

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERÍA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XI

nº 30 Julio 2008



Experto

Formación

Edita:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería
de Huelva

Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Ilustre Colegio
Oficial de Enfermería de Huelva

Consejo de Redacción

Presidente:

Gonzalo García Domínguez

Director Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

Jefa de Redacción:

Patricia Mauri Fábrega

Redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Martín Vázquez Bermúdez

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Asesora de redacción:

Eva M^a Lorenzo Martín

Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de

Enfermería de Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Tecnographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

I.S.S.N.: 1136-2243

Tirada: 2.500 ejemplares

Distribución gratuita

Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 33, pral. izq.

21003 Huelva

Telf. 959 54 09 04

Correo electrónico:

Línea Móvil 639/11 17 10

Página www: ocenf.org/huelva/

Coleg21@enfermundi.com

Fax: 959 25 62 70

Horario de Oficina:

De lunes a viernes.

De 9 a 14 h.

Horario de la Asesoría Jurídica

Martes y jueves de 17,30 a 19 horas

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

SUMARIO

3

Editorial

4/5

Póliza del Colegio

5

Reunión Consejera

6

Premio comunicación

7/9

Trabajo científico

10/11

Glaxo

12/17

Simulacro

18/27

Trabajo científico

28/29

Manual A.P.

30/31

Trabajo científico

32

Caja Rural



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN EN DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA

Documentos de enfermería publica en sus distintas secciones trabajos sobre las diversas actividades de la profesión: atención hospitalaria, atención primaria, docencia, investigación, epidemiología, gestión y administración, ética, relaciones laborales, la formación, historia de la profesión y recursos humanos en el campo de la enfermería y la salud en general.

La presentación de un trabajo no implica la obligación por parte del Consejo Editorial de su aceptación para su publicación, ni compromiso respecto a la fecha de la misma.

El Consejo Editorial establecerá comunicación con los autores de los trabajos para manifestarles su recepción y si es precisa alguna normalización del mismo.

Los trabajos se presentarán en folios DIN-A-4, numerados, mecanografiados por una sola cara a doble espacio, dejando unos márgenes inferior y superior e izquierdo de 4 cms. y derecho de 2 cms.

Los dibujos, gráficos y fotos, así como sus leyendas irán a parte bien identificados y numerados.

La bibliografía, si la hubiera, se acompañará en folio aparte.

Si se tratara de resúmenes de ponencias o comunicaciones a congresos, el autor deberá indicar el nombre del congreso, fecha y lugar de celebración, así como si ha obtenido alguna mención.

Los trabajos irán acompañados de una carta de presentación donde se indica el deseo de publicarlo en Documentos de Enfermería, así como el título del trabajo, lugar y año de realización, nombre completo del autor o autores, número de colegiado, D.N.I., dirección completa y teléfono para posterior comunicación.

Los trabajos podrán ser remitidos por correo o entregados personalmente en la sede del Colegio de Enfermería de Huelva.

Los trabajos aceptados quedan a disposición del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva para su posterior utilización.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación por cualquier medio sin citar la fuente.

Documentos de Enfermería no se hace responsable ni comparte necesariamente las opiniones manifestadas en los artículos, siendo responsabilidad exclusiva de sus autores.

EL COLEGIO, EL EXPERTO y UN EJERCICIO DE RESPONSABILIDAD

El curso

académico 2007-2008 concluyó, por lo que esta corporación se refiere, con un acto que sirvió para dejar patente la solvencia de la apuesta colegial en materia de formación de los profesionales. Todo se inició allá por el 2006 este Colegio decidió apostar por un ciclo formativo del mayor nivel y exigencia. Era el Curso de Experto Universitario en su faceta de atención en las Urgencias y Emergencias, y en su segunda edición en Huelva, que ha venido ocupando varios meses de intenso quehacer y el sometiéndose a un verdadero examen con un ejercicio práctico final del que damos cumplida cuenta en las páginas centrales de esta Revista colegial.

Para este Colegio, resulta importante dejar constancia de que, sin que suene a autocomplacencia, el citado Experto Universitario ha supuesto un auténtico reto compartido con alumnos y profesores hasta desembocar en el beneplácito general que supuso el mayor simulacro de los celebrados hasta ahora en una ciudad como Huelva donde, no se debe olvidar, la densidad, concentración y cercanía de distintas instalaciones químicas comporta una realidad, objetiva, que los poderes públicos y las instituciones comprometidas como la nuestra no pueden nunca soslayar. Y ya se sabe: la mejor tarea no es otra que la prevención, por encima de todo.

De ahí que hayamos entendido que el desarrollo de este Curso supuso un ejercicio de responsabilidad por nuestra parte del que se ha obtenido la mejor de las notas, al decir de los distintos agentes implicados.

De este modo, "DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA" alcanza su última edición antes del periodo vacacional dando cabida a toda una muestra de lo que ningún profesional puede ignorar o conocer de forma superficial. Se trate de la edición de trabajos de carácter científico (incluido el ganador de la última edición del Certamen Ciudad de Huelva) o de aquellas otras parcelas que hablan de la actualidad, pura y dura, que representa haber iniciado una nueva legislatura política con la continuidad, sí, de la consejera María Jesús Montero pero acompañada de una profunda renovación en su equipo directivo del SAS con todas las repercusiones que ello está originando en no pocos centros sanitarios de la región.

El Colegio de Enfermería de Huelva ha estado presente, con voz propia en la persona de su presidente Gonzalo García, en el primer contacto oficial entre la Organización Colegial de Enfermería en nuestra región y la máxima responsable política para que, una vez más, conociera cuales son los problemas, y las aspiraciones, más urgentes que interesan y afectan al conjunto del colectivo repartido por las ocho provincias. La consejera de Salud no podrá aducir, ni achacar, al pleno del CAE, no haber reflejado la realidad que acompaña al quehacer de los miles de enfermeras y enfermeros que ejercen en la comunidad. Los Colegios provinciales han ofrecido todo el diálogo posible para la búsqueda de salidas y soluciones a la no escasa, precisamente, batería de problemas que rodean la actuación de los profesionales. De toda índole. desde la prescripción enfermera (donde la consejera siempre mostró su apoyo) hasta la jubilación por el artículo 151 pasando por el desarrollo de las especialidades, la necesaria adecuación de las plantillas en todo el Sistema, las agresiones físicas y verbales que se multiplican por doquier, los riesgos biológicos y, en fin, un largo capítulo de problemas presentes sobre la mesa de la Consejera.

Ojalá que, en próximos números de esta publicación, el Colegio pueda ir avanzando los frutos a una disposición que, por nuestra parte, va a estar presidida siempre por la lealtad y el compromiso de defender el sistema público, la atención ciudadana y el avance de los profesionales de enfermería andaluces en general y onubenses en particular. Con este compromiso quedan emplazados los lectores de esta publicación hasta el retorno tras el trimestre veraniego. Esperemos que, por delante, vivamos un verano sin otras mayores dificultades que las inherentes al trabajo de enfermería en una provincia receptora de visitantes y, obviamente, de demanda sanitaria.

Nuevo SEGURO de RESPONSABILIDAD Civil

TU COLEGIO
TE PROTEGE
CON 3.000.000 €

(500 MILLONES DE PESETAS)

¡No te olvides!
tu seguridad, ante todo



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
HUELVA



LA CONSEJERA MONTERO Y EL CAE ABORDAN LA NUEVA LEGISLATURA



El Consejo Andaluz de Enfermería (CAE) fue recibido por la reelegida consejera de Salud de la Junta de Andalucía en un primer contacto ante la legislatura que se inauguró tras las últimas elecciones regionales del mes de marzo. Los presidentes de los Colegios provinciales de Enfermería, el de Huelva entre ellos, expusieron a la responsable de la comunidad en materia sanitaria los principales problemas que afectan y preocupan a la profesión al tiempo que solicitaban cauces de diálogo para ir encauzando las dificultades que puedan surgir con el paso del tiempo. La titular del área, María Jesús Montero, habló de las consecuencias que puede deparar la existencia de un "nuevo marco formativo" el cual exigirá "un análisis serio y riguroso" invitando a los Colegios a participar en el planteamiento del nuevo modelo.

En la sede sevillana de la Consejería de Salud, María Jesús Montero recibió, el pasado 27 de mayo, al CAE con su presidente, Florentino Pérez Raya, al frente. La profesión de la provincia onubense estuvo representada por Gonzalo García. También asistieron el recién nombrado viceconsejero de Salud, Enrique Cruz y el secretario general de Calidad del departamento, José Luis Rocha. Sobre la mesa, la problemática de la enfermería en el instante en que un nuevo

equipo político iniciaba su andadura al frente de la Consejería. El CAE aprovechó la oportunidad para solicitar del nuevo gerente del SAS una entrevista al objeto de plantear otras cuestiones que, desde un punto estrictamente laboral, preocupan a la enfermería de la región.

María Jesús Montero recibió, al detalle, la exposición de algunos de los numerosos problemas que afectan al colectivo. La Consejera, en su nuevo mandato de cuatro años se refirió a que, como consecuencia de la reforma de los títulos universitarios, se va a establecer un "nuevo marco formativo" que llevará aparejado un "reparto de competencias dentro del equipo asistencial". Tras reiterar su apoyo a la llamada "prescripción enfermera", también se habló sobre las especialidades enfermeras y su deseable implantación. Para todo este horizonte, Montero señaló la necesidad de que deba abordarse desde "un análisis serio y riguroso".

Catálogo

En nombre del CAE, su presidente Florentino Pérez Raya, dejó constancia de algunas parcelas que, no por conocidas, han dejado de constituir una preocupación para la enfermería andaluza. A saber: los riesgos biológicos, las agresiones de que son objetos el personal de enfermería, la escasez de plantillas en los centros, sean de atención primaria como especializada, la sustitución

de las bajas y los permisos si olvidar que, por la administración, se reconsidere la situación que padecen aquellos ex-profesionales que se jubilaron a la edad de 60 años por el artículo 151 algo que, en otras regiones españolas, está siendo objeto de estudio y solución mientras en Andalucía permanece el problema traducido en una importante merma en las pensiones. Y para que esto se traduzca en algo del todo simbólico, a la Consejera el CAE le pidió se "haga visible" el objetivo señalado por la propia Montero en cuanto a refuerzo de competencias dentro del organigrama de la Consejería y del SAS, en sus cargos directivos y se cuente con la participación de los Colegios Oficiales en todo lo que afecte a la profesión.

Consenso

Al hilo de este primer encuentro, el presidente del Colegio de Huelva, Gonzalo García, mostró su confianza en que "solo desde el diálogo, la comprensión mutua podemos trabajar para ir ofreciendo cotas de resolución a la problemática, que en muchos frentes, nos afectan a un colectivo como la enfermería verdaderamente clave para el desarrollo del Sistema. Ojalá que este primer encuentro de trabajo con la reelegida consejera Montero sea el prólogo de nuevos foros en los que consumir avances que la profesión demanda a diario".

HUMANIZAR LA ESPERA QUIRÚRGICA

Huelva.- Redacción

Un equipo de enfermería del Hospital comarcal de Riotinto ha sido premiado, en el apartado de la comunicación, por su aportación en las XIII Jornadas nacionales de Humanización de la Salud celebradas, recientemente, en la localidad madrileña de Tres Cantos. El trabajo versa sobre la necesaria humanización que debe presidir la atención en la sala de espera que da acceso al quirófano. Aspecto éste donde todos los Sistemas han de profundizar por aquello de que, como se dijo en este foro, "la atención sanitaria es un derecho individual que exige conocimiento y uso".

El equipo de enfermería de Riotinto presentó una comunicación titulada "Humanización de la atención en la sala de espera del quirófano. Estudio de satisfacción". Los autores son los diplomados Juana Rocío Reyes Bautista, M^a del Rocío Díaz López, Mario Moreno Casto y Fernando Robledo Cárdenas. Como escenario, las Jornadas nacionales de Humanización de la salud bajo el lema "Salud y familia" celebradas en el Centro de Humanización de la Salud (CEHS) de Tres Cantos y que contó con la colaboración de las Consejerías de Sanidad y Familia de la Comunidad de Madrid. La comunicación presentada gira sobre una apuesta que el centro comarcal de Riotinto tiene vigente para ofrecer apoyo e información a los familiares de los enfermos que están siendo intervenidos en el quirófano y

aguardan impacientes en la sala de espera a que se produzca la finalización de la operación.

Este servicio fue puesto en marcha en 2006 dentro del hospital de Riotinto y se creó como "un nexo de unión" entre la actividad que se desarrolla en los quirófanos del comarcal y aquellas personas que han de permanecer en el exterior, ante la puerta del área quirúrgica lo cual implica, en la mayoría de los casos, "situaciones de angustia e incertidumbre dada la escasez de información y su lógico desconocimiento del ámbito sanitario".



Han comprobado que esta nueva aportación "aumenta considerablemente el grado de satisfacción de los usuarios, los cuales reciben información de todos los pasos que se siguen en el procedimiento quirúrgico". El personal de enfermería, busca humanizar y acercar la asistencia al usuario. En el de Tres Cantos –Centro San Camilo–, hubo presencia de profesionales provenientes del mundo de la medicina, psicología, derecho y enfermería.

2º CONGRESO DE ENFERMERÍA ALGARBE-ANDALUCÍA

Los días 23, 24 y 25 de octubre'08 tendrá lugar en la ciudad portuguesa de Faro un Congreso que, por esperado, gozará de un seguro éxito. Las profesiones de enfermería de dos regiones limítrofes como el Algarbe y Andalucía van a unirse en un foro que, bajo el lema "Cuidados seguros", supondrá todo un reclamo y vaticino de sucesivas convocatorias. El Colegio de Huelva se cuenta entre los numerosos organismos oficiales que apoyan esta importante cita.

