



# Investigación & Cuidados

Revista de la Organización Colegial  
de Enfermería de la Comunidad Valenciana

2º Cuatrimestre 2010, Vol. 8, Nº. 17



## ARTÍCULOS ORIGINALES

- Importancia del procesado de muestras en fase pre-analítica para la monitorización de las concentraciones séricas de fenitoína libre en pacientes críticos
- Pildora postcoital: perfil de la usuaria del Hospital Vega Baja de Orihuela
- Rotación y descenso de la cabeza fetal en nulíparas con analgesia epidural en posición decúbito lateral modificada

## ARTÍCULO ESPECIAL

- La inteligencia emocional como herramienta de ayuda en el trastorno bipolar. Programa psicoeducativo de Enfermería Especialista en Salud Mental

## ENFERMERIA Y SOCIEDAD

- Inteligencia emocional: aprender a vivir y convivir

## BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

## AGENDA DE ENFERMERÍA

## ENFERMERÍA EN LA RED

# SUMARIO

EDITORIAL ..... 3

NORMAS DE PUBLICACIÓN ..... 5

## ARTÍCULOS ORIGINALES

Importancia del procesado de muestras en fase pre-analítica para la monitorización de las concentraciones séricas de fenitoína libre en pacientes críticos ..... 6

A. Bernalte Sesé

E. Vidal Rico

M.D. Alcayde Pascual

E. Martínez Albis

S. Vidal Rico

F. Grosson García

P. Blasco Segurad

Pildora postcoital: perfil de la usuaria del Hospital

Vega Baja de Orihuela ..... 13

Ana Rosa Ruiz Vidal

Mónica Vázquez Serrano

M<sup>a</sup> José Payá Torregrosa

Fuensanta Martínez Almarcha

Rotación y descenso de la cabeza fetal en nulíparas

con analgesia epidural en posición decúbito lateral modificada .. 18

María Cervera Perales

Irene Vegara López

Vanesa Fernández-Pan Astacio

## ARTÍCULO ESPECIAL

La inteligencia emocional como herramienta de ayuda

en el trastorno bipolar. Programa psicoeducativo de

Enfermería especialista en Salud Mental ..... 27

Inmaculada Folgueral Martínez

## ENFERMERÍA Y SOCIEDAD

Inteligencia emocional. Aprender a vivir y convivir ..... 37

Ignacio Castillo

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA ..... 41

AGENDA DE ENFERMERÍA ..... 42

ENFERMERÍA EN LA RED ..... 43

### DIRECTOR:

José Antonio Ávila Olivares

### SUBDIRECTOR:

Francisco Pareja Llorens

### COMITÉ EDITORIAL

Coordinación: Elena Ferrer Hernández

Elena Andina Díaz

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

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

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

María Torres Figueiras

### COMITÉ ASESOR

Antonio Núñez Hernández

Juan Fabra Benet

Jesús Ribes Romero

Jose A. Forcada Segarra

Miguel Romero Lorente

Isabel Casabona Martínez

Luis Garnes Fajardo

Encarna Martínez Hernández

José Verdú Soriano

Joseph Adolf Guirao Goris

Alberto Gálvez Toro

Modesta Salazar Agulló

Antonio Peña Rodríguez

Montserrat Angulo Perea

Belén Estevan Fernández

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

M<sup>a</sup> Teresa Pinedo Velázquez

José Ramón Martínez Riera

### COMITÉ TÉCNICO Y FINANCIERO

Juan José Tirado Darder

Belén Paya Pérez

Francisco Mulet Falcó

Antonio Verdú Rico

Felipe Serrano Gómez

Eugenia Gordo Casañ

Isabel Castelló López

Juan Caballero García

Pedro J.Homero Arnue

### RELACIONES INTERNACIONALES

Ascención Marroquí Rodríguez

M<sup>a</sup>. José Muñoz Reig

### ILUSTRACIÓN

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 Bdic

Revista sociofundadora del Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería y afines (CIBERE)

### SUSCRIPCIONES

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

c/Xàbia, 4<sup>o</sup>- 3<sup>a</sup> pta. 10 46010 VALENCIA

Teléfono 963298088

E-mail: cecova@cecova.org

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

### ENVÍO DE TRABAJOS

Colegio de Enfermería de Alicante

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

Tlf. 965121372 y 965123622

E-mail: cealicante@cecova.org

### EDITA

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

### TARIFA 3 NÚMEROS (1 AÑO)

Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito

Colegiados/as de otras provincias: 20 euros

Alumnos/as de Enfermería: Gratuito

Diseño y maquetación:  
AROA Diseño y Comunicación

ISSN: 1698-4587

Dep. legal: M-22516-2004

LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DEL CONTENIDO DE LOS ARTÍCULOS

# El Código de Ética y Deontología de la Enfermería de la Comunitat Valenciana

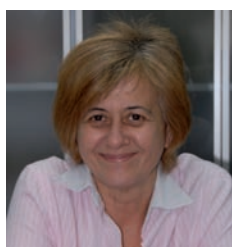
**E**l 22 de julio de 2010, debe ser una fecha a incluir en la historia de la Enfermería de la Comunidad Valenciana, pero también en la historia general de la profesión enfermera, pues no en vano, ese día, esta Autonomía se convertía en la primera del estado español en disponer de un Código de Ética y Deontología propio para las enfermeras de dicha región.

El día señalado, el salón de actos de la Conselleria de Sanidad, acogía la Jornada Profesional de Ética y Enfermería, en el transcurso de la cual se llevó a cabo la presentación del Código de Ética y Deontología de la Enfermería de la Comunitat Valenciana, elaborado por el CECOVA. Una Jornada que no solo contó con el respaldo de un número importante de enfermeras de las tres provincias, sino también con las máximas autoridades sanitarias de nuestra Comunidad, siendo el Conseller de Sanidad el encargado de inaugurarlas.

El Código Ético y Deontológico de la Enfermería de la Comunidad Valenciana, ha contado con las debidas garantías de visibilidad y cauces de participación para toda la Enfermería de la Comunidad Valenciana, premisas exigidas para la aprobación y validación de este tipo de Normas. Estoy convencido que el mismo contribuirá a alcanzar la excelencia profesional en el ejercicio clínico de las enfermeras valencianas, lo que repercutirá, sin lugar a dudas, en el incremento del reconocimiento social de nuestra profesión.

La coordinadora del Grupo de Trabajo de Ética y Deontología del CECOVA, Eugenia Gordo, aprovecha la Editorial de este número para darnos una mayor información sobre el contenido y razón de ser de este Código.

José Antonio Ávila  
*Director*



El Código Deontológico de la Enfermería Española, publicado por el Consejo General de la Enfermería, recoge las normas éticas que deben regir la práctica enfermera. Desde su publicación en 1989, la sociedad española ha vivido un periodo de grandes transformaciones y numerosos avances, especialmente en el campo de las profesiones sanitarias.

Han pasado más de 20 años desde entonces y a nadie se le escapan los cambios, que durante estas dos décadas, han tenido lugar, tanto en la forma de prestar la asistencia sanitaria, como en la consideración del papel, que en la misma, juega la sociedad en general y los ciudadanos y profesionales sanitarios, en particular. Una evolución y una relación, que necesariamente exige de las enfermeras, no sólo una actualización en técnicas y conocimientos, sino también en deberes morales y actuaciones deontológicas acordes a las realidades sociales del momento.

La sociedad actual, cada vez más formada e informada, exige a los profesionales la prestación de servicios con el máximo nivel de calidad. En enfermería, esto supone el reto de administrar los cuidados de forma competente, basados en la experiencia pero también en la evidencia científica; que sean seguros y que estén basados en los principios éticos y deontológicos de la profesión.

Fruto de la inquietud del CECOVA por mantener los fundamentos éticos en la práctica enfermera, se crea en el año 2007 el Grupo de Trabajo en Ética y Deontología, constituido por profesionales de Enfermería que desarrollan su labor en distintos ámbitos, encomendándosele la elaboración de esos deberes y normas morales que debían acompañar a una buena praxis profesional.

## ■ Investigación & Cuidados

El grupo centró su trabajo en la elaboración de un Código Ético Deontológico, donde se recoge el compromiso de las enfermeras valencianas con la sociedad, dando respuesta a sus demandas y respetando aquellos valores esenciales que conducen a la búsqueda de la excelencia en la administración de cuidados.

El Código está basado en el respeto a la persona y a sus valores, de los que emana la esencia de la enfermería: el cuidado integral de la persona. Las normas que contiene establecen los criterios fundamentales para garantizar la administración de cuidados con la máxima competencia y basados en una relación de comprensión y cercanía hacia la persona a quien atiende y hacia sus familiares y allegados.

Los retos de la enfermería en el momento actual, obligan a atender las demandas sociales sin olvidar los valores básicos de la profesión. Los cambios sociales dan lugar a un aumento de competencias que la enfermería debe asumir. La cualificación y la actualización permanente de los conocimientos y habilidades necesarios, son hoy una de las herramientas imprescindibles para el desarrollo profesional.

La aparición en los últimos años de áreas donde la enfermería adquiere nuevas competencias, como la enfermería escolar, la atención primaria o la hospitalización domiciliaria, exigen a la enfermera la integración en equipos de salud, preservando sus funciones y conociendo y respetando las de los diversos miembros del equipo y fomentando un clima de cordialidad y respeto. En el equipo de salud, debemos incluir también a los estudiantes de enfermería.

Igualmente los nuevos condicionantes y exigencias sociales, como la utilización racional de los recursos existentes o la protección del medio ambiente habrán de ser conocidos y contemplados durante la aplicación de los cuidados. La atención a una población multicultural exige el respeto a sus creencias, basando la relación en el reconocimiento recíproco y en los valores compartidos de la ética intercultural.

Pero los avances de la ciencia y la implantación de nuevas tecnologías, no deben dar lugar al olvido de los valores más humanistas de la profesión. Así, en los tres capítulos del código, a través de diversos artículos, se regula la relación de las enfermeras con la persona atendida y sus allegados y con los distintos miembros del equipo de salud, y se definen los principios para una praxis profesional acorde con los principios éticos. El respeto a la vida, a la libertad y a la intimidad serán pilares fundamentales en la administración de cuidados. La denuncia de situaciones inseguras, de violencia o aquellas que atenten contra la dignidad de la persona, el acompañamiento a una muerte en paz, la atención a los familiares, la información correctamente proporcionada o el derecho de las enfermeras a la objeción de conciencia, son aspectos importantes recogidos en este Código Ético y Deontológico.

Este Código ha sido realizado por un grupo de enfermeras valencianas y para las enfermeras valencianas. Sus referencias fundamentales han sido las normas internacionales relacionadas con la materia, el Código Deontológico de la Enfermería española y el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras. Será revisado cada 5 años, actualizando los enfoques profesionales que se precisen pero manteniendo los principios de la ética enfermera.

Pero un Código de conducta no es válido si no se lleva a la práctica. Por eso, el objetivo de este es que las enfermeras de la Comunidad Valenciana lo conviertan en una herramienta útil para su profesión y, como tal, lo conozcan, asuman y, esencialmente lleven a la práctica los principios que en él se recogen.

Eugenia Gordo  
*Coordinadora Grupo de Trabajo en Ética y Deontología*

**L**a 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

- En general la extensión máxima de los trabajos no debe exceder 15 folios a doble espacio con letra Times o Arial. Tamaño 12 puntos. En el procesador de textos Word de Microsoft.
- La extensión máxima del trabajo será de 12 folios para originales y revisiones y 4 folios para cartas al director.
- Se admiten un máximo de 5 ilustraciones separadas y numeradas a parte del texto.
- Se admiten un máximo de 6 firmantes o un nombre de grupo de investigación.
- Se enviarán al comité editorial 3 copias impresas y un disquette de 3'5 o CD.
- 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.
- Cada sección del trabajo ha de comenzar con una nueva página.

