeros, elementos para obtener un aprendizaje integrado de la atención familiar y comunitaria.

La obra pretende ser un instrumento docente de referencia para distintos colectivos profesionales en formación, principalmente médicos y enfermeras, en las distintas fases de su proceso formativo: grado, máster, doctorado y especialización.



## Manual práctico de quirófano para Enfermería

Susana Bravo Castañeda; Ángela Sanchón Amador; Sagrario Suárez Peces. 2014

Este "Manual Práctico de Quirófano para Enfermería" está dirigido a los profesionales de la enfermería, tanto actuales como para futuras promociones, y en él se vislumbra claramente su intención docente.

Su objetivo es adiestrar, lo cual se logra con la experiencia vital y no en los pupitres. Es en este sentido que publicaciones como la presente, realizada desde la experiencia de trabajadores de la enfermería, se muestran sumamente necesarias y útiles.

Una intervención quirúrgica supone la cumbre del trabajo organizado, reflexivo, técnico y científico. Es en este contexto donde la instrumentación quirúrgica, es clave en el éxito final y, en base a ello, textos como el aquí presentado se muestran muy necesarios.

Todo ello queda plasmado en este Manual con una visión moderna, incorporando las técnicas quirúrgicas más habitualmente realizadas y con una estructura práctica y muy didáctica.



**II JORNADA DE INNOVACIÓN Y EVIDENCIA EN CUIDADOS y XI JORNADA DE ACTIVIDAD CIENTÍFICA ENFERMERA**

**Fecha:** 16/12/15

**Lugar:** Salón de actos. Hospital Universitari i Politècnic La Fe

**Información:** [http://www.aulafe.com/vplus/documentos\\_nuevos/2015\\_10\\_16\\_09\\_58\\_58\\_programa\\_preliminar\\_para\\_aulafe.pdf](http://www.aulafe.com/vplus/documentos_nuevos/2015_10_16_09_58_58_programa_preliminar_para_aulafe.pdf)



**CURSO DE DESFIBRILACION AUTOMATICA EXTERNA: ENSEÑA A SALVAR UNA VIDA**

**Fecha:** 21 y 22 de diciembre de 2015

**Lugar:** Colegio de Enfermería de Valencia

**Información:** <https://www.formacionenfervalencia.com>

**I JORNADAS SALUD Y DEPORTE, Y IV JORNADAS DE ENFERMERÍA DEPORTIVA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

**Fecha:** 25 y 26 de febrero de 2016

**Lugar:** Colegio Oficial de Médicos de Valencia

**Información:** <http://www.enferdep.com/detalleNoticias.php?id=52>

**XI SIMPOSIO NACIONAL SOBRE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS - IX CONGRESO IBEROLATINOAMERICANO SOBRE ÚLCERAS Y HERIDAS**

**Fecha:** Del 4 al 6 de mayo de 2016

**Lugar:** Logroño

**Información:** [gneapp@bocentium.com](mailto:gneapp@bocentium.com); [www.gneapp.bocentium.com](http://www.gneapp.bocentium.com)

**IX CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS**

**Fecha:** 18, 19 y 20 de mayo de 2016

**Lugar:** Barcelona

**Información:** [estomaterapia@estomaterapia.es](mailto:estomaterapia@estomaterapia.es); [www.congresoostomiasbcn2016.es](http://www.congresoostomiasbcn2016.es)



**MÁSTER PROPIO EN CUIDADOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO**

**Fecha:** De enero a octubre de 2016

**Lugar:** Semipresencial

**Información:** 963 764 364; [neurociencias@clavecongresos.com](mailto:neurociencias@clavecongresos.com); [www.uchceu.es](http://www.uchceu.es)

**CURSO DE PERFECCIONAMIENTO: ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA (VI EDICIÓN)**

**Fecha:** Desde el 11/03/2016 hasta el 04/06/2016. Un fin de semana al mes.

**Lugar:** Centro Dermatológico Estético Alicante

**Información:** [dermocosmetica.umh.es/?mod=cursons&ct=curso-enfermeria-dermatologica.asp](http://dermocosmetica.umh.es/?mod=cursons&ct=curso-enfermeria-dermatologica.asp)

<http://cuidadosdelasheridas.com/>

Como fruto de varias de las propuestas de trabajo planteadas, se crea la nueva Web del GNEAUPP para el cuidado de las heridas, [www.cuidadosdelasheridas.com](http://www.cuidadosdelasheridas.com), dirigida a ciudadanos, y en la que podrás encontrar vídeos, documentos, preguntas frecuentes, etc sobre un tema especialmente relevante.

Orientada directamente a pacientes y cuidadores. Se rinde estrechamente en sus formas y secciones a las orientaciones que ellos han brindado, de manera individual o colectiva (a través de las asociaciones de pacientes).