La enfermería andaluza tendrá un lugar para compartir con la portuguesa del Algarbe, cual es su actual momento, donde están los principales problemas que, de toda índole, le afectan en torno al lema escogido de "Cuidados seguros". El escenario será el Auditorio de la Escuela Superior de Salud de Faro y en el programa ya ultimado tomarán parte profesionales y dirigentes de la enfermería, y sanidad, de ambos lados del Guadiana. Así, profesionales de los hospitales onubenses y lusitanos hablarán acerca de un amplio cuestionario entre los que, entre otros, destacarían los siguientes enunciados: Prevención de riesgos: prevención de infecciones asociadas a la prestación de cuidados; enfermedades emergentes; derecho de nacer en seguridad; nacer en casa; formación de los enfermeros y enfermeras, competencias profesionales, dignidad humana... Como se ve, un amplio abanico de exposiciones a cada cual más atrayente.

El presidente del colegio de Enfermería de Huelva, Gonzalo García, que ha sido testigo en la gestación de este 2º Congreso, quiere destacar "el significado y trascendencia que supone asistir a un debate, que vaticino de lo más intenso, entre las dos enfermerías, de Andalucía y del Algarbe, para que, desde el conocimiento y actitudes mutuas, podamos sacar las mejores lecciones y consecuencias que, al final, redunden en beneficios para la sociedad. En la organización de este evento hay muchas entidades oficiales implicadas, entre ellas el colegio provincial de Huelva, y desde este momento, insto a quienes lo deseen, se informen y puedan llegar a asistir a una cita que, sin duda, va a representar un hito en el desarrollo y planteamientos futuros de una misma profesión a caballo entre dos regiones y países hermanos".

La información se localiza en el teléfono 289895300 o en el correo cformacao@hdf.min-saude.pt.

Revisión Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber

Autores:

Manuela Bernal Márquez. Fisioterapeuta. Serv. de Rehabilitación. Hospital Infanta Elena

Cristina Cuevas González. DUE. Fisioterapeuta. Serv. de Rehabilitación. Hospital Infanta Elena

Rosalía Pérez Moreira. Fisioterapeuta. Técnico Dirección Regional de Atención al Ciudadano. Servicios Centrales S.A.S.

Resumen

Exponemos un caso de Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber en una adolescente de 16 años que presenta edemas linfáticos en miembros inferiores que se han agravado produciendo dolor, déficit de movilidad y dificultad para caminar. El síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber es un síndrome neurocutáneo con afectación vascular e hipertrofia de tejidos.

Palabras claves: Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber, mancha vascular cutánea, hipertrofia de tejidos, alteración linfática y venosa.

Summary

We present a case of Klippel-Trenaunay-Weber's syndrome in a sixteen year old teenager who has lymphatic oedemas in low limbs which have worsened causing pain, lack of mobility and difficulty in walking.

Klippel-Trenaunay-Weber's syndrome is a neurocutaneous syndrome mincingly vascular and hardening of tissue.

Key words: Klippel-Trenaunay-Weber's Syndrome, tissue hypertrophy, venous and lymphatic alterations.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber fue descrito por el investigador francés del mismo nombre en 1900, es poco frecuente, 1/27.500 recién nacidos; se presume pueda ser congénito y se define por una triada¹:

- Alteración cutánea: mancha vascular².
- Alteraciones tisulares: hipertrofia de tejidos blandos y/o hueso.
- Alteraciones del sistema circulatorio y linfático: varices y linfedemas.

El aspecto estético se ve enormemente alterado causando alteraciones psicossociales.

CASO CLÍNICO

Adolescente, mujer de 16 años de edad que acude por dolor e incremento del edema linfático en miembro inferior izquierdo.

Antecedentes:

Nace el 9/5/90, parto inducido por meconio, presentación cefálica, Apgar 9-10, reflejos normales, peso 3.825 Kg., talla 51 cm., perímetro cefálico 36 cm., llanto fuerte. Cara: hipertrofia de hemicara izquierda que produce desviación de la comisura bucal, cuello, cabeza y ojos normales; pies aductus, ECO transfontanelar normal. Piel angiomasosa excepto cara.

Tórax: corazón y pulmón sin hallazgos, aspecto normal. Abdomen: ligeramente

globuloso, no visceromegalia, ECO abdominal normal.

Miembros superiores: sin hallazgos. Miembros inferiores: Discreta incurvación de ambos fémures y tibias encontrándose más pronunciado el izquierdo.

A los 4 años: peso 28,5 kg. (percentil 97), talla 113'7 (p 90-97), persiste hemihipertrofia de hemicara izquierda que produce desviación de la comisura bucal. Desarrollo psicomotor normal, lenguaje precoz. En la piel manchas de aspecto violáceo^{3,4} en tronco, abdomen y miembros que se acentúan con la vitropresión. Angiomasos⁵ generalizadas, telangiectasias por tronco, abdomen y miembros. Hipertrofia del glúteo y miembro inferior izquierdo, hipertrofia de miembro superior derecho. Pies grandes con acortamiento de primer dedo, hendidura entre primero y segundo

de hipertrofia de crecimiento en los demás. Abultamiento de hemiabdomen izquierdo. No se palpan masas ni megalias. Hipertrofia de pelvis izquierda⁶ y labio mayor izquierdo. Resto de exploración normal.

Tras una revisión escolar, a los 7 años de edad es enviada a consulta de oftalmología: ojo derecho normal, en ojo izquierdo atrofia del EPR (epitelio pigmentario de la retina) con acúmulo de pigmento en el cuadrante temporal superior. Juicio clínico: defecto refractario con anisometría y ambliopía en ojo izquierdo.

Desde 1994 el servicio de traumatología realiza un seguimiento del crecimiento centrándose en controlar la evolución de las hipertrofias⁷ que generan las dismetrías en el miembro inferior izquierdo. Este seguimiento permite realizar una predicción y un cálculo de la disimetría pélvica al final del crecimiento, estableciéndole en 4,5 cm. En el año 2000 es intervenida de epifisiodesis de fémur distal, tibia y peroné proximal en miembro inferior izquierdo empleando la técnica abierta de Phemister. La rodilla tenía un volumen importante temiendo encontrar malformaciones que afortunadamente solo quedaron en una vena anómala y fácil de controlar.

Al año siguiente realizan, con el mismo objetivo, una osteometría de Weil modificada de 2° a 5° metatarsiano en ambos pies, acortando 8-9 mm., consiguiendo frenar el crecimiento de los dedos más largos.

En Rehabilitación derivada por cirugía vascular con diagnóstico de linfedema en miembro inferior izquierdo para tratamiento de drenaje linfático.

Por el Servicio de Rehabilitación la paciente ha pasado en varias ocasiones. La primera vez, recién nacida con 19 días, derivada de pediatría para ser valorada y tratada por un metatarso varo, que en breve se consigue reducir. A la exploración, encontramos una gran hipertrofia del miembro inferior izquierdo y unos pies grandes y edematosos en aductus.

Desde 1992, se controla su crecimiento, se comparan cadera y extremidades inferiores: la cadera izquierda aparece en rotación interna, los pies son estructuralmente normales, aunque de gran tamaño y su deambulación se ve dificultada, necesitando calzado ortopédico.

Vuelve a revisión en 1993, observándose un aumento de la longitud del miembro inferior izquierdo, ocasionando una dis-



imetría que es compensada con una báculo pélvica, la columna así queda alineada y no presenta ninguna alteración dentro de su normalidad. No deambula ni gata. Se prescribe un alza de 2 cm.

En 1996 se comienza a reeducar la marcha, se revisa el alza, siendo de 3 cm, persiste la hipertrofia del miembro inferior, ocasionando unos pies más grandes y deformes, impidiendo el uso de un calzado normal y obligando a llevar un calzado especial, ancho y grande.



VALORACIÓN DE FISIOTERAPIA

En Marzo del 2007 la paciente es remitida por Cirugía vascular con diagnóstico de linfedema en ambos miembros inferiores para tratamiento de drenaje linfático.

Tras el examen y la valoración física y funcional observamos un edema blando^{8,9} y la diferencia de tamaño del miembro inferior izquierdo que ha empeorado y muestra mayor volumen y afectación. Se trata de un linfedema congénito, primario, con predominio en hemicuerpo izquierdo y de mayor tamaño en cuadrante inferior izquierdo, hiperplasia del sistema linfático. En miembro inferior derecho presenta varices prominentes con arañas vasculares extendidas por toda la zona anterior mostrando el importante compromiso del sistema venoso que se irán complicando con el tiempo. Aparecen lesiones cutáneas maculares con bordes geográficos de color rojo claro en ambos miembros inferiores, miembro superior izquierdo, dorso, abdomen y glúteos; manchas oscuras sin bordes definidos en cuello, nuca, pecho y abdomen que son otra muestra de malformaciones vasculares cutáneas.

El balance articular:

En miembro inferior derecho aceptable, aunque refiere dolor en rodilla y tobillo debido a la gran sobrecarga mecánica.

En miembro inferior izquierdo, está limitado en sus últimos grados; la flexión de rodilla y cadera, la rotación de esta última debido a la restricción de movilidad que le causa el enorme volumen del miembro.

Rodilla en ligero flexo.

En este momento, la disimetría corregida anteriormente de forma quirúrgica aparece por la necesidad de compensación debido al volumen de partes blandas.

El balance muscular en ambos miembros de 3+ presentando dificultad para la deambulación.

Presenta metatarsalgias por macrodactileas en ambos pies detenida por intervenciones quirúrgicas anteriores, precisando siempre calzado a medida y actualmente plantillas de descarga.



Se evidencian trastornos emocionales, y pueden ser debidos al aspecto estético, consecuencia de sus alteraciones físicas, sobre todo las hipertróficas y asimétricas.

OBJETIVOS

Los objetivos planteados fueron:

- Reducir el edema
- Mejorar aspecto y consistencia
- Restablecer la limitación funcional
- Mantener el equilibrio entre carga y capacidad linfática.
- Favorecer el trofismo de la piel
- Incrementar el balance muscular

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA

El plan de tratamiento consistió:

- Drenaje linfático manual.
- Empleando el método Vodder
- Han sido tratados ambos miembros inferiores, siendo el izquierdo en el que se ha insistido por ser el más afectado. La duración de cada sesión fue de 40 minutos.

A las dos semanas se introduce presoterapia, después del drenaje linfático manual, con una duración de tiempo de 40 minutos.

Cinesiterapia descongestiva y tratamiento postural. Realizamos movimientos pasivos o activos ejecutados con suavidad aprovechando la eficacia de la contracción muscular.

Cinesiterapia activa asistida en miembros inferiores. Dado su volumen e impotencia funcional, al principio asistimos al movimiento, intentando ganar recorrido articular.

Se traza un plan de potenciación de miembros inferiores.

Adaptamos a su capacidad ejercicios libres sin resistencia, de miembros inferiores, superiores y de columna.

Medidas de contención. Vendaje de miembro inferior izquierdo con vendas de algodón y de baja presión dispuestas de forma circular, sin tensión.

Cuando tuvimos estabilizado el edema se prescribió prendas de presoterapia (pantys).

Se priorizó la enseñanza de automasaje, autovendaje, educación sanitaria sobre normas higiénicas y cuidados generales de la piel, precauciones al realizar trabajos y en casa, indicaciones sobre el vestido, alimentación y cuidados personales.

Concienciar que la deambulacion, aunque muy costosa, es importante.

EVOLUCIÓN CLÍNICA

Tras finalizar el tratamiento en nuestro servicio, se ha obtenido una considerable reducción del edema linfático, siendo más significativa en la zona del muslo, donde la reducción alcanzó 8 cm, mejorando general la consistencia del edema y el estado trófico de la piel.

A nivel distal pies y piernas, la reducción a sido menor (1 cm). Persisten las varices, aunque se nota una ligera mejoría. Tiene la sensación de piernas menos pesadas.

El balance articular ha mejorado, aunque aún existen algunos grados de limitación. El balance muscular está en 4+, puede deambular con normalidad y realiza ejercicios libres.

Psicosocialmente, el cambio ha sido importante, permitiéndole relacionarse con su entorno, sale a pasear a la calle y se comunica con otras personas ajenas a su familia.