- En la primera página deberá aparecer: título, autores con nombre completo y centro de trabajo, dirección para la correspondencia y e-mail.
- En 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, 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.html>)

En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

- 1.- Si se trata de un artículo original:
  - Introducción: propósito estudio y justificación.
  - Material y métodos, Sujetos y métodos.
  - Resultados.
  - Discusión.
  - Bibliografía.
- 2.- Si se trata de revisiones o trabajos conceptuales:
  - Introducción.
  - Desarrollo del tema a analizar.
  - Conclusiones del análisis.
  - Bibliografía empleada.
- 3.- 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 y así como los autores responder.

## 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).

## ILUSTRACIONES, FIGURAS Y TABLAS

Se entenderán como figuras las fotografías y las gráficas o esquemas. Ambos elementos irán numerados de forma correlativa y conjunta como figuras.

- 4.1. Las fotografías se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. El tamaño será de 9x 12 cm. Es muy importante que las copias fotográficas sean de calidad inmejorable para poder obtener así buenas reproducciones. Las fotografías se reproducirán en blanco y negro. No obstante, previo acuerdo económico con la editorial se admiten ilustraciones en color, caso en el que se recomienda el envío de diapositivas. Las fotografías irán numeradas al dorso mediante una etiqueta adhesiva, indicando además el nombre del primer autor, con una fecha se señalará la parte superior, debe procurarse no escribir en el dorso ya que se producen surcos en la fotografía. Se presentará por separado, dentro de un sobre y los pies de las misas deben ir mecanografiados en hoja aparte.
- 4.2. Las gráficas se dibujarán con tinta china negra, cuidando que el formato de las mismas sea de 9x12 cm. o un múltiplo. Se tendrán en cuenta las mismas normas del apartado 4.1. para las fotografías,
- 4.3. Tablas. Se presentarán en hojas aparte que incluirán: a) numeración de la tabla b) enunciado (título) correspondiente, y c) una sola tabla por hoja. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones; las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Si una tabla ocupa más de un folio se repetirán los encabezamientos en la hoja siguiente.



# Importancia del procesado de muestras en fase pre-analítica para la monitorización de las concentraciones séricas de fenitoína libre en pacientes críticos

**Autores:** Alejandro Bernalte Sesé<sup>1</sup>, Elena Vidal Rico<sup>2</sup>, M<sup>a</sup>Dolores Alcayde Pascual<sup>3</sup>, Emilio Martínez Albir<sup>2</sup>, Sonia Vidal Rico<sup>3</sup>, Fernando Grosson García<sup>3</sup>, Pilar Blasco Segura<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Farmacéutico adjunto. Servicio de Farmacia, <sup>2</sup> Enfermero. Centro de Diagnóstico Biomédico

<sup>3</sup> Enfermera. Servicio de Farmacia, <sup>4</sup> Jefe de Servicio de Farmacia  
Departamento Valencia-Hospital General, Valencia, España

bernalte\_ale@gva.es

## The importance of preanalytical sample processing for the monitoring of free phenytoin plasma concentration in critically ill patients

### ABSTRACT

**Introduction:** the objective of this study is to assess the appropriateness of the determination of free phenytoin serum concentration (FPSC) instead of the routine analysis of total phenytoin serum concentration (TPSC) for the monitoring of critically ill patients.

**Methods:** Determination of FPSC after ultrafiltration of the sample.

**Results:** the samples of 34 patients with levels of TPSC not within the therapeutic range were studied. 30 patients (88,2%) had TPSC levels below the therapeutic

range, in these subjects a later determination of FPSC was made showing: subtherapeutic levels in 58,8% of the cases; 23,5% within the therapeutic range, and 5,9% over the therapeutic range. The other 4 patients with TPSC above the normal range reveal 2 of them had a FPSC disproportionately higher than values expected on the basis of total serum concentrations for free phenytoin confirming a pharmacological intoxication. The rest of the patients (2) showed TPSC slightly above the therapeutic range, a risk situation which needed monitoring.

**Conclusions:** preanalytical sample processing consists of a laboratory nursing technique which makes possible the separation of the free drug concentration for its analysis. Nowadays, the pharmacokinetic adjustment is an election technique for critically ill patients under phenytoin treatment.

**Keywords:** Phenytoin, preanalytical phase, free phenytoin plasma concentration, total phenytoin plasma concentration, therapeutic drug monitoring, critically ill patients.

### RESUMEN

**Introducción:** El objetivo del estudio es evaluar la idoneidad de la determinación de la concentración

sérica de fenitoína libre (CSFL), frente al análisis rutinario de la concentración sérica de fenitoína total (CSFT), para la monitorización de

pacientes críticos.

**Métodos:** Determinación de la CSFL tras ultrafiltración de la muestra

**Resultados:** Se estudiaron 34 pacientes con niveles de CSFT fuera del margen terapéutico: 30 pacientes (88,2%) presentaron CSFT por debajo de rango, de los cuales al medir CSFL, el 58,8% confirmaron niveles subterapéuticos, el 23,5% dentro de rango, y el 5,9% supratrapéuticos. Los 4 pacientes restantes con niveles de CSFT superiores al rango terapéutico revela 2 pacientes con CSFL muy superior al margen

establecido para la fenitoína libre, confirmando intoxicación farmacológica. Los 2 restantes presentaron CSFT ligeramente superiores al rango, anticipando una situación de riesgo y la necesidad de monitorización.

**Conclusiones:** El procesado de la muestra en la fase pre-analítica es una técnica realizada por la enfermería de laboratorio que permite la separación de la fracción libre de

fenitoína para su consiguiente análisis, y hoy en día es una técnica de elección el ajuste farmacocinético de los pacientes críticos en tratamiento con fenitoína.

**Palabras clave:** Fenitoína, Fase pre-analítica, concentración sérica de fenitoína libre, concentración sérica de fenitoína total, monitorización farmacoterapéutica, pacientes críticos

## INTRODUCCIÓN

La fenitoína es un fármaco anticonvulsivante eficaz en el tratamiento del status epilepticus tipo gran mal. Su lugar de acción primario radica en la corteza motora cerebral donde inhibe la propagación de la actividad convulsivante y disminuye la máxima actividad cerebral responsable de la fase tónica de las convulsiones. La fenitoína también posee una potente acción antiarrítmica cardíaca debida a la estabilización de las células del miocardio, tal como se produce en el sistema nervioso central<sup>1</sup>.

La fenitoína está autorizada en España para las indicaciones de tratamiento del status epilepticus de tipo tónico-clónico, crisis tónico-clónicas generalizadas y crisis parciales simples o complejas, el tratamiento y prevención de las convulsiones en neurocirugía, y en el tratamiento de arritmias auriculares y ventriculares especialmente cuando están causadas por intoxicación digitálica<sup>1</sup>.

El intervalo óptimo de niveles séricos habitualmente reconocido es de 10 a 20 mcg/mL, pero hay muchos pacientes que responden a niveles de 5 a 10 mcg/mL. Por el contrario, hay pacientes resistentes en los que se necesitan niveles de hasta 25 mcg/mL, pero niveles por encima de 20 mcg/mL suelen producir efectos tóxicos inaceptables.

Las reacciones adversas dosis-dependientes suelen observarse con niveles por encima de 20 mcg/mL y de menor a mayor intensidad dependiendo de la concentración son: nistagmo sin diplopía, disartria y altera-

ciones moderadas de la coordinación, ataxia, visión borrosa y diplopía, náuseas, vómitos, somnolencia, alteraciones mentales, imposibilidad de deambulación, encefalopatía con alteraciones cerebelosas y troncoencefálicas que implican a la conducta y la conciencia, coma y convulsiones<sup>2</sup>.

En los pacientes con alteraciones renales o hepáticas o interacción con fármacos concomitantes, como salicilatos o ácido valproico que reducen su unión a la albúmina, la concentración total puede ser baja en relación con la libre, por lo que es conveniente medir las concentraciones séricas libres<sup>3,4</sup>. La gran variabilidad en la relación dosis/nivel, la dificultad en ajustar la dosis y la existencia de una toxicidad dosis-dependiente evitable, hace altamente recomendable monitorizar los niveles séricos en todos los pacientes tratados con fenitoína<sup>2</sup>.

La determinación convencional de la concentración sérica de fenitoína proporciona un valor suma de las concentraciones del fármaco unido a la albúmina (aproximadamente un 90%) y libre, no unido a proteínas plasmáticas, siendo ésta última la fracción biológicamente activa, responsable de sus efectos farmacológicos.

En condiciones fisiopatológicas normales el porcentaje de una y otra forma se mantiene estable, por lo que la medida de la concentración total es adecuada para la monitorización del paciente.

No obstante, en ciertas situaciones clínicas la fracción libre puede verse alterada, y no corresponderse a

## Investigación & Cuidados

la concentración total por lo que ésta puede no explicar signos de toxicidad o ineficacia incluso a pesar de encontrarse dentro del margen terapéutico.

Los principales factores fisiopatológicos que condicionan este fenómeno de desplazamiento de la fenitoína de su unión a las proteínas plasmáticas se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Factores fisiopatológicos que inducen el desplazamiento de la fenitoína de su unión a la albúmina sérica

Disminución de la concentración de albúmina (hipoalbuminemia)	Disminución de la afinidad de la fenitoína por su unión a la albúmina
Quemados	Fallo renal, uremia elevada
Cirrosis hepática	Ictericia grave, hiperbilirrubinemia (>15 g/dL)
Síndrome nefrótico	Interacción con otros fármacos: valproato, salicilatos
Desnutrición proteica	

Estas situaciones clínicas son habituales en las unidades de críticos, pudiendo confluir más de una a la vez en el mismo paciente, teniendo un efecto aditivo y que obliga más si cabe a la monitorización de los niveles de fenitoína.

Por este motivo, el objetivo del presente estudio es evaluar la idoneidad de la determinación de la fracción libre de fenitoína en suero previo tratamiento de la muestra, frente al análisis rutinario de la concentración sérica total de fenitoína, para la monitorización farmacoterapéutica del antiepiléptico en pacientes críticos.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis prospectivo de un año de duración (Junio 2007-Junio 2008) de la determinación de las concentraciones séricas de fenitoína total (CSFT) y libre (CSFL), en muestras de pacientes adultos ingresados, y seleccionados en virtud de factores predisponentes a influir en las CSFT, como fenómenos de desplazamiento de la unión a proteínas plasmáticas (hipoalbuminemia, uremia elevada, insuficiencia renal, insuficiencia hepática), o aumento de su metabolismo por inducción enzimática (interacción farmacológica, eno- lismo crónico). Se registraron datos demográficos, bioquímicos (albúmina, proteínas totales, urea, creati-

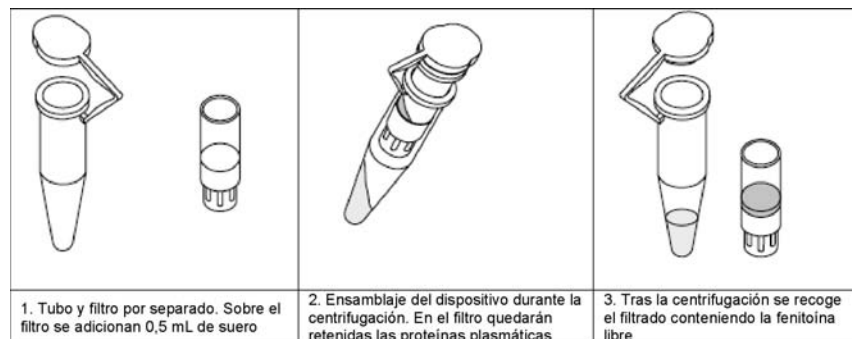
nina) y de la historia farmacoterapéutica. Según la bibliografía, los rangos terapéuticos de CSFT y CSFL son 10-20 mcg/mL y 1-2 mcg/mL respectivamente. El análisis estadístico descriptivo de los datos se realizó con el programa G-Stat 2.0.1 y la tendencia central de las variables cuantitativas se expresó con la mediana (mínimo-máximo).