El GNEAUPP como sociedad científica española integrada por enfermeras y otras disciplinas en ciencias de la salud, se posiciona con esta página web entre las pioneras en dedicar un espacio propio a los pacientes con una inequívoca finalidad de: Informar, enseñar, orientar, acompañar, adiestrar, responder, aliviar, anunciar, conectar, escuchar, declarar, fortalecer, reunir, animar, romper la soledad.

Desde CECOVA recomendamos esta web como herramienta útil para dar soporte a nuestros pacientes.



## Díalisis 24 h

**Hoy inauguramos en nuestra sección de enfermería en la red la recomendación de una app creada por enfermeras.**

BCX Diálisis 24 horas es una aplicación totalmente gratuita que ha sido galardonada con el 1º Premio en la categoría de Gestión Hospitalaria en la IV Edición de los Premios Hinnovar de Novartis y con un Accésit en el Premio de la Fundación Profesor Barea 2015. La aplicación ha sido desarrollada por Ruth Molina y Mercedes Muñoz (enfermeras especialistas en diálisis) junto con Manuel Escobar (ingeniero informático y CEO de Biocapax).

Sirve de apoyo y referencia al paciente de diálisis, ayudando así a su adhesión al tratamiento. Para ello, debe primero crear un perfil en la app registrándose y proporcionando los datos personales mínimos. En ella podrá llevar un control diario de ingestas de alimentos y pérdidas de líquidos con lo que podrá calcular y revisar su balance hídrico, así como llevar el control de sus diálisis.

Contiene un catálogo con más de 500 alimentos y platos donde podrá consultar las cantidades de sodio, fósforo, potasio y agua que va a ingerir en función de la cantidad. Esto le será muy útil como ayuda a la hora de conocer qué alimentos puede tomar y cuáles evitar.

La app contiene un juego de preguntas con el que podrá aprender en solitario o jugando contra el resto del mundo en tiempo real sobre los alimentos y consejos de salud.

Como apoyo a su tratamiento, BCX Dialisis 24 horas dispone de un pastillero con el que podrá programar alarmas que le sirvan de recordatorio a la hora de tomar sus medicamentos.

Todo esto se complementa con la parte de ayuda y consejos de salud que siempre estarán presentes para su consulta.



proyecto ACAIC



Biblioteca Digital Cecova

BIENVENIDOS!

La Biblioteca Digital del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, es un espacio virtual en el que acceder a la producción editorial de la entidad, una útil herramienta para los profesionales de Enfermería.

Novedades

**Nuevo Boletín CECOVA**  
Ya disponibles el nuevo boletín de CECOVA N6/2013

más

Newsletter info@bibliotecadigitalcecova.com Versión HTML



**CECOVA**  
Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana

- Boletines CECOVA
- Boletines CECOVA on-line
- Revista interactiva CECOVA TV
- Periódico Enfermería Profesión
- Revista Investigación y Cuidados
- Revista Cultura de los Cuidados
- Libros CECOVA
- Manuales CECOVA
- Informes profesionales
- Miscelánea
- Newsletter



SI TIENE ENTRE  
25 Y 30 AÑOS Y  
**ESTÁ O  
ACABA DE  
COLEGIARSE**  
COMO PROFESIONAL  
SANITARIO

**50%\*** bonificación  
para **NUEVOS COLEGIADOS**  
en su **Seguro de Automóvil**

EN A.M.A. QUEREMOS ESTAR CON USTED  
DESDE SU PRIMER DÍA DE TRABAJO



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

**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.** Plza. América, 6; ac. esquina Avda. Navarro Reverter, 17.  
Tel. 963 94 08 22 valencia@amaseguros.com

[\*] Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados entre el 13 de abril y el 31 de diciembre de 2015. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

# PROfesional: Ponemos a tu disposición un préstamo nómina con ventajas exclusivas.

Una manera de propulsar tus iniciativas es ofrecerte un préstamo nómina con unas excelentes condiciones, solo por tener la nómina domiciliada en Banco Sabadell y seguro vinculado.

Si eres miembro del **Colegio de Enfermería de Alicante, Castellón o Valencia** y buscas promover tu trabajo, proteger tus intereses o tus valores profesionales, con **Banco Sabadell** puedes. Te beneficiarás de las soluciones financieras de un banco que trabaja en PRO de los profesionales.

Al fin y al cabo, somos el banco de las mejores empresas.  
O lo que es lo mismo, **el banco de los mejores profesionales: el tuyo.**

Llámanos al **902 383 666**, identifíquese como miembro de su colectivo, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.

[sabadellprofessional.com](http://sabadellprofessional.com)



Captura el código QR y  
conoce nuestra news  
'Professional Informa'

El banco de las mejores empresas. Y el tuyo.