

INVESTIGACIÓN & CUIDADOS

Revista de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana



DIRECTOR

José Antonio Ávila Olivares

SUBDIRECTOR

Francisco Pareja Llorens

COMITÉ EDITORIAL

Coordinación: M^a Dolores Gil Estevan

Elena Andina Díaz

M^a Pilar Bonet Manso

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

M^a Luisa Ruiz Miralles

María Torres Figueiras

Diego Ibáñez Gallardo

M^a Elena Ferrer Hernández

COMITÉ ASESOR

Antonio Núñez Hernández

Juan Fabra Benet

Jesús Ribes Romero

Jose A. Forcada Segarra

Miguel Romero Lorente

Isabel Casabona Martínez

Luis Garnes Fajardo

Encarna Martínez Hernández

José Verdú Soriano

Joseph Adolf Guirao Goris

Alberto Gálvez Toro

Modesta Salazar Agulló

Antonio Peña Rodríguez

Montserrat Angulo Perea

Belén Estevan Fernández

M^a del Mar Ortiz Vela

M^a Teresa Pinedo Velázquez

José Ramón Martínez Riera

Vicente Bellver Capella

COMITÉ TÉCNICO Y FINANCIERO

Juan José Tirado Darder

Belén Paya Pérez

Franciso Mulet Falcó

Antonio Verdú Rico

Felipe Serrano Gómez

Eugenia Gordo Casañ

Isabel Castelló López

Juan Caballero García

Pedro J. Homero Arnue

RELACIONES INTERNACIONALES

Ascensión Marroquí Rodríguez

M^a. José Muñoz Reig

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Luis Mira-Perceval Verdú



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

SUSCRIPCIONES

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

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

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

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

ENVÍO DE TRABAJOS

Colegio de Enfermería de Alicante

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

Alicante

Tif. 965121372 y 965123622

E-mail: cealicante@cecova.org

EDITA

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

TARIFA 3 NÚMEROS (1 AÑO)

Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito

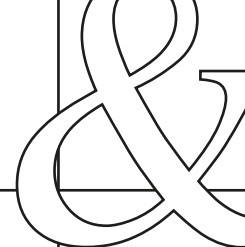
Colegiados/as de otras provincias: 20 euros

Alumnos/as de Enfermería: Gratuito

ISSN: 1698-4587

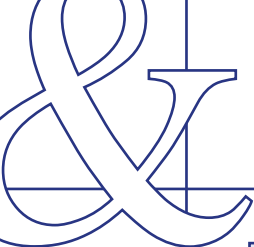
Dep. legal: M-22516-2004

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



SUMARIO

NORMAS DE PUBLICACIÓN	4
EDITORIAL	
De las palabras a los hechos	5
Ávila Olivares JA.	
ARTÍCULOS ORIGINALES	
Estado cognitivo de una muestra de pacientes ingresados en una unidad de críticos	6
Santonja Ayuso L. Carmona Simarro JV.	
¿Aumenta el riesgo de hipertermia la analgesia epidural en el trabajo de parto?	14
Andreu Pérez T. Roa Domínguez I M. Romero González S. Jiménez Galán T. Poveda Luz A. Saavedra Roel M.	
ARTÍCULO ESPECIAL	
La matrona a través de la obra medieval de Jaume Roig	22
Julià Gisbert A. Pérez Sánchez C. Martínez Molina A.	
MISCELANEA	
Comunicación terapéutica y satisfacción del paciente: programa formativo para el equipo de enfermería de la unidad de hospitalización psiquiátrica	29
Alfonso Martínez G.	
HUMANIDADES	
Fibrilando	35
Arnés Fernández J.	
BIBLIOGRAFÍA COMENTADA	37
AGENDA DE ENFERMERÍA	38
ENFERMERÍA EN LA RED	39



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

ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS

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

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

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

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

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

6. En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

A.- Si se trata de un artículo original:

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

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

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

C.- Carta al director:

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

puntuación si lo hubiere.

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

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

ESTRUCTURA PARA LOS ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

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

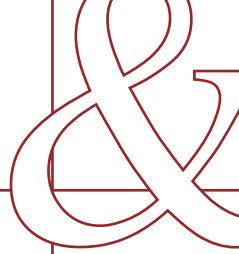
- a) Resumen y palabras clave: la extensión del resumen no será superior a 250 palabras y tiene que aportar la información necesaria para poder conocer el/los objetivos del estudio, la metodología básica utilizada, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Las palabras clave se situarán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

REQUISITOS ÉTICOS Y LEGALES

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

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

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



De las palabras a los hechos



El cambio político tras las elecciones autonómicas llevó al frente de la nueva Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública a la socialista Carmen Montón.

Se abrió así un periodo de expectativa e incertidumbre con la llegada de un nuevo gestor sanitario que, de momento, evitó contar con alguna enfermera en el organigrama de su staff autonómico a pesar del peso específico, cuantitativo y cualitativo, del colectivo de Enfermería.

La Organización Colegial Autonómica de Enfermería manifestó su malestar ante esta situación anómala, tanto a través de una nota de prensa como directamente en una entrevista de los presidentes del CECOVA y de los colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia con la nueva consellera y representantes de su equipo directivo. No obstante, la reunión transcurrió por los cauces de la colaboración, participación, la consulta profesional y el apoyo mutuo.

Nuestra voluntad es poner a disposición del nuevo proyecto sanitario la experiencia y el trabajo colegial a fin de contribuir a mejorar los cuidados que reciben los ciudadanos de la Comunidad Valenciana y, por ende, sacar de la invisibilidad social y administrativa a la profesión enfermera y a sus profesionales.

Para ello, es imprescindible que las palabras amables y los buenos deseos manifestados por los nuevos responsables sanitarios se plasmen, cuanto más pronto mejor, en hechos concretos y realidades palpables.

Potenciar la investigación y la formación

Sin duda, para una atención sanitaria ágil y de calidad es preciso potenciar la investigación y la formación continua de Enfermería, que, con la ayuda de las tecnologías de la información y comunicación, pueda aumentar, tanto el nivel investigador como la calidad y cantidad de los proyectos de investigación del colectivo enfermero.

Hallar y poner en práctica las fórmulas más adecuadas para incentivar la formación en el ámbito de la investigación y su aplicación práctica en el campo de la Enfermería es uno de los principales retos que debe afrontar, con seriedad y templanza, la Conselleria ya que de ello depende, en gran medida, la mejora de la calidad asistencial y, a su vez, nuestro prestigio profesional como colectivo sanitario.

Queremos creer que, con la colaboración de los colegios profesionales, asociaciones científicas y universidades, la Administración sanitaria dará el impulso que tanto necesitan las investigaciones en el campo de la Enfermería, de modo que, de una vez por todas, se incentive y promueva que sean las propias enfermeras las que lideren las investigaciones relacionadas con las áreas donde éstas desempeñan un papel esencial como son la atención a la cronicidad, la prevención de enfermedades, los autocuidados o la educación para la salud, entre otras.

Consideramos imprescindible que la Conselleria apueste por aumentar los niveles de investigación enfermera, sobre todo, poniendo especial atención en la investigación que sirva para evaluar la eficiencia o coste-efectividad de la prestación de los cuidados enfermeros, así como la contribución de la Enfermería a la sostenibilidad del sistema sanitario.

El respaldo de la Administración es necesario para poner negro sobre blanco el valor de los cuidados que presta Enfermería y, desde el CECOVA y los colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia, estamos dispuestos a colaborar, en la medida de nuestras posibilidades, para que la producción científica enfermera de la Comunidad Valenciana escale puestos en el ranking nacional para situarnos a la vanguardia investigadora de España.

José Antonio Ávila Olivares

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

Estado cognitivo de una muestra de pacientes ingresados en una unidad de críticos

Cognitive state of sample patients who were admitted to an intense care unit

Autores: Santonja Ayuso L¹; Carmona Simarro JV²

1.- Grado en Enfermería. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

2.- Grado en Enfermería. Profesor Doctor Colaborador de la Universidad CEU Cardenal Herrera.

e-mail: lucia.santonja@gmail.com, jvcsim@gmail.com

RESUMEN

Los pacientes ingresados en las Unidades de Críticos (UCI) sufren diferentes alteraciones cognitivas, algunas de ellas producidas por la propia enfermedad y otras derivadas de la institucionalización. El objetivo general de nuestro estudio fue describir y analizar diferentes variables relacionadas con el estado cognitivo de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia. Se utilizaron variables de situación junto a variables dependientes contempladas en el test de Mini-Mental (MMSE) y de Fluencia Verbal (FV). Otras variables utilizadas fueron: los días de ingreso en la unidad y la enfermedad base. Estudio básico, no experimental, analítico, correlacional de casos, transversal y prospectivo. El tiempo de estudio fue desde el 1 de abril al 9 de mayo de 2014. Se han evidenciado diferencias de variables entre el género y correlaciones de interés entre variables dependientes: con relación al género, 2/3 de los sujetos son hombres, siendo la patología cardíaca la más prevalente, seguida por las alteraciones digestivas y neurológicas. La media de edad fue de 57 años, siendo la media de días de estancia en UCI de 4.6 días. La media en el test de FV fue de 11.47 y la del MMSE de 23.07.

Palabras clave: Unidad de Cuidados Críticos, alteración del nivel de la conciencia.

Descriptores: Cuidados críticos, estado cognitivo, delirio.

ABSTRACT

Cognitive impairments are common in Intensive Care Unit patients and some of them may be caused by the critical illness itself or because of the institutionalization. The main objective of this study was to describe and analyse the different variables related to cognitive state of patients admitted to the ICU of Hospital Universitari i Politècnic La Fe in Valencia.

Tests included situational variables combined with dependent variables from the Mini-Mental (MMSE), verbal fluency (VF) and other variables such as the length of stay in ICU and the illness itself. This is a basic, non-experimental, analytical, correlational, cross-sectional and prospective study that was conducted from 1st April to 9th May 2014.

Variables differences were found in gender and correlation between dependent variables: 2/3 of the subjects were males and the most common illness was cardiac disease followed by digestive and neurological disorders. The average age was 57 years and the length of stay in ICU 4.6 days. And the mean scores obtained for VF was 11.47 and 23.07 for the MMSE.

Keywords: Intensive Care Unit, altered consciousness.

Descriptors: Critical care, cognitive state, delirium.



Este trabajo de investigación aporta datos relevantes, evidenciados científicamente, que muestran una realidad en las Unidades de Críticos. Conocer las alteraciones del nivel de la conciencia y su posterior influencia en el estado general del paciente ingresado en una de estas unidades, supone para la Enfermería una obligación. Una obligación a la que hay que dedicarle tiempo, puesto que, tras comprender la situación que envuelve al paciente podremos aplicar cuidados específicos y de calidad.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Críticos (UCI) sufren diferentes alteraciones cognitivas, algunas de ellas producidas por la propia enfermedad y otras derivadas de la institucionalización. La alteración del nivel de la conciencia, el delirio y la ansiedad son entidades nosológicas típicas de estos pacientes, y cuyas manifestaciones guardan relación con la enfermedad base diagnosticada, la edad, y el tiempo de estancia en la UCI.

El delirio, más conocido como “delirium”¹, puede considerarse un síndrome desde el punto de vista conceptual, o como un síntoma desde la práctica clínica². Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)³ en su IV versión, y en relación con la definición de la Organización Mundial de Salud (OMS)⁴ en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 de 1992), se trata de “una alteración del nivel de conciencia acompañada de trastornos cognitivos que se instaura en un periodo breve de tiempo, en general horas o días, y que tiende a ser fluctuante”. Hablaríamos de un síndrome cerebral, orgánico, de etiología multifactorial, caracterizado por alteraciones de la conciencia, atención, percepción —ilusiones, alucinaciones—, pensamiento, memoria, conducta psicomotriz, emociones y/o del ciclo sueño-vigilia^{1,5}.

Palencia y cools.^{1,5}, en su artículo “Delirio en el paciente crítico” define el delirio como un grave trastorno neuropsiquiátrico, originado en el contexto de una enfermedad médica general o como consecuencia del uso y/o abstinencia de determinadas sustancias⁶. Destaca que este problema es especialmente infra diagnosticado en las UCI.

Otros autores⁷ matizan la importancia de tratar y prevenir el delirio desde una perspectiva

multidisciplinar, corrigiendo tanto los factores de riesgo como los desencadenantes. Así como extremar la vigilancia, evitar ruidos innecesarios o aminorar los mismos, luz clara, reducir los cambios de habitación y de personal que atiendan al paciente, así como los posibles enfrentamientos. Estimular su conducta mediante la presencia de familiares y su memoria dejando a la vista calendarios, relojes, etc. Los autores desaconsejan el uso de medidas inmovilizadoras —si es posible—, las vías venosas y la cateterización vesical. La valoración del estado mental también se hace necesaria, debiéndose evaluar mediante métodos psicométricos como el MMSE.

Como indica Carmona JV⁸ en su artículo “El delirio en el paciente crítico” este trastorno se observa con frecuencia en este tipo de unidades. Se destacan dos sistemas de interacción en el paciente: el intraindividual, que representa la relación de aspectos psíquicos y físicos dentro del mismo sujeto; y el sistema interindividual o relación del paciente con lo que le rodea, es decir, con el personal de la unidad y con el ambiente físico. Igualmente se definen una serie de factores derivados de la hospitalización en la UCI como son la privación sensorial, la afectiva y la dificultad para dormir. Otros son la sensación de muerte, la agresividad de la terapia, la pérdida de la intimidad corporal, el sueño interrumpido por los permanentes controles, el olor a medicación, la conexión con el aparataje eléctrico, la escasa visión —apenas la pared, el techo y el personal que le atiende—, las alarmas de monitorización y ventiladores mecánicos y las voces que no conoce.

Con todo ello, y a pesar de la documentación existente sobre el delirium, el artículo de 2013 “Impacto de delirio en el resultado clínico en pacientes críticamente enfermos: un metaanálisis” publicado por Zhang Z y cools.⁹, concluye aportando que: el delirio en paciente críticamente enfermos se asocia con una mayor tasa de mortalidad, más complicaciones y mayor duración de la estancia en la UCI.

METODOLOGÍA

Estudio analítico, correlacional de casos. Transversal y prospectivo. El objetivo general de nuestro estudio fue describir y analizar diferentes variables relacionadas con el estado cognitivo de los pacientes ingresados en la UCI. Específi-

cos: describir el perfil del paciente ingresado en la UCI de nuestra muestra, evaluar el deterioro cognitivo que presentan los pacientes y describir y analizar diferencias entre sexos en algunas de las variables más relevantes. En lo que respecta a resultados de significación estadística: valorar y describir el grado de relación —correlación— entre las variables cuantitativas dependientes y su significación estadística.

El centro sanitario en el que se realizó el trabajo de campo fue el Hospital Universitari i Politènic La Fe de Valencia. La recogida de datos se ha realizado en UCI ubicada en la 1ª planta del bloque G.

La población (N) fueron pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitari i Politènic La Fe, siendo la muestra (n) de 30 pacientes. Aleatorización: se realizó un muestreo por conveniencia. Criterios de selección: pacientes mayores de edad y que desearon colaborar con el estudio. Se descartaron aquellos pacientes que por su situación —enfermedad base o tratamiento farmacológico— tuviesen alterada/disminuida su cognición y aquellos que estuviese aislados. El trabajo de campo se realizó desde el 1 de abril al 9 de mayo de 2014.