La enfermería de laboratorio fue la responsable del procesado previo y posterior análisis de las muestras de suero, según el procedimiento descrito a continuación:

- Fase pre-analítica. La muestra de sangre recogida sobre tubo seco de 5 mL (sin anticoagulante) se centrifuga y se separan dos alícuo-

tas de suero, una para la determinación directa de la CSFT, y la segunda para obtención de la fracción libre de la fenitoína, proceso que permite la separación de las proteínas plasmáticas mediante la realización de la ultrafiltración de 0,5 mL de suero con filtro Millipore® Microcon® YM-30 (representado en la Figura 1) en una centrifuga a 10.900 rpm, durante 12 minutos a temperatura ambiente. Un aumento en el tiempo de centrifugado no incrementa significativamente el volumen de ultrafiltrado<sup>5</sup>, por lo que este proceso se repite en dos ocasiones para obtener el volumen de muestra suficiente, que viene determinado por los requerimientos del autoanalizador.

*Figura 1. Técnica pre-analítica para la obtención de la fracción libre de fenitoína.*



- Fase analítica. La determinación cuantitativa de la concentración de fenitoína se efectuó en un analizador Axsym® Abbott® multiparamétrico, de acceso conti-



nuno de muestras, por técnica de inmunoensayo de polarización fluorescente (FPIA), que proporciona el valor de las concentraciones séricas de fenitoína total y libre, medidas en mcg/mL.

**RESULTADOS**

Se estudiaron 34 pacientes (26 hombres), con una mediana de edad de 55 años (36-78), ingresados principalmente en unidades de críticos (50%) y en la unidad de Ictus (22%), que mayoritariamente presentaban a priori niveles de CSFT por debajo de rango terapéutico. La dosis diaria más prescrita para estos pacientes fue de 375 mg/día. La mediana de determinaciones realizadas por paciente fue de 2 (1-3) por episodio a tratar. Los datos bioquímicos mostraron una mediana de proteínas totales de 6.5 g/dL (3,3-8,5), urea 34.5 mg/dL (14,3-80,9) y creatinina sérica 0,98 mg/dL (0,46-2.1). No se analizaron estadísticamente los valores de albúmina al no disponer de ellos en todos los casos, ya que no es una prueba rutinaria en las analíticas de urgencia. La ausencia de datos suficientes para el estudio de estas variables no ha permitido establecer la correlación con los niveles de CSFT y CSFL.

En la tabla 1 se muestran los resultados analíticos de los niveles de fenitoína y los bioquímicos recogidos en los pacientes del estudio.

Tras la primera toma de muestra, 30 pacientes (88,2%) presentaron CSFT por debajo de rango terapéutico (Fig. 1), de los cuales 20 (58,8%) confirmaron niveles subterapéuticos al medir CSFL, 8 (23,5%) estaban dentro de rango, y 2 (5,9%) mostró concentraciones supratrapéuticas (Fig. 2).

Figura 1. Resultados de la determinación de CSFT

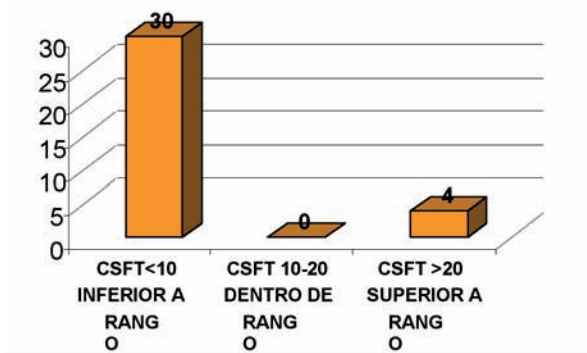
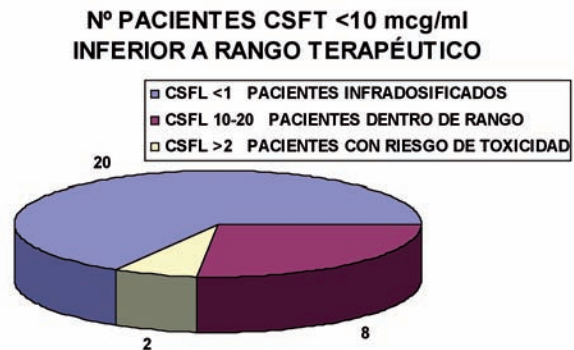


Tabla 1. Datos analíticos registrados

Nº Pac	CSFT	CSFL	ALB	CRE	UREA	PT
1	6,4	0,4	--	0,9	26	6
2	4,1	0,95	--	0,46	26,2	7
3	2,3	0	--	0,8	28	--
4	2,4	0,5	4,3	0,91	57	7,2
5	4,4	0,23	--	1,49	41,3	--
6	3,7	0,23				
7	0,5	0	5,1	0,8	23	5,1
8	6,8	1,5	--	1,14	50	7
9	2,6	0,87	--	0,76	29,9	7,2
10	1,4	0,48	--	1,51	80,9	5,4
11	4,2	0,8	2,9	0,73	26	6,1
12	6,9	1,3	3,5	0,9	45	6
13	3	0,7	--	1,2	80	3,3
14	2,2	0,7	--	0,8	23	3,9
15	3,9	1,6	--	1,5	61	5,2
16	7,5	0,49	--	0,78	29,4	5,4
17	22,2	1,97	--	0,97	34	8,5
18	7,4	0,8	--	1,33	52	6,2
19	3	0,72	--	0,48	17,8	6,9
20	6,7	1,9	--	0,8	37	5,3
21	7,5	2,4	--	0,82	35	7,6
22	32	5,1	--	0,69	27,5	6,7
23	5,4	1,01	--	--	--	--
24	21,8	2,1	4,4	0,87	23	6,9
25	8,3	1	--	0,8	73	6,8
26	2	0,67	--	1	68	4,8
27	43,9	6	--	0,55	31,9	7,7
28	3	0,4	--	0,66	14,3	7
29	5,8	1	--	0,7	62	6,6
30	4,9	1,4	--	0,58	28,2	6,5
31	8,5	4,5	--	1	65	7
32	7,5	0,96	--	0,9	32,3	5,5
33	4,5	0,7	--	1,3	26	7,3
34	2,2	0,7	--	1,2	38,4	6,6

Figura 2. Clasificación de los pacientes con CSFT inferior a rango terapéutico (<10 mcg/mL)



## ■ Investigación & Cuidados

Figura 3. Clasificación de pacientes con CSFT superior a rango terapéutico (>20 mcg/mL)

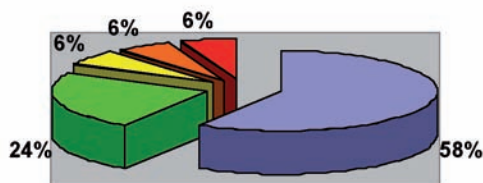
### Nº PACIENTES CSFT >20 mcg/ml SUPERIOR A RANGO TERAPÉUTICO

■ CSFL ≈2 RIESGO DE INTOXICACIÓN  
■ CSFL >>2 PACIENTES INTOXICADOS



Figura 4. Situación farmacoterapéutica según valor determinado de CSFL

### SITUACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA SEGÚN CSFL



■ INFRADOSIFICADOS  
■ DENTRO DE RANGO. MANTENER PAUTA  
■ RIESGO DE TOXICIDAD  
■ RIESGO DE INTOXICACIÓN  
■ INTOXICADOS

El estudio de los pacientes con niveles de CSFT superiores al rango terapéutico (Fig. 3) permite observar 2 pacientes (5,9%) con CSFL muy superior al margen de fenitoína libre, confirmando la intoxicación farmacológica. Los otros 2 (5,9%) presentaban niveles de CSFT ligeramente superiores al rango, y que se mostraron coherentes con los valores de CSFL analizados, anticipando una situación de riesgo, y la necesidad de monitorización estrecha

La Figura 4 muestra un resumen de las distintas situaciones farmacoterapéuticas identificadas a partir de las CSFL, tras su procesamiento pre-analítico. Destacar significativamente aquellas situaciones

(24%) donde pese a presentarse una CSFT inferior al rango terapéutico, tras el estudio de CSFL, la actitud terapéutica no debe variar, lo que previene el riesgo de sobredosificación en estos pacientes, al poner de manifiesto la necesidad de un aumento en la dosis.

## DISCUSIÓN

La monitorización sistemática y rutinaria de los niveles séricos de fármacos antiepilépticos clásicos en pacientes de reciente diagnóstico o tratados en monoterapia no está justificada. Sin embargo, se convierte en una herramienta de decisión clínica fundamental en determinados pacientes o situaciones clínicas<sup>6</sup>.

La hipoalbuminemia es la explicación más frecuente a los niveles de fenitoína sensiblemente inferiores a 10 mcg/mL que suelen observarse en los pacientes críticos, al producirse un fenómeno de desplazamiento del fármaco de su principal transportador en el plasma.

En la práctica, cuando se presentan pacientes hipoalbuminémicos puede procederse de dos formas distintas:

1) Corregir el valor experimental de concentración sérica total a partir del dato de albúmina, mediante ecuaciones<sup>7,8</sup>. La expresión de Sheiner-Tozer modificada se muestra en la tabla 3. De esta forma se calcula la concentración de fenitoína ajustada por la albúmina, y que se correlacionará con los efectos farmacológicos.

Por ejemplo: paciente ingresado en UCI por traumatismo cráneo-encefálico, en tratamiento con fenitoína por prevención de convulsiones. Tras cuatro días de tratamiento, y pese a haber sido administrada una dosis de choque en el inicio de la terapia, los niveles séricos de fenitoína en estado estacionario son de 3,8 mcg/mL, y que en primera instancia, pueden considerarse por debajo del al rango terapéutico y motivar un aumento de dosis. Sin embargo, cuando se considera que el valor de albúmina sérica es de 2,6 mg/dL, y el de creatinina sérica es 1,1 mg/dL (aclaramiento normal, >10 mL/min), puede calcularse teóricamente una concentración de fenitoína ajustada de 10,6 mcg/mL, dentro de rango terapéutico, y que no justificaría un incremento de la dosis diaria del antiepiléptico.

Tabla 3. Ecuaciones de Sheiner-Tozer para el cálculo de la concentración de fenitoína ajustada
<b>Si aclaramiento de creatinina &lt;10 mL/min:</b>
<b>Fenitoína ajustada mg/dL = Fenitoína observada mg/L / [(0,1 x Albúmina g/dL) + 0,1]</b>
<b>Si aclaramiento de creatinina ≥10 mL/min:</b>
<b>Fenitoína ajustada mg/dL = Fenitoína observada mg/L / [(0,2 x Albúmina g/dL) + 0,1]</b>

2) Determinar experimentalmente la fracción libre de fenitoína y referirlo a su margen terapéutico corregido (1-2 mcg/mL). Esta es la opción propuesta en este estudio, al entender que resulta más adecuada por ser una medida directa, carente de los sesgos derivados del enfoque estadístico planteado en las ecuaciones, además de no estar limitado por la disponibilidad del valor de albúmina, que en la práctica no se determina de forma rutinaria en las analíticas de urgencia de las salas de críticos.