CONCLUSIONES

Se debe repetir este tratamiento periódicamente con el fin de mejorar su calidad de vida y observar alteraciones que pudieran desarrollarse, pues estos pacientes tienen gran morbilidad, debido al deterioro del sistema venoso y linfático (trombosis, insuficiencia cardiaca, embolismos pulmonares...), anomalías del sistema nervioso central, gangrenas, sangrado de vasos anómalos, del tracto gastrointestinal^{10,11}, renal o genital, problemas de coagulación intravascular diseminada. Las condiciones de sobrecarga mecánica por hipertrofias y aumento de volumen linfático generan algias, atrofas y limitaciones funcionales que deben seguir tratandose.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 VICENTE FJ, GIL P, VÁZQUEZ DUVAL FJ. "Principios etiopatogénicos de las enfermedades neurocutáneas". Rev. Neurol 1997; 25 (3): 214-21.
- 2 FELIPE y QUINTANILLA E. "Síndromes neurocutáneos con afección vascular. Rev. Neurol 1997; 25 (3): 250-8.
- 3 ACHELNIK W, TRONNIER M. WOLFF HH. Combined naevus flammeus and naevus fuscoceruleus: phacomatosis.
- 4 MEDLINE PLUS ENCICLOPEDIA MÉDICA: "Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber". www.noah-health.org/es/blood/vascular/what/types/Klippel.html , Pág. visitada el 12-01-2008.
- 5 BRUCE R. SMOLLER, MD. THOMAS D. HORN, MD. "Dermatopathology in systemic disease" Chapter II "Musculoskeletal and skin diseases" 2001: 155-167.
- 6 SALMAN MM. KLYPPEL-TRENAUNAY "Syndrome clinical features, complications and management. Surg today 1997; 27(8):735-40.
- 7 UNIVERSITY OF MERYLAND MEDICAL CENTER. "Klippel-Trenaunay's syndrome". www.umm.edu/esp_ency/article/000150.html , Pág. visitada el 17-01-2008.
- 8 GIMENO PITA P, PÉREZ MARTIN P, LÓPEZ-PISON J, ROMERO ULECIA M. GALERO ROCAÑO N, MARCO TELLO M, REBAJE MOISÉS V. "Anales Españoles de Pediatría" Domingol Octubre 2000 Vol. 53 nº04 : 350-354.
- 9 Instituto de Investigación de Enfermedades Raras. "Klippel-Trenaunay, síndrome de". Código: CIC-9-MC: 75989.
- 10 MONTES M., CIUDAD M.J., CABEZA B., MÉNDEZ R. "Cystic lumphangioma of the soleen in a patient with I Trenaunay-Weber síndrome: MRI findings" 2007, Colección: EMBASE. Radiología, vol.49, nº5, pp: 355-357.
- 11 ALAMO MARTÍNEZ J.M., BERNAL BELLIDO C., SOCAS MACÍAS M., GARCÍA MORENO J., SUÁREZ GRAU J.M., GALINDO GALINDO A. "Massive mesenteric angiomatosis and low digestive hemorrhage in a patient with Klippel-Tranaunay-Weber syndrome". Rev Esp Enferm Dig 2007 99:2 (112-113)



Vacuna antirrotavirus de 2 dosis por vía **ORAL**¹



Vacunación antirrotavirus siempre por **vía ORAL**



Vacuna antirrotavirus de 2 dosis por vía **ORAL**¹ **Rotarix**[®]
vacuna antirrotavirus ORAL

EL COLEGIO CLAUSURÓ EL SIMULACRO MAS IMPORTANTE CELEBRADO EN HUELVA

Huelva.- Redacción. Fotos: Elisabeth Minchón

El Colegio Oficial de Enfermería de Huelva llevó a cabo una nueva edición del Curso de Experto universitario de Enfermería en Urgencias y Emergencias con un desarrollo de varios meses de enseñanzas rubricadas mediante un ejercicio de realización práctica que, sin lugar a dudas, fue todo un éxito y, además, convertido en razón de los efectivos desplegados en el simulacro mas importante de los celebrados hasta el momento en la provincia de Huelva. Los alumnos pudieron compartir vivencias y enseñanzas junto a componentes de distintos cuerpos y dispositivos en lo que, según ratificaron las autoridades presentes, entre ellos el presidente del

Colegio Gonzalo García, fue "un acto de enorme madurez para la formación de especialistas por parte de nuestra corporación colegial".

Demanda

La segunda edición del Curso de Experto universitario en la especialidad de Enfermería en Urgencias y Emergencias fue organizada por el Colegio profesio-

nal con el aval y soporte de la Escuela Ciencias de la Salud adscrita a la Universidad Complutense.

Esta iniciativa se vió rodeada con la mejor de las impresiones y expectativas prácticamente desde su inicio. El órgano colegial se había hecho eco de la demanda existente en un amplio sector de la profesión para acercar la realidad de este programa docente que facilita la inserción, en un gran numero, de las diplomadas y diplomados interesados en esta faceta del mercado laboral. Tanto por el quehacer de los docentes como en la actitud observada por los alumnos, el Colegio quiere dar reflejo del enorme interés por avanzar en este terreno de la especialización, tal y como demanda y es exigencia de nuestra sociedad

52 alumnos
configuran esta
nueva promoción
apta para actuar en
Unidades con tan
exigente cometido

Lectivas

El Curso en cuestión echó a andar allá por el pasado mes de diciembre. Se había constituido un grupo de 52 alumnos inscritos los cuales tenían por delante desarrollar un programa tan intenso como lleno de alicientes. De coordinador del mismo se ocupó el enfermero Martín Vázquez y sin mas novedades fueron desgranándose todos los contenidos del programa que se correspondían con las 250 horas lectivas de que, como se sabe, consta todo Experto universitario y que, actualmente, sigue siendo

el techo de post-grado para la profesión de enfermería española.

De tal suerte que todo acabó desembocando en la esperada hora en que se diera el broche al programa de enseñanzas. Fue el pasado 5 de junio cuando alumnos y colaboradores se dieron cita en el Recinto Colombino para asistir al acto, coordinado por el enfermero Daniel Ortego, en el que se iban a propiciar una serie de circunstancias, totalmente adversas, en forma de un grave siniestro vial, el cual propiciase la entrada en acción de los distintos equipos

que, en ese escenario, buscan, fundamentalmente, salvar vidas humanas en tan decisivos momentos.

Tragedia

En el ensayo se consumó uno de tantas tragedias que, desafortunadamente, se repiten en cualquier punto de la geografía española. Un autobús colisionaba con un camión y dos automóviles y, a su vez, con una motocicleta arrojando, como consecuencia, un importante número de afectados y heridos de distinta consideración. Los alumnos del Experto, junto



al personal de los Cuerpos de Seguridad y Urgencias de Huelva (desde los Bomberos al personal de Cruz Roja, Policía Local, Protección Civil o las ambulancias allí convocadas) tenían por delante plasmar lo aprendido en las lecciones teóricas del Curso en acciones precisas que depararan un objetivo que, resumidamente, contenía estos estadios:

- a)- Clasificación y agrupamiento de los heridos por nivel de gravedad
- b)- Estabilización
- c)- Traslado al hospital de referencia de la ciudad.

En base a estos ejes prioritarios, el centenar largo de profesionales se dispusieron a ejecutar lo que, en opinión de los especialistas en esta materia sanitaria, "supone el mayor reto. Esto es: ser plenamente consciente de que en la primera media hora de producirse el siniestro es cuando se decide, con mayor probabilidad, la tarea de salvar vidas. De ahí las imprescindibles cuotas de acoplamiento y sincronización que debieron observar todos y cada uno de los colectivos y grupos llamados a prestar una atención, nunca mejor dicho, literalmente de emergencias. Luego de mas de una hora de enorme e intenso que-

hacer, desde el proceso de rescate de los heridos en los vehículos siniestrados a su traslado a los centros hospitalarios, el simulacro se dió por concluido con la sensación de que se había asistido a un colofón del Experto tal y como se esperaba. Es decir: las alumnas y alumnos que han pasado a ser especialistas en esta materia se encuentran en condiciones de afrontar, como profesionales de Enfermería acreditados, la mejor de las asistencias en las unidades donde vayan encuadrados.

Felicitación

A este respecto, el presidente del Colegio de Huelva, Gonzalo García Domínguez, quiso ratificar y dejar constancia sobre "el acierto de haber organizado un Curso de este nivel conociendo sus muchas exigencias que lleva aparejadas, y el éxito que ha venido acompañado todo su desarrollo. Como Colegio, y en nombre de la Escuela de Ciencias de la Salud, es un privilegio haber asistido a todo un proceso formativo como el que ha durado desde diciembre hasta junio. Han sido meses de mucha intensidad y carga lectiva para los inscritos pero entiendo que ha merecido la pena el esfuerzo y la dedicación que todos

han puesto a contribución del desenlace final. Era nuestra segunda edición de este Experto y puedo ratificar la magnífica impresión que ha dejado en todos cada uno de los participantes. Además, con un añadido harto significativo: Se ha asistido al Simulacro más importante de todos los celebrados en la historia de nuestra provincia. Lo cual es todo un referente tanto para este Colegio como para la Enfermería onubense que dispone de una nueva promoción de especialistas en este delicado frente de atención sanitaria".





Agradecimientos

Una vez concluido, y con excelente resultados, este Curso de Experto universitario en Urgencias/Emergencias, el Colegio de Enfermería onubense, como entidad convocante del ejercicio práctico y responsable del mismo, quiere dejar constancia de su agradecimiento a las entidades y personas que, en palabras del secretario de la Junta, Martín Vázquez Bermúdez "colaboraron con la mejor de las disposiciones para procurar el éxito logrado en el mejor de los balances deseables".

De esta forma, se destacan estas entidades y empresas que no dudaron en prestar sus recursos al Experto

- Protección Civil
- Policía Local
- Bomberos municipales
- Cruz Roja
- Empresa "Antonio España e hijos"
- Ambulancias Autoamtax
- Ambulancias La Cinta
- Ambulancias Transcabello
- Dr. César Quesada, Jefe servicios médicos del Real Club Recreativo de Huelva.



El aparatoso ejercicio de atención urgente estuvo rodeado del mayor realismo posible.



El Alcalde, en el colofón

La repercusión que tuvo este Curso de Experto universitario se vió refrendada con la presencia, en el simulacro final, tanto del Alcalde de nuestra ciudad, Pedro Rodríguez, como de la concejala de Seguridad Ciudadana, Carmen Sacristán. Ambos munícipes no quisieron faltar al cierre de una experiencia tan original e importante para la ciudad de Huelva. Por esta razón, el presidente del Colegio, Gonzalo García, no dudó en transmitir su "agradecimiento al primer edil y a la concejala de nuestra capital por haber querido compartir estos momentos y así conocer, de cerca, todo lo que encierra y ofrece el mundo de la Enfermería permanentemente al servicio de los ciudadanos incluidas situaciones tan extremas como las que aquí se han reproducido".



Programa de educación puerperal: Resultados obtenidos en términos de lactancia materna, calidad de vida y utilidad de los conocimientos y habilidades transmitidas

Autores:

Domingo Manzano González*; José R. García Martín*; Manuela Caro López*; Fernando Robledo Cárdenas*

*DUE, Hospital Riotinto.

Este trabajo fue elegido ganador del XIV CErta de Huelva.

Resumen

El parto es tanto para la madre como para el RN un momento muy crítico. Al abandonar el hospital y regresar a la "vida cotidiana" surgen muchas y muy diferentes dudas e interrogantes ¹. En el hospital de Riotinto se elaboró un programa educativo que abarcaba los conocimientos mínimos que consideramos debiera tener toda puérpera en el momento del alta. **Objetivos:** conocer las características principales de la población de puérperas del hospital de Riotinto. La nueva dinámica de trabajo influye en la incidencia de la lactancia materna de nuestra población de estudio. La nueva dinámica de trabajo influye en la calidad de vida de nuestra población de estudios. La nueva dinámica de trabajo influye en cómo de útil valora nuestra población de estudio los conocimientos y habilidades que se transmiten en la unidad. **Material y método:** Se trata de un estudio descriptivo transversal en una primera fase y analítico observacional tipo cohorte-seguimiento, en una segunda fase. La población de estudio la forman las puérperas del hospital de Riotinto que hayan cursado el puerperio inmediato en la unidad de Obstetricia de este hospital, entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2004, como población no expuesta al programa de educación y desde el 1 de marzo de 2005 y el 28 de febrero de 2006, como población expuesta al programa. Las variables estudiadas son variables Socioculturales, las relacionadas con la lactancia materna, calidad de vida percibida y percepción que tienen sobre la utilidad de los conocimientos y habilidades transmitidos en la unidad. **Resultados y conclusiones:** la nueva dinámica de trabajo de la unidad de maternidad influye en cómo de útil valora nuestra población los conocimientos y habilidades que se transmiten en la unidad, y además podemos afirmar que lo hace de forma positiva.

Introducción

El parto es, tanto para la madre como para el RN, un momento muy crítico. No vamos a abordar el aspecto fisiológico-sanitario, pero sí vamos a resaltar el gran "déficit de conocimientos" que la inmensa mayoría de madres tienen en el momento del parto y la gran cantidad de habilidades y aptitudes que tiene que recordar en unos casos y adquirir en otros, en tan corto período de tiempo (normalmente entre 2 y 5 días hay que aprender como se cuida la episiotomía, el control de los loquios, manejar al RN, los cuidados del cordón, fototerapia, los cuidados del pecho, forma correcta de dar de mamar, etc). Por otro lado, al abandonar el hospital y regresar a la "vida cotidiana" surgen muchas y muy diferentes dudas e interrogantes ¹. Es en este momento cuando más desamparadas se vean y quizás también con menos capacidad de recursos y habilidades. A todo esto las enfermeras tienen que dar una respuesta, que no puede ser otra que hacer aquello que desde nues-

tra posición como profesional de la enfermería es posible realizar para que la madre sea capaz de afrontar este proceso vital de forma satisfactoria para ambos (madre-hijo), lo que redundará en una mejor adaptación familiar.

La lactancia materna como forma de alimentación del recién nacido (RN) es la aconsejada desde todas las organizaciones científicas y profesionales que tienen como ámbito de trabajo al RN y a la puérpera. En 1989, la OMS y UNICEF establecen una declaración conjunta sobre protección, promoción y apoyo a la lactancia natural. La alimentación en el primer semestre de vida constituye un tema ampliamente estudiado^{2,3,4 y 5}.

Las ventajas tanto para el RN como para la madre son innumerables ⁶, por ello, justifican sobradamente que sea el método de primera elección.

La actitud, entendiendo por esto el comportamiento, rutinas, protocolos, interés e im-

portancia transmitida, que los profesionales del ámbito hospitalario tienen respecto a la lactancia materna es un factor que favorece fuertemente su continuación ^{7 y 8}. Esta actitud debe ser considerada por todos los profesionales implicados en ambos niveles asistenciales, teniendo su momento más crucial en la visita puerperal ^{9, 10 y 11}.