Las variables independientes fueron: sexo, edad, nivel de estudios, estado civil, nº de hijos y loc. de residencia. Las variables dependientes: Test de MMSE y de FV. Otras: días de ingreso en la unidad y la enfermedad base.

Para la búsqueda de información, utilizamos Descriptores en Ciencias de la Salud¹⁰ y la base de datos Pubmed®¹¹. Ésta ofreció un total de 190 artículos y seleccionamos 54 para su lectura crítica, especialmente de los últimos 5 años. También se ha dado importancia y utilizado otros artículos anteriores por su relevancia en el tema.

Para la realización del tratamiento estadístico se utilizó la aplicación informática R-Commander¹²: análisis descriptivo de las respuestas a los cuestionarios —tabla de frecuencias y representación gráfica del porcentaje de cada una de las opciones de respuesta—, analizándose la influencia del sexo en las respuestas de interés. Dada la muestra, hemos optado por pruebas no paramétricas como el test de Wilcoxon. Para las variables cuantitativas hemos procedido a realizar la Correlación o índice de Pearson, para conocer si existe una asociación lineal entre dos variables, determinando el coeficiente de correlación, el grado de relación y el diagrama de puntos.

Se solicitó por escrito la aprobación del anteproyecto al Comité de Bioética y la Comisión de Investigación y Docencia, dando su visto bueno por escrito. El presente estudio se realizó conforme a los principios básicos de toda investigación sanitaria y respetando los principios sobre protección de datos personales, así como los referentes a derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria en el ámbito nacional y autonómico. Se solicitó consentimiento informado a las personas encuestadas. No ha existido conflicto de intereses con persona, empresa o institución.

Descripción de los cuestionarios:

El MMSE fue diseñado por Folstein¹³ y se utiliza para realizar un examen neuropsicológico abreviado, capaz de discriminar de forma rápida entre normalidad y anormalidad cognitiva en la población. Se exploran 5 áreas cognitivas: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje. El rango de puntuación va de 0 a 30 puntos. Algunos autores^{14,15} categorizan los puntos obtenidos de la siguiente forma:

- Menor de 10. Deterioro grave.
- De 10-20 puntos. Deterioro moderado.
- De 21-24 puntos. Deterioro leve.
- De 25-30 puntos. Ausencia de deterioro.

La prueba de FV pretende evaluar la capacidad de la persona para generar, en un tiempo determinado, una serie de ejemplos pertenecientes a la categoría semántica que se le da como punto de referencia. El paciente tiene que decir en un máximo de 60 segundos todas las palabras —de una misma categoría— que pueda. Ésta puede ser semántica, citar por ejemplo; animales, frutas, etc.; o fonética, citar palabras que empiezan por una letra determinada^{16,17,18}.

RESULTADOS

Según los resultados globales del descriptivo cualitativo, destacamos: con relación al sexo, 2 de cada 3 sujetos son hombres. Según el nivel de estudios, más de la mitad de los participantes afirman tener estudios básicos. Respecto al estado civil, la mayoría de los sujetos de nuestra muestra están casados, residen en Valencia y predominando en ellos las patologías de base cardíaca, seguidas por las alteraciones digestivas y neurológicas.

Según resultados globales cuantitativos: la me-



dia global de edad de la muestra es de 57.13 años, siendo los hombres los que superan a las mujeres en lo que respecta a la media de edad. Como promedio, el número de hijos que tiene la muestra seleccionada es de 1.4. Nuestros participantes han estado ingresados durante 4.6 días en la UCI.

Con relación a las variables dependientes, y en concreto la FV Global, la media de animales expresados durante un minuto, ha sido de 11.47. Según el género: los hombres han podido decir más palabras por unidad de tiempo que las mujeres.

En relación con el MMSE Global, la media que representa los resultados es de 23.07. Según el género los hombres puntúan más que las mujeres.

Contraste de hipótesis: Test de Wilcoxon dada la tipología de la variable "no paramétrica" con el fin de plantear dos posibles hipótesis:

- Edad – MMSE

Ante la obtención de un p valor <0.05 rechazamos la hipótesis nula (H_0). Podemos afirmar que existe una relación estadísticamente significativa entre el valor del MMSE y la edad, cumpliéndose la hipótesis H_1 .

- Edad – FV

El p valor obtenido en el test de Wilcoxon es <0.05 , y por lo tanto se rechazaría H_0 , afirmando la existencia de una relación estadísticamente significativa entre los valores de las dos variables, la edad y la Fluencia Verbal.

- MMSE – FV

El p valor obtenido es <0.05 y por lo tanto hay una relación estadísticamente significativa. Rechazaríamos la H_0 . Las probabilidades de errar en nuestra decisión son escasas, ya que estamos hablando de criterios de significatividad.

En cuarto lugar procederemos a realizar las correlaciones con las variables de mayor interés para nuestra investigación, mediante el Test de Pearson (r):

- Edad – MMSE

Dado que el coeficiente de relación (r) es -0.19, podemos considerar que la correlación entre variables es inversamente proporcional y su relación es débil. Es decir, a medida que aumente el valor de una variable (Edad), disminuirá ligeramente el valor de la otra (MMSE).

- Edad – FV

En este caso existe una correlación inversamente proporcional y una relación débil ya que (r) es -0.13. Al aumentar el valor de la Edad, disminuye la puntuación de la FV.

- MMSE – Fluencia verbal

El coeficiente de relación entre las dos variables, es directamente proporcional ya que se trata de un (r) positivo (0.3). No obstante, el resultado indica que su relación es débil respectivamente: si aumenta el valor del MMSE, aumenta el valor de la FV; es decir, a mayor puntuación en el MMSE (menor deterioro cognitivo), mayor es la puntuación de la FV.

DISCUSIÓN

En lo que respecta a los resultados globales cualitativos hemos evidenciado que el número de hombres ingresados en la UCI es mayor que el de las mujeres. Si extrapolamos nuestros resultados con artículos publicados estos son concordantes^{19,20}. Con respecto a la enfermedad base del ingreso y estancia en la UCI, la patología cardíaca se muestra como la más prevalente; similares resultados se muestran en el INE¹⁹ y el estudio MONICA de la OMS(4).

Los pacientes ingresados en la UCI son adultos próximos a la sexta década de su vida, por lo que se supone que la prevalencia de enfermedades es mayor que en otros grupos de edad más jóvenes. También hay que tener en cuenta los porcentajes de dichas enfermedades: 66.6% de base cardíaca, el 10% de origen digestivo, el 10% de origen neurológico, y un 7% de origen respiratorio¹⁹.

Si relacionamos el género con la edad, los hombres son mayores que las mujeres: los hombres acuden menos al primer nivel asistencial.

La media de número de días de ingreso global en la UCI ha sido de 4.6 días; según el INE¹⁹, la estancia de los hombres se sitúa entre los 4,5 días, frente a 4,7 de las mujeres. La diferencia de días de ingreso según género es de 0,2 días

Los valores FV han sido de 11.4 palabras, existiendo diferencias entre género: 12.6 en hombres frente a 9.5 en mujeres. Nuestro resultado es concordante con otros estudios²¹.

El valor global del MMSE fue de 23.07 puntos, lo que supone que estos pacientes se categorizan con "deterioro leve: podríamos deducir que los pacientes ingresados en la UCI sufren algún grado

de deterioro cognitivo. No obstante, teniendo en cuenta la media de edad de los pacientes (57.13) y su nivel académico, valores estándar de la población sana, nos muestra que la puntuación obtenida debería estar alrededor de 22 puntos^{13,15}, datos concordantes con nuestro estudio.

En lo que respecta al contraste de hipótesis, mayoritariamente hemos podido rechazar la hipótesis nula afirmando que entre las dos variables escogidas existe una relación estadísticamente significativa. Éstas han sido: Edad frente MMSE, Edad frente FV, MMSE frente FV. Tras efectuar las correlaciones entre las variables de más interés, el grado de relación ha sido categorizado como "débil" producto de una muestra limitada.

CONCLUSIONES

Se han descrito y analizado diferentes variables relacionadas con el estado cognitivo de los pacientes de la UCI del Hospital La Fe, junto a otras variables propias de cuestionarios validados (MMSE y FV). El perfil de nuestra muestra es un hombre de 53.13 años, con estudios básicos, casado, que reside en Valencia y con una enfermedad de origen cardiaco; tiene 1.4 hijos, y ha estado ingresado en la UCI 4.63 días. La puntuación del MMSE en el grupo global ha sido de 23.07 categorizado como "deterioro leve". Se han descrito las medias de puntuación de las variables de nuestros cuestionarios, en concreto de las cuantitativas (valores globales) analizando las diferencias entre sexos. Las relaciones obtenidas han mostrado correlaciones de interés, estimando así mismo su significación estadística.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Lázaro-Del Nogal M, Ribera-Casado J.M. Síndrome Confusional (delirium) en el anciano. *Psicogeriatría*. 2009; 1 (4): 209-221.
- ² Ribera-Casado JM. El síndrome confusional agudo en alza. *Rev Clin Esp*. 2005; 205: 469-71.
- ³ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition. Washington DC: APA. 2000.
- ⁴ Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor. 1992.
- ⁵ Palancia-Herrejón E, Romera M.Á, Silva J.A, et al. Delirio en el paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008; 32 (1): 77-91.
- ⁶ Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, Leo-Summers L,

Acampora D, Holford TR, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl Med*. 1999; 340: 669-76.

⁷ Milisen K, Foreman MD, Abraham IL, De Geest S, Godderis J, Ahalan IL, et al. A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. *J Am Geriatr Soc*. 2001; 49: 523-32.

⁸ Carmona JV, Llabata P et al. El delirio en los pacientes críticos. *Enfermería Integral*. 2006; 26-28.

⁹ Zhang Z, Pam L, Ni H. Impacto de delirio en el resultado clínico en pacientes críticamente enfermos: un metaanálisis. 2013; 35 (2): 105-11.

¹⁰ Descriptores en Ciencias de la Salud. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> [visitado el 14 de febrero de 2014].

¹¹ National Library of Medicine. Pubmed. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> [visitado el 14 de febrero de 2014].

¹² R. Development Core Team. "R: A Language and Environment for Statistical Computing. Viena, Austria. ISBN 3-900051-07-0. Disponible en: www.R-project.org [Visitado el 7 de mayo de 2014].

¹³ Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12 (3): 189-198.

¹⁴ NICE Clinical Guideline 42. Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. 2006.

¹⁵ Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *JAMA*. 1993; 269 (18): 2386-2391.

¹⁶ Lezak MD. *Neuropsychological assessment*. 3 ed. New York: Oxford University Press. 1995.

¹⁷ Bryan J, Luszcz M. Measurement of executive function: considerations for detecting adult age differences. *J ClinExpNeuropsychol*. 2000; 22: 40-55.

¹⁸ Parker DM, Crawford JR. Assessment of frontal lobe function. in Crawford JR, Parker DM, Mckinlay WWW, eds. *A handbook of neuropsychological assessment*. London: Earlbaum. 1992; 267-291.

¹⁹ Instituto nacional de Estadística (INE). Datos epidemiológicos en España. 2014. Disponible en: <http://www.ine.es/> [visita el 5 de mayo de 2014].

²⁰ Martin TC, et al. La incidencia específica por edad en los ingresos a unidades de cuidados intensivos por infarto agudo de miocardio en Antigua y Barbuda. *West Indianmed. J*. 2007; 56 (4): 326-329.

²¹ Carnero C, Lendínez A, Maestre J. Test de fluencia verbal en pacientes de neurología sin demencia de una población con bajo nivel cultural. *Rev Neurol*. 1999; 28: 858-862.



Anexo I: Cuestionarios

- Test Minimental (MMSE).

MINI MENTAL STATUS EXAMINATION (FOLSTEIN)
MMSE

1. Orientación: (0- 10)

Temporal:

fecha(1)___ mes (1)___ día semana(1)___ año (1)___ estación (1)___

Espacial:

lugar (1)___ piso (1)___ ciudad (1)___ comuna (1)___ país (1)___

2. Repetición inmediata: (0-3)

“Le voy a nombrar 3 palabras. Quiero que las repita después de mí. Trate de memorizarlas, pues se las voy a preguntar en 1 minuto más”.

ARBOL MESA PERRO

Número de repeticiones: _____(máximo 6 veces en total)

3. Atención y cálculo: (0-5)

Serial 7: (100 menos 7) 93- 86- 79- 72- 65

(hacer check en cada respuesta correcta)

Deletrear MUNDO al revés: O _ D _ N _ U _ M _

(*Anotar el mejor puntaje)

4. Memoria (0-3)

Pedir que repita las 3 palabras previas, dar 1 punto por cada respuesta correcta.

5. Lenguaje (0- 9)

Mostrar un LAPIZ ___ y un RELOJ ___ (el paciente debe nombrarlos) = (0-2) ___

Repetir una frase = (0-1) ___

Orden: “Tome este papel con su mano derecha,

dóblelo por la mitad con ambas manos,

y déjelo en el suelo”

= (0-3) ___

Leer y obedecer: “**cierre los ojos**”

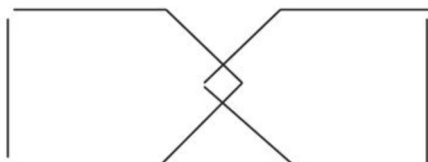
= (0-1) ___

Escribir una frase (con sujeto, verbo, predicado)

= (0-1) ___

Copiar los pentágonos

= (0-1) ___



Puntaje total: ___/30

- **Datos Sociodemográficos. Consentimiento informado.**

Encabezado de la encuesta

Universidad CEU Cardenal Herrera

Con la presente investigación pretendemos realizar una valoración del estado cognitivo de los pacientes ingresados en una muestra de críticos.

La encuesta es anónima. La utilización de los resultados tendrá un carácter aplicado y se utilizará con el fin de describir los problemas actuales en este ámbito y qué soluciones podemos tomar al respecto.

Gracias por su colaboración.

(Según ley 1/2003 Derechos e información CV. Consentimiento informado)

ENCUESTA

Datos Sociodemográficos

1.-Sexo

Hombre.....
 Mujer.....

2.-Edad

3.-Nivel de estudios

Básicos
 Diplomado / Ingeniero técnico
 Licenciado / Ingeniero superior
 Doctor
 Otros.....
 NS.....
 NC

4.-Estado civil

Soltero/a
 Casado/a
 Separado/a – Divorciado/a
 Viuda/o
 Otros.....
 NS.....
 NC

5.-Número de hijos

6.-Localidad (población) de residencia _____



Dependientes

1-Enfermedad base

- Cardiaco
- Respiratorio
- Neurológico
- Traumatológico.....
- Renal
- Otros.....
- NS
- NC

2.-Días en la unidad

¿Aumenta el riesgo de hipertermia la analgesia epidural en el trabajo de parto?

Does epidural analgesia during labour increase the risk of hyperthermia?

X Premio CECOVA de Investigación para residentes de matronas

Autores: Andreu Pérez T¹, Roa Domínguez I M², Romero González S³, Jiménez Galán T⁴, Poveda Luz A⁵, Saavedra Roel M⁶

1.- Matrona. Hospital Universitario de Sant Joan de Alacant.