La determinación de la fracción libre de fenitoína resulta un método más fiable que la ecuación de Sheiner-Tozer en pacientes críticos hipoalbuminémicos para la monitorización de pacientes adultos o pediátricos<sup>9,10,11</sup>. Parece evidente afirmar que existe una clara necesidad de disponer del valor de fenitoína corregido o idealmente de la concentración libre, ante la información errónea que proporciona el valor de fenitoína total en ciertos casos, que incluso puede precisarse en el manejo de algunos pacientes ambulatorios<sup>12</sup>.

El valor terapéutico de la monitorización de los niveles de fenitoína libre se ha objetivado en un número considerable de pacientes que llegan a experimentar efectos adversos graves como consecuencia de la intoxicación<sup>13,14,15,16</sup>.

De este modo, cobra especial importancia la participación de la enfermería de la sala de hospitalización a cargo del paciente crítico tratado con fenitoína en la detección de aquellas situaciones (desnutrición proteica, insuficiencia renal, terapia concomitante con valproato, etc.) que potencialmente aumentan el riesgo de intoxicación, anticipando al facultativo la necesidad de monitorizar los niveles séricos del antiepiléptico. Por su parte, la enfermería de laboratorio realizaría la técnica pre-analítica de separación de la fracción libre de fenitoína y su posterior análisis, proporcionando la

información necesaria al farmacéutico para la elaboración del informe farmacocinético que orientará al clínico en la toma de decisiones.

Por tanto, la actuación conjunta de los distintos pro-

fesionales y estamentos que integran el sistema sanitario, conformando un equipo interdisciplinar, garantiza un uso más seguro de los medicamentos, mejora el cuidado de nuestros pacientes, y en definitiva aumenta la calidad de la asistencia.

## CONCLUSIONES

El estudio de esta serie de pacientes muestra cómo la determinación de la concentración sérica de fenitoína libre proporciona una información clínica más adecuada y segura que la toma de decisiones a partir del valor analítico rutinario de concentración total en la monitorización de pacientes críticos, ya que éstos suelen presentar factores fisiopatológicos que condicionan la presentación de niveles totales inferiores al margen terapéutico convencional que pueden inducir a la sobredosificación e intoxicación, o el enmascaramiento de una posible toxicidad subyacente.

El procesado de la muestra en la fase pre-analítica es una técnica realizada por la enfermería de laboratorio que permite la separación de la fracción libre de fenitoína para su consiguiente análisis, y hoy en día, es una técnica de elección frente a la aproximación teórica basada en el cálculo de la concentración corregida de fenitoína, en el ajuste farmacocinético de los pacientes críticos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Flórez J. Farmacología Humana Flórez 3ª edición. Barcelona. Masson S.A. 1998. 499-501.
- Ficha técnica Fenitoína Rubió®. Revisión Febrero 2003 <https://sinaem4.agedmed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=56245&formato=pdf&formulario=FICHAS>.
- Dasgupta A. Clinical utility of free drug monitoring. Clin Chem Lab Med. 2002 Oct; 40(10):986-93.
- Dasgupta A. Usefulness of monitoring free (unbound) concentrations of therapeutic drugs in patient management. Clin Chim Acta. 2007 Feb;377(1-2):1-13.

5. McMillin GA, Juenke J, Dasgupta A. Effect of ultrafiltrate volume on determination of free phenytoin concentration. *Ther Drug Monit.* 2005 Oct; 27(5):630-3.
6. Tomson T, Dahl ML, Kimland E. Therapeutic monitoring of antiepileptic drugs for epilepsy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jan 24;(1):CD002216.
7. Sheiner LB, Tozer TN. Clinical pharmacokinetics: the use of plasma concentrations of drugs. In: *Clinical pharmacology: basic principles in therapeutics.* Melmon KL, Morelli HF eds. New York: Macmillan, 1978: 71-109.
8. Tozer TN, Winter ME. Phenytoin. In: Evans WE, Schentag JJ, Jusko WJ, eds. *Applied pharmacokinetics: principles of therapeutic drug monitoring.* 3rd ed. Vancouver, WA: Applied Therapeutics, 1992, 25-23.
9. Wolf GK, McClain CD, Zurakowski D, Dodson B, McManus ML. Total phenytoin concentrations do not accurately predict free phenytoin concentrations in critically ill children. *Pediatr Crit Care Med.* 2006 Sep;7(5):434-9; quiz 440.
10. Hong JM, Choi YC, Kim WJ. Differences between the measured and calculated free serum phenytoin concentrations in epileptic patients. *Yonsei Med J.* 2009 Aug 31;50(4):517-20. Epub 2009 Aug 19.
11. Burt M, Anderson DC, Kloss J, Apple FS. Evidence-based implementation of free phenytoin therapeutic drug monitoring. *Clin Chem.* 2000 May;46(8):1132-35.
12. Hermida-Ameijeiras J, Montero-Furelos C, Tutor-Valcarce JC. Significación clínica de la corrección del nivel sérico de fenitoína en función de la albuminemia en pacientes hospitalizados y ambulatorios. *Rev Neurol.* 2003 Nov 16-30; 37(10):909-12.
13. Chan K, Beran RG. Value of therapeutic drug level monitoring and unbound (free) levels. *Seizure.* 2008 Sep;17(6):572-5. Epub 2008 Feb 8.
14. Kemper EM, van Kan HJ, Speelman P, de Gans K, Beijnen JH, Schellens JH. Severe phenytoin intoxication in patients with hypoalbuminaemia. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2007 Jan 13;151(2):138-41.
15. De Schoenmakere G, De Waele J, Terryn W, Deweweire M, Verstraete A, Hoste E, Rottey S, Lameire N, Colardyn F. Phenytoin intoxication in critically ill patients. *Am J Kidney Dis.* 2005 Jan; 45(1):189-92.
16. Von Winkelmann SL, Spriet I, Willems L. Therapeutic drug monitoring of phenytoin in critically ill patients. *Pharmacotherapy.* 2008 Nov.



# Pildora postcoital: perfil de la usuaria del Hospital Vega Baja de Orihuela

Premio a la mejor comunicación IV JORNADAS DE ENFERMERÍA DEPARTAMENTO DE SALUD ORIHUELA. "Nuestro compromiso profesional. Vuestra mejora asistencial."  
28 de noviembre de 2009

**Autores:** Ana Rosa Ruiz Vidal<sup>1</sup>, Mónica Vázquez Serrano<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> José Payá Torregrosa<sup>1</sup>, Fuensanta Martínez Almarcha<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermeras de Urgencias Obstétrico-Ginecológicas del Hospital Vega Baja de Orihuela;  
<sup>2</sup>Matrona del Partitorio del Hospital Vega Baja de Orihuela.

ruizvidala@yahoo.com

## The profile of women seeking the “morning-after pill” at Vega Baja Hospital, Orihuela

### ABSTRACT

**Objective:** to describe a socio-sanitary profile and identify the reason for consultation of women seeking post-coital contraception at the Gynaecology Emergency Department of Vega Baja Hospital in Orihuela.

**Methods:** a descriptive study was conducted using the data gathered through an anonymous and voluntary survey completed by all women seeking post-coital contraception (Levonorgestrel) in our hospital. The study took place over a 12-month period (from September 2008 to September 2009). A literature review of both national and

international studies was undertaken.

**Results:** during the study period a total of 180 women requested post-coital contraception (or emergency contraception). The mean age of these women was 22 years; 90% were Spanish; 78% were single; 72% lived with their family; 90% had a stable relationship; 68% sought assistance due to condom breaking; 85% used the condom as their usual birth control method.

**Conclusions:** we can describe our profile user as a 22 year-old Spanish woman, single, living with her family, with a stable relationship and who uses the condom as her

main birth control method. The reason for consultation in most of the cases was failure of barrier method (condom breaking), in those who used condom as their usual birth control method. Therefore, we think that either they used them incorrectly, or they did not tell all the truth. We find necessary to increase the information given to young people about sexuality so that they can experience it in a safer and more responsible way.

**Keywords:** morning-after pill, emergency contraception.

### RESUMEN

**Objetivo:** Realizar un perfil socio-sanitario de la mujer que acude a Urgencias Ginecológicas del Hospital Vega Baja de Orihuela

solicitando la anticoncepción postcoital, y conocer el motivo de su solicitud.

**Material y método:** Estudio descriptivo a partir de los datos recogi-

dos mediante una encuesta anónima y voluntaria, realizada a todas las solicitantes de pildora postcoital (Levonorgestrel) que acudían a nuestro Hospital. El periodo de



## ■ Investigación & Cuidados

estudio fue de un año (desde septiembre de 2008 hasta septiembre de 2009). Se ha procedido también a una revisión bibliográfica de textos nacionales e internacionales.

**Resultados:** Durante el año de estudio acudieron un total de 180 mujeres solicitando la píldora postcoital (o anticonceptivo de emergencia). La edad media de estas mujeres fue de 22 años; en un 90% de los casos de nacionalidad espa-

ñola; el 78% estaban solteras; el 72% vivía con su familia; en un 90% con pareja estable; el 68% consultó por rotura de preservativo; el 85% utilizaba preservativo como método anticonceptivo habitual.

**Conclusiones:** El perfil de nuestra usuaria es de una mujer española de 22 años, soltera, que vive con su familia, tiene pareja estable y utiliza el preservativo como método anticonceptivo habitual. La mayoría

de las mujeres acudieron por rotura de preservativo cuando es éste su método anticonceptivo habitual, lo que nos lleva a pensar que hacen un mal uso del preservativo o no dicen toda la verdad. Nos planteamos que los jóvenes necesitan más información sobre sexualidad, para que la vivan de forma segura y responsable.

**Palabras clave:** Píldora poscoital, anticonceptivo de emergencia.

### INTRODUCCIÓN

Se entiende por anticoncepción de emergencia la utilización de un fármaco o dispositivo con el fin de prevenir un embarazo después de una relación sexual “desprotegida”. En las guías sobre anticoncepción de emergencia se considera relación sexual “desprotegida” aquella en la que no se ha utilizado ningún método anticonceptivo o ha fallado el método utilizado (rotura o desplazamiento del preservativo, desplazamiento o mala colocación del diafragma, olvidos de la toma del anticonceptivo oral, expulsión parcial o total del DIU, etc.). Se indica también en estas guías la utilización de la anticoncepción de emergencia en los casos de exposición a agentes teratógenos sin estar utilizando ningún método anticonceptivo y después de una violación<sup>1</sup>.