Un estudio de la Junta de Andalucía y el Instituto de Estudios Sociales y Avanzados¹² consideró que una de las causas de abandono es la debilidad física y anímica que presentan al llegar a su domicilio. En esta línea, Barriuso Lapresa et cols concluyen que la entrega de suplementos de suero glucosado y la puesta tardía al pecho son factores dificultadores de la lactancia materna ¹³.

En el estudio realizado en el Hospital Vall d'Hebrón (Barcelona), concluye este que la Educación sanitaria adecuada es un factor influyente tanto en la decisión como en la continuación de la lactancia materna ¹⁰.

Escuret Peiró, R y Martínez Figueroa, L. estudiaron los principales problemas y preocupaciones manifestados por las puérperas

antes del alta; el dolor y los problemas en las mamas aparecen con más frecuencia respecto al cuidado materno, y la alimentación y el peso respecto al recién nacido. Los problemas psicoemocionales preocupaban más en primíparas ¹.

La unidad de maternidad del Hospital de Riotinto inició en Febrero de 2005, como rutina de trabajo, la realización de Planes de cuidados en todas aquellas señoras cuyo motivo de ingreso fuera el parto. Inicialmente sólo se incluyó al parto vía vaginal, pero tras período de pilotaje se hizo extensivo también a la cesárea. El plan de cuidados valoraba entre otros, la capacidad, habilidades y conocimientos de la puérpera sobre su nueva situación. Como intervención se elaboró un programa educativo que abarcaba los conocimientos mínimos que consideramos debiera tener toda puérpera al alta. Las ramas temáticas de estos conocimientos eran los cuidados del recién nacido, lo auto-cuidados de la mujer, la lactancia natural o materna y el conocimiento de la gestión de toda la documentación entregada al alta y durante la estancia. La enfermera referente de la paciente era la encargada de valorar el grado de consecución de los diferentes objetivos marcados en el programa, y la que establecía sobre los aspectos a mejorar, reforzándolos el resto del personal de enfermería. Para el establecimiento de esta sistemática de trabajo se aumentó la plantilla con una enfermera que trabajaría en horario fijo de mañana.

A partir de este contexto, nos planteamos conocer, en la población sobre la que trabajamos, (mujeres que han tenido su hijo en el hospital de Riotinto, y han cursado el puerperio inmediato en la unidad de maternidad), cuáles son las características principales de esta población, qué diferencias a nivel de lactancia materna y calidad de vida nos encontramos entre el antes y el después de la puesta en práctica de la nueva dinámica de trabajo, cual es la incidencia y prevalencia de lactancia materna, cómo de útil valoran los conocimientos y habilidades que se intentan transmitir en la unidad, y cual es la calidad de vida, en términos de grado de movilidad, capacidad de autocuidarse, capacidad para realizar actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión, en esos primeros días en domicilio tras el parto.

Hipótesis

1. La nueva dinámica de trabajo de la unidad de maternidad influye en la incidencia de la lactancia materna de nuestra población de estudio.
2. La nueva dinámica de trabajo de la unidad de maternidad influye en la calidad de vida (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor-malestar y ansiedad-depresión) de nuestra población de estudios.
3. La nueva dinámica de trabajo de la unidad de maternidad influye en cómo de útil valora nuestra población de estudio los conocimientos y habilidades que se transmiten en la unidad.

Objetivos

1. Conocer las características socioculturales de la población de puérperas del Hospital de Riotinto.
2. Conocer la incidencia al alta de lactancia materna.
3. Conocer la prevalencia de la lactancia materna al mes, a los dos meses, a los tres meses y al cuarto mes del periodo estudiado.

Material y método

Diseño: Se trata de un estudio descriptivo transversal en una primera fase y analítico observacional tipo cohorte-seguimiento, en una segunda fase. El estudio se desarrollará en la unidad de obstetricia del Hospital de Riotinto. En la primera fase se describe minuciosamente las principales características sociodemográficas y las reflejadas en los objetivos planteados para el total de la muestra (tanto las puérperas del año 2004, como las puérperas del período 2005-06). En la segunda fase se compararan de forma bivariable los datos de la muestra obtenida en 2004 con los datos de la muestra obtenida en 2005-2006, con el objeto de verificar las hipótesis de trabajo.

Población de estudio: La población de estudio la formarán las puérperas del hospital de Riotinto que hayan cursado el puerperio inmediato en la unidad de Obstetricia de este hospital, entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2004, como población no expuesta al programa de educación y desde el

1 de marzo de 2005 y el 28 de febrero de 2006, como población expuesta al programa, independientemente del tiempo que hayan estado ingresadas en la unidad.

Criterios de exclusión: quedarán excluidas aquellas puérperas que esta fase del puerperio no la hayan pasado en la unidad de obstetricia indicada. Quedarán incluidas por tanto todas las mujeres que hayan tenido su hijo en el hospital de riotinto y allí hayan completado su estancia hospitalaria puerperal.

Variables de estudio: Las variables que se estudiarán las podemos clasificar en cuatro grupos:

Variables Socioculturales.

Variables relacionadas con la lactancia materna.

Calidad de vida percibida.

Percepción que tiene sobre la utilidad de los conocimientos y habilidades transmitidos en la unidad.

Las variables desglosadas, son:

Edad. Entendiendo por ella, la edad cronológica materna, expresada en años.

Trabajo. Dentro esta variable estudiaremos el tipo de trabajo que realiza el sujeto de estudio, incluyendo el tipo de contrato por el que se vincula, es decir, a tiempo completo (máximo número de horas semanales legalmente permitido), a tiempo parcial (la señora tiene una jornada laboral inferior a la máxima legalmente permitida). También se estudiará la jornada de trabajo que desarrolla, entendiéndose por jornada continua, cuando la actividad se desarrolla de forma ininterrumpida, y jornada partida, cuando existe una división de la jornada laboral al menos en dos tramos horarios.

Estado civil, diferenciando entre soltera, casada, viuda y pareja de hecho.

Nivel de estudios cursados, considerando los de carácter oficial, y clasificándolos en no sabe leer ni escribir, estudios primarios, enseñanza obligatoria, bachiller o Formación Profesional y estudios Universitarios.

Lactancia materna (LM): hablamos de LM cuando esta se ha constituido como única fuente de alimentación del RN. También consideraremos a efectos de este estudio como LM cuando la fórmula artificial sustituya al pecho, siempre que esto suceda me-

nos de dos veces al día y de forma esporádica. Hablaremos de lactancia mixta (LMx) cuando se haya utilizado la lactancia artificial como ayuda a la natural (tras el pecho) o sustituya a este dos o más veces al día. Entendemos por No Lactancia Materna (NLM) cuando se ha abandonado completamente la lactancia materna. Cuando utilicemos el término Lactancia Materna Total (a partir de ahora LMT), nos estaremos refiriendo a la suma de LM más LMx.

Motivos de abandono: Aquellas causa que la madre alega como detonante para dejar de utilizar la lactancia materna. Para su mejor estudio y comparación se agrupan:

Indicación médica: Causa que justifica desde un punto de vista sanitario el abandono de la lactancia materna, como son:

Enfermedad grave de la madre con compromiso vital (shock, eclampsia).
Presencia en la madre de TBC activa y/o infección por VIH.

Galactosemia en el RN.

Aquellas otras contraindicaciones dadas por la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

Incluiremos dentro de esta clasificación los casos en que la madre nos indique que el abandono se ha debido a la indicación de cualquier médico que atienda a la madre o al RN, sin entrar a debatir la idoneidad del consejo.

Dificultades maternas:

Ingurgitación mamaria.

Grietas del pezón y/o areola.

Obstrucción de conductos no tratados/mastitis.

Pezón plano/ retraído.

Percepción materna de escasez de leche.

Retirada de la leche tras un periodo de lactancia materna eficaz para la madre.

Problemas del RN:

Ya ha probado biberones o chupetes.

Prematuridad.

Gemelos.

Labio leporino.

Down.

Problemas con la succión.

Otras:

Cuando la causa no se incluye en los criterios anteriores.

Paridad de la madre:

Primípara: no ha tenido hijos previos a este parto.

No primípara: Ha tenido hijos previos a este parto.

Lactancia previa: la parturienta ya ha lactado a hijos previos, sin tener en cuenta la duración de este periodo previo de lactancia.

Información previa. Aquellas circunstancias o acontecimientos no reflejadas anteriormente que hayan hecho adquirir conocimientos sobre la lactancia materna.

Curso de preparación al parto.

Control de embarazo.

TV.

Otras circunstancias.

Para el estudio de la calidad de vida, hemos desglosado este concepto en varias dimensiones, siguiendo las pautas que desde el proyecto EQ-biomed (proyecto de desarrollo y aplicaciones en Europa de estándares de medidas en calidad de vida, Universidad Erasmus de Róterdam) se establece. Se ha utilizado el cuestionario que desde esta institución se promueve el EQ-5D, validado a nivel europeo. Las dimensiones a las que nos referimos son:

Movilidad.

Cuidados personales.

Actividades cotidianas.

Dolor/malestar.

Ansiedad/depresión.

Para conocer la utilidad con que valoran los conocimientos y habilidades transmitidas se ha utilizado la escala propuesta por EQ-5D, graduada de 0 a 100, donde 0 es la peor ayuda imaginable y 100 la mejor.

La media de partos en los últimos dos años fue de 1'4 partos días, lo que supone un total anual de 511 partos al año. Debido a este elevado nº de población se eligió una muestra representativa. Se calcula un tamaño de muestra para una población prevista al alza de 550 partos en el año de estudio, con un nivel de confianza del 0'95, una $p=0'84$,^{10, 12 y 13} y una precisión del 8%, obteniéndose una $n=82$ individuos, para cada una de las poblaciones a estudiar (cálculos realizados con Epidat 3.1).

La elección de la muestra se realizó mediante muestreo aleatorio sistemático, a partir del listado de partos y altas a domicilio existente en la unidad, ordenado crono-

lógicamente. Los datos se obtuvieron mediante cuestionario enviado por correo certificado. El envío se realizó transcurridos seis meses desde la finalización del periodo estudiado (el 1 de de Julio de 2005 para la muestra del año 2004, y el 1 de Septiembre de 2006 para la muestra del año 2005-06). El cuestionario es el EQ-5D¹⁴, validado por el proyecto EQ-biomed, proyecto de desarrollo y aplicaciones en Europa de estándares de medidas en calidad de vida, Universidad Erasmus de Róterdam. Se han incluido algunas variables de interés especial para este estudio (las referentes a la lactancia materna), utilizando escalas bipolares y de gradiente ordinal. Al enviarlo, se incluyó hoja adjunta donde se desarrolla el motivo y objeto del estudio así como el agradecimiento por adelantado. También se adjuntó sobre prefranqueado con dirección a remitir ya reflejada. Con aquellos cuestionarios que no llegaron a su destino el proceso a seguir consistió en repetir el muestreo, eligiendo tantos nuevos casos como cartas devueltas por correo. En este nuevo muestreo se excluyeron los previamente seleccionados. Esto se repetirá tantas veces como sea necesario hasta garantizar que todos los seleccionados hayan recibido los cuestionarios.

Para el análisis de los datos se utilizará spss.13.

Para las variables cualitativas se calcularán proporciones y para las cuantitativas la media. De los resultados obtenidos se calculará la estimación poblacional. Para la verificación de las hipótesis de trabajo planteadas se utilizaran tanto el contraste de hipótesis como intervalos de confianza, empleando para ello la T- Student y chi-cuadrado. Limitaciones del estudio: una de las limitaciones que tenemos que tener en mente al analizar los resultados es que el cuestionario lo pueden reenviar madres especialmente motivadas, y por tanto la no respuesta, o el no reenvío del cuestionario, podría ser un dato relevante a tener en cuenta. En este estudio el no reenvío del cuestionario no será analizado.

Resultados

Etapas descriptiva.

Tras el envío de los cuestionarios a las 164

personas seleccionadas como muestra en cada grupo (82 puérperas con parto en 2004 y 82 puérperas con parto en 2005-2006), se recibieron 136 cuestionarios cumplimentados. Hay que resaltar que del grupo 2004 llegaron a su destino todos los cuestionarios. Del grupo 2005-2006 fueron devueltas 13 cartas por desconocer en la dirección al destinatario, por lo que se enviaron 13 nuevos cuestionarios a otros sujetos, tal y como se describe en el apartado de material y método. Estos nuevos envíos si fueron entregados a sus destinatarios, según servicio de correos.

Todas las estimaciones de los intervalos se han calculado para un nivel de confianza del 95%.

La edad media de la muestra total fue de 31'9 años (LCI= 30'99 y LCS= 32'79), con un error típico de 0'45 años. La distribución del grupo según el nivel de estudios cursados, el estado civil, si trabaja, el tipo contrato y la jornada de trabajo se aprecia en los gráficos del 1 al 5. En el tipo contrato destaca el alto número de casos perdidos (84 casos), 9 casos más de los que han afirmado no trabajar. Las principales ocupaciones se observan en la tabla nº 1. En esta variable hemos detectado que la formulación de la pregunta podría haberse mejorado, pues existe un alto número de no respuestas, que si las sumamos al número de casos que afirman trabajar en su domicilio como ama de casa, obtenemos 66 casos, un número muy similar a las que afirman no trabajar (frecuencia de 75 casos).