2,3,4,6.- Matrona, Matrón.

5.- Matrona. Hospital General Universitario de Elda.

Tutorizado por: Ramón Pastor García (Supervisor del servicio de Partos del Hospital Universitario de Sant Joan de Alacant)

e-mail: telma143@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Estudiar la relación entre analgesia epidural y desarrollo de hipertermia materna intraparto.

Metodología: Estudio observacional analítico prospectivo que incluyó a las gestantes que acuden para finalizar su gestación al Hospital Universitario de San Juan y al Hospital General Universitario de Elda durante el año 2013. Se ofertó la administración de analgesia epidural a todas las gestantes; diferenciamos 2 grupos (expuestas y no expuestas a analgesia epidural) en las cuáles se empieza a tomar la temperatura al inicio del trabajo de parto y hasta la finalización de éste con una cadencia horaria.

Resultados: Se analizaron datos de 161 mujeres. El 31,5% desarrollo hipertermia durante el trabajo de parto. El 23,4% de las mujeres expuestas presentaron hipertermia intraparto frente al 8,1% en las no expuestas. ($p < 0,05$). En el grupo de las mujeres expuestas a analgesia epidural encontramos una mayor proporción de mujeres con hipertermia durante el trabajo de parto, y un mayor uso de antibióticos.

Conclusión: La analgesia epidural se asoció con mayor riesgo de desarrollar hipertermia. Dicha asociación no tuvo repercusión en el uso de antibióticos y antitérmicos y en el inicio precoz de

lactancia materna.

Palabras clave: analgesia epidural, antibiótico intraparto, hipertermia, trabajo de parto.

ABSTRACT

Objective: To study the relationship that exists between epidural analgesia and the development of maternal intrapartum hyperthermia.

Methodology: A prospective analytical observational study that included all the women that finalised their gestation at the Hospital Universitario San Juan and the Hospital General Universitari Elda during 2013. The administration of epidural analgesia was offered to all these women, who were then split into two groups (those in receipt and not in receipt of the epidural analgesia). Members of both groups had their temperature measured hourly throughout their labour.

Results: The data of 161 women were analysed and showed that 23.4% of the group that had received epidural analgesia developed hyperthermia as opposed to 8.1% of the group who had not received it ($p < 0.05$). Thus, in the group of women who received epidural analgesia we find a larger proportion of women who developed hyperthermia during labour and who



therefore were administered a larger amount of antibiotics.

Conclusion: *The epidural analgesia was associated with a greater risk of developing hyperthermia. This link did not have any repercussions in the administration of antibiotics and antipyretics and the early onset of breastfeeding.*

Key words: *Hyperthermia, epidural analgesia, intrapartum antibiotic, labour.*

INTRODUCCIÓN

La analgesia epidural (AE) es la técnica más efectiva y con relación beneficio/riesgo más favorable para controlar el dolor relacionado con el trabajo de parto y expulsivo^{1,2,3}.

La AE durante el parto se ha relacionado con incremento de partos instrumentados, distocias por mal posición, hipertermia materna intraparto, retención urinaria, hipotensión, así como partos espontáneos más prolongados^{4,5}.

Se ha observado una asociación entre la AE y un aumento de la temperatura de la mujer durante el parto; sin embargo, el mecanismo preciso no ha sido esclarecido. Recientes estudios han demostrado que la hipertermia no es debido a infección. La hipertermia materna también se ha visto asociada con la nuliparidad, la inducción al parto, el trabajo de parto prolongado, la administración de oxitocina, mayor peso al nacer, mayor edad gestacional y parto instrumentado, pero no con la rotura prolongada de membranas (más de 24 h)^{6,7,8}.

Aunque generalmente benigna, la hipertermia materna secundaria a la AE, se asocia con un exceso de costes en la atención sanitaria y un aumento del riesgo de efectos adversos tanto maternos como neonatales, por tanto éste es un problema que involucra a un amplio número de profesionales^{9,10}.

Debido a que no es fácil determinar si la hipertermia materna es de origen infeccioso, es frecuente que a los recién nacidos se les realicen pruebas para descartar una sepsis neonatal y se inicie antibioterapia profiláctica ante la posibilidad de que ésta sea por infección¹¹.

OBJETIVOS

General: Estudiar la relación entre la AE y el desarrollo de hipertermia materna intraparto.

Específicos:

- Evaluar qué medidas se establecerían para tratar la hipertermia producida.
- Repercusión y/o actitud en el recién nacido.
- Describir otros factores que pudieran estar asociados a un mayor riesgo de desarrollo de hipertermia.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño: Estudio observacional analítico prospectivo con el fin de comprobar si la AE constituye un factor de riesgo para el desarrollo de fiebre intraparto y la existencia o no de repercusión neonatal, así como la consecuencia de toma de medidas innecesarias en la mujer.
2. Ámbito: Área de partos del Hospital Universitario de San Juan y del Hospital General Universitario de Elda.
3. Periodo de estudio: Del 1 de Enero de 2013 hasta el 1 de Enero de 2014.
4. Población: Gestantes a término (mayor de 37 semanas) con parto inducido o espontáneo.
5. Criterios de inclusión: Gestantes a término con parto inducido o espontáneo.
6. Criterios de exclusión:
 - Fiebre o infección materna presente al ingreso.
 - Cesárea electiva.
 - Gestación múltiple.
 - Tratamiento analgésico diferente de la AE.
 - Feto muerto anteparto.
 - Infecciones y/o malformaciones congénitas.
7. Muestra: La selección de la muestra se realizó a través de un muestreo no probabilístico consecutivo, incluyendo a todas las gestantes que cumplieran criterios de inclusión.
8. Variables
 - Variable independiente: Epidural: si/no.
 - Variable dependiente: Temperatura materna: axilar, medida en C°.
 - Variables socio demográficas: Edad, procedencia, nivel académico, activi-

- dad laboral, pareja: si/no.
- Variables de embarazo:
 - Fórmula obstétrica de 5 ítems.
 - FUR (fecha de última regla).
 - Peso (kg) y talla (m) maternos.
 - Streptococco agalactiae del grupo B (EGB): positivo, negativo, indeterminado.
 - Variables del parto:
 - Inicio del parto: espontáneo, inducido, estimulado.
 - Estimulación de la actividad uterina con oxitocina, misoprostol (Misofar®) o dinoprostona (Proress®).
 - Motivo inducción: rotura prematura de membranas (RPM), oligoamnios, crecimiento intrauterino retardado (CIR), embarazo cronológicamente prolongado (ECP).
 - Tiempo de bolsa rota al inicio: min.
 - Tiempo total de bolsa rota: min.
 - Duración de la dilatación: min.
 - Duración del expulsivo: min.
 - Tipo de parto: eutócico, instrumental, cesárea.
 - Tactos vaginales totales.
 - Tactos con bolsa íntegra.
 - Calidad de los pujos: buena/mala/regular.
 - Inicio de lactancia materna en paritorio: si/no.
 - Peso del RN: gr.
 - Antibiótico: tipo, dosis, número de dosis.
 - Antitérmico: tipo, dosis, número de dosis.
 - Sedación con mórficos: si/no.
 - Variables sobre la analgesia epidural:
 - Medicación administrada:
 - Piel: fármaco, concentración y volumen.
 - Dosis test: fármacos, concentración y volumen.
 - Dosis inicial: fármaco, concentración y volumen, con o sin vasoconstrictor.
 - Perfusión: fármaco, concen-

- tración y velocidad de perfusión, con o sin citrato de fentanilo (Fentanest®).
- Mediciones intraparto (a los 30 minutos inicialmente, y posteriormente cada hora hasta la finalización del parto):
 - Temperatura materna (°C).
 - Tactos con bolsa íntegra.
 - Tactos con bolsa rota.
 - Contracciones cada 10 minutos.
 - Nivel de bloqueo Bromage: 0-3.
 - Nivel de bloqueo sensitivo.
 - Hidratación intravenosa: ml.
 - Temperatura ambiental (°C).
 - Medicación administrada intraparto.
- Parto: día y hora.

9. Procedimiento: La recogida de datos se llevó a cabo mediante hoja de registro.

A las gestantes seleccionadas cuando iniciaban el periodo activo de parto o se administraba la AE, se incluían en una de las cohortes (cohortes de expuestos, las mujeres que recibían AE y cohorte de no expuestos, aquellas que no la solicitaban) y se procedía a la toma de temperatura al inicio, a los 30 minutos y posteriormente con cadencia horaria.

La toma de temperatura fue axilar en el lado contralateral del decúbito que presentaba la mujer durante un tiempo no inferior a cuatro minutos, y se realizaba mediante un termómetro clínico de galinstan marca Geratherm® CE0118 con una precisión de $\pm 0,1^{\circ}\text{C}$ y $\pm 0,15^{\circ}\text{C}$.

10. Consideraciones éticas: Es importante resaltar la firma de nuestras pacientes en el consentimiento informado, así como la información verbal complementaria.

11. Análisis de datos: Se realizó una descripción estadística de las variables categóricas y continuas de este estudio (ver Anexo 1); distribución de frecuencias y proporciones de las variables categóricas, y la media, mediana, desviación típica, máximo y mínimo e intervalo de confianza al 95% para las variables continuas. Se evaluó la comparabilidad inicial de los grupos de las varia-



bles de control, se realizó un análisis por intención a tratar. Para realizar la asociación entre el uso de analgesia epidural y la aparición de hipertermia se empleó la prueba Chi cuadrado y para realizar la comparación de medias de las diferentes tomas de temperatura se utilizó la T de student. Se asumió un nivel de significación estadística de $p \leq 0,05$. Se utilizó el paquete estadístico SPSS v. 15.0 para Windows.

RESULTADOS

La población final incluida ha sido de 161 parejas de madre-neonato diferenciadas en 2 cohortes: 124 mujeres expuestas a AE (77,1%) y 37 mujeres no expuestas a AE (22,9%).

En cuanto a la muestra observada, la edad de las mujeres ha oscilado entre los 18 y los 42 años, con una media de edad de 32.04 años y una desviación típica de 5.15 años.

El 30,4% (n=49) de las mujeres tiene estudios primarios, el 43.5% (n=70) secundarios y el 26.1% (n=42) tiene formación universitaria. El 99.4% de la muestra tiene pareja estable. En cuanto a la nacionalidad de las mujeres de nuestra muestra el 87% (n=140) son europeas, el 8.1% (n=13) son de América del Sur, el 1.2% (n=2) son de América del Norte, el 0.6% (n=1) son de África, el 2.5% (n=4) son de Asia, el 0.6% (n=1) son de Oceanía.

Respecto a las características de ambos grupos en cuanto a la edad, peso, talla, IMC y edad gestacional, no se encontraron diferencias significativas en la comparación de medias.

En la variable tiempo de trabajo de parto, para una $p = 0.009$ encontramos diferencias significativas observando una disminución de 77.09 min en aquellas mujeres no expuestas a AE.

La figura 1, describe la hipertermia de ambos grupos (considerando como hipertermia una $T^{\circ} \geq 37,8^{\circ}$) apreciando una hipertermia de un 23,4% en el grupo de mujeres expuestas a analgesia epidural y una hipertermia de un 8,1% en el grupo de mujeres no expuestas a epidural. La diferencia que podemos observar es estadísticamente significativa (Chi-cuadrado= 4,177; $gl = 1$; $p = 0,041$).

La tabla 1 muestra que la proporción de hipertermia en mujeres expuestas a analgesia epidural tiene un riesgo relativo (RR) de 2,88 veces superior a la proporción de mujeres no expuestas

a analgesia epidural (este valor en la población será uno entre 0,931 y 8,934 veces superior en mujeres con analgesia epidural que en mujeres sin analgesia epidural, con una probabilidad del 95%).

En la figura 2, que nos describe la distribución de la variable T° en mujeres expuestas a epidural observamos a las 2 horas y media una elevación de $T^{\circ} = 0,15^{\circ}$. La diferencia que observamos es estadísticamente significativa (t de Student= 3,056; $gl = 84$; $p = 0,003$)

La tabla 4 muestra el resultado de la duración de trabajo de parto en mujeres con analgesia epidural en función de la variable hipertermia. Observamos una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de medias de la duración del trabajo de parto de 152, 28 minutos, mayor en aquellas mujeres que presentaron hipertermia. (Tstudent= 5.434; $gl = 122$; $p = 0.000$)

En la figura 3, que nos muestra el resultado de la utilización de antitérmico en mujeres expuestas a la analgesia epidural, observamos que en el grupo de mujeres expuestas a epidural tan sólo administramos antitérmico en un 4,8% y en el grupo de no expuestas a epidural un 0%. Esta diferencia no es estadísticamente significativa (Chi cuadrado= 1,860; $gl = 2$; $p = 0,395$).

Suprimimos en el análisis estadístico a todas aquellas mujeres con EGB+, porque a ellas se le administra sistemáticamente antibióticos y nos produciría sesgo en nuestro estudio.

En la figura 4, observamos que en el grupo de mujeres expuestas a analgesia epidural controlando el EGB, administramos antibiótico en un 23,2% y en el grupo de las no expuestas a epidural un 8,6%. La diferencia observada no es estadísticamente significativa (Chi cuadrado= 3,611; $gl = 1$; $p = 0,057$). También observamos que en el grupo de mujeres expuestas a analgesia epidural sin controlar el EGB, administramos antibiótico en un 28,2% y en el grupo de las no expuestas a epidural un 13,5%. La diferencia observada no es estadísticamente significativa (Chi cuadrado= 3,303; $gl = 1$; $p = 0,069$).

La tabla 5 muestra que el uso de antibióticos en mujeres expuestas a analgesia epidural controlando el EGB tiene un riesgo relativo (RR) de 2,708 veces superior a la proporción de mujeres no expuestas a epidural (este valor en la población será uno entre 0,872 y 8,411 veces supe-

rior en mujeres expuestas a AE que en mujeres no expuestas a AE, con una probabilidad del 95%). El uso de antibióticos en mujeres expuestas a AE sin controlar el EGB tiene un RR de 2,089 veces superior a la proporción de no expuestas (este valor en la población será uno entre 0,882 – 4,946 veces superior en mujeres expuestas que en no expuestas, con una probabilidad del 95%).

CONCLUSIONES

La hipertermia durante el trabajo de parto en mujeres expuestas a AE tiene un RR 2,88 con un IC 95% (0.931 – 8.934).

También observamos que la utilización de antibióticos durante el trabajo de parto en mujeres expuestas a AE tiene un RR 2,70 con un IC 95% (0.872 y 8.411).

Y por último, observamos que la utilización de antitérmicos durante el trabajo de parto en mujeres expuestas tiene un RR 0,95 con un IC 95% (0.915 – 0.990).

DISCUSIÓN

Nuestro estudio presenta una gran diferencia en el grupo muestral, muy superior en la cohorte de expuestas a AE, debido a que la media de epidurales durante el año 2013 de ambos hospitales fue del 68% coincidiendo de este modo la *n* en ambas cohortes, siendo de 124 la cohorte expuesta y de 37 la cohorte no expuesta.

Debido al reducido tamaño muestral, 161 gestantes, solo detectamos los riesgos más relevantes asociados a la AE, pudiendo pasar desapercibidos los de baja incidencia.