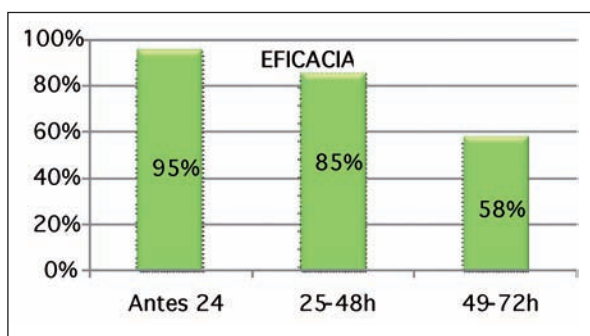
La Emergencia Anticonceptiva Postcoital se lleva a cabo desde el año 1977 con el conocido Método de Yuzpe aún vigente<sup>2</sup>, consiste en la administración de un combinado de estrógeno-progestágenos divididos en dos dosis antes de las 72 horas postcoitales. A partir de 1984 aparecen los primeros estudios con Levonorgestrel<sup>3,4</sup> (0,75 mg/12 horas, dos dosis, aunque desde hace unos años se comercializa en dosis única), donde comparan la efectividad y la tolerancia con el Método de Yuzpe, llegándose a la conclusión que el Levonorgestrel es más efectivo, produce menos efectos secundarios, posee una mayor efectividad y actúa no como método abortivo, sino inhibiendo la implantación.

Un estudio llevado a cabo en una muestra representativa de la población femenina española, ha revelado que la mayoría de las mujeres desconocen cuáles los mecanismos de acción de la píldora postcoital (Levonorgestrel), a pesar de opinar que el médico debe informarles sobre ello. Además, el hecho de que un método de planificación familiar como la píldora postcoital (PPC) pueda actuar, en ocasiones, después de la fecundación, condiciona la elección de dicho método por parte de la mujer: el 45% de las mujeres encuestadas no utilizarían un método que puede actuar después de la fecundación interfiriendo con la implantación, y esta decisión no depende de la frecuencia con la que el método puede actuar de esa manera<sup>5</sup>.

Desde 1999 se va introduciendo en Europa el uso del Levonorgestrel como anticonceptivo de emergencia, desplazando al Método Yuzpe, de forma que en 2000 comienza su comercialización en Francia y en 2001 en España. En mayo de 2009 el Ministerio de Sanidad y Política Social anuncia la venta de la PPC sin receta médica. Esta nueva medida está integrada en la Estrategia de salud sexual y reproductiva del Sistema Nacional de Salud. El 28 de septiembre de 2009 se hace efectiva la medida.

La anticoncepción de emergencia se presenta en envases de un único comprimido de 1,5 mg de Levonorgestrel (Postinor® o Norlevo®) que pertenece al grupo de los anticonceptivos orales.

El Levonorgestrel está indicado como anticonceptivo de emergencia dentro de las primeras 72 horas tras



haber mantenido relaciones sexuales sin protección o haber fallado el método anticonceptivo. La eficacia disminuye en función del tiempo transcurrido, de manera que si se administra antes de las primeras 24h la eficacia es del 95%, y baja al 58% a partir de las 48h.

El objetivo de nuestro estudio es realizar el perfil socio-sanitario de la mujer que acude a Urgencias Obstétrico-Ginecológicas del Hospital Vega Baja de Orihuela solicitando la PPC, determinar el motivo de la solicitud y comparar los resultados obtenidos con la bibliografía consultada.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal durante un periodo de un año desde el 23/09/2008 al 26/09/2009. El ámbito de estudio es el área de Urgencias Obstétrico-Ginecológicas del Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante.

Los sujetos del estudio fueron las 180 mujeres que acudieron a Urgencias Obstétrico-Ginecológicas demandando la anticoncepción de emergencia durante ese intervalo de tiempo.

Los criterios de inclusión fueron: ser mujer en edad fértil y solicitar la PPC antes de las 72 horas postcoitales.

A todas las solicitantes del anticonceptivo de emergencia se les realizó una entrevista personal por las enfermeras de Urgencias Obstétrico-Ginecológicas del Hospital Vega Baja. Las encuestas fueron procesadas en una base de datos MySQL.

## RESULTADOS

Durante el periodo de estudio acudieron un total de 180 mujeres que solicitaron la PPC. Al 100% se le prescribió para que la adquirieran en la farmacia.

- La edad media de la mujer fue de 22 años, siendo el 73% mayores de 18 años.
- Nacionalidad: el 91% eran españolas, el 5% colombianas, el 2% ecuatorianas y el 2% rumanas.
- Estado civil: El 78% estaban solteras, el 16% tenían pareja de hecho y el 6% restante estaban casadas.
- Nivel de estudios: el 42% secundarios, el 22% primarios, el 18% formación profesional y el 18% superiores.
- Situación laboral: el 60% disponían de trabajo y el 40% estaba en paro.
- Relación de pareja: el 90% de las mujeres tenían pareja estable y el 10% no.
- La edad media de la pareja: 22 años.
- La edad media de la primera relación sexual: 17 años.

Uso previo de anticoncepción de emergencia: el 60% de las solicitantes no habían hecho un uso previo, el 25% la había consumido al menos una vez, el 7% dos veces, el 4% tres veces, el 2% cuatro veces y el 2% no contestó.

Tiempo transcurrido desde la relación sexual “desprotegida”: el 45% de las mujeres acudieron a urgencias entre las 12h-24h después del coito, el 36% antes de las 12h, el 16% entre las 25-48h y 3% después de 48h.

Embarazos previos: el 10% de las mujeres habían estado embarazadas alguna vez, el 4% de las mujeres habían practicado una interrupción voluntaria del embarazo, el 2% no contestaron y el 84% no tenía embarazos previos.

Acompañamiento al solicitar la PPC: el 52% de las mujeres acudieron acompañadas por su pareja, el 23% acudieron solas, el 14% acompañadas por un familiar y el 11% acudieron con amigos.

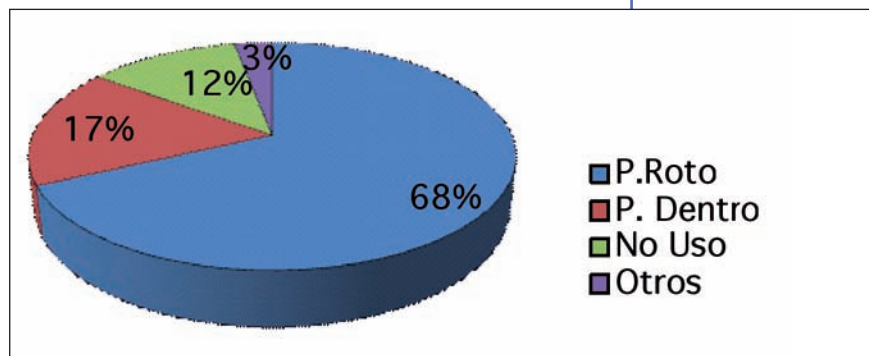
Método anticonceptivo habitual: el 85% utilizaban preservativo, el 9% hormonal, el 5% ningún método y el 1% dispositivo intrauterino (DIU).

Motivo de solicitud: el 68% argumentó la rotura del preservativo, el 17% que preservativo permanecía den-

## ■ Investigación & Cuidados

tro, el 12% no usó de ningún método y el 3% otros motivos.

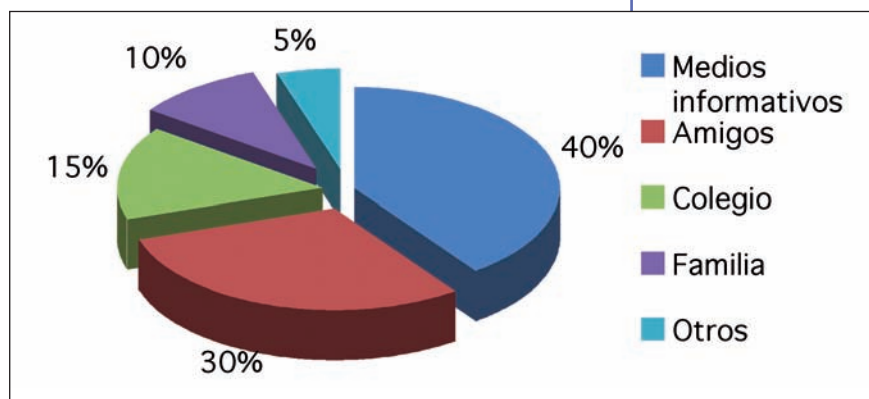
### MOTIVO DE SOLICITUD



familia y los centros educativos en la educación sexual de los jóvenes.

La mayoría de las mujeres que acudieron a Urgencias Ginecológicas del Hospital Vega Baja para solicitar la píldora postcoital indicaron que el motivo era la rotura del preservativo (68%). Nuestros resultados coinciden con la bibliografía consultada, excepto con un estudio sueco<sup>6</sup> en el cual la mayoría de las mujeres afirmaban que mantuvieron relaciones sexuales sin protección.

### CONOCIMIENTO DE LA PPC



Según los datos de Sanidad, en 2008 se registraron 115.812 interrupciones voluntarias del embarazo, un 3,27% más que el año anterior. El aborto entre las más jóvenes, sin embargo, disminuyó. Unas 14.900 mujeres menores de 19 años abortaron ese año. En 2007 fueron más de 15.300. La rotura del preservativo fue la causa de la mayor parte de los embarazos no deseados. Si tenemos en cuenta que en nuestro estudio el preservativo era el método anticonceptivo más usado (85%) y

### CONCLUSIONES:

La evolución de la sociedad en general y de la mujer en particular, los cambios en los estilos de vida, la relación de pareja, el derecho a elegir el momento en el que la pareja quiere tener hijos y la evolución de la sexualidad han hecho que los métodos anticonceptivos sean una realidad.

Los resultados de nuestro estudio indican que el perfil de la demandante de la píldora postcoital es el de una joven de 22 años, española, soltera, trabajadora, que vive con su familia, tiene pareja estable, no ha tenido embarazos previos, utiliza el preservativo como método anticonceptivo habitual, y en cuanto al conocimiento de la PPC destaca la escasa participación de la

consideramos además que la mayoría de las mujeres encuestadas indicaron como motivo de la solicitud de la PPC la rotura del mismo (68%), se plantea la duda de si la solicitante dijo la verdad respecto a la rotura del profiláctico o si esta circunstancia constituyó la excusa más recurrida y no existió en realidad tal método de barrera.

Aunque es relevante la asociación entre alcohol y sexo sin protección que observamos en otros estudios<sup>7</sup>, nosotros no hemos tenido en cuenta esa variable.

Algunas autoridades afirman que la libre distribución de la PPC puede ser una buena estrategia de Salud Pública para evitar los embarazos no planificados y reducir así el número de abortos. Sin embargo, no hay evidencias científicas de que esto esté ocurriendo en la

realidad. Por otra parte, en la revista científica *Obstetrics & Gynecology* se publicó una revisión sistemática de los estudios que han valorado los efectos que tiene en la población la generalización del uso de la PPC<sup>8</sup>, concluyéndose tras revisar los estudios que cumplen los criterios de calidad científica, que aumentar el acceso a la PPC (mediante su dispensación sin receta médica o gratuitamente) se asocia a un incremento en su uso. Sin embargo, ningún estudio ha encontrado que disminuya las tasas de embarazos no planificados ni abortos. Estos mismos resultados han sido confirmados en un meta-análisis y se recogen en una revisión Cochrane<sup>9</sup>. En consecuencia, consideramos necesaria una reorientación de los sistemas de educación sexual para jóvenes y padres, con el objetivo de que la PPC no se convierta el método anticonceptivo habitual.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Grimes DA, Raymond EG. Emergency contraception. *Ann Intern Med* 2002; 137: 180-9.
- 2- Welbery C. Emergency contraception. *Arch Fam Med* 2000; 9: 642-6.
- 3- Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised, controlled trial of Levo-norgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428-33.
- 4- Ho PC. Emergency contraception: methods and efficacy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000; 12: 175-9.
- 5- López del Burgo C, López de Fez, Herranz Barbero A, Saiz Mendiguren R, De Irala J. Conocimiento de los mecanismos de acción de los métodos de planificación familiar. *Prog Obstet Ginecol* 2006;49:424-33.
- 6- Falk G, Falk L, Hanson U, Wilson I. Young women requesting emergency contraception are, despite contraceptive counseling a high risk group for new unintended pregnancies. *Contraception* 2001; 64:23-7.
- 7- Shawe J, Ineichen B, Lawrenson R. Emergency contraception: Who are the users? Postgraduate Medical School, Stirling House, Surrey Research Park, Guildford GU2 7DJ, UK. 2001 Oct 27(4):209-12.
- 8- Raymond E, Trussell J, Polis C. Population Effect of Increased Access to Emergency Contraceptive Pills: A Systematic Review. *Obstet Ginecol* 2007;109:181-8.
- 9- Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC, Grimes DA. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention (full review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD005497. DOI: 10.1002/14651858.CD005497.pub2.