Respecto a la variable lactancia materna global, un 88'2 % de las encuestadas afirman haber utilizado la lactancia materna como método para alimentar al su hijo (error típico de 0'27, LCI=0'832, LCS=0'932). El periodo de duración de lactancia materna global, podemos observarlo en el gráfico 6. En la tabla 2 y gráfico 7 podemos ver la prevalencia por meses y su correspondiente estimación por intervalos. Las respuestas a la pregunta si utilizaron leche artificial como ayuda o complemento, utilizada para la diferenciación entre lactancia materna y lactancia mixta, en los que predomina notoriamente la proporción de puérperas que usan la lactancia materna, un 83'9% (LCI= 76%, LCS= 91%, error típico=0'04, n=93). El 58'1% de las encuestadas manifiestan no tener hijos previos a este parto y entre las

que si manifiestan tenerlos la media de hijos es de 1'2 (ee=0'75, LCI=1'05, LCS=1'35). El 75% de las encuestadas habían recibido información sobre los cuidados posparto y sobre lactancia materna, siendo las fuentes principales de información las reflejadas en el gráfico 8.

Respecto a los parámetros de calidad de vida percibida que analizamos, destacan el alto grado de calidad de vida, siempre por encima del 59'6% en la opción "No tuve problemas", excepto en la variable dolor-malestar en la que la opción mayoritaria es la número dos "Tuve dolor moderado". En todo el resto de parámetros la peor de las tres opciones es mínima, no llegando en ningún momento al 9% de los casos.

La variable utilidad con que valoran los conocimientos y habilidades transmitidos en la unidad, analizada de manera general, nos informa que la media de esta valoración es de 67,68 puntos sobre 100 posible, con un intervalo de confianza entre 63'14 y 72,22, para un nivel de confianza del 95%.

Etapa analítica

En la tabla nº3 podemos observar como en los grupos muestrales (grupo 2004 frente grupo 2005-06) no existen diferencias estadísticamente significativas en las variables que deseamos controlar.

Al analizar la variable estado civil, la opción viuda se ha eliminado por no existir en los dos grupos ningún caso

Respecto al tipo de contrato, no se cumplen las condiciones de aplicación del Chi-cuadrado, por lo que para proceder al análisis, recodificamos las opciones de respuesta en dos grupos, el primero, contrato a tiempo completo, y el segundo, otros (en el que incluiremos contrato a tiempo parcial y otros). Lo mismo nos ocurre con la variable jornada continua, que tenemos que recodificar en jornada continua y otras jornadas, que incluirían la jornada partida y otras. La variable Fuente de información también la reestructuramos en tres opciones de las cuatro existentes inicialmente, de forma que la opción de TV y la opción Otras se han fusionado en una sola. En esta existen diferencias en la fuente de información previa empleada

entre ambos grupos, y esta diferencia no es explicable únicamente por el azar. El cruce de esta variable con la variable lactancia materna no es posible por el pequeño tamaño de la muestra de la población que decide no lactar, entre la que además existen cuatro casos en los que no responden a la pregunta fuente de información. Respecto a la influencia de esta variable y la calidad de vida en las facetas analizadas (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y ansiedad), no es una variable que actúe como variable de confusión ni de interacción. El nº de hijos previos puede ser un factor importante a controlar en el estudio, por eso se estudia si en ambos grupos existen diferencias respecto a la variable primipara (ningún hijo previo).

A continuación analizaremos la proporción de puérperas que lactan en ambos grupos. Los resultados cuantitativos obtenidos lo podemos ver la gráfico nº 9. Con estos datos obtenemos un valor para Chi-cuadrado de 0'322, con 1 gl, con lo que la significación bilateral correspondiente es igual a 0'57, optamos por no rechazar H0 y considerar que no existen diferencias en el porcentaje de puérperas que lactaron en 2004 y las que lo hicieron en el grupo 2005-06. El cálculo del intervalo de confianza para la OR en los resultados mostrados en la tabla 4 confirman lo que nos indica el contraste de hipótesis, la estimación de OR=0'73 (LCI=0'22, LCS=2'38), por lo que tenemos que asumir que en ambos grupos existe la misma posibilidad de lactar.

El periodo de lactancia es otro parámetro interesante para estudiar. Comprobaremos inicialmente si entre las muestras de ambos grupos existen diferencias respecto a esta variable, en todas las opciones de respuestas. Los resultados se aprecian en el gráfico 10. El valor Chi-cuadrado es de 4'2, para 4 gl, p=0'37, por lo que no rechazamos H0 y consideramos que en ambos grupos no existe diferencia respecto al periodo de lactancia mantenido.

Diferenciamos entre lactancia materna exclusiva y lactancia mixta. Para ello utilizaremos la pregunta nº 4.2 del cuestionario, considerando como lactancia mixta las opciones 1 y 3, y lactancia materna pura las opciones 2 y 4. Los resultados por año del

parto se muestran en el gráfico nº 11. El valor de Chi-cuadrado es de 0'26, con 1 gl y un valor de $p=0'61$, por lo que rechazamos la H_0 y consideramos que no existen diferencias en los dos grupos de púerperas respecto al porcentaje de ellas que utilizan una u otra forma de alimentación para su lactante.

Las principales causas esgrimidas por ambos grupos de púerperas que motivaron el abandono de la lactancia se pueden ver en la tabla nº 5. Once de los casos corresponden a señoras que aún continuaban dando el pecho en el momento de recibir el cuestionario. Nueve púerperas indican que las causas de abandono fueron las dificultades relacionadas con el bebe, entre la que destaca la succión débil y dificultades con el agarre al pecho (7 casos). El resto la describen como "lloraba", "le dio fiebre". Entre los nueve casos que afirman que el abandono se debió a indicación médica, tres de ellos indican el motivo por el que se les aconsejó (dos por infección materna y otra por la toma de ansiolíticos por parte de la madre). Respecto a otras causas que hicieron abandonar la lactancia materna la introducción de la alimentación normal y el hecho de que algunas madres aún continuaban fueron los argumentos más empleados (once de los casos). En una ocasión se debió a un nuevo embarazo y en otra a problemas con hijos previos. Diez púerperas no indicaron qué otra causa originó el abandono de la lactancia materna. Si desglosamos estos resultados entre el grupo de púerperas de 2004 y el grupo 2005-06, y utilizando el contraste de hipótesis para el estudio de posibles diferencias, obtenemos que Chi-Cuadrado es igual a 5'83, con 3 grados de libertad, $p=0'12$, por lo que no rechazamos H_0 , y consideramos que entre ambos grupos esta variable no muestra diferencias estadísticamente significativas.

Pasemos a analizar la calidad percibida utilizando los parámetros que el cuestionario EQ-5D nos aporta. Al analizar los resultados lo primero que nos encontramos es la imposibilidad de análisis de la opción 3 de todos los parámetros (la opción más negativa), debido a que no se cumplen las condiciones de aplicación de Chi-cuadrado por el esca-

so número de muestra al categorizar los datos según el año del parto. Para intentar verificar si existen diferencias entre los grupos de púerperas de 2004 y las de 2005-06 recodificaremos las variables en dos grupos, las que no tuvieron problemas y las que si los tuvieron (tabla nº 6). Este segundo grupo comprenderán las opciones que inicialmente eran "tuve algunos problemas" y "muchos problemas". Las cinco dimensiones de la calidad analizadas no muestran diferencias entre el grupo 2004 y el 2005-06 (tabla nº 7).

Analicemos a continuación como valoran de útil las púerperas los conocimientos y habilidades que durante su estancia hospitalaria se les han transmitido. Esta variable cuantitativa no sigue una distribución normal, según el test de Kolmogorov-Smirnov (estadístico= 0'14, significación=0'00) y según la prueba visual de representación gráfica que muestra (gráfico 12). Elegimos la U de Mann-Whitney como test para el contraste de hipótesis. El valor del estadístico de este test es igual a 1783'5, y su significación bilateral es de 0'028, por lo que consideramos que entre ambos grupos existe diferencia entre la media de valoración de la utilidad de los conocimientos y habilidades transmitidos (gráfico 13). Si analizamos esta información con intervalos de confianza el intervalo de confianza para el grupo 2004 oscila entre 55'6 y 69'22, con una nota media de valoración de 62'4, y un error típico de 3'41. Para el grupo 2005-06 obtenemos un intervalo de confianza oscilante entre 69 y 79'73, con una media de 74'37 y un error típico de 2'68, valores que confirman los resultados obtenidos en el contraste de hipótesis.

Los resultados presentados hasta ahora han sido los necesarios para alcanzar los objetivos e hipótesis propuestas para el estudio, pero resulta interesante exponer otros resultados obtenidos durante el cruce de variables, que aunque no formen parte de los objetivos del estudio, pueden ofrecer información que abra posibles hipótesis de trabajo futuras.

La paridad de la madre, entendida como multipara o primipara, nos muestra que exis-

te diferencia estadísticamente significativa en el parámetro de calidad de vida denominado movilidad (Chi-Cuadrado= 9'65, $gl=1$, $p=0'002$). Esto mismo nos ocurre con el parámetro cuidado personal (Chi-Cuadrado= 8'06, $gl=1$, $p=0'005$). Para el parámetro actividades cotidianas, no podemos adoptar ninguna decisión respecto a la existencia o no de diferencias, pues los resultados ofrecen incertidumbre respecto a la decisión a tomar (Chi-Cuadrado= 3'39, $gl=1$, $p=0'06$), por lo tanto, hemos considerado que la decisión más coherente es no tomar ninguna, salvo que otros estudios con muestras mayores nos indiquen otra alternativa. Las otras dimensiones de la calidad de vida analizadas no han mostrado diferencias entre el grupo de multiparas y el grupo de primiparas. En este análisis se ha utilizado la recodificación de las variables analizadas en dos opciones, una opción que indica la ausencia de problemas y otra que engloba tanto cuando hubo algunos problemas como cuando estos fueron mayores (opciones 2ª y 3ª tres del cuestionario).

Discusión y Conclusiones

En el análisis de los resultados nos hemos encontrado con un problema en algunas de las variables estudiadas, la escasez de respuestas en algunas de las opciones propuestas. Ante esto hemos optado por la recodificación de estas variables, con la consiguiente pérdida de información pero manteniendo la validez de los resultados presentados.

El sesgo de recuerdo era uno de los principales obstáculos a los que nos enfrentábamos para mantener la validez interna del estudio. Para evitarlo a ambos grupos estudiados se les envió el cuestionario una vez transcurrido el mismo tiempo desde la finalización del periodo (seis meses después), excepto aquellos casos en los que hubo que enviarles el cuestionario una vez comprobado que existían algunos que no habían llegado a su destino. En estos se prolongó el plazo dos semanas más.

El programa educación puerperal desarrollado en la unidad de maternidad del hospital de Riotinto ha conseguido mejorar la

percepción de utilidad de los conocimientos y habilidades que desde esta unidad se trasmite a las púerperas y la medida en que estas ayudaron en la incorporación a la vida diaria. El hecho de que todos los profesionales utilizaran la misma base de conocimientos, siguiendo un orden en la transmisión de los mismos, y la existencia de un profesional responsable de garantizar esto, ha hecho que la valoración sea diferente a la del año 2004, cuando aún no estaba implantado el programa, obteniéndose una media de valoración 11'9 puntos superior en 2005-06 respecto a la obtenida en 2004. Este resultado cobra especial relevancia si consideramos que la valoración 2004, utilizada como referencia es ya una buena valoración. No ha sido posible compararla con otros resultados similares por no encontrar bibliografía al respecto.

Otra conclusión que podemos establecer es el perfil de la púerpera del Hospital de Riotinto. Se trata de una mujer casada de 32 años, que ha cursado estudios básicos obligatorios o estudios de nivel primario (FP-BUP), que puede estar trabajando o no, y que en caso de trabajar, el contrato es a tiempo completo, con una jornada laboral continua. Más de la mitad son primíparas, y las que no lo son tienen un hijo previo de media. Vienen a parir informadas sobre su proceso y su fuente de información suele ser, desde los cursos de preparación al parto, las consultas de control del embarazo a otras fuentes (revistas, libros, etc). Su intención inicial es la de utilizar la lactancia materna como método de alimentación para su neonato.

Este perfil es el mismo para los dos grupos de púerperas estudiadas, excepto en la variable fuente de información previa en la que sí existe una diferencia significativa entre ambos grupos. El conocer cual es la causa de esta diferencia es un hecho interesante que debiera ser considerado en estudios futuros. Respecto a la influencia de esta variable en los objetivos que perseguimos en nuestro estudio, podemos concluir que, respecto a la calidad de vida en las facetas analizadas (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y ansiedad), no es una variable que actúe como variable de

confusión ni de interacción. Respecto a la posible influencia de esta variable con la variable lactancia materna global, no se ha podido analizar por el escaso número de casos existentes que afirmaban no haber utilizado este tipo de alimentación. Este hecho podría ser objeto de estudios futuros.

El porcentaje de púerperas que utilizan inicialmente la lactancia materna como método de alimentación es del 88'2% (LCI=0'832, LCS=0'932). Estos resultados son similares a los ofrecidos por Blanco Blanco, Ana I, et al., , que afirma que el 86% de las púerperas del Hospital Vall d'Hebrón (Barcelona) inician la lactancia materna¹⁰, resultados también similares al Estudio de Prevalencia de la lactancia materna en Andalucía¹² que estima este porcentaje en el 82 %, sin embargo la prevalencia a lo largo de los cuatro primeros meses, si ofrecen datos superiores a los recogidos en el estudio a nivel de Andalucía, el primer mes es de 63%, frente a 74'4% en nuestro estudio, de 40'5% al tercer mes frente al 55'9% y de 26'5% frente al 39%.