Hemos observado que la aparición de hipertermia durante el trabajo de parto está relacionada con el uso de AE, siendo el riesgo de presentar hipertermia de un 2.88 veces superior en las gestantes a las que se le administra la AE, estos datos corroboran diversos estudios como el realizado por L. Aceituno et al (12), que establece una incidencia de hipertermia materna 8 veces superior en las gestantes con AE que sin ella, así como el realizado por C. Agakidis (13) mostrando un riesgo del 11% de hipertermia en mujeres con AE frente al 0.8% sin ella.

Según la revisión bibliográfica los principales factores de riesgo para desarrollar la fiebre intraparto parecen ser el tiempo de exposición a la AE y las mujeres nulíparas, debido a que presen-

tan partos más prolongados (14). De igual modo nosotros observamos diferencias significativas entre la duración del tiempo de parto en mujeres expuestas a AE y el aumento de temperatura, siendo la duración del trabajo de parto de 152 minutos mayor en las mujeres que presentaron hipertermia.

El estudio de Sarit Shatken et al (15), relata que las gestantes con AE presentaron un aumento de temperatura a la hora de su administración, sin embargo estimó que el aumento de temperatura normalmente, se iniciaba a las 4-6 horas tras su inicio y se producía un incremento estimado en el intervalo de 0,08 a 0,14°C por hora. A pesar de ello, al comparar medias de la variable temperatura en las diferentes tomas, observamos un incremento significativo de temperatura de 0.15°C a las 2,5 horas del inicio del trabajo de parto en mujeres expuestas a AE, siendo el 85,7% de estas mujeres las que posteriormente debutaron con hipertermia.

Debemos tener en cuenta las limitaciones de nuestro estudio, como el instrumento utilizado para la medición que cuenta con un margen de error de $\pm 0,1^\circ\text{C}$ y $\pm 0,15^\circ\text{C}$, así como que no pudimos analizar temperaturas posteriores a las 4'5 horas, debido a que la mayoría de la muestra había finalizado el parto antes que la posterior toma de temperatura.

Hemos observado que la administración de antibióticos y antitérmicos durante el trabajo de parto no está relacionado con el uso de la AE, al controlar el factor de confusión EGB, ya que podría sesgar nuestro estudio. A pesar de ello, llama la atención el mayor uso de antibiótico que de antitérmicos a pesar de que la bibliografía refiere que la mayoría de la fiebre materna intraparto no está relacionada con infección (16) (17).

La bibliografía refiere asociación entre hipertermia materna intraparto y signos de depresión neurológica en neonatos, con puntuación baja en el test de Apgar, hipotonía, necesidad de asistencia ventilatoria, resucitación cardiopulmonar y diagnóstico de episodio hipóxico-isquémico tolerando peor este tipo de episodio aquellos cuyas madres han presentado fiebre intraparto (9). Por ello consideramos importante revisar los actuales protocolos de nuestros hospitales para reducir la antibioterapia innecesaria y tratar eficazmente la hipertermia.



Observamos que la proporción de mujeres a las que no se le administra antitérmico es de 0,952 veces superior (luego es inferior) respecto a las expuestas a AE.

Respecto a la lactancia materna, obtuvimos en el grupo de mujeres expuestas a AE un inicio de la lactancia materna en paritorio de 77,5% y en el grupo de no expuestas de 83,3%, esta diferencia no es estadísticamente significativa (Chi cuadrado=0,524; gl=1; p=0,469).

En contraste, diversos estudios (18) (19) (20) (21) concluyen que existe relación entre la AE y dificultades en la succión del recién nacido, así como problemas para lactar durante la primera semana de vida, interrupción de la misma los primeros seis meses postparto y cifras más bajas de lactancia materna exclusiva en los 24 meses posteriores al parto. Estos efectos se relacionan con la utilización de fentanilo en la técnica de la AE alterando momentáneamente funciones básicas como el reflejo de búsqueda y succión del recién nacido.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Zafra Pedone J.C., Calvache España J.A. Analgesia epidural para el trabajo de parto. *latreia*. 2008 Dec ; 21(4): 355-63.
- ² Howell C. Epidural versus non-epidural analgesia. *The Cochrane library*, Issue. 2002;(4).
- ³ Eltzschig HK, et al. Regional anesthesia and analgesia for labor and delivery. *N Engl J Med* 2003 january; 23: p. 319-32.
- ⁴ SegadoJimenez MI, et al. Analgesia Epidural Obstetrica: fallos y complicaciones neurologicas de la técnica. *SED*. 2011 Septiembre-Octubre; 18(5).
- ⁵ Othman M, et al. Pain management for women in labour - an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. 2013 June;(CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234. pub2).
- ⁶ Anim-Somuah M, et al. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 4. 2005 Oct 19;(CD000331. DOI 10.1002/14651858. CD 000331.pub2).
- ⁷ Impey LWM, GCMKea. Fever in labour and neonatal encephalopathy: a prospective cohort study. *Br J Obstet Gynecol*. 2001; 108: p. 594-7.
- ⁸ Grether JK NK. Maternal infection and cerebral palsy in infants of normal birth weight. *JAMA*. 1997; 278: p. 207-11.
- ⁹ Greenwell EA, et al. Intrapartum temperature elevation, epidural use, and adverse outcome in term infants. *Pediatrics*. 2012 January; 129(2): p. e447.
- ¹⁰ J FG, et al. Analgesia epidural obstétrica, fiebre materna y parámetros de bienestar neonatal. *REDAR*. 2005; 52(4).
- ¹¹ S S. Labor epidural analgesia and maternal fever. *Anesth Analg*. 2010; 111: p. 1467 - 75.
- ¹² Aceituno L, et al. Influencia de la analgesia epidural en el parto. *Clin Invest Gin Obst*. 2010; 37(1): p. 27-31.
- ¹³ Agakidis C, et al. Labor epidural analgesia is independent risk factor for neonatal pyrexia. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011 Septiembre; 24(9): p. 1128-1132.
- ¹⁴ Sharma SK, et al. Cesarean delivery: a randomized trial of epidural versus patient-controlled meperidine analgesia during labor in nulliparous women. *Anesthesiology*. 2002; 96: p. 546-51.
- ¹⁵ Shatken S, et al. Epidural fever and its implications for mothers and neonates: taking the heat. *J Midwifery Womens Health*. 2012 Jan-Feb; 57(1): p. 82-5.
- ¹⁶ Shaffer BL, et al. Manual rotation to reduce caesarean delivery in persistent occiput posterior or transverse position. *J Mat Fetal Med*. 2011; 24: p. 65-72.
- ¹⁷ De Orange FA, et al. Combine spinal and epidural anaesthesia and maternal intrapartum temperature during vaginal delivery: a randomized controlled trial. *Br J Anaesth*. 2011; 107: p. 762-68.
- ¹⁸ Torvaldsen S, et al. Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: a prospective cohort study. *Int Breastfeed J*. 2006; 1(24).
- ¹⁹ Devroe S, et al. Breastfeeding and epidural analgesia during labour. *Curr Opin Anesthesiol*. 2009 June;22(3): p. 327-9.
- ²⁰ Beilin Y, et al. Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breast-feeding: a prospective, randomized, double-blind study. *Anesthesiology*. 2005 Dec; 103(6): p. 1211-7.
- ²¹ Ransjö-Arvidson AB, et al. Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth*. 2001 Mar; 28(1): p. 5-12.

RESULTADOS

	RR	IC 95%
Hipertermia	2.884	0.931 – 8.934

RR: Riesgo Relativo; IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Tabla 1: Riesgo relativo de hipertermia con uso de analgesia epidural.

	Epidural SI (n=124) Epidural NO (n=37)	MEDIA	DE	IC 95%
Tª Materna a las 2h y 30min de trabajo de parto	EPIDURAL SI	36,98	0,3396	36,83 – 36,956
	EPIDURAL NO	36,74	0,2286	36,669 – 36,824

Tabla 2: Distribución Tª materna a las 2h y 30 min de mujeres expuestas y no expuestas a analgesia epidural.

EPIDURAL	HIPERTERMIA		Total
	SI	NO	
EPIDURAL SI	n=29 (23,4%)	n= 95 (76,6%)	124 (100%)
EPIDURAL NO	n= 3 (8,1%)	n= 34 (91,9%)	37 (100%)

Tabla 3: Distribución de la hipertermia en ambas cohortes

EPIDURAL	HIPERTERMIA			IC (95%)
		MEDIA (min)	DE	
TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO	SI (n=29)	389.27	70.11	249.05 - 529.49
	NO (n=95)	236.98	64.785	107.41 – 336.55

Tabla 4: Resultado de la duración de trabajo de parto en mujeres con analgesia epidural en función de la variable hipertermia.

	RR	IC 95%
Uso de Antibiotico en mujeres controlando EGB	2.708	0,872 y 8,411
Uso de Antibiotico en mujeres sin controlar EGB	2.089	0,882 – 4,946

RR: Riesgo Relativo; IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Tabla 5: Riesgo relativo de administración de antibióticos con uso de analgesia epidural.

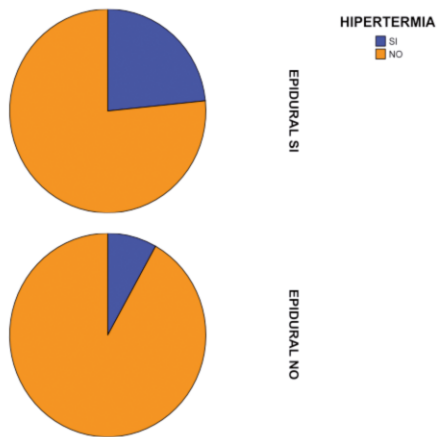


Figura 1: Distribución de hipertermia en ambas cohortes.

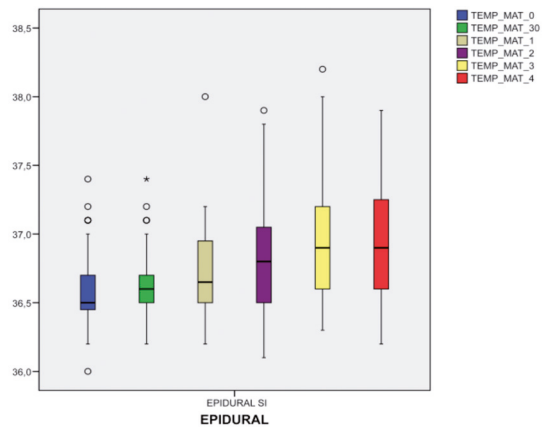


Figura 2: Distribución de temperaturas a las dos horas de recibir analgesia epidural.

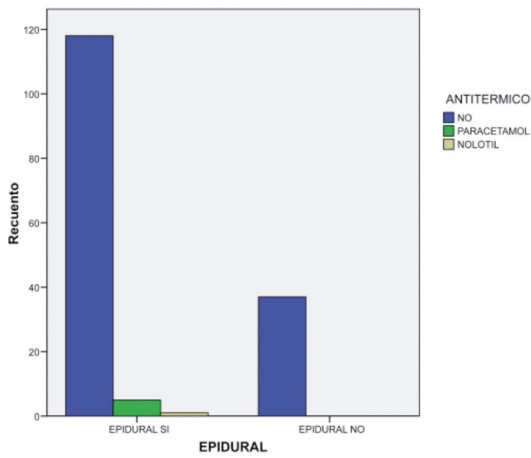


Figura 3: Resultado de la utilización de antitérmico en mujeres expuestas a la analgesia epidural.

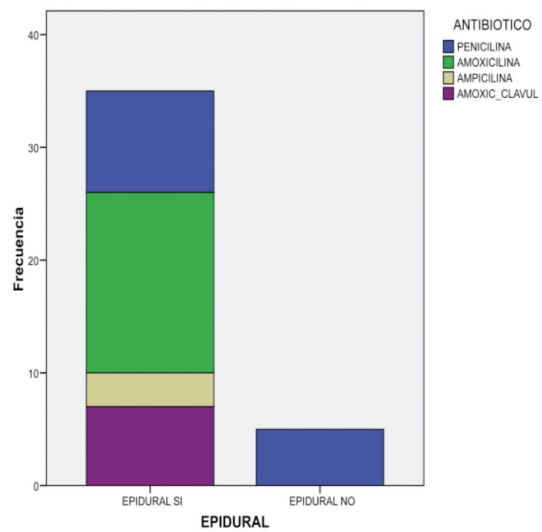


Figura 4: Resultado de la utilización de antibióticos en mujeres expuestas a analgesia epidural

La matrona a través de la obra medieval de Jaume Roig

Midwife through the medieval work of Jaume Roig

Autores: Julià Gisbert A, Pérez Sánchez C, Martínez Molina A

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

e-mail: martinezmolinaana@hotmail.com

RESUMEN

Las competencias de la profesión de Matrona a través de la Historia han ido evolucionando y modificándose según las distintas etapas. En la Valencia bajo medieval mediante las fuentes documentales de las que se dispone se pueden encontrar nuevas competencias, mediante las leyes, manuales, escritos, juicios, sentencias, iconografía y literatura.

La obra de literatura de Jaume Roig nacido en Valencia, médico y poeta del siglo XV, denominada *El Espill*, escrita en verso, en lengua catalana (valenciano o lemosí), con letra gótica aragonesa, supone una fuente heurística muy importante para la historia de la profesional matrona.

El Espill también conocido como "Llibre de les Dones", presenta en 11 apartados las amplias competencias de la matrona, no teniendo ninguna duda de cuando la misma, actuaba profesionalmente. La denominación que utiliza el autor es la de "madrina" cuando esta ejercía su trabajo distinguiéndola de la de padrina, "mestressa", bruja o nodriza.

Palabras clave: Historia, Matrona, Edad Media, Jaume Roig, *L'Espill*, Madrina.

ABSTRACT

The skills of the midwife profession through history have evolved and modified for different stages. In the low medieval Valencia by documentary sources that are available you can find new skills through laws, manuals, briefs, suits, judgments, iconography and literature.

*The work of literature Jaume Roig born in Valencia, physician and poet of the fifteenth century, called *The Espill*, written in verse, in Catalan (Valencian or lemosí), with Gothic script Aragonese heuristic is a very important source for the history of professional midwife.*

*The *Espill* aka "Llibre de les Dones" presented in 11 sections, the extensive powers of the midwife, having no doubt when it acted professionally. The name used by the author is "... godmother ..." when it exercised its work as distinct from that of padrina, "... mestressa ..." witch or nurse.*

Keywords: History, midwife, Middle Ages, Jaume Roig, *L'Espill*, godmother.

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La excelencia de una profesión se consigue necesariamente como toda disciplina científica fundamentando su Historia. Del profesional se espera una elevada moral, una moral de excelencia. Esto no es fácil de conseguir y menos de mantener en todo un cuerpo profesional. De ahí que las profesionales Matronas deban fundamentar su

propia Historia.¹ La Historia como ciencia tiene un importante papel en la construcción integral de todas las profesiones de la salud, tal como eran en el pasado.