#### OTRO BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Cárdenas Cruz DP, Parrilla Ruiz F, Mengíbar Gómez MM, Espinosa Fernández M, Issa Khozouz Ziad, Cárdenas Cruz A. Perfil de la solicitante de la píldora postcoital (levonorgestrel) en unidades de urgencias. 2002 -3: 179-183.
- Falk G, Falk L, Hanson U, Milson I. Young women requesting emergency contraception, are despite contraceptive counseling a high risk group for new unintended pregnancies. Department of Obstetrics and Gynecology, Orebro Medical Centre Hospital, Orebro, Sweden. 2001 Jul; 64 (1): 23-7.
- Hansen CC, Svare EI, Petersen RH, Bock JE. Who are the users of emergency contraception?. H: S Rigshospitalet, Juliane Marie Centret, gynaekologisk klinik. 2002 Oct 21; 164(43):5003-5.
- Lougherey F, Matthews A, Bedford D, Howell F. Characteristics of women seeking emergency contraception in general practice. *Irish medical journal* 2006 Feb; 99(2): 50-2.
- Vegara Cano JC, López-Guerrero Almansa A, López López F. Emergency contraception: user's profile in primary care emergency services. Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Usera (Orcasitas). Area11. Madrid. España. 2004 Oct15; 34(6):279-82.

#### Agradecimientos

A todo el personal del área de Urgencias Obstétrico-Ginecológicas y Partorio del Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante.



# Rotación y descenso de la cabeza fetal en nulíparas con analgesia epidural en posición decúbito lateral modificada

VI PREMIO CECOVA DE INVESTIGACIÓN PARA RESIDENTES DE MATRONAS 2010

**Autoras:** María Cervera Perales<sup>1</sup>, Irene Vegara López<sup>2</sup>, Vanesa Fernández-Pan Astacio<sup>1</sup>

**Tutorizado por:** Isabel Orts Cortés<sup>4</sup>, Ramón Pastor García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residentes de matrona del Hospital Universitario de San Juan

<sup>2</sup>Residente de matrona del Hospital General Universitario de Alicante

<sup>3</sup>Matrona del Hospital Universitario de San Juan

<sup>4</sup>Profesora de Investigación. Departamento de Enfermería. E.U.E. Universidad de Alicante.

magui14782@hotmail.com

## Rotation and descent of the fetal head in nulliparae with epidural anaesthesia adopting modified lateral decubitus position

### ABSTRACT

**Objective:** To explore the influence of the modified lateral decubitus position during the second stage of labour in comparison with traditional positions.

**Methods:** A true experimental study was carried out in nulliparae women with epidural anaesthesia and full dilation. Women were randomly assigned to a control group which assumed the most common labour positions, and a research group which adopted the modified

lateral decubitus position. The dependent variables would be the completion of childbirth and the duration of the second stage of labour.

**Results:** A total population of 108 women were assessed for their inclusion in the study, but only 51 met the inclusion criteria. A greater number of instrumental delivery and abnormal cardiotocographic patterns was found in the control group, as well as a longer duration of the expulsive stage.

**Conclusions:** The modified lateral decubitus position increases the number of normal deliveries in nulliparae with epidural anaesthesia, although it does not influence the duration of the expulsive stage. This position also improves the rotation of the fetal head but not the descent of the fetal cylinder through the birth canal.

**Keywords:** childbirth, epidural anaesthesia, position and expulsive stage.

### RESUMEN

**Objetivo:** Comparar el efecto de la posición decúbito lateral modificada durante el segundo periodo del trabajo de parto respecto a las posi-

ciones usadas habitualmente.

**Metodología:** Estudio experimental verdadero realizado en nulíparas con analgesia epidural y con dilatación completa, que se distribu-

yen aleatoriamente en dos grupos: un grupo control que adoptará las posiciones habituales y un grupo intervención que adoptará nuestra posición a estudio.



**Resultados:** 108 mujeres fueron evaluadas para su inclusión en el estudio, de las cuales 51 fueron seleccionadas por cumplir todos los criterios. En el grupo control encontramos un mayor número de partos instrumentados así como de registros cardiotocográficos sospechosos

y una mayor duración del periodo expulsivo.

**Conclusiones:** La postura decúbito lateral modificada favorece el parto vaginal eutócico en mujeres nulíparas con analgesia epidural. Aunque no modifica el tiempo de expulsivo en estas mujeres. La pos-

tura decúbito lateral modificada mejora la rotación de la cabeza fetal, pero no mejora el descenso del cilindro fetal por el canal del parto.

**Palabras clave:** Parto, analgesia epidural, posición y expulsivo.

## INTRODUCCIÓN

Desde que la analgesia epidural ha pasado de ser una indicación médica a una elección de la mujer, ha aumentado el número de gestantes en las que se asocia el trabajo de parto con la epidural debido a que es la forma más efectiva de aliviar el dolor asociado al parto, siendo la administración media del 40% en partos espontáneos y ascendiendo al 68% en los partos inducidos<sup>1,7</sup>.

Este aumento en la utilización de la analgesia epidural ha evidenciado en la práctica clínica sus efectos colaterales como la hipertermia e hipotensión materna, retención urinaria, disminución de las contracciones uterinas, etc.<sup>2,3</sup>, sobre los que no podemos actuar para eliminarlos, sino simplemente tratarlos sintomáticamente.

Sin embargo, hay otros efectos, como el aumento del periodo de dilatación y expulsivo, el aumento del número de partos instrumentados y cesáreas y el aumento de malposiciones fetales que parecen relacionados directamente con la administración de la analgesia epidural en el trabajo de parto<sup>3-7</sup>, y sobre los cuales pensamos que podemos intervenir para disminuir dicho periodo modificando la posición materna.

En nuestro medio hospitalario las mujeres con analgesia epidural permanecen durante la dilatación en decúbito supino o semiincorporadas en cama, restringiéndose su libertad de movimiento debido a la monitorización de todo el proceso y a la pérdida de movilidad de los miembros inferiores.

Al revisar varios artículos científicos en relación a las distintas posiciones que adopta la mujer durante el periodo expulsivo (a partir de la dilatación completa del cuello uterino), hemos encontrado unanimidad respecto a los beneficios que aporta cualquier tipo de

posición lateral o vertical, en comparación con la posición supina o de litotomía, asociándose con una disminución en la duración del periodo expulsivo, reduciéndose los partos instrumentados y con menos patrones de frecuencia fetal anormal<sup>8-12</sup>.

A raíz de las conclusiones de estos estudios, hemos considerado oportuno para nuestro trabajo colocar a las mujeres en el segundo periodo de parto en posición lateral, modificando la posición de los miembros inferiores, separándolos en paralelo, para de esta manera aumentar el tamaño de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis y facilitar, de este modo, el paso del cilindro fetal.

## HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

### Hipótesis principales

La postura decúbito lateral modificada favorece el parto vaginal eutócico en mujeres nulíparas con analgesia epidural.

La postura decúbito lateral modificada reduce el tiempo de segundo periodo de parto en mujeres nulípara con analgesia epidural.

### Hipótesis secundaria

La postura decúbito lateral modificada favorece la rotación y descenso del cilindro fetal por el canal del parto en mujeres nulípara con analgesia epidural.

### Objetivos principales

Determinar si la posición decúbito lateral modificada aumenta el número de partos eutócicos.

Evaluar la eficacia de la postura decúbito lateral modificada respecto a la duración del segundo periodo de parto en mujeres nulípara con analgesia epidural.

**Objetivo secundario**

Determinar la eficacia de la postura decúbito lateral modificada para facilitar la rotación y el descenso del cilindro fetal por el canal del parto en mujeres nulíparas con analgesia epidural.

**MATERIAL Y MÉTODOS**DISEÑO

El diseño de nuestro estudio corresponde a un estudio experimental verdadero a simple ciego.

El estudio parte, en este caso, de las mujeres que acuden al Hospital Universitario de San Juan y Hospital General Universitario de Alicante y cumplen los criterios de inclusión / exclusión que posteriormente describiremos. Se clasificarán en dos grupos: un grupo control que recibirá la asistencia en la postura habitual y un grupo de intervención al que se asistirá en posición decúbito lateral modificada.

ÁMBITO

La muestra se recogió en los Servicios de partos del Hospital Universitario San Juan y Hospital General Universitario de Alicante.

PERIODO DE ESTUDIO

De Enero de 2010 a Marzo de 2010.

POBLACIÓN

Gestante con edad comprendidas entre los 20 y 40 años que acuden a los hospitales citados anteriormente.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes nulíparas entre 20 y 40 años.
- Gestación a término (entre semana 37 – 42)
- Feto único, longitudinal y cefálica.
- Gestante en dilatación completa.
- Analgesia epidural previa en perfusión continua.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con dificultad en el registro del latido cardíaco fetal que impida la libre movilidad.
- Lateralización de la analgesia epidural superior a dos dermatomas.

- Imposibilidad de determinar la variedad de posición fetal.
- Contraindicación de parto espontáneo.
- Retirada de la perfusión de la analgesia epidural.

CRITERIOS DE PÉRDIDAS

- Solicitud de la gestante de cambios de la postura.
- Peso del recién nacido menor de P5 y mayor de P95.

MUESTRA

La selección y distribución de la muestra se lleva a cabo mediante muestreo no probabilístico consecutivo de las gestantes que cumplan los criterios de selección, que acudan al servicio de partos durante los meses de recogida de datos y den su consentimiento informado. La asignación se realizará de forma aleatoria y con ocultación de la misma por medio de un listado elaborado mediante una tabla de números aleatorios de manera previa, a partir del momento en que se cumpla el principal criterio de inclusión, que es la administración de la analgesia epidural.

Calculamos el tamaño muestral aceptando un riesgo  $\alpha$  de 0,05 y un riesgo  $\beta$  de 0,20 en un contraste bilateral, se precisan 45 gestantes en cada grupo de estudio (con una estimación del 15% de pérdida de pacientes), para poder detectar una diferencia igual o superior a 30 minutos en la duración del expulsivo. Se asume que la desviación estándar común es de 47 minutos.

VARIABLESVARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Se recogió:

Edad, país de procedencia, nivel académico (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, formación universitaria), pareja (Si o No), actividad laboral: (ama de casa, sector servicios, sector primario, sector secundario).

VARIABLES EXPLICATIVAS O DE INTERVENCIÓN.

- Postura Grupo Experimental

Adoptó la postura decúbito lateral modificada que consiste en la colocación de la mujer sobre el lado donde determinemos que está la fontanela menor fetal,

separando ambos miembros inferiores colocados en paralelo ayudándonos de un cojín adecuado a nuestro procedimiento.