La paridad de la mujer es una variable que ha mostrado resultados estadísticamente diferentes en algunos de los parámetros de calidad de vida analizados (movilidad y cuidado personal). De esta variable, que a priori podría actuar como sesgo, se ha comprobado que en ambos grupos de púerperas (2004 y 2005-06), no existen diferencias (primípara o multipara) y se distribuyen igual en ambos grupos.

Respecto al porcentaje de púerperas que lactan en un grupo y otro no hemos encontrado diferencias significativas, circunstancia que se repite para todas los parámetros de calidad de vida que hemos analizado (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor-malestar y ansiedad-depresión), por lo tanto, de las tres hipótesis de trabajo de las que partíamos inicialmente, podemos establecer como cierta la tercera hipótesis planteada, es decir, la nueva dinámica de trabajo de la unidad de maternidad influye en cómo de útil valora nuestra población los conocimientos y habilidades que se transmiten en la unidad, y además podemos afirmar que lo hace de forma positiva.

Bibliografía

1. Escuriel Peiró, R; Martínez Figueroa, L. Problemas de Salud y motivos de preocupación percibidos por las púerperas antes del alta hospitalaria. *Matronas Prof.* 2004 marzo. 5(15):30-35.
2. Lactancia Materna. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Año 2000. pág 2.
3. Gómez Salgado J. Lactancia Materna en la Ciudad de Huelva I. Documentos de Enfermería año VII. Nº 22. Ed. Colegio de Enfermería de Huelva. Pág 11.
4. Gómez Salgado J. Lactancia Materna en la Ciudad de Huelva II. Documentos de Enfermería año VIII. Nº 23. Ed. Colegio de Enfermería de Huelva.
5. AEP. Recomendaciones para la lactancia materna. Comité de lactancia Materna de la AEP. Nov 2003.
6. CADIME, EASP. Medicamentos y lactancia. Monografía. Año XVII, nº 19, 1º semestre 2001, Pág 9.
7. Estévez González M; Martell Cebrián D; Medina Santana R; García Villanueva E; Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp PEDIATR.* 2002 Feb; 56(2):144-50.
8. Hostalot Abás AM; Sorni Hubrecht A; Jovani Roda L; Rosal Roig J; Mercé Gratacós J; Iglesias Niubó J; et al. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *An Esp PEDIATR* 2001 Mar; 54(3):297-302.
9. García Mozo R; Alonso Sagredo L. Valoración materna de las medidas prenatales de promoción de la lactancia natural. *Aten Primaria* 2002 Feb 15; 29(2):79-83.
10. Blanco Blanco, Ana Isabel; Burgos Cubero, Lucía y Ruiz Pavón, M Carmen. Influencia de la educación sanitaria en la elección de la lactancia materna a púerperas, como mejor opción para la alimentación de sus hijos. *Enferm Clínica.* 1999 sep-oct. 9(5):194-199.
11. Calvo B, Millán C, Álvarez JD y Devesa R. Actitud materna ante la lactancia natural y dificultades en el puerperio. *Aten Primaria.* 1992 sep. 10(3):650-654.
12. Junta de Andalucía e Instituto de Investigaciones Sociales. La lactancia materna en Andalucía. Consultado en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/prensa/lactanciamaterna.pdf> el 29/01/200
13. Barrioso Lapresa L, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana J.C. Pautas hospitalarias respecto a la lactancia materna en el centro-norte de España. *Anales de pediatría.* 2000; 52 - (3): p. 225 - 231.
14. Gobierno de Chile. Departamento de estudio y desarrollo. Documento de trabajo. Calidad de vida relacionada con la salud en beneficiarios de ISAPRES. Validez del cuestionario EQ-5D. junio 2005. Consultado en: <http://www.superintendenciadesalud.cl/OpenDocs/asp/pagVerRegistro.asp?argInstanciald=12&argRegistroid=351> el 8/03/06

Tablas

TABLA n° 1. OCUPACIONES

OCUPACIONES	2005-06	2004	TOTAL
ENSEÑANZA	5	3	8
SANITARIA	3	10	13
TRABAJO SOCIAL	4	1	5
ADMINISTRACIÓN	6	7	13
AMA DE CASA	8	9	17
EMPRESARIA	5	5	10
OTROS	4	10	14
NO RESPUESTA	25	24	49

Tabla n° 4. LACTANCIA MATERNA * AÑO DEL PARTO

Recuento

		AÑO DEL PARTO		
		2004	2005-06	Total
LACTANCIA MATERNA	SI	66	54	120
GLOBAL	NO	10	6	16
Total		76	60	136

Tabla n° 5. Causas argumentadas para el abandono de lactancia

TABLA n° 2. PREVALENCIA LACTANCIA MATERNA GLOBAL

	% ABANDONO	PREVALENCIA ERROR			
		TIPICO	LCI	LCS	
AL 1 ER MES	8,8	0,79	0,03	0,73	0,86
AL 2º MES	12,5	0,66	0,04	0,59	0,75
AL 3 ER MES	11	0,55	0,04	0,48	0,64
AL 4º MES	16,9	0,39	0,04	0,31	0,47

	RECUESTO	%	% valido	2004	2005
PERDIDOS	21	0,15		12	9
DIF. DEL BEBE	9	0,07	0,08	5	4
DIF. MATERNAS	74	0,54	0,64	37	37
INDICACION MEDICA	9	0,07	0,08	8	1
OTRAS	23	0,17	0,20	15	8

Tabla n° 3. Comportamiento de las variables a controlar en grupo 2004 y 2005-06

Variable	Prueba estadística	Valor del estadístico	P	Intervalo para la diferencia de medias (LCI, LCS)
Edad	U de Mann Withney	2086	0'46	-0'65, 2'95
Nº de hijos	U de Mann Withney	2081'5	0'52	-0'13, 0'34
Estudios cursados	Chi Cuadrado	1'87(3 g.l)*	0'5	
Estado Civil	Chi Cuadrado	3'03 (2 g.l.)	0'22	
Trabajo	Chi Cuadrado	0'44 (1 g.l.)	0'5	
Tipo de Contrato (recodificada)	Chi Cuadrado	0'04 (1 g.l.)	0'83	
Tipo de Jornada (recodificada)	Chi Cuadrado	0'52 (1 g.l.)	0'46	
Primíparas	Chi Cuadrado	0'86 (1 g.l.)	0'35	
Lactancia Previa	Chi Cuadrado	0'28 (1 g.l.)	0'59	
Información previa	Chi Cuadrado	0'22 (1 g.l.)	0'63	
Fuente de información previa (recodificada)	Chi Cuadrado	9 (2 g.l.)	0'01	

* g.l.: grados de libertad

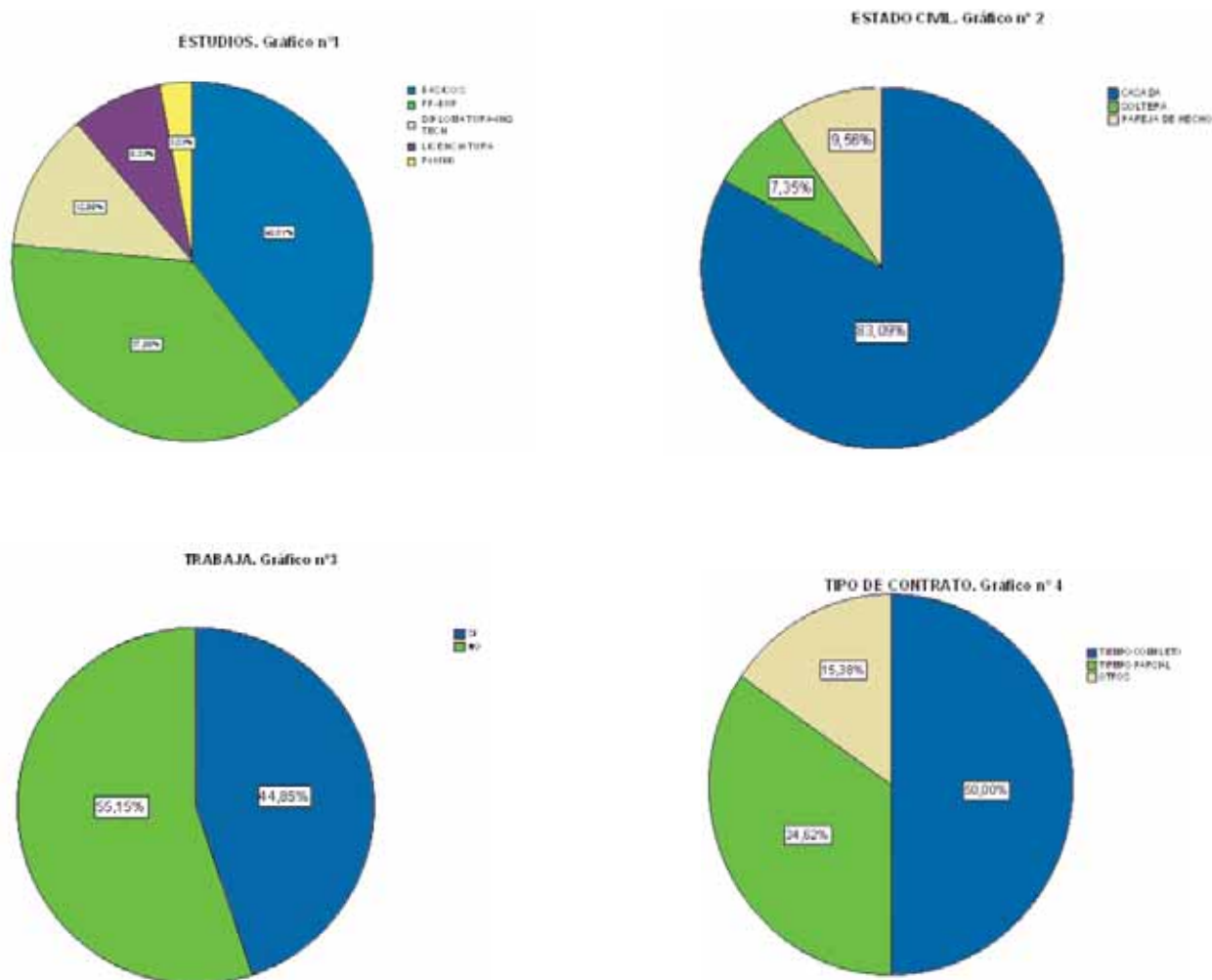
Tabla nº 6. Calidad percibida de parámetros recodificados por grupos de estudio

		AÑO DEL PARTO	
		2004	2005-06
		Recuento	Recuento
MOVILIDAD REC	NO TUVE PROBLEMAS	53	35
	TUVE PROBLEMAS	23	24
CUIDADO PERSONAL REC	NO TUVE PROBLEMAS	57	47
	TUVE PROBLEMAS	19	12
ACTIVIDADES COTIDIANAS REC	NO TUVE PROBLEMAS	47	36
	TUVE PROBLEMAS	29	23
DOLOR RECODIFICADO	NO TUVE DOLOR	19	18
	TUVE DOLOR	57	41
ANSIEDAD RECODIFICADA	NO TUVE ANSIEDAD	43	38
	TUVE ANSIEDAD	33	21

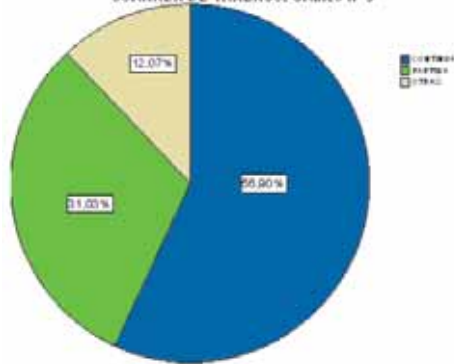
Tabla nº 7. Estudio de las diferencias en ambos grupos de los parámetros de calidad de vida analizados

Variable	n	Chi-cuadrado	p
Movilidad	135	1'58	0'2
Cuidado personal	135	0'4	0'52
Realización actividades cotidianas	135	0'01	0'92
Dolor-malestar	135	0'5	0'47
Ansiedad	135	0'84	0'35

Gráficos



JORNADA DE TRABAJO, Gráfico n° 5



TIEMPO CON LACTANCIA MATERNA, Gráfico n° 6

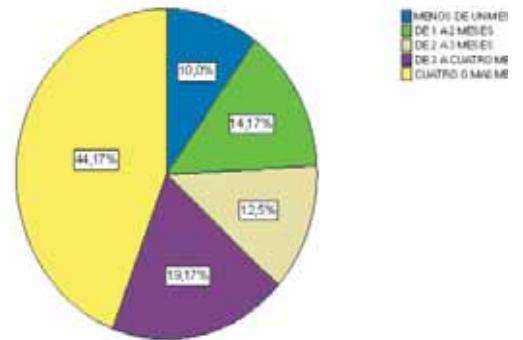
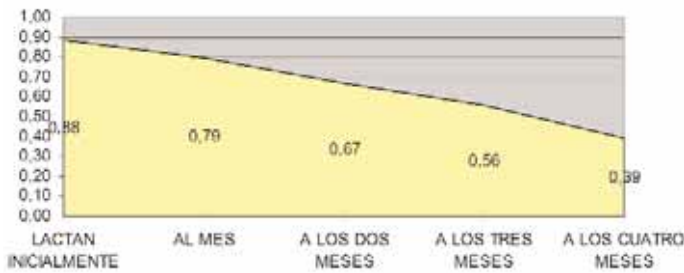