La Historiografía es indispensable para el estudio de la profesión. La Heurística como técnica, ayuda a localización de las fuentes documentales que representan un trabajo arduo y de difícil de-



limitación, pero es una tarea que fascina y apasiona a la vez.²

El estudio histórico de las competencias de la Matrona en la Valencia bajo-medieval nos lleva a analizar la fuente documental de literatura de la época que se enmarca en la obra titulada “El Spill”, cuyo autor Jaume Roig médico, nacido en Benimamet, la escribió entre 1459-1460 en Callosa d’En Sarria, conocida también bajo el título de “Llibre de les dones” o “Llibre de consells”.³

Al analizar esta fuente documental escrita en verso, se observa las amplias competencias de las matronas en la época, además de las ya conocidas como el cuidados de la mujer y sus trastornos, en todo su ciclo vital y los cuidados de los recién nacidos. La figura de la matrona aparece en once versos, de los cuatro libros y un prefacio en los que divide el autor su obra.

El Objetivo principal es: Analizar las competencias de la Matrona en la época que se desarrolla la obra de Jaume Roig.

Como objetivos específicos:

- Describir los versos donde ejerce la matrona.
- Identificar el nombre que recibía la profesional matrona en la Corona de Aragón (fotografía 1) que en la actualidad son la: Comunidad de Aragón, Cataluña y Comunidad Valenciana.

2. MARCO HISTÓRICO

El carácter histórico de este estudio se enmarca en la Valencia bajo-medieval, donde el autor y la obra ponen de manifiesto los problemas y costumbres de aquella sociedad. De todos ellos, hemos seleccionado para nuestro trabajo, dos cuestiones que aportan nuevos datos a estudios realizados por especialistas en sociología, historia, medicina y filología, que son: las competencias de las matronas y las diferencias que existían entre otras profesiones u oficios desarrollados para tratar o cuidar los trastornos de la mujer y los recién nacidos.

2.1. El autor

Jaume Roig, nació en Valencia ciudad, a comienzos del siglo XV (no se sabe con certeza la fecha de nacimiento, aunque algunos se atreven a poner la fecha de 1402 entre interrogantes), su familia, procedía de Mataró, médico, escritor y poeta. Se conocen pocos datos sobre su juven-

tud, si bien se sabe que era hijo de médico y nieto de notario. Probablemente estudió medicina entre Cataluña (Lleida, Barcelona) y Francia (Paris).

En 1434 figura como examinador de médicos de la ciudad de Valencia, cargo en el que aparece reiteradamente citado hasta 1477. Fue administrador del Hospital d’En Clapers desde 1452 a 1462 más adelante lo fue del “Hospital dels Innoscents” y médico de cámara de la reina María de Castilla esposa de Alfonso el Magnánimo, a quien trató en diversas ocasiones, llegando a certificar su muerte en 1477. Se casó con Isabel Pellicer, con la que tuvo seis hijos, tres varones y tres mujeres.

Vivió en Valencia, en la calle Cordellats, propiedad de la familia Roig, cerca de la Llotja de la Seda y del Consolat del Mar (fotografía 2) un día de abril de 1478 salió de la ciudad con unos amigos cabalgando en su mula hacia Benimamet y cuando se disponía a bajar de la mula se cayó dándose un gran golpe en la cabeza y a los pocos días el 4 o 5 de abril falleció.⁴

2.2. La obra

El Espill, conocido también por Llibre de les Dones o Llibre de Consells, que aparecen, debido a los impresores de las primeras ediciones. Fue escrito alrededor 1459-1460 en Callosa d’En Sarria. Como afirma el propio autor, la obra está escrita en “noves rimades comediades” o pareados de cuatro sílabas –excepto el breve fragmento de la “consulta”, en heptasílabos–; consta de 16.359 versos a veces de difícil lectura –fiel a la tradición narrativa del siglo XII–, lo que no impide que su estilo sea ágil y fluido, con gran riqueza de expresión y de léxico que el autor extrajo, según confesión propia, del habla popular de L’Horta.

La acción, propiamente dicha, está dividida en cuatro libros, precedidos de una consulta y un prefacio. La consulta está dirigida a Joan Fabra para que revise el texto, y en ella afirma que su propósito es demostrar que todas las mujeres son viles y aconseja a los hombres que las rehúyan.

El libro primero. “*De su juventud*”, dividido en cuatro partes –“*De la niñez estando con su madre*”, “*Cómo fue ahijado y despedido*”, “*Continua a los sucesos de Paris*” y “*Concluye su viaje volviendo a Valencia*”, expone las incidencias de la juventud del protagonista desde que muere su padre y se ve obligado a ganarse la vida como puede.

El segundo libro. *"De cuando se casó"*, también en cuatro partes – *"como se casó con doncella"*, *"Como quiso tomar beata"*, *Cómo tomó viuda"* y *"De Monjas"* en el expone con una misoginia violenta los diversos, consecutivos y desgraciados matrimonios del personaje central, que abundan en hechos grotescos y trágicos protagonizados por mujeres hipócritas, viciosas y sin escrúpulos.

El tercer libro. *"De la lección de Salomón"*, asimismo dividido en cuatro partes, el narrador, desesperado porque no tiene hijos, decide contraer nuevo matrimonio con una parienta suya, pero Salomón se le aparece en sueños y le aconseja que no se case, con una larga lección que constituye un impresionante catálogo de las maldades del género femenino.

El cuarto libro. *"De enviudado"*, que es el más breve de todos pero dividido también en cuatro partes, el narrador obedeciendo los consejos de Salomón, jura no tener nunca más relación con mujeres y se dedica a la vida retirada, a actividades piadosas y al cuidado de su huerto, rodeado de servidores varones.⁵

3. MATERIAL Y MÉTODO

Sobre la provisionalidad del método en la historia de la enfermería (Siles 1999) escribe que "... el método es dinámico, pues forma parte de un proceso de investigación y evoluciona según va avanzando éste. Sin embargo, se da la necesidad de jerarquizar (estructurar) el proceso de investigación..."⁸

El método utilizado ha sido la traducción, transcripción e interpretación de las fuentes documentales.

El tratamiento cronológico que corresponde a nuestro estudio nos permite enlazar las competencias de las matronas en la época que se escribió la obra, con las que ejerce en la actualidad, teniendo que optar por un tratamiento sincrónico en nuestra crítica interna de la obra de la época bajo-medieval, ya que dicho tratamiento fija los hechos en la misma fecha.

La obra publicada en 1531, compuesta en verso redactados en 119 folios y dividida en un prefacio y cuatro libros. Se considera una obra autobiográfica del médico valenciano y narra sus experiencias con las mujeres a las que dedica la mayor parte de la obra. Según Rubio Vela (1983) "... l'autor no hi relata la propia vida, tot y que dóna a

entendre així..." además de que la *"obra no puede considerarse como una autobiografía, pero sí como una novela llena de datos históricos"*.⁹

De lo que no cabe duda es que tiene un gran sentido del humor y para algunos estudiosos el autor es un misógino. En algunos pasajes, Jaime Roig se excede en menosprecios y críticas hacia las mujeres, para al final perdonarlas por consideración a su mujer y a la Virgen María.

En las citas textuales se transcriben los textos según la época, por lo que la ortografía pueda no coincidir con la actual. (fotografía 3)

4. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

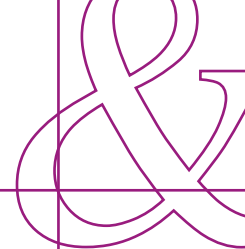
Para alcanzar los objetivos propuestos del estudio, hemos tenido que someter la obra de Jaime Roig a una traducción, análisis e interpretación, tratando de separar los elementos básicos de la información y examinarlos con el propósito de responder a las cuestiones planteadas en la investigación. La interpretación en cambio, al ser un proceso mental necesita encontrar un significado más amplio de la información recabada.¹⁰

El autor del Espill nos presenta once episodios donde aparece la matrona. En cada uno de los pasajes, indicaremos en primer término el libro, título, parte y número de versos donde está representada el pasaje/episodio. El orden cronológico es el del autor, tal y como aparecen en la obra. La transcripción del texto original aparece entre comillas y en cursiva.

4.1. Primer episodio: "Examen pericial de cuatro madrinas"

En el libro segundo *"De cuando se caso"*, en la segunda parte *"Como quiso tomar beata"* narra en 24 versos, como por mandato de los Zalmedines (jueces) tuvo que estar presente en un juicio contra una mujer que había cometido adulterio y por lo tanto según *"Els Furs"* (leyes) (fotografía 4) había sido condenada a la horca. En cuatro ocasiones anteriores, esta había conseguido argumentar que estaba embarazada y de esta manera prolongar su ejecución de sentencia por tres años. Para probar su gestación, era necesario, el previo examen pericial de cuatro *"madrinas"*.

Así lo certificaron las cuatro veces anteriores. Pero en la quinta, fue cuando las matronas declararon que no estaba embarazada bajo juramento, cumpliéndose así la sentencia, pero surgieron



dudas acerca del embarazo al "...observásele el vientre gran movimiento...En seguida se la llevaron al Almodí (almacén de cereales cerca del mercado) en donde abierto el vientre por quien yo me sé, se le reconoció al embarazo por examen ocular claro...". Jaime Roig critica a las matronas por haber mentido y menosprecia el trabajo de las mismas, por ser mujeres.

En los casos de violaciones o adulterio en mujeres vírgenes, se acudía a los conocimientos de las matronas para que determinasen mediante las exploraciones pertinentes, si se había consumado el acto sexual y si estas estaban embarazadas, ya que los jueces dependían de este examen pericial para ejecutar las sentencia.

4.2. Segundo episodio: "de cuando fue compadre de beata"

En el mismo Libro que el anterior. Narra en 34 versos, como, en Teruel tuvo que ser compadre, en secreto, de un ahijado. "... La comadre era una mujer noble, muy beata, educada y criada por la reina doña Violante, yendo ambos camino de la Iglesia para el bautizo del niño, se enteró que la noche anterior había parido a su propio hijo la comadre que era a la vez "madrina" y el sacerdote que iba a bautizar al hijo de la parturienta era el padre. Sigue su narración concluyendo que...¡Nunca un acto semejante! Creían que sus actos estaban muy encubiertos, pero pronto se descubrió todo..."

El autor distingue a la matrona, como asistiendo su propio parto, puérpera por estar en el periodo del puerperio y comadre por ejercer el papel de madrina en el sacramento del Bautismo.

4.3. Tercer episodio: "se enteró de que la comadre era madrina y partera (puérpera)"

En el mismo Libro que el anterior en tres versos. Sigue su narración concluyendo que "... tanto se atrevía por cumplir sus creencias, que siendo madre, fue también "madrina", parturienta y al mismo tiempo que comadre..."

Vuelve a diferenciar Roig, las competencias de la profesión de la matrona, del de madre, y comadre en otro apartado del mismo episodio.

4.4. Cuarto episodio: "no se quedaba preñada y busco madrina"

En el mismo libro, en la Tercera parte "Cómo tomó viuda". Explica en 39 versos, como su mujer

le engañó sobre la edad que esta tenía, y los impedimentos de esta en el momento del coito "... Cuando yo intentaba entrar en el pesebre, nunca pude conseguir su agrado, ni que el acercarme fuese de su gusto. Y el injertar no precisa de fuerza; el escudo de corteza y el injerto de aguja conviene que se recoja cuando está dispuesto, siempre con deleite, actuando sin prisa. Lo que se hace por violencia nunca llega a la sazón. Por tales razones no se quedaba preñada. Ella no dejó de buscar doctoras, viejas urgandas, empañadoras, bañadoras de moras, "madrinas", adivinas, boticarios, herbolarios y preparadores de triaca, donde pudiese encontrar remedio..."

En este pasaje, enumera a mujeres que ejercían de doctoras, viejas urgandas. etc. Pero separa los distintos oficios como buen conocedor de estos por ser y ejercer de médico en la época

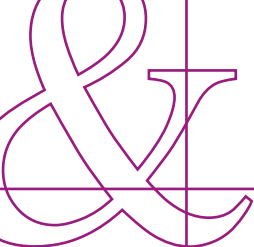
4.5. Quinto episodio: "pacto con la madrina para falso parto"

En el mismo Libro, en la tercera parte. Sigue narrando en 207 versos, como en su obsesión de quedarse embarazada fingió estar preñada. En el momento del parto "...Con sus malos tratos y peores pactos, con la "madrina" y la comadre, las malvadas mujeres urdieron y cubrieron un falso parto...Ordenaron cerrar las puertas, ventanas, con pestillos, cortinas de raso...Y acordaron que fuese la nodriza quien había parido la criatura. Por locuras cometieron mayor error, pues reiteraron, no temiendo a Dios. el santo sacramento del bautismo. Mas Dios Altísimo, quien investiga y otorga castigo a los buenos y malos, por igual descubre lo más escondido; nada se le oculta, todo lo revela...Su traición y ficción fue divulgada y publicada. Avergonzada y perseguida, tuvo que escapar a Benaguacil, huyendo del inquisidor, gobernador y de sus agentes..." antes que la detuvieran ella misma se ahorco..."

A la matrona, la describe en el momento del parto, aunque, como en toda su obra lo que desea es manifestar la perversidad femenina.

4.6. Sexto episodio: "cuando tuvo a su hijo que era de rostro parecido al mío"

En el primer Libro, cuarta parte "De Monjas". En 69 versos describe como se casó con una monja que "...consiguió quedarse preñada y parió un hijo, que no discrepaba de mí ni un grano



de mijo, sino que era de rostro parecido al mío. Me fue muy amada después de haber dado a luz...pero está no quiso amantar a su hijo por lo que lo dio a criar a nodrizas...Al pobrecito le sobrevinieron espasmos; mal de quijadas, asma, alferecía, epilepsia y mucho alhorre...tuvo mal de encías e infección en la boca...Llamó a muchas "madrinas" estas sospechan que es brujería "... con tantos cambios y consejos de diversa índole, tan voluntarios, ella le mató y le dejó bien aplana- do bajo la tierra..."

Los cuidados y remedios aplicados a los recién nacidos, eran competencias de las matronas, una vez más en la obra, queda constancia de su praxis en la etapa del puerperio y sobre la lactancia.

4.7. Séptimo episodio: "la madrina ya me ha dado ventosas"

En la cuarta parte "De Monjas", narra en 48 versos, como estas en el monasterio persiguen a los prelados sus confesores, médicos para que les curen de sus males de calenturas estas decían "...tengo gran viento en el vientre; con ajeno no mejoro. Un día he de mostraros la orina; la "madrina" ya me ha dado ventosas: ¡qué molestan son!. Ya no me fío más, confío en vós...". Todo esto lo decía la monja para atraer a su lecho al hombre y este el pobre caía en sus redes y la complacía.

Las mujeres, cuando padecían algún trastorno genital, acudían a las matronas, ya que estas eran y estaban autorizadas por las leyes a curar y aplicar ventosas a las mujeres, con el beneplácito de los hombres, en una sociedad totalmente andrógina.

4.8. Octavo episodio: "si tienen un poco de dolor presto acuden a la madrina"

Libro Tercero "De la lección de Salomón". Primera parte. En 35 versos dice: "...Cuando abortan o han parido, quieren tener la cama bien encortinada y dispuesta, el aposento empaliado con todo lo mejor. Si tienen un poco de dolor, presto acuden médicos y "madrina". Enseguida meten a asar la francolina y a resonar el almirez de cobre. Por su persona, la casa va a corte de espada, a saqueo a estrago...nunca les falta de nada, cueste lo que cueste...no reparan en el coste con tal de que venga pronto lo que piden; los maridos pagan..."