#### - Postura Grupo Control

Adoptó las posiciones habituales en nuestro entorno hospitalario, que son decúbito lateral izquierda (posición de Sims) o derecha, en semi-Fowler o sentada.

#### *VARIABLES DE RESULTADOS*

##### - Variables Principales

Se recogió:

Tipo de parto (Eutócico o Distócico /Cesárea) y duración del expulsivo en minutos.

##### - Variables intermedias

Se recogió:

Variación de posición fetal y altura de la presentación fetal cada 30 minutos desde el inicio del expulsivo, y grado de satisfacción materna con la postura asignada.

#### *VARIABLES A CONTROLAR*

##### - Maternas

Se recogió:

Altura, peso y edad gestacional.

##### - Parto

Se recogió:

Dilatación cervical en el momento de la administración de la analgesia epidural, duración de la dilatación hasta la administración de la analgesia epidural, duración del periodo de dilatación desde la administración de la analgesia epidural hasta la dilatación completa, duración total de la analgesia epidural, dinámica uterina, uso de oxitocina, motivo y dosis, inicio del parto (Parto en curso/ Inducción), realización de episiotomía (si/ no), realización de pujos (espontáneos /dirigidos).

##### - Neonatales

Se recogió:

Evaluación del registro cardiotocográfico (normal/

sospechoso), valoración del test de Apgar al minuto y a los 5 minutos de vida, peso del recién nacido.

#### PROCEDIMIENTO

El investigador explicará a las gestantes que cumplan los criterios de inclusión los objetivos del estudio, preguntándole si desea participar en él. Si accede, se le entregará un consentimiento informado. A continuación se le distribuirá aleatoriamente en uno de los grupos a estudio mediante la técnica explicada en el apartado de muestra, y se le indicará la posición a adoptar.

Según la asignación de la mujer en el grupo control o en el experimental adoptará las siguientes posiciones: en el primer caso, se pondrá a la mujer en semi-Fowler o decúbito lateral derecha / izquierda o sentada (a criterio del profesional sanitario responsable), y en el segundo caso, se colocará en posición decúbito lateral modificada.

A todas las participantes incluidas en el estudio se les realizarán cada una las técnicas habituales para verificar el bienestar materno y fetal como el control cardiotocográfico, control de constantes materno, canalización de vía periférica y medicación si fuera necesario.

La valoración del descenso y rotación de la cabeza fetal se hará mediante tacto vaginal cada 30 minutos a partir de la dilatación completa del cuello uterino, comprobando la altura de la presentación (mediante los planos de Hodge) y la estática fetal (mediante la posición de la fontanela menor).

La postura del grupo experimental finalizará siempre que la mujer lo solicite o cuando exista una indicación médica que la contraindique. Dicha postura acabará cuando el segundo periodo de parto pasivo de paso al periodo activo, normalmente realizado en el paritorio.

La recogida de datos de cada mujer incluida en nuestro estudio, se llevará a cabo por medio del investigador, que registrara las diferentes variables que componen nuestro estudio en una hoja diseñada para este fin.

### ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó una descripción estadística de las variables categóricas y continuas de este estudio: distribución de frecuencias, proporciones e intervalos de confianza al 95% (IC95%) para las variables categóricas, y la media, mediana, desviación típica, máximo y mínimo e IC95% para las variables continuas. Para analizar la asociación entre el tipo de intervención y la duración del segundo periodo del parto se utilizara la t de Student y análisis de regresión lineal para variables cuantitativas y la chi cuadrado y el análisis de regresión logística para variables categóricas. Se asumió un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$ . Se utilizará el paquete estadístico SPSS v. 15.0 para Windows.

### RIESGOS

No se han descritos efectos adversos en el uso de las posturas a estudio, ni para la gestante ni para el feto.

### ASPECTOS ÉTICOS

Se puso en conocimiento de los jefes de servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Universitario de San Juan de Alicante y Hospital General Universitario de Alicante, así como, del comité de ética e investigación de cada hospital, solicitando su autorización para la realización de dicho estudio. La autorización por el comité de ética del Hospital General Universitario de Alicante fue aprobada el 27 de enero de 2010.

Toda gestante participante lo hizo de forma voluntaria y fue informada de los objetivos del estudio. Se le entregó un documento de consentimiento informado (anexo 1) en el que se aseguró la confidencialidad de los datos de la gestante, siendo los investigadores los únicos que tienen acceso a ellos y están acogidos a la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Los derechos de las gestantes estuvie-

ron en todo momento protegidos por la declaración de Helsinki.

### RESULTADOS

La muestra para el estudio fue recogida entre enero de 2010 y abril de 2010. El total de la muestra fue de 51 mujeres.

Las mujeres fueron asignadas aleatoriamente al grupo experimental al que pertenecen 27 mujeres y al grupo control al que pertenecen 24 mujeres.

En cuanto a las características sociodemográficas, el 94,1% (n=48) de las mujeres del estudio tienen una pareja estable, el 90,2% (n=46) son mujeres españolas, Un 41,2 % (n=21) tienen estudios primarios y un 72,5% (n=37) trabaja en el sector servicios.

La edad media de las participantes es de 28,10 años (DE  $\pm 5,52$ ), con un IMC de 27,94 (DE  $\pm 3,75$ ), una edad gestacional de 280,25 (DE  $\pm 7,59$ ).

Comparación inicial de los dos grupos de intervención

La tabla 1 describe las características de ambos grupos, no encontrando diferencias estadísticamente significativas en ninguna de ellas exceptuando el peso del recién nacido que en el grupo control la media fue de 3453,75 gr (DE  $\pm 340,151$ ), frente al grupo experimental 3223,33 gr (DE  $\pm 351,39$ ) (t de Student: 2,37; gl:49;  $p=0,022$ ).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS INICIALES Y CLÍNICAS

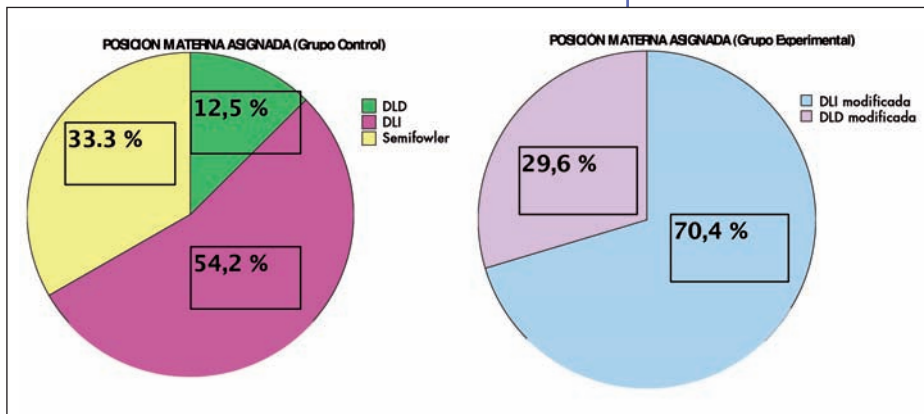
	Grupo Control (n=24)	Grupo Experimental (n=27)	p
Edad (años, media [DE])	28,54 (5,29)	27,70 (5,80)	0,59
Edad gestacional (días, media [DE])	281 (6,47)	279 (8)	0,27
Índice de masa corporal (IMC) (media [DE])	27,81 (4,04)	28,06 (3,56)	0,82
Motivo de ingreso (parto en curso/inducción)	1	1 5/11	0,51
Bishop al ingreso (media [DE])	7,17 (2,20)	7,11 (2,44)	0,93
Bishop previo epidural (media [DE])	9,58 (1,72)	9,30 (1,85)	0,57
Duración de la epidural (horas:minutos, [DE])	4:59 (2:20)	4:44 (2:37)	0,72
Uso de oxitocina (Sí / No)	7	8	0,58
Dosis oxitocina (mU/min, [DE])	8,67 (3,44)	7,00 (4,58)	0,17
Dinámica uterina (contracciones en 10 minutos [DE])	3,29 (0,75)	3,48 (0,58)	0,31
Registro Cardiotocográfico (Normal/Patológico-sospechoso)	5	26	0,12
Dinámica uterina en el expulsivo (contracciones en 10 minutos [DE])	3,88 (0,61)	3,96 (0,52)	0,58
Pujos maternos (Espontáneos/dirigidos)	5/19	1/2	0,32
Peso del recién nacido (gramos, media [DE])	3453 (340)	3223 (351)	0,022

DE: DESVIACIÓN ESTÁNDAR



De las mujeres que formaron parte del grupo experimental el 70,4% (n=19) estuvieron en la posición de decúbito lateral izquierdo modificada y el 29,6% (n=8) estuvieron en la posición de decúbito lateral derecho modificada. De las mujeres pertenecientes al grupo control el 33,3% (n=8) estuvieron en semifowler, el 12,5% (n=3) en decúbito lateral derecho y el 54,2% (n=13) en decúbito lateral izquierdo. (Véase gráfico 1)

Gráfico 1. Posiciones maternas en los dos grupos de estudio.



### Efecto de la intervención sobre la finalización del expulsivo

En el grupo experimental hay un 85,2% de partos eutócicos frente a un 41,7% en el grupo control. Dicha diferencia es estadísticamente significativa (Ji-cuadrado=10,537; gl=1; p=0,001).

Dado los grupos no eran homogéneos en cuanto al peso del recién nacido, presentando el grupo experimental una media de peso del RN menor que la media en el grupo control (diferencia de medias de 230,42 grs), se realizó un análisis de regresión logística para evaluar el efecto de confusión de dicha variable y la posible modificación del efecto en la finalización del parto. Dicho análisis establece que teniendo en cuenta el peso del RN se mantienen las diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (Regresión Logística=5,7(wald);gl=1;p=0,017), aunque si se produce una modificación del efecto de la intervención sobre el tipo de finalización del parto. Sin controlar la variable Peso del recién nacido el odds ratio (OR) es de 8,05, mientras que si la controlamos OR disminuye a un 6,15.

### Efecto de la intervención en la duración del expulsivo

En el grupo experimental encontramos que la media de duración del expulsivo es 1 hora y 24 minutos (DE ±0:32), mientras que en el grupo control la duración media es 1 hora y 47 minutos (DE±0:47. Dicha diferencia (23 minutos) rozó la significación estadística (t de Student=1,975; gl=40,33; p=0,055).

Como en el caso anterior, debemos tener en cuenta el peso fetal, ya que puede influir en los resultados. Realizamos una regresión lineal para evaluar como influye la variable peso del recién nacido en el tiempo de expulsivo y encontramos que no existe diferencia estadísticamente significativa (Regresión Lineal con Intervalo de confianza al 95% p=0,229).

### Efecto de la intervención sobre la altura y la variedad de posición.

Las variables "POSICIÓN" y "PLANO" se recalcularon en dos variables "POSICIÓN\_MEJORA" y "PLANO\_MEJORA", con la finalidad de poder evaluar el efecto de nuestra intervención sobre el progreso de la cabeza fetal en el canal del parto.

Para calcular la variable "POSICION\_MEJORA", se realizó la medida en tres momentos (30', 60' y 90' desde el inicio del segundo periodo del parto). La rotación de la cabeza fetal hacia la variedad de posición occipito púbica, se consideró como mejora si realizaba un rotación de 45° hacia la misma, teniendo como referencia la determinada en el momento de medida previo. Y con respecto a la variable "PLANO\_MEJORA" se utilizaron los mismos momentos de medida, se consideró como mejora si descendió un plano en comparación con el momento de medida previo.