Gráfico n° 7. PREVALENCIA LACTANCIA MATERNA GLOBAL



FUENTE INFORMACION, Gráfico n° 8

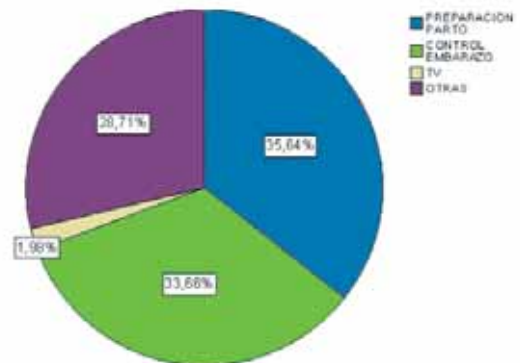


Gráfico n° 10

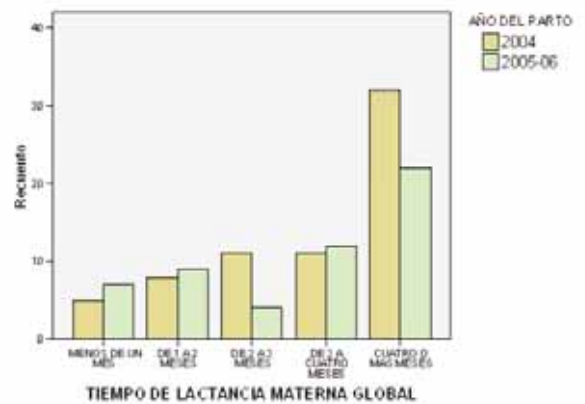


Gráfico n° 12. Representación de las valoraciones sobre utilidad de conocimientos y habilidades transmitidas

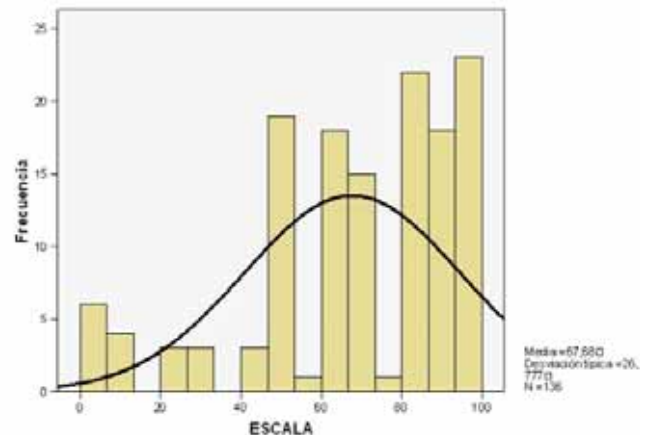
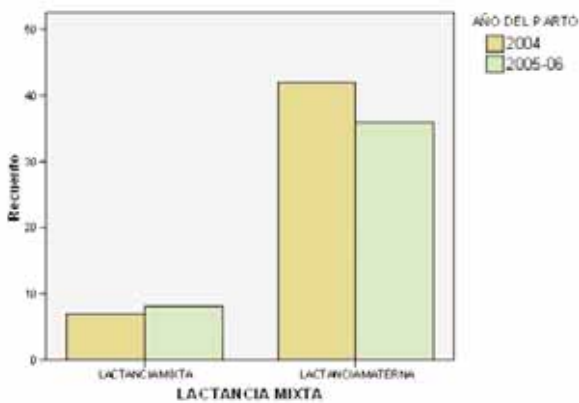
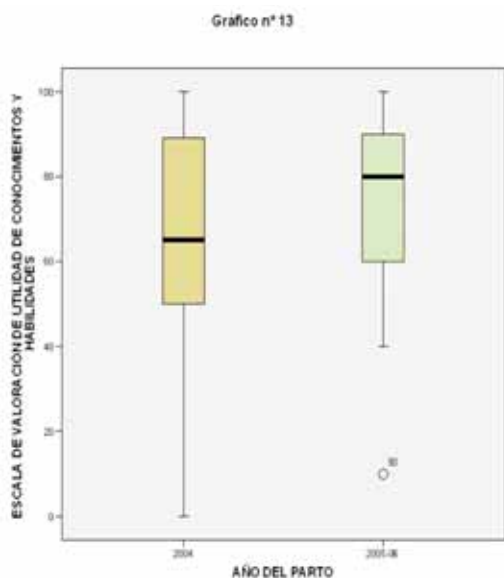


Gráfico n° 11





Anexo 1. Presentación y agradecimiento



Servicios Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Presentación

HOSPITAL GENERAL BÁSICO
RIOTINTO (HUELVA)

El cuestionario que acaba usted de recibir le es enviado por el Hospital de Riotinto y tiene como objetivo evaluar una serie de

cambios y mejoras que se han introducido en la unidad de hospitalización de Maternidad. Por este motivo nos interesa conocer la opinión que usted, como usuaria de este servicio durante el año 2005 y 2006, tiene de algunos aspectos que consideramos especialmente relevantes para mejorar los cuidados prestados.

Le agradecemos por anticipado su colaboración al cumplimentar el cuestionario adjuntado, resaltando lo importante que para nosotros es su opinión para mejorar día a día.

Normas de cumplimentación

El cuestionario es completamente anónimo; se acompaña de un sobre, ya franqueado y remitido, donde deberá introducirlo y enviarlo por correo.

De las diferentes opciones que ofertan las preguntas únicamente deberá señalar una (con círculo, tachado, etc.) de forma que se vea claramente la opción elegida. La pregunta nº 7.1 es la única en la que puede responder varias opciones. En la página nº 3 del cuestionario aparece una escala, el significado de la misma y la forma de marcarla.

Solicitando y agradeciendo su colaboración se despide atentamente:

Supervisor de la unidad

Oposición al SAS

QUEJAS POR LA "EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS"

Numerosos profesionales de enfermería, de esta provincia como del resto de la región, han expresado su malestar ante lo sucedido en torno a la última Oposición a plazas fijas en el SAS que, como se recuerda, tuvieron lugar el pasado mes de febrero. Las quejas se refieren, especialmente, al hecho de que no se ha puntuado la prueba denominada como "evaluación de las competencias" en aquellos aspirantes a la plaza fija en la sanidad pública que no lograron una nota superior a 11,38 puntos. La prueba en cuestión consistió en un cuestionario, tipo test, con una veintena de preguntas en el que se contemplaba un capítulo tan difícil de compendiar como era la competencia, aprendizaje, mejora continua, trabajo en equipo, orientación a resultados y orientación al ciudadano. Una vez hecho el cómputo, la cifra de alumnos a los que se ha dejado sin puntuar en este apartado supera los 3.000 enfermeras(os)

Como consecuencia de dicho malestar, el SAS hizo pública una nota en la que aseguraba que la prueba, (polémica desde el primer instante), de evaluación de la competencia se rige por las normas que aparecieron en la convocatoria las cuales, dice la administración, "fueron negociadas en Mesa sectorial" con los sindicatos allí representados. El SAS insiste en que "se ha aplicado rigurosamente el baremo estipulado para el examen en el que se evaluaba las competencias de los DUE" a la vez que la puntuación límite para superarla, conforme recogían las bases, se logró tras sacar la puntuación media entre las 10 puntuaciones más altas logradas por los opositores, a lo que continuó que la puntuación máxima que se podía obtener en esta prueba de evaluación era de 25 puntos y la media fue ligeramente superior a los 11 puntos.

Estamos, pues, ante un nuevo capítulo derivado de la última Oferta de Empleo Público (OPE) al SAS que, como recordarán los lectores, se llevó a cabo el pasado 24 de febrero 2008 y a la que se presentaron, en toda Andalucía, un número cercano a los 16.000 diplomados y diplomadas universitarios en enfermería (exactamente 15.679) para las 2.733 plazas que el SAS sacó a oferta. En la provincia de Huelva (con 1.197 opositores aspirantes) se dió el mayor porcentaje de comparecencias (85,3 por ciento) sobre los inicialmente inscritos para el examen.

EDITAN UN MANUAL DE CIRUGÍA MENOR

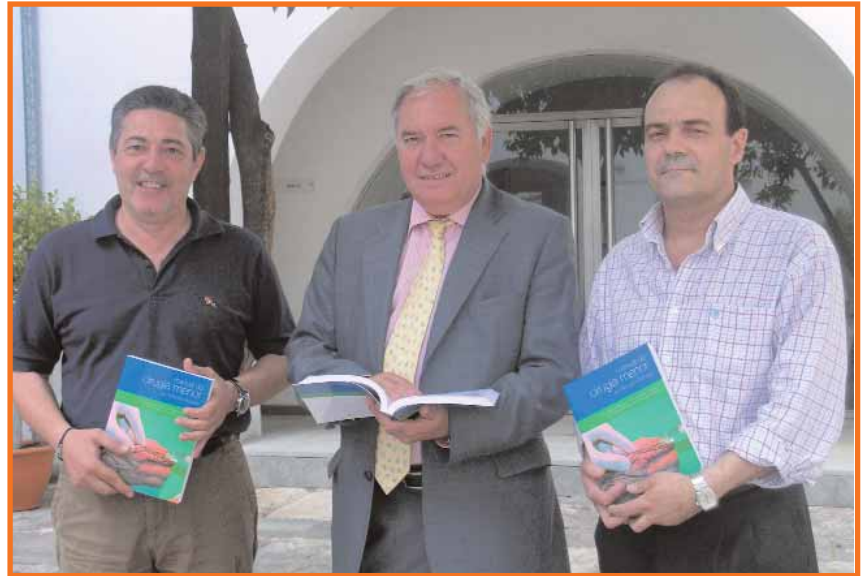
Huelva. Redacción

El Enfermero Antonio Romero Márquez al frente de un equipo de Profesionales Sanitarios de Huelva publica un manual de "Cirugía Menor".

Este manual fruto de un largo esfuerzo de varios años de trabajo ve la luz en nuestra provincia, editado por el laboratorio Bristol-Myers Squibb, con una tirada de 33.000 ejemplares, para repartir entre España y Latinoamérica, estando prevista la realización de una redición del mismo por parte del laboratorio así como otra tirada para la venta al público, y que está llamada a ser fuente de consulta para los profesionales sanitarios enfermeros y médicos.

Este libro reivindica una disciplina que aunque forma parte de la práctica histórica de la enfermería no esta desarrollada suficientemente y en la que los profesionales de enfermería estamos plenamente habilitados para su realización.

En este manual liderado por nuestro compañero Antonio Romero Márquez han participado hasta 12



Presentación del Manual: Gonzalo García y Florentino Pérez acompañan a Antonio Romero.

Profesionales Sanitarios, tanto del Campo Hospitalario como de la Atención Primaria.

Este libro ha sido prologado por D. Florentino Pérez Raya, Presidente del Consejo Andaluz de Enfermería que ha valorado como muy importante este libro para las consultas y formación de la Enfermería Andaluza .

El Manual de Cirugía Menor fue presentado de forma oficial el día 11-06-08, en el salón de actos del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, donde tuvo una gratísima acogida entre los asistentes, resultando muy interesante y novedoso que el manual contenga un CD adherido a la contraportada del libro donde se muestran todas las técnicas descri-

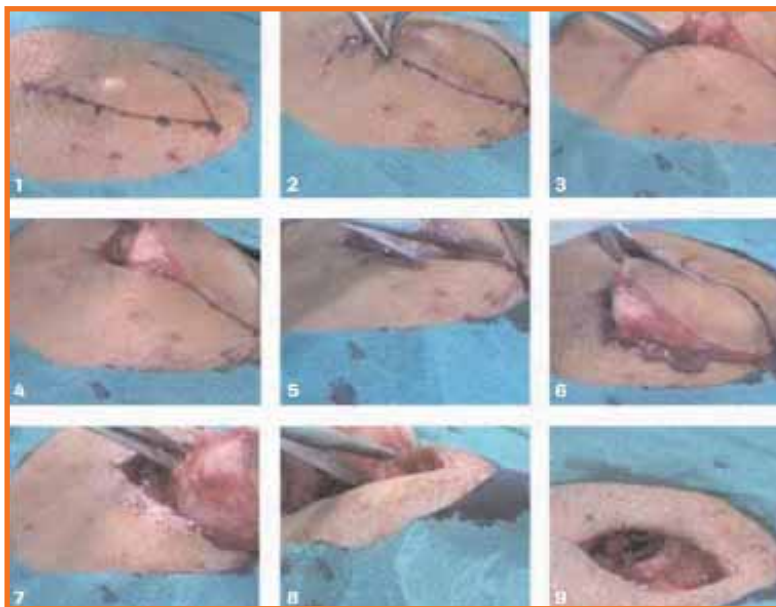
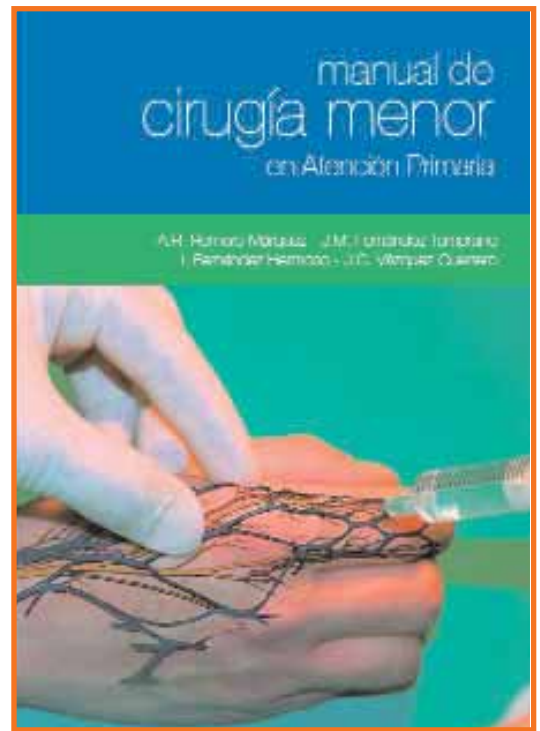
tas, siendo de gran ayuda para la formación de los Profesionales Sanitarios en esta disciplina.

Este manual de 381 páginas hace un recorrido por todas las técnicas, empezando por las básicas de esterilización e instrumental quirúrgico, descripción de tumores, anestesia local y troncular, analgésica o acupuntura, consulta prequirúrgica, bloqueo nerviosos, suturas técnicas de cirugía menor, hemostasias, injertos, colgajos, plastias en Z o Zeta-plastias.

Desde el Colegio de Enfermería de Huelva queremos felicitar a Antonio Romero Márquez y miembros del Equipo que han participado en la elaboración de este manual.

El Equipo en su totalidad lo componen

Antonio Romero Márquez (Enfermero Hospital J. R. Jiménez), José Manuel Fernández Temprano (Médico Hospital J.R. Jiménez), Isabel Fernández Hermoso (Enfermera Hospital J.R. Jiménez), Javier Álvarez Martínez (Médico Jefe estudios Cemetc Madrid), Gonzalo García Domínguez (Enfermero Huelva), Juan González Núñez (Enfermero Hospital J.R. Jiménez), Enrique Jonquera Barquero (Médico Hospital J.R. Jiménez) Antonio Nogueira Pérez (Enfermeros Director de Cemetc Madrid), José Pineda Morales (Médico C. Salud Camas Sevilla), Rosa Rodríguez Suárez (Enfermera Hospital J.R. Jiménez), Antonio Vázquez Mateo (Auxiliar Enfermería Hospital J.R. Jiménez) y María Izquierdo Vázquez (fotografía Huelva)



Empezar de nuevo tras el alta hospitalaria

Autores: Gabriel Vázquez Hachero (DUE, Distrito Huelva-Costa)
Juana Ponce Domínguez (DUE, Hospital Infanta Elena)

RESUMEN:

Se presenta el caso de Andrea, una mujer de 75 años que tras haber permanecido hospitalizada por sufrir un infarto de miocardio presenta deterioro de la movilidad a consecuencia de un periodo de encamamiento prolongado.

El caso descrito es muy común en Atención Primaria. En numerosas ocasiones, tras superar el proceso agudo de la enfermedad, las personas con edades avanzadas pasan a ser muy dependientes para las actividades instrumentales de la vida diaria e incluso para las básicas.

Para casos como éste, el Servicio Andaluz de Salud incorpora, en el año 2002, un modelo de mejora de la Atención Domiciliaria creando la figura de la enfermera gestora de casos y los equipos móviles de rehabilitación y fisioterapia.

Para el desarrollo de la enfermería como profesión, las sesiones clínicas y la presentación en un foro profesional de casos prácticos reales es esencial para que, tanto los propios enfermeros como otros colectivos, vean a nuestra profesión como una disciplina autónoma.

INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de las sociedades occidentales comporta un incremento de la morbilidad crónica, degenerativa e incapacitante y, en consecuencia, el grado de dependencia (1). Es por ello, por lo que cada vez es más elevado el número de pacientes que tras el alta hospitalaria necesitan atención y cuidados complejos durante un periodo de tiempo o de forma permanente (2).

Uno de los diagnósticos enfermeros determinantes del grado de dependencia de una persona es lo que conocemos como "deterioro de la movilidad física", que es definido por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) como la limitación del movimiento independiente, intencionado, que padece la persona en el conjunto de su cuerpo o de una o más extremidades (3), siendo un problema de gran relevancia en la sociedad andaluza tanto en el ámbito individual como de la comunidad ya que puede llegar a manifestarse a través de efectos exponencialmente mayores que la causa, como es la incontinencia urinaria funcional, deterioro de la integridad cutánea, etc.(4).

En el caso de la incontinencia funcional, ésta tiene lugar cuando una persona continente con tracto urinario intacto no desea o es incapaz de alcanzar el retrete para orinar, constituyendo un elemento de riesgo de la integridad cutánea en escalas como Norton o Braden (5). Todo esto supone una sobrecarga para el cuidador.

Fue en Abril de 2002 a raíz del Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas cuando se crea la

red de salas de fisioterapia y rehabilitación, los equipos móviles de rehabilitación y fisioterapia y la terapia ocupacional en Atención Primaria con el objetivo de hacer más accesibles los servicios de rehabilitación a los ciudadanos (6) con la finalidad de dar solución a este tipo de problemas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Andrea es una mujer de 75 años, viuda, con antecedentes de HTA, Diabetes insulino dependiente, artrosis y hernia discal L5-S1.

En Mayo de 2007, sufre un infarto de miocardio por lo que es ingresada en el hospital. Al alta hospitalaria decide hacer la recuperación en casa de uno de sus hijos. Es aquí donde tenemos el primer contacto con ella y realizamos la valoración.

Al llegar al domicilio, me encuentro a Andrea sentada en una silla de ruedas. Antes del ingreso caminaba con apoyo pero, en la actualidad, ya sólo camina para ir al cuarto de baño y cuando el hijo insiste mucho en que pasee un poco por la casa y siempre con un andador y acompañada por alguien porque tiene miedo a caerse.

Necesita suplencia parcial para la higiene personal, el vestido y acicalamiento y la alimentación.

Debido a la artrosis tiene deformada las manos y necesita que le trocean los alimentos. Por el día va al cuarto de baño cuando lo necesita, aunque necesita ayuda para desvestirse, pero por la noche utiliza pañales "para no molestar a mi hija".

Como actividades lúdicas tiene la lectura y ver la televisión por las tardes.

Presenta una úlcera por presión grado II en el talón izquierdo.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Se decide pasarle el Índice de Barthel, obteniéndose una puntuación de 45 (dependiente severo) y la Escala de Norton, que da una puntuación de 13 (Riesgo Alto de UPP).

Tras valorar todos los datos, se llega a los siguientes diagnósticos:

- Deterioro de la Integridad Cutánea r/c limitaciones neuromusculares m/p UPP grado II
- Deterioro de la movilidad física r/c su enfermedad osteoarticular m/p movilidad articular disminuida.
- Incontinencia Urinaria Funcional r/c limitaciones neuromusculares m/p por la noche no se levanta para ir al retrete.

Estos tres diagnósticos tienen un eje común que es el deterioro de la movilidad física. Si nos centramos en ese diagnóstico principalmente, de paso estamos ayudando a solucionar los otros dos.

DIAGNÓSTICOS:

1) Deterioro de la integridad cutánea r/c limitaciones neuromusculares m/p UPP grado II

- Resultado esperado: NOC 1103 Curación de la herida por segunda intención.

- Indicadores:
110301 Granulación
110320 Formación de cicatriz
- Intervenciones:
NIC 3520 Cuidados de la UPP
- Actividades:
Describir las características de la úlcera
Controlar el color, edema, temperatura, humedad y apariencia de la piel
Limpiar la úlcera con solución no tóxica
Aplicar apósito según proceda

2) Deterioro de la movilidad física r/c su enfermedad osteoarticular m/p movilidad articular disminuida.

- Resultado esperado: NOC 0200 Ambular
- Indicadores: 020015 Anda por la casa
- Intervenciones:
NIC 0200 Fomento del ejercicio
NIC 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular
- Actividades:
 - Instruir a la paciente y su cuidadora acerca del tipo de ejercicio adecuado
 - Ayudar a la paciente a establecer metas a corto y largo plazo
 - Reforzar el programa con visitas semanales
 - Colaborar con el fisioterapeuta en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios

3) Incontinencia urinaria funcional r/c limitaciones neuromusculares m/p usa pañal por la noche para no levantarse de la cama.

- Resultado esperado: NOC 0502 Continencia urinaria
- Indicadores: 050204 Orina en un receptáculo apropiado
- Intervenciones: NIC 6480 Manejo ambiental
- Actividades:
 - Utilizar técnicas como el vaciado programado antes de dormir
 - Disponer de cama articulada para bajar de altura, cuando se precise
 - Colocar el interruptor de posición de la cama a la altura del paciente
 - Disponer de medidas de seguridad para sujeción
 - Limitar la ingesta de líquidos por la tarde-noche

RESULTADOS

Tras identificar los diagnósticos enfermeros y las intervenciones que íbamos a llevar a cabo, el siguiente paso fue poner en marcha el Plan de Cuidados. Para ello, necesitaba la colaboración del Enfermero Gestor de Casos y del Fisioterapeuta. El primero para que valorase a la paciente por si tenía criterio para asignarle

material como era una cama articulada y un colchón y el segundo para que estableciera un programa de ejercicios adecuado.

Tras hablar el Enfermero Gestor de Casos con la familia, se acordó que la cama la comprarían ellos y nosotros le facilitaríamos el colchón.

El Fisioterapeuta programó un plan de ejercicios que la paciente debía realizar y, durante una semana, acudió a su domicilio para enseñárselos, tanto a ella como a su cuidadora.

Dos veces a la semana visitábamos a Andrea para curar la UPP y, además, reforzar el programa de ejercicios, apoyarla y reconocer sus logros.

A los 6 meses se volvió a realizar una nueva valoración, destacándose los siguientes hallazgos:

- La UPP se había curado.
- La paciente tiene un Barthel de 55 (dependiente moderado), subiendo 15 puntos.
- La paciente sigue una serie de pautas como disminuir la ingesta de líquidos por la tarde-noche, vaciado de vejiga antes de dormir, etc. que hace que no presente incontinencia urinaria, pero sigue utilizando un pañal sólo por la noche porque "así me siento más tranquila".

DISCUSIÓN

En la actualidad, la disciplina enfermera se encuentra en un proceso de afianzamiento y desarrollo de los conocimientos que fundamenta el papel profesional autónomo. Una manera de profundizar en el conocimiento de la metodología de cuidados, su aplicación práctica y el intercambio de conocimientos empíricos de los cuidados dispensados a las personas es la realización de sesiones clínicas de cuidados (7). Para enfermería, las sesiones clínicas y la presentación en un foro profesional de casos prácticos reales, en los tiempos de cambio que se están viviendo, es esencial para que, tanto los propios enfermeros como otros colectivos, vean a nuestra profesión como la disciplina autónoma que es (8).

El caso descrito es muy común en Atención Primaria. En numerosas ocasiones, tras superar el proceso agudo de la enfermedad, las personas con edades avanzadas pasan a ser muy dependientes para las actividades instrumentales de la vida diaria e incluso para las básicas (2).

En el estudio de Monserrat Ballester (1) realizado entre los pacientes incluidos en atención domiciliaria en el área básica de salud Castellar del Vallés, el 36.8 % presentan deterioro de la movilidad, coincidiendo con estudios si-

milares en los que prevalecen los diagnósticos de deterioro de la movilidad física, deterioro de la integridad cutánea, déficit de autocuidados: baño/higiene, riesgo de lesión y riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ballester Rubio M. et al. Perfil de salud y diagnósticos de enfermería en la población del área básica de salud Castellar del Vallés. Nure Inv. 2008; ene-feb 5(32). Disponible en < http://www.fuden.es/originales_detalle.cfm?ID_ORIGINAL=109&ID_ORIGINAL_INI=1> [Consultado el 25.03.2008].
2. Silvan Vime C. Gestión del caso de un paciente neurológico en Atención Especializada. Evidentia 2007 ene-feb; 4(13).
3. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt; 2002.
4. Lacida Baro, M. Deterioro de la movilidad física y continuidad de cuidados. Biblioteca Lascazas. 2007; 3(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0235.php>> [Consultado el 25.03.2008].
5. Asociación Andaluza de Enfermería comunitaria. Guía de Atención a pacientes con incontinencia urinaria. 3ª ed. Málaga: ASANEC; 2007.
6. Lebrero Ferreiro, R. coordinador. Manuales Prácticos para los Cuidados Domiciliarios. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2007.
7. Guirao Goris JA, del Pino Casado R. La sesión clínica de cuidados. Finalidad y método. Enf Clínica. 2001; 11(5):214-219.
8. Carretero Barragán, R. Manzano González, D. Merino Casto, M. Abordaje integral de un paciente frágil. Utilidad del marco teórico en la práctica diaria. Doc Enferm. 2007; X(28):8-11.

Banca por internet @

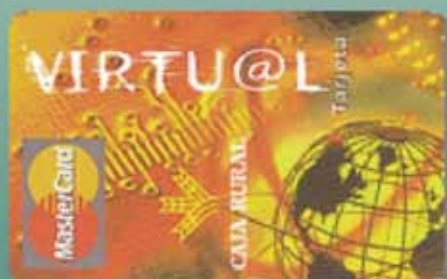
Entre en su oficina bancaria o vaya de compras sin pasar por el atasco



Banca por Internet es la opción que le ofrece RuralVía para operar con su oficina bancaria en cualquier momento, hacer compras sin perder un minuto, beneficiarse de la rapidez del TPV virtual o acceder a toda la información y servicios que precisa.

 **RuralVía@**
Acurtamus distancias
www.ruralvia.com

Comprar por Internet ha dejado de dar miedo



Te presentamos la nueva Tarjeta Virtual de Caja Rural con la que definitivamente podrás el miedo a comprar por Internet.

Porque sólo tú controlas el límite de la tarjeta pudiendo recargarla con la cantidad que necesites (hasta 3.000,00€) justo en el momento de realizar tu compra y descargarla una vez hecho o comprar. En este modo y hasta que no se realice la recarga, la tarjeta no puede ser utilizada. ¡Más seguridad imposible!

Además como es una tarjeta MasterCard, podrás comprar tranquilamente en cualquier tienda de la red.



Ven a Caja Rural o conéctate a www.cajarural.com y pide sin miedo tu Tarjeta Virtual.


CAJA RURAL
TIC. S.P.A.