En este pasaje se vuelve a referir a la matrona como profesional para buscar remedios a los posibles dolores que las mujeres tenían porque confiaban en ellas.

4.9. Noveno episodio: "para tener hijos muchas viejas modorras"

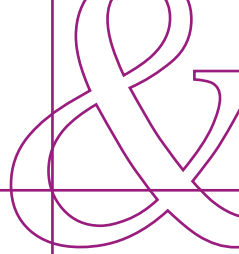
En el mismo libro y parte. Sigue narrando en 20 versos "... Para tener hijos, muchas viejas modorras, estériles, torpes, dan muchas vueltas. Cuando ya no pueden más, buscan un hijo robado o prestado, suponiendo un parto. Tú ya has visto hijos nacidos con tal arte, mientras tuviste a la viuda estéril. También en la horca de esta ciudad has visto a mujeres sentenciadas por tales prácticas, dos mezquinas "madrinas", colgadas junto con un tercero..."

Cuando alguna mujer en el momento del parto se encontraba en una situación socialmente comprometida, por ser soltera, viuda, haber cometido adulterio o no querer tener o mantener a su recién nacido, la matrona era la que tenía las competencias de buscar a otra familia para el cuidado del recién nacido o llevarlo a la inclusa, hasta incluso la iglesia la autorizaba en caso de estar en peligro de muerte el recién nacido, el practicarle el sacramento del bautismo.

4.10. Décimo episodio: "cortado por la madrina y muy mal atado el ombligo"

En el mismo Libro "De la lección de Salomón" continua describiendo en 33 versos, que "...Al nacer, si los niños no mueren, lloran A o E, a causa del pecado de Eva. Cortado por la "madrina" (qui le lleva) y muy mal atado el ombligo, lavados, puestos en pañales, y alimentados, algunos con miel, los más con hiel, maman la leche de las que los amamantan, la mayor parte entre lloros... Pero si les molesta el hijo que ha nacido y no les agrada, hacen que no viva; hacen que muera hervido, quemado, enterrado desnudo; a otros los ahogan en el mar; los echan vivos, sin bautizar, a pozos, ríos; de otros hacen, con maldad, que se los coman, cortados a trozos, los puercos y los perros;...Por su falta de disposición, se derrama la sangre del ombligillo que está atado flojamente; así lo hallan muerto..."

De nuevo en este episodio se justifica el papel de la matrona en el momento del parto como la responsable del cuidado del cordón umbilical,



pero siempre el autor exagerando y satirizando a las mujeres hasta unos extremos inauditos para confirmar la tesis misógina de su obra. Nos presenta a una matrona actuando despiadadamente con el recién nacido.

4.11. Undécimo episodio: “La Virgen en un humilde pesebre no tuvo madrina”

En la segunda parte del Libro Tercero. Termina en 25 versos, ensalzando a la Virgen diciendo “...En un humilde pesebre tuvo que ser parturienta. No tuvo “madrina”, hermana ni prima; sin tristeza ni miedo, dolor o llanto, Hija y Madre parió a su Padre; Padre e Hijo, sin ningún peligro; Hijo y Señor, sin aflicción...Con gran pericia lo puso entre pañales y lo adoró con culto de idolatría. Fue en verdad, la primera adoradora de Dios...”

En el parto de la Virgen, el autor vuelve a referirse a la matrona diciendo que la Virgen ejerció de madrina en el parto de su Hijo y Señor.

5. CONCLUSIONES

Mediante el estudio histórico de la obra el Espill, así como la vida de su autor Jaume Roig hemos podido aportar dos nuevas visiones/datos/ interpretaciones no tenidas en cuenta en estudios anteriores. No dudamos que el estudio de la obra seguirá manteniendo curiosidad para otros investigadores, para la justificación de otras ciencias.

La primera: el reconocimiento de la profesión de matrona en la obra, marcando diferencias de otras profesiones u oficios ejercidos en la Corona de Aragón en la época del cuatrocientos, por el autor que fue médico y ejerció como tal, en el hospital de En Clapers de Valencia en la actualidad desaparecido, al igual el de En Bou y el Hospital de los Inocentes que en la actualidad es el Hospital General Universitario de Valencia, confirma cuáles eran las competencias de la matrona.

La segunda: La ampliación de nuevas competencias de la matrona, no sólo reafirmando su exclusividad en la atención y cuidado de la mujer en todo su ciclo vital y los del recién nacido, sino sus competencias en el ámbito social, jurídico y religioso, como son el examen pericial a las mujeres en el caso de violación, pérdida de la virginidad, adulterio, mal trato, así como la responsabilidad religiosa del sacramento del bautismo de los recién nacidos en peligro de muerte.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) Gracia D. Origen de la Enfermería Española. Una profesión y su historia, Jano; 1994: 21-27, vol. XLVII, nº 1098: 53.
- (2) Marrou H.I. El conocimiento histórico. Trad. García de la Mora, J.M. Barcelona. Ed. Labor; 1972: 62.
- (3) La obra cedida por el prof. Rubio Vela A. de su biblioteca particular.
- (4) Gran Enciclopedia de la Comunidad Valenciana. Tomo XIV, Rib-San. Valencia. Levante. 2225: 76.
- (5) Gran Enciclopedia de la Comunidad Valenciana. Tomo VI, Eco-Fil Valencia. Levante; 2005:173.
- (6) Jaume Roig. Spill. Valencia. Del Cenía al Segura. Joan Costa; 1990:25.
- (7) Peirats A.I. Jaume Roig. El Espejo o Libro de las mujeres. Tradc. Peirats, A.I. Madrid. Centro de Lingüística Aplicada Atenea; 2010.
- (8) Siles J. Historia de la Enfermería. Volumen I. Valencia. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). 1999: 33
- (9) Rubio A. Autobiografía i ficció en “L’Espill” de Jaume Roig. A propòsit de l’episodi en l’hospital. Valencia. L’Espill, nº. 17-18. Primavera/Estiu; 1983: 127.
- (10) Fresquet J.L. Guía para la realización de trabajos de folkmedicina y otros sistemas médicos. Valencia. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia Universitat de Valencia-C.S.I.C.1; 1994: 55.

7. BIBLIOGRAFÍA

7.1 Obras de consulta:

- Furs de València. (eds. G. Colón/A. García). Barcelona, Barcino: 5 vol (I, 1970; II 1987; III, 1978; IV, 1983; V, 1990).
- Alfonso X, el Sabio. Cantigas de santa María (ed. Metmann). Madrid: Catalia; 1961.
- Bauer, G. Introducción al estudio de la Historia. Barcelona, Bosch; 1970
- Bunge, M. La investigación científica, Barcelona, Ariel; 1970.
- Rama, C.M. Teoría de la Historia. Introducción a los estudios históricos. 3º edic. Madrid, Tecnos; 1974.

7.2 Obras de referencia:

- Agüera V. Un pícaro catalán del siglo XV (El Spill de Jaume Roig y la tradición picaresca). Barcelona: Hispan; 1975.
- Micó J.A. La ciencia en vinti-dos bibliotèques valencianes del Renaixement. Valencia: Facultat de Filosofia y Lletres. Tesis doctoral; 1978.
- Querol F. La vida valenciana en el siglo XV. Un eco de Jaume Roig. Valencia: Institució Alfons el Magnànim; Diputació Provincial de València; 1963.
- Rubio Vela A. Una fundación burguesa en la Valencia medieval: el Hospital de En Clapers, (1311). Dynamis, I. Valencia; 1981.
- Sanchis Guarnier M. La ciutat de València. Valencia. Publicacions del Cercle de Belles Arts; 1972.

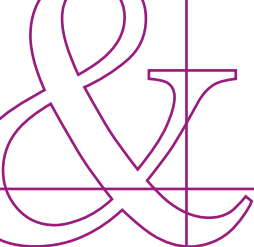


Foto 1



Foto 3

Es conuersi
 I puyó ala nau
 ofal pensau
 Olla: poss
 I dones trobi
 Ngör diuides
 Encastanades
 Ab ml. tocados
 I om per brados
 deles sempre
 pums m riores
 No si tocauer
 No s pzanchau
 Añils. Añils
 I Les genests
 he grans nobless
 Tambe conests
 Nois deposen
 Nllis confiren.
 Los estranges
 No en uezes
 Cas no m ha
 Din lendema
 Comouiment
 de molta gent
 per una pest
 en carca melh
 hon era stada
 Tres anys rancada
 Adultexant
 I Oaur instant
 demugiada
 Senrençada
 per apemas
 fent sempremas
 ha hum bezguant

Periculant
 De son porrar
 son porrar
 Leguam
 I per estapan
 pes per pasit
 fuent parit
 fent reballas
 prest ampemas
 I quatre uogadas
 Conmides
 hum mater dia
 Ella paia
 Ne sempremas
 I Om quampau
 Lo porroquaz
 Añi ho duraz
 oye de res anys
 No los rucampo
 qui li aydauen
 Los que polauen
 En la cabeno
 No onqueno
 yo sig present
 per manament
 deles salmedines
 quatre madures
 La remezzer
 he deposen
 No fagament
 concordantment
 No ser pzemada
 I Non embocada
 No mexca dal
 hon lo degual
 La for saltar
 Cas for diptat

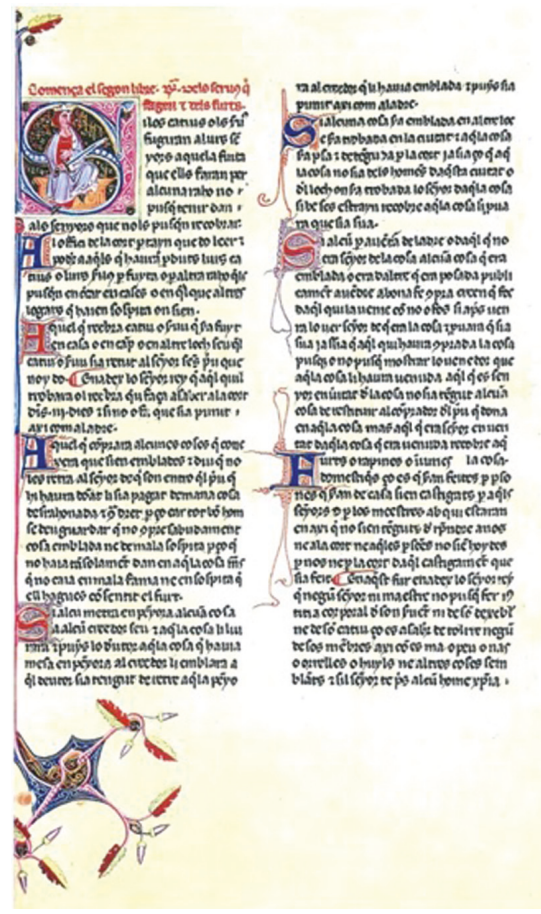
[vv. 3404-3476]

[L xxvi]

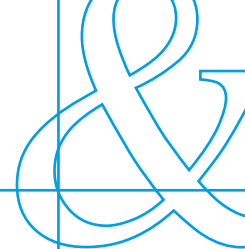
Foto 2



Foto 4



artículo especial



Comunicación terapéutica y satisfacción del paciente: programa formativo para el equipo de enfermería de la unidad de hospitalización psiquiátrica

Therapeutic communication and patient satisfaction: training programme for nursing team in patient psychiatric unit

Autor: Alfonso Martínez G.

Hospital Marina Baixa (Villajoyosa)

e-mail: gloria.alfonso.martinez@gmail.com

RESUMEN

La comunicación del equipo de enfermería con el paciente es algo fundamental en el contexto de los cuidados, y como demuestran numerosos estudios, tiene una relación directa con la satisfacción de los pacientes. Al tratar pacientes con problemas de salud mental la importancia de la comunicación es mayor, y si estos pacientes están en una unidad de hospitalización psiquiátrica la comunicación es la principal herramienta de trabajo para el equipo de enfermería.

Otros estudios ponen de manifiesto el déficit de formación continuada de los profesionales de enfermería en el campo de la comunicación, por ello la inseguridad que les causa ponerla en práctica y en consecuencia su falta de uso.

En este proyecto se pretende realizar una encuesta de satisfacción a los pacientes de la unidad de hospitalización psiquiátrica, antes y después de impartir un programa de formación en comunicación terapéutica al equipo de enfermería de esta unidad.

Palabras clave: Comunicación terapéutica, satisfacción del paciente, enfermera hospitalización psiquiátrica, programa formativo.

ABSTRACT

The nursing team communication with the patient is critical in the context of care, and as numerous studies show, has a direct relationship with the patient satisfaction. To treat patients with mental health problems the importance of communication is higher, and if these patients are in a psychiatric inpatient unit is the main communication tool for the nursing team.

Other studies show the deficit continuing education of nurses in the field of communication, so the insecurity that causes them to implement and therefore its lack of use.

This project aims to conduct a survey of patient satisfaction of inpatient psychiatric unit before and after delivering a training program in therapeutic communication the nursing team of this unit.

Keywords: *Therapeutic communication, patient satisfaction, psychiatric hospitalization nurse, training program.*

INTRODUCCIÓN

La comunicación implica la competencia interpersonal en las interacciones y es la base de la relación entre los seres humanos, además de ser un proceso vital y recíproco capaz de influir en el comportamiento de las personas. El acto comunicativo como fenómeno interactivo revela la relación entre los seres humanos, ya que a partir del proceso de comunicación compartimos experiencias, inquietudes e inseguridades mientras satisfacemos nuestras necesidades como seres de relación¹.

La comunicación terapéutica se define como "un instrumento único de interacción interpersonal que contribuye a la excelencia en el trabajo, lo que permite sustancialmente la relación entre enfermera y paciente, la asistencia en la resolución de los problemas físicos, mentales, emocionales y espirituales"².

Según Clara Valverde³:

La comunicación terapéutica constituye un nuevo enfoque en los cuidados enfermeros en el cual el centro de trabajo es el paciente, su narrativa (lo que dice y cómo lo dice), su experiencia de la enfermedad, su experiencia del sufrimiento y lo que significa para él, cómo el profesional escucha, atiende y dialoga con él sobre esa experiencia.

La comunicación en enfermería ejerce un papel importante en relación con una atención competente y humanitaria, favorece una relación terapéutica con el paciente, entendida como un proceso interactivo y personalizado, existiendo afinidad, comprensión y aceptación entre la enfermera y el paciente⁴.

MARCO TEÓRICO

El modelo teórico más apropiado para la elaboración de este proyecto es el de Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau.

*"La enfermería es una relación humana entre una persona que está enferma, o necesitada de servicios de salud, y una enfermera con una formación especializada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda"*⁵.

Peplau defiende la práctica de la "Enfermería Psicodinámica", cuyas etapas se dividen en reconocer, clarificar y construir una comprensión de lo que sucede cuando una enfermera se relaciona de modo útil con un paciente.

Bajo este pensamiento se entiende que el principal objetivo de las escuelas profesionales de enfermería es conseguir el máximo desarrollo de la enfermería como persona consciente de su actuación en una situación concreta. La medida en que cada enfermera comprenda su propia función determinará la medida en que llegue a comprender la situación del paciente y la forma en que éste la concibe.

Las tareas relacionadas con éste objetivo se resumen en: expresar interés humano por las personas con dificultades, liberar la capacidad emocional e intelectual para poder elegir y que la enfermera se desarrolle como persona cuyo autointerés bien aprendido tenga como finalidad una relación productiva con todo tipo de pacientes, estudiantes y ciudadanos.

*"Lo que la enfermería sea y pueda llegar a ser depende de lo bien que pueda reconocer la enfermera las dificultades que plantean las relaciones con las personas y de la habilidad que alcance para ayudar a las personas a resolver sus dificultades y a desarrollar nuevas facultades para afrontar los problemas recurrentes"*⁵.

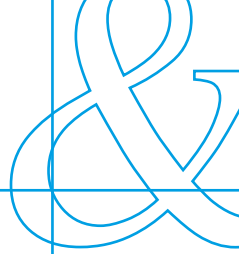
JUSTIFICACIÓN

Numerosos artículos apoyan la relación existente entre una buena comunicación enfermera-paciente y la satisfacción del paciente.

*"La falta de comunicación con los profesionales sanitarios es la causa más importante de insatisfacción de los pacientes hospitalizados"*⁶.

En un estudio en el que se realizaban encuestas de satisfacción del paciente lo que mayor valoración obtenía eran las condiciones para "humanizar" la asistencia (65% de los casos). Esto avala la importancia que tiene el análisis de la relación enfermera-paciente en el proceso terapéutico^{7,8}.

Cuando el paciente se siente escuchado, comprendido, apoyado, ve que se valora su opinión, que forma parte de su plan de cuidados y de su propia evolución, se siente más satisfecho y esto se ve reflejado directamente en los resultados clínicos de forma positiva. Entre un 30 y un 50% de los pacientes no muestran adherencia al tratamiento a consecuencia de una deficiente comunicación con el personal. Esto también tiene un gran efecto en la enfermera, porque cuando ésta realiza una comunicación de calidad se siente más valorada⁹.



“Una relación eficaz entre el paciente y la enfermera tiene potencial curativo real”¹⁰.

Hay evidencia significativa de que una comunicación efectiva provoca la disminución de la ansiedad¹¹, así como el hecho de escuchar de manera empática hace que el paciente se abra y sea partícipe activo de su plan de cuidados¹².

Uno de los objetivos de la labor diaria de enfermería es que los pacientes satisfagan sus necesidades intrínsecas, en el caso de los pacientes hospitalizados se deben tener en cuenta con mayor énfasis las necesidades de comunicación. El profesional de enfermería es el sanitario más accesible para ellos, debe utilizar la comunicación como herramienta para humanizar, cuidar, hablar con el paciente, para aclarar dudas con respecto al tratamiento, diagnóstico o evolución de su proceso, minimizando su ansiedad fruto de la pasividad impuesta por la enfermedad y la hospitalización^{1,13}.

Hay estudios que destacan la importancia y la necesidad de una educación continua de los profesionales de la salud en comunicación terapéutica, ya que existen debilidades en este ámbito. Existen dificultades en la interacción y en el uso de técnicas terapéuticas debido a problemas como la falta de conocimientos de técnicas de comunicación terapéutica, lo que da lugar a una limitación en la relación del profesional de enfermería con el paciente, viéndose de esta manera afectada la identificación de las verdaderas necesidades del paciente^{2,11}.

La inseguridad que produce el no estar o no sentirse preparado para comunicarse con personas que están pasando por momentos difíciles, hace que en muchas ocasiones se evite el contacto con estas personas. Incluso los estudiantes de enfermería se llegan a sentir insatisfechos, ansiosos e incluso agobiados en su trabajo de relación porque hay un déficit de formación en este ámbito¹⁴.

Una buena comunicación requiere un entrenamiento concienzudo, una práctica diaria, ser constantes y tener claro cuál es el objetivo, y todo esto conlleva un tiempo. Tampoco se debe caer en la frustración de pensar que no se puede conseguir porque no salga al primer intento, o creer que es tarde para cambiar la forma de comunicarnos con los demás¹⁵.

Estos sentimientos de impotencia o de inca-

pacidad se incrementan en las enfermeras de las unidades de psiquiatría, donde pueden incluso llegar a sentirse perdidas y algo inútiles cuando acostumbradas a la carga de funciones técnicas de otras plantas, se encuentran en esta unidad donde la demanda de cuidados precisa de una serie de técnicas interpersonales diferentes².

Al igual que los pacientes necesitan a las enfermeras para realizar una cura o una extracción sanguínea, también las necesitan para desahogar sus problemas, sentirse escuchados y comprendidos. De hecho en muchos casos es esta segunda necesidad la que prima sobre la primera, siendo así la mayor ayuda que los profesionales pueden aportar^{15,16}.

“El núcleo de la enfermería es la relación enfermera-paciente”¹⁷.

Este hecho adquiere un papel crucial en las unidades de psiquiatría. En muchas ocasiones las personas que padecen un trastorno mental interpretan erróneamente la realidad y sus habilidades interpersonales se ven afectadas, por ello las enfermeras que se encuentran en estas unidades deben manejar bien las técnicas de comunicación interpersonal.

Según Joana Fornés:

Es competencia específica para la enfermera de salud mental comprender la conducta del ser humano, y para ello es necesario utilizar una actitud abierta para escuchar aquello que preocupa al otro, aquello que es un problema para él o para ella, separándolo de lo que personalmente se puede considerar aceptado o no, lo que implica habilidades de comunicación y estrategias de afrontamiento adaptativo¹⁸.

Podemos caer en el error de pensar que la información proporcionada por los pacientes ingresados en estas unidades es poco fiable por creerlos demasiado enfermos, pero en los resultados del *“Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire”* realizado por Längle y Baum (2003) podemos ver como estos pacientes valoran como lo más importante la relación terapéutica, la relación con enfermería y con el trabajador social, coincidiendo éstos con los aspectos valorados también como más satisfactorios. Lo que nos muestra que las encuestas de satisfacción en psiquiatría son una herramienta de evaluación de la calidad asistencial de indudable valor¹⁹.

HIPÓTESIS

La aplicación del programa formativo sobre comunicación terapéutica en el equipo de enfermería de las unidades de hospitalización psiquiátrica mejorará la satisfacción de los pacientes de dichas unidades.

OBJETIVOS

a. Objetivo general: evaluar la efectividad del programa formativo en comunicación terapéutica para el equipo de enfermería de las unidades de hospitalización psiquiátrica, sobre la satisfacción de los pacientes de dichas unidades.

b. Objetivos específicos

- Conocer la satisfacción de los pacientes de las unidades de hospitalización psiquiátrica con respecto a la comunicación con el equipo de enfermería durante su estancia en la unidad.
- Valorar si mejora la satisfacción de los pacientes respecto a la escucha del equipo de enfermería hacia el paciente.
- Valorar si mejora la satisfacción de los pacientes respecto al tiempo que dedica el equipo de enfermería a comunicarse con ellos.
- Valorar si mejora la satisfacción de los pacientes respecto a la claridad en la comunicación con el equipo de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS²⁰**a. Diseño del estudio**

El diseño del estudio es CUASI-EXPERIMENTAL ANTES-DESPUÉS, se realizará una valoración de la satisfacción de los pacientes antes de la intervención y otra después de la misma.

b. Lugar y duración del estudio

El estudio se realizará en las unidades de hospitalización psiquiátrica de cinco hospitales de la Comunidad Valenciana: Hospital de la Marina Baixa (Villajoyosa), Hospital La Fe (Valencia), Hospital Clínico Universitario (Valencia), Hospital de la Ribera (Alzira) y Hospital Provincial de Castellón.

La duración total del estudio será de 8 meses.

c. Población y muestra del estudio

Población 1. Equipo de enfermería de las unidades de psiquiatría de los cinco hospitales, Diplomados Universitarios en Enfermería (D.U.E.)

y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (T.C.A.E.). Población a la que va dirigido el programa formativo.

Criterio de inclusión: Antigüedad en plantilla de la unidad de hospitalización psiquiátrica de al menos 6 meses.

Criterios de exclusión: Baja o finalización de contrato prevista durante el periodo de duración del programa formativo, negativa a participar en el programa formativo.

Tamaño de la muestra: La muestra esperada para esta población es de un porcentaje cercano al 100%, ya que se ofrecen facilidades para la asistencia al programa formativo y se obtiene un incentivo al asistir (objetivo de productividad).

Población 2. Pacientes hospitalizados en las unidades de hospitalización psiquiátrica de los cinco hospitales. Población a la que se le medirá la satisfacción al alta.

Criterios de inclusión: mayores de 18 años, ingreso de al menos 2 días en la unidad de hospitalización psiquiátrica.

Criterios de exclusión: no haber firmado el consentimiento informado, diagnóstico de retraso mental moderado-grave que no permita cumplir el cuestionario de satisfacción.

Tamaño de la muestra: a selección de la muestra vendrá determinada por los criterios de inclusión y exclusión. Se calculará un tamaño muestral representativo, con el programa informático Epi-dat, considerando un nivel de confianza al 95%, y asumiremos un error muestral del 5%.

d. Definición de variables

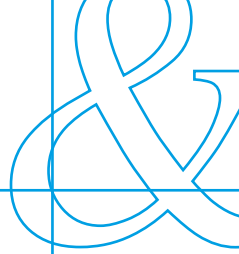
I. Variable independiente: Programa formativo.

II. Variable dependiente: Satisfacción de los pacientes.

III. Variables de confusión: edad, sexo, diagnóstico principal, motivo de ingreso actual, duración de la estancia en la unidad, motivación para aplicar la comunicación terapéutica y formación previa en comunicación terapéutica.

e. Instrumentos de medida

Cuestionario de Satisfacción en Comunicación Elaborado en base al NursingOutcomesClassification (NOC). Satisfacción del paciente: Comunicación (3002). Esta encuesta valora el grado de percepción positiva de la información intercambiada entre el paciente/usuario y el personal



de enfermería. Utiliza una escala que va desde No del todo satisfecho hasta Completamente satisfecho (del 1 al 5)²¹.

Dentro de este mismo cuestionario se incluye la recogida de datos necesarios para el posterior análisis de las variables de confusión referentes a los pacientes.

Cuestionario para profesionales

Este cuestionario consta de tres preguntas mixtas dirigidas a los profesionales, y cuyas respuestas serán utilizadas para poder realizar el análisis de las variables de confusión referentes a los profesionales.

f. Metodología del estudio

Primera fase: durante 2 meses se realizará la captación de pacientes en las unidades de hospitalización psiquiátrica. En el momento del alta del paciente se le pedirá el Consentimiento Informado, si acepta se le entregará el cuestionario sobre satisfacción en comunicación que deberá cumplimentar antes de abandonar la unidad, y que depositará en una urna habilitada para este fin.

Segunda fase: durante 3 meses se impartirá el Programa Formativo en Comunicación Terapéutica a los equipos de enfermería de las unidades de hospitalización psiquiátrica de cada hospital de forma simultánea. El programa estará dividido en 12 sesiones, cada semana tendrá lugar una misma sesión en dos días diferentes para que todo el equipo de enfermería reciba la misma formación y facilitar así la asistencia. Al finalizar dicha formación los profesionales recibirán una acreditación del programa formativo para poder obtener el objetivo de productividad.

Tercera fase: una vez impartido el programa formativo se volverá a realizar una captación de pacientes en las unidades de hospitalización (mismo procedimiento de la primera fase).

Cuarta fase: una vez obtenidos los datos se llevará a cabo la evaluación y análisis estadístico.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se realizará un análisis comparativo entre los dos grupos (antes y después de la intervención), para constatar la existencia de evidencias estadísticamente significativas, en la variable nivel de satisfacción. Con el fin de garantizar la equivalencia de los grupos, se utilizará el método de pareo.

El análisis de los datos se ajustará por las variables de confusión para garantizar que las posibles diferencias encontradas en los dos grupos sean debidas al programa formativo. Dicho análisis será realizado mediante el programa SPSS versión 20, utilizando un nivel de significación estadística del 95%.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Smith da Nóbrega, G, et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22 (3): 323-327.
- ² Da Silva JF, et al. Therapeutic and non therapeutic communication between nurses and hospitalized elderly citizens. *J Nurs UFPE on line.* 2012; 6 (7):1566-1575, Extraído el 20 de octubre de 2013, de <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista>
- ³ Valverde C. Comunicación terapéutica en enfermería. Madrid: Difusión de Avances de Enfermería; 2007.
- ⁴ De Lemos P, et al. Comunicação terapéutica entre enfermeiros e pacientes de una unidade hospitalar. *RevEletrEnf.* 2010; 12 (1): 120-132, Extraído el 3 de marzo de 2013, de <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a15.htm>.
- ⁵ Peplau HP. Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Salvat; 1990.
- ⁶ Vidal R, et al. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. Ediciones de la Universidad de Murcia. 2009; 8(3): Extraído el 26 de enero de 2013, de <http://www.revistas.um.es/eglobal/article/view/75311>.
- ⁷ Marín M, León JM. Entrenamiento en habilidades sociales, un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema.* 2001; 13 (2): 247-251.
- ⁸ Mira JJ, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial.* 2002; 17 (5):, 273-283.
- ⁹ Maqueda MA, Martín L. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. *RevEsp de Com en Salud.* 2012; 3(2): Extraído el 26 de enero de 2013, de <http://www.aecs.es>.
- ¹⁰ McDonald P. Developing a therapeutic relationship. *Practise Nurse.* 2003; Extraído el 26 de enero de 2013, de <http://www.accesmylibrary.com>.
- ¹¹ Stickley T, Freshwater D. The art of listening in the therapeutic relationship. *Mental Health practice.* 2006; 9 (5): 12-18.
- ¹² Díaz MM. Comunicación enfermera paciente, reflexión sobre la relación de ayuda. *RevEsp de Com en Salud.* 2011; 2(1): Extraído el 26 de enero de 2013, de <http://www.aecs.es>.
- ¹³ Werner A, Rouslin S. Teoría interpersonal en la práctica

de la enfermería. Trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau. Barcelona: Masson; 1996.

- ¹⁴ Alférez AD. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *RevEsp de Com en Salud*. 2012; 3(2): Extraído el 26 de enero de 2013, de <http://www.aecs.es>.
- ¹⁵ Cibanal L, et al. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud (2ª ed.). Barcelona: Elsevier; 2010.
- ¹⁶ Carvalho A, et al. Comunicação terapéutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *REBEn*, 2008; 6(13): 312-318.
- ¹⁷ Montejo A. Influencia del cambio de personal durante el periodo vacacional sobre la relación enfermera-paciente en el ámbito de la Salud Mental. 10º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*. 2009: Extraído el 20 de Octubre de 2013 de, <http://hdl.handle.net/10401/4806>.
- ¹⁸ Perea-Baena JM, Sánchez-Gil LM. Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *IndexEnferm*. 2008; 17 (3): Extraído el 3 de marzo de 2013, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000300003&script=sci_arttext.
- ¹⁹ Sartorius N, et al. Cuestionarios de satisfacción en psiquiatría. Ventajas y controversias. *RevAsocEspNeuropsiq*. 2006; 26 (98): 289-301.
- ²⁰ Salamanca AB. El aeiou de la investigación en enfermería. Madrid: Fuden; 2013.
- ²¹ Moorhead S, et al. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) (4ªed.). Madrid: Elsevier Mosby; 2011.



Fibrilando

Autor: Jordi Arnés Fernández

Enfermero, Terapeuta Gestalt

e-mail: jordiarf@hotmail.com

EL CORAZÓN HABLA

Creo que es la primera vez, por lo menos de manera consciente, que voy a utilizar algo de mi trabajo más habitual y por el que recibo un salario, el de enfermero, para tratar de explicar algo sobre mi vida. Pero puede que no sea algo exclusivamente mío, es posible que nos pueda resultar común a muchos.

Me siento bien al hacerlo.

Creo que, conscientemente también, es la primera o de las primeras veces que utilizo algo que conozco para tratar de explicar algo nuevo. Probablemente lo haya hecho siempre, en realidad no se puede explicar nada desde cero, pero el hacerlo de manera consciente, con mi profesión, con nuestra profesión enfermera, me permite dar valor a lo que he hecho y he sido hasta ahora.

Esto adquiere hoy mucha importancia para mí, pues no era algo que yo soliera hacer.

No estaba acostumbrado a darle demasiada importancia a lo que yo era y he sido, no sólo profesionalmente sino también personalmente, y prefería aparcarlo e inventar algo completamente diferente.

Al hacer esto, el dolor y la frustración no tardaban en aparecer, evidentemente, pues o no había apoyo suficiente para sostener en el tiempo tanta novedad o era imposible que el resultado no se pareciera "demasiado" a lo que yo ya era.

Es por esto que escribir utilizando mis conocimientos como enfermero con la conciencia de estarlo haciendo me parece una gran oportunidad para mí.

RITMOS PARECIDOS

La definición de fibrilar, según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española es: "Dicho de las fibras del músculo cardíaco: Contraerse espontánea e incontroladamente. "

Un corazón fibrilando tiene un latido que es inoperante. Es un corazón en movimiento, sí, pero se trata de un movimiento anárquico que no permite la realización de sus funciones y que, mantenido en el tiempo, provoca su parada y la muerte del organismo al que pertenece.

Siempre me he imaginado el movimiento de un corazón fibrilando como el temblor del tiritar de frío y ese castañeteo de dientes casi imposible de parar.

A veces, tomar decisiones puede ser como un proceso de fibrilación.

Al tomar una decisión existe una excitación que parece que va a provocar un movimiento inminente hacia el entorno, de hecho, puede que ya se haya iniciado ese movimiento. Pero puede que al mismo tiempo, aparezca un miedo a com-

prometerse con esa decisión, con las consecuencias que esa decisión puede traer, que frena todo el proceso. Y entonces se produce ansiedad, un desasosiego lleno de proyección e introyección¹ frenando la excitación que surge y el proceso se convierte en un "voy pero no voy".

Una vez un hombre sabio me dijo que decir "sí" a algo o a alguien, inevitablemente, conlleva decir "no" a otra persona u otra cosa.

En otra ocasión, una mujer igual de sabia que el hombre anterior me dijo que decidir, a veces, es escoger entre dos o más cosas que son igualmente atractivas.

Por eso, en ocasiones, es tan difícil decidir.

Es mucho más difícil comprometerse cuando existen muchas opciones, de hecho algunas personas lo encuentran imposible [...] Turbadas por sus capacidades, van a la deriva sin comprometerse ni con una cosa ni con otra, durante su juventud son prometedoras pero a la larga decepcionan y se sienten ellas mismas decepcionadas. (PERLS, 1992: 194)

VUELVE LA ESPONTANEIDAD

En el caso del corazón fibrilante, sólo un aparato desfibrilador y su manejo por el personal especializado podrían devolver a ese corazón a un funcionamiento natural.

Creo que sucede algo parecido cuando tenemos dificultades para tomar una decisión. Sólo con apoyo del entorno conseguiremos orientarnos adecuadamente para manipularlo, eligiendo entre una de las varias opciones que se nos presentan. Decidir es comprometerse con algo o con alguien y necesitamos apoyo del entorno y fe para poder adquirir ese compromiso.

Comprometerse requiere cierta disciplina, y para que haya disciplina tienen que existir las li-

mitaciones. Mientras no se aceptan las limitaciones de la situación, uno/a se siente atrapado/a. Al aceptar sus limitaciones, las posibilidades que existen dentro de sus límites se convierten en realidad: el desierto se vuelve fértil. [...] Al aceptar "lo que existe" y hacerle frente, uno/a transforma la situación, la trasciende y alcanza la verdadera libertad. (PERLS, 1992: 192)

Por tanto la posibilidad de ser libres y creativos, la posibilidad de crecer, requiere la aceptación de ciertos límites. Aquello que nos limita con el entorno es al mismo tiempo lo que nos une a él y es en ese lugar de unión/separación donde todo ocurre. Tocar es ser tocado a la vez.

LA VIDA CONTINÚA

"Es necesario, por lo menos, ser dos, para ser humano"

Georg W. F. Hegel

La estabilización de ese corazón que fibrilaba requiere de un ingreso hospitalario, de tratamiento médico, de vigilancia, cuidado y amor enfermero y familiar. Si todo va bien, después de unos días, a casa, con algo de tratamiento en forma de pastillas, puede que con algún "muelle" en el corazón, con comprensión por el susto vivido, y con algún consejo y apoyo para, puede que cambiar algo del estilo de vida. Puede que un poco más de ejercicio, puede que comer un poco menos de aquello y un poco más de esto, puede que fumar un poco menos... y alguna revisión periódica.

Salir de la confluencia² también requiere de apoyo, de ser recogidos/as en la tormenta de la novedad difícil de asumir, requiere de cariño, comprensión y respeto hacia lo que uno/a ha sido hasta ese momento, requiere de la formación de nuevas relaciones y nuevas lealtades o de la transformación de las relaciones que ya existen y esto, también es un cambio en el estilo de vida.

La aparición y asunción de los límites nos permite la posibilidad de tener un contacto real con el mundo y la posibilidad de crecer porque reaparece el lugar donde esto sucede, la frontera-contacto, donde yo acabo y empiezas tú.

Porque para crecer hacen falta, por lo menos, dos.

¹ Para quien quiera conocer más acerca de los términos "proyección" e "introyección" les remito a la lectura de PERLS, F. S., HEFFERLINE, R. y GOODMAN, P.(1951): *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*, Ferrol/Madrid, Ed. Sociedad de Cultura Valle-Inclán, Colección Los Libros del CTP, 2002., pp. 288 a 291.

² Para quien quiera conocer más acerca del término "confluencia" les remito a la lectura de PERLS, F. S., HEFFERLINE, R. y GOODMAN, P.(1951): *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*, Ferrol/Madrid, Ed. Sociedad de Cultura Valle-Inclán, Colección Los Libros del CTP, 2002., pp. 286 a 287.



El viaje de Hugo

Adolfo Rodríguez

El ejercicio de la Enfermería no está reñido con la afición a la literatura. Así, el enfermero del Servicio de Urgencias del Hospital General de Elche Adolfo Rodríguez acaba de publicar su primera novela.

Titulada *El viaje de Hugo*, relata la aventura de Hugo Sada, un estudiante de Medicina que emprende un viaje a Nueva York para visitar a un amigo residente en Manhattan. En pleno vuelo transoceánico va al baño y al salir es el único pasajero en un avión que antes iba lleno. Desde ese momento, el protagonista se ve envuelto en una serie de sucesos misteriosos que deberá interpretar para descubrir en qué se halla inmerso.

La opera prima de Rodríguez, publicada por la editorial Createspace, se ha situado durante 22 días como número 1 en ventas del género de ciencia ficción en Amazon.es.



La Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios Masculinos de Alicante (1967-1980)

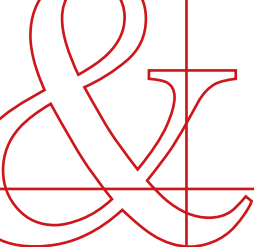
José Antonio Ávila Olivares

Hace 35 años que cerró definitivamente sus puertas la Escuela de ATS masculinos de Alicante, obligada por la feliz circunstancia de alcanzar los estudios de Enfermería, en España, su plena integración como carrera universitaria. El inexorable paso del tiempo va borrando de nuestra memoria, con irremediable menoscabo, los hechos y acontecimientos pretéritos. Por ello, es deber de las instituciones dejar constancia de su actividad, con la finalidad de no sustraer a los estudiosos el conocimiento de aquellos datos que la ciencia historiográfica se encarga de evaluar y conservar para la posteridad.

Por este motivo, la Fundación José Llopis ha publicado recientemente la obra *La Escuela de Ayudantes Masculinos de Alicante (1967-1980)*, de la que es autor José Antonio Ávila Olivares, enfermero ex alumno de la misma y, actualmente, doctor por la Universidad de Alicante. En ella nos ofrece, detalladamente, tras una rigurosa y exhaustiva investigación, los avatares de este centro docente que, en sus doce años de existencia, llegó a formar a cerca de ochocientos ATS; hombres y mujeres, puesto que en un momento determinado obtuvo autorización para convertirse en mixta.

El libro incluye también una abundante información gráfica relativa al relato histórico y se complementa con la inclusión de las orlas de las promociones egresadas de la Escuela.





II CONGRESO IBERO-AMERICANO DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA

Fecha: Del 2 al 4 de septiembre de 2015

Lugar: Santiago de Compostela

Información: <http://www.reunionanualsee.org/>;
divulgacion@geyseco.es

I CONGRESO NACIONAL DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

Fecha: Del 1 al 3 de octubre de 2015

Lugar: San Juan (Alicante)

Información: Tlf.: 652 335 954; www.cnadep.org/;
secretariatecnica@acipediatria.org

JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA

Fecha: 22 y 23 de octubre de 2015

Lugar: Alicante

Información: www.jnealicante.com
info@jnealicante.com

VII JORNADA SOCIEDAD VALENCIANA DE HOSPITAL A DOMICILIO

Fecha: 23 de octubre de 2015

Lugar: Alicante

Información: www.svhad.es/

II CONFERENCIA INTERNACIONAL DE COMUNICACIÓN EN SALUD

Fecha: 23 de octubre de 2015

Lugar: Madrid

Información: info@aecs.es

CURSO ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA DEL ÁREA DEL CORAZÓN

Fecha: Inicio del curso: Noviembre de 2015

Lugar: Sesiones presenciales en Hospitales del Vinalopó y Torreveija

Información: Tlf.: 965 90 35 18; <http://denfe.ua.es/es/titulos-propios/especialista-en-enfermeria-de-practica-avanzada-del-area-del-corazon.html>; denfe@listas.ua.es

II JORNADA DE ACTUALIZACIÓN PARA MATRONAS Y ENFERMERÍA

Fecha: 20 de noviembre de 2015

Lugar: Barcelona

Información: medicinafetalbarcelona.org/docencia2/es/Curso/presencial/ii-jornada-de-actualizaci%C3%B3n-para-matronas-

XI JORNADAS NACIONALES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Fecha: 5 y 6 de noviembre de 2015

Lugar: Valencia

Información: www.secpal2015valencia.com

III JORNADA NACIONAL ENFERMERA DE TRASPLANTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

Fecha: 25 y 26 de noviembre de 2015

Lugar: Madrid

Información: calidad.doc.inv.hrc@salud.madrid.org

XIII PREMIO CECOVA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Fecha: El plazo de presentación de trabajos es hasta el 15 de septiembre

Lugar: Colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia

Información: www.portalcecova.es

PREMIOS FEMEDE A LA INVESTIGACIÓN 2015

Fecha: límite envío de trabajos 15 de noviembre de 2015

Información: www.femede.es; femede@femede.es

CURSO ESPECIALISTA EN GESTIÓN CLÍNICA

Fecha: Comienzo 14 de octubre de 2015

Lugar: Alicante

Información: Tlf.: 965 90 35 18; denfe@listas.ua.es;
<http://denfe.ua.es/es/docencia/especialista-en-gestion-clinica.html>

VIII JORNADAS NACIONALES DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

Fecha: 15 y 16 de octubre de 2015

Lugar: Cáceres

Información: <http://www.enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/jornadas2015-inicio>

IX JORNADAS DE ENFERMERÍA DEL PAÍS VASCO

Fecha: 25 y 26 de noviembre de 2015

Lugar: Irún

Información: Tlf.: 945 00 62 00 / 945 00 62 86; cientifica@osakidetza.eus; <http://www.osakidetza.euskadi.eus/evento/ix-jornadas-de-enfermeria-del-pais-vasco/r85-pkcong02/es/>



<http://aecpal.secpal.com/>

Recientemente se ha estrenado la nueva web de la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL).

En esta página encontrareis muchos recursos que os van ser de utilidad y de los que podéis disponer libremente. Recursos elaborados por grupos de trabajo de la propia asociación o por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Tanto SECPAL como AECPAL ponen a nuestra disposición sus publicaciones, convirtiéndose en una fuente de información imprescindible en el campo de los cuidados paliativos para los profesionales.



En la página encontrareis 6 secciones principales:

REVISTA MEDICINA PALIATIVA: En esta sección se pueden consultar todos los números de la Revista, es el único apartado para el que es necesaria una suscripción.

ARCHIVOS ONLINE (link): En esta otra sección encontrareis un gran número de recursos publicados y de descarga libre.

NOTICIAS: Sección dedicada a las últimas noticias de la propia Asociación.

ENLACES: Recopilatorio de enlaces interesantes que nos propone la propia Asociación.

EVENTOS: Agenda de Eventos y congresos

GRUPOS DE TRABAJO: Información de los diferentes grupos de trabajo de la Asociación así como las líneas que están siguiendo

Es, sin duda, un site imprescindible para aquellos que estéis interesados en los Cuidados al final de la vida, o que os dediquéis a ellos, no dejéis de visitarlo.

<http://www.nuestraenfermeria.es/>

Tal y como lo define el creador de este blog ,Nuestra Enfermería en su totalidad pretende ser un lugar en el que explicar de una manera simple lo que es esta profesión, que tantas veces se comprende poco, así como un lugar de encuentro entre profesionales y usuarios.

Contiene Post tan interesantes como el monográfico Crear un blog Enfermero by Ferenfer y

Miniguía de Redes Sociales para Enfermería muy utiles para los profesionales de enfermería que se quieran iniciar en la salud 2.0.

Cuenta además con colaboraciones de profesionales de la enfermería que ofrecen sus contenidos a través de este blog .

Este proyecto es llevado a cabo por Fernando Campaña Castillo

Diplomado de Enfermería por la URV

Máster de Enfermería Oncológica por la UB (IL3)

Miembro del Comité de Ética Asistencial del Hospital Sant Rafael de Barcelona.



DESCUBRA NUESTRAS
**COBERTURAS
EXCLUSIVAS**
PENSADAS
PARA USTED
Y SU COCHE

60%*

Bonificación en coches nuevos

PARA CUALQUIER MODALIDAD



www.amaseguros.com
902 30 30 10

A.M.A. ALICANTE

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

A.M.A. CASTELLÓN

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

A.M.A. VALENCIA

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

Síguenos en     

(*] Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados entre el 30 de abril y el 31 de diciembre de 2015. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.