En el grupo experimental un 66,7% mejora la variedad de posición durante el expulsivo, descendiendo a un 52,5 % en el grupo control (medida a los 60 minutos), esta diferencia es estadísticamente significativa (Ji cuadrado=7,61; gl=1; p=0,006).

En relación con la altura de la presentación apare-



ce una mejora a los 90 minutos, de un 100% en el grupo intervención frente al 69,2% en el grupo control, esta diferencia no es estadísticamente significativa. A la hora de interpretar este resultado debemos tener en cuenta que en este momento de medida la muestra se redujo a  $n=24$  (Ji cuadrado=4,06;  $gl=1$ ;  $p=0,044$ . Estadístico exacto de Fisher  $p=0,098$ ).

#### **Efecto de la intervención respecto al grado de satisfacción materna con la postura asignada.**

La media del grado de satisfacción materna respecto a la posición asignada durante el expulsivo en el grupo experimental es de 8,30 sobre 10 ( $DE\pm 0,61$ ) y en el grupo control la media obtenida es de 7,08 sobre 10 ( $DE\pm 1,06$ ). Dicha diferencia es estadísticamente significativa. ( $t$  de Student=5,08;  $gl=49$ ;  $p<0,001$ ).

#### **Efecto de la intervención sobre el registro cardiocardiográfico.**

En el grupo experimental hay un 33,3% de registros cardiocardiográficos sospechosos/patológicos durante el expulsivo frente a un 62,5% en el grupo control. Dicha diferencia es estadísticamente significativa (Ji-cuadrado=4,33;  $gl=1$ ;  $p=0,037$ ).

Dado que los grupos no son homogéneos en cuanto al peso del recién nacido, se realizó un análisis de regresión logística para evaluar el efecto de confusión de dicha variable y la posible modificación del efecto en el registro cardiocardiográfico durante el expulsivo. Dicho análisis establece que teniendo en cuenta el peso del recién nacido no se mantienen las diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. (Regresión Logística=3,107 (wald);  $gl=1$ ;  $p=0,078$ ).

#### **Efecto de la intervención sobre el test de apgar al minuto y a los cinco minutos.**

En el grupo experimental la media del test de apgar es 8,78 y 9,78 sobre 10 al minuto y a los cinco minutos de vida respectivamente, y en el grupo control las medias son de 8,58 y 9,58 sobre 10 al minuto y a los cinco minutos respectivamente. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ni para el apgar al minuto de vida ( $t$  de Student=0,995;  $gl=37$ ;  $p=0,326$ ) ni para el apgar a los cinco minutos de vida ( $t$  de Student=1.347;  $gl=41$ ;  $p=0,185$ ).

## **DISCUSIÓN**

Actualmente, en nuestro medio, la analgesia epidural se ha convertido en la forma más habitual de alivio del dolor durante el parto. Sin embargo, esta técnica también tiene otros efectos no deseados, como el aumento del número de partos instrumentados o el aumento del tiempo del expulsivo, que han sido investigados en diferentes estudios<sup>1-3,5-7</sup>. Con este trabajo, hemos querido observar que pasaba con dichos efectos si interveníamos modificando la posición materna durante el segundo periodo de parto. Hoy en día, son muchos los profesionales que utilizan durante la segunda fase del trabajo de parto diferentes posiciones maternas, que incluimos en el grupo control; pero la posición que utilizamos es novedosa ya que no hemos encontrado estudios previos al respecto.

El efecto de la analgesia epidural en relación al aumento de partos distócicos ha sido confirmado en la revisión sistemática de la Cochrane de Anin-Somuah<sup>6</sup>. Este estudio afirma que el riesgo de parto intervenido es mayor en las mujeres que utilizan la analgesia epidural (Riesgo Relativo (RR) 1,38, Intervalo de confianza (IC) del 95% 1,24 a 1,53). Otra revisión sistemática como la de Gupta<sup>8</sup>, que estudia diferentes posiciones maternas durante el trabajo de parto, afirma que hay una pequeña reducción de los partos asistidos (RR 0,84, IC del 95% 0,79 a 0,91) en las mujeres que adoptan posiciones laterales respecto de las supinas.

Nuestros resultados muestran que las mujeres que adoptaron la posición decúbito lateral modificada presentaron más partos eutócicos (85,2%) que las mujeres que pertenecían al grupo control y que adoptaron otras posiciones (41,7%). Esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa. Puesto que estos resultados pudieron estar influidos por la variable peso del recién nacido, decidimos controlar esta variable aplicando un análisis de regresión logística. Así comprobamos que el peso no influía en los resultados ya que se mantuvieron las diferencias estadísticamente significativas, aunque si que se observó una disminución del odds ratio (OR). Con esto nos referimos a que, al no tener en cuenta el peso del recién nacido, las mujeres que adoptaron nuestra posición a estudio tenían ocho veces más posibilidades de tener un parto eutócico que las mujeres que adoptaron otras posturas, y teniendo en cuenta

el peso del recién nacido, esta posibilidad se reducía a seis. Todo esto nos lleva a aceptar el aumento de partos eutócicos entre las mujeres que durante el expulsivo se les asignó la posición decúbito lateral modificada, una de nuestras hipótesis principales.

Los resultados obtenidos concuerdan con el ensayo aleatorizado de Soo Downe<sup>10</sup> en el que afirma que las mujeres que adoptan posiciones laterales tienen menor riesgo de parto instrumentado que las que adoptan otras posiciones (RR 0,64, IC del 95% 0,40 a 1, 01).

La prolongación del segundo periodo de parto entre las mujeres que tuvieron analgesia epidural también ha sido corroborada por la revisión de Anin-Somuah<sup>6</sup>. En esta revisión, que incluye once ensayos, informa que las mujeres con analgesia epidural tuvieron una segunda etapa de parto más prolongada, estadísticamente significativa (Diferencia de medias ponderada (DMP) 15.55 minutos, IC del 95% 8,46 a 26,63). Por otro lado, Gupta<sup>8</sup> afirma que hubo una diferencia de tiempo promedio de 4,29 minutos (IC del 95%: 2,95 a 5,64 minutos) a favor de las mujeres que adoptaron posiciones laterales respecto de las que adoptaron posiciones supinas, diferencias que no resultaron ser estadísticamente significativas.

Respecto a los resultados obtenidos en nuestro estudio en relación a la disminución del periodo de expulsivo, que era otra de nuestras variables resultado, encontramos que a pesar de que la tendencia era disminuir este periodo (se redujo como promedio 23 minutos) en el grupo de mujeres asignadas a la posición a estudio, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas. Como en la variable resultado anterior, tuvimos en cuenta el peso fetal, y realizamos una regresión lineal comprobando que seguía sin existir diferencias estadísticamente significativa. Con estos resultados, no podemos aceptar nuestra otra hipótesis principal, que era la disminución del tiempo de expulsivo mediante la posición decúbito lateral modificada, aunque creemos que si se aumentara el tamaño muestral tendería a la significación estadística, con lo que puede ser interesante seguir en esta línea de investigación.

Resulta difícil comparar nuestro trabajo con la revisión de Gupta<sup>8</sup>, ya que nuestra muestra es significativamente menor, pero nos ha llamado la atención que el

tiempo promedio de reducción del segundo periodo de parto es inferior al obtenido en nuestro estudio, aunque ambos coinciden en que estos tiempos no son estadísticamente significativos.

El efecto de la analgesia epidural con la finalidad de reducir el dolor durante el trabajo de parto, en relación con la mal rotación de la cabeza fetal ya ha sido confirmado en el trabajo de Lieberman<sup>4</sup>, la frecuencia fue del 12,9%.

En este estudio para evitar el error del diagnóstico de la variedad de posición, una de los motivos de discusión de las frecuencias observadas entre diferentes autores, se confirmó la variedad de posición, observando el desprendimiento y rotación externa de la cabeza fetal. No hemos encontrado estudios que comparen durante el segundo periodo del parto la rotación interna de la cabeza fetal, en relación con la analgesia epidural.

Nuestros resultados encuentran diferencia estadísticamente significativa en relación con la evolución de la rotación de la presentación fetal en el grupo estudio a los 60 minutos (OR Ajustada al peso fetal 7,5 intervalo de confianza 95% 1,3 – 43,4) pero debemos interpretarlos con prudencia dado el tamaño de nuestra muestra. La variable descenso de la presentación no presentó diferencia estadística significativa, pensamos que esta ausencia de significación se debe a la falta de control de una variable de confusión, que es el nivel de bloqueo motor que presentó la gestante durante la epidural.

Uno de los aspectos que tuvimos en cuenta en la recogida de datos es el grado de satisfacción materna con la posición asignada. Los resultados demuestran que las mujeres que estaban en decúbito lateral modificado referían mayor comodidad, respecto a las otras posiciones estudiadas en el grupo control, siendo estadísticamente significativos estos resultados.

Entre los datos recogidos en nuestro estudio decidimos incluir dos variables control que eran el registro cardiotocográfico durante el expulsivo y el test de apgar al minuto y a los cinco minutos del nacimiento para comprobar si nuestra posición a estudio influía en ellos.

En relación a los registros cardiotocográficos obtenidos observamos una disminución de los registros

sospechosos / patológicos durante el expulsivo en el grupo experimental, al igual que en la revisión de Gupta<sup>8</sup> en la que se registraron menos patrones anormales (RR 0,28, IC del 95%: 0,08 a 0,98). Estos resultados fueron estadísticamente significativos sin tener en cuenta el peso del recién nacido, ya que al controlar dicha variable con un análisis de regresión logística no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Respecto al test de Apgar, realizado al minuto y a los cinco minutos de vida, no encontramos diferencias estadísticamente significativas. Apoyándonos en estos datos podemos afirmar que el uso de esta posición lateral modificada no tiene ninguna repercusión neonatal, por lo que se puede utilizar en cualquier caso.

La principal limitación de nuestro estudio es el reducido tamaño muestral, por la imposibilidad de iniciar el trabajo de campo con suficiente antelación debido al retraso en la respuesta del comité de ética del Hospital general de Alicante. Por tanto los resultados obtenidos han de ser considerados con prudencia ya que no existen estudios previos que corroboren nuestros resultados.

Otro aspecto a tener en cuenta de nuestro estudio es que tiene validez externa limitada al poder aplicarse únicamente los resultados obtenidos en gestantes nulíparas y no poder ampliar estos resultados al resto de gestantes.

Consideramos que la postura estudiada es una intervención muy sencilla, con numerosos beneficios y sin contraindicación alguna, que en base a nuestros conocimientos, las matronas podemos aplicar en nuestro trabajo diario con toda tranquilidad

## CONCLUSIONES

La postura decúbito lateral modificada favorece el parto vaginal eutócico en mujeres nulíparas con analgesia epidural. Aunque no podemos concluir que esta posición reduzca en el tiempo de expulsivo en estas mujeres.

La postura decúbito lateral modificada mejora la rotación de la cabeza fetal, pero no mejora el descenso del cilindro fetal por el canal del parto.

Las mujeres participantes en nuestro estudio nos manifestaron que la postura decúbito lateral modifica-

da resultada ser muy cómoda y presentaron un alto grado de satisfacción respecto a ella.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Domínguez Rojas AM, Fernández Soriano MA. Analgesia epidural y finalización del parto. *Enferm Cientif* 2002; Nov-Dic: 28-32.
- 2- Enrique Ramón Arbués, Inés Díaz Bello. Controversias del uso de analgesia epidural en el trabajo de parto. *Nure investigación*, nº 37, Noviembre – Diciembre 08.
- 3- Ellice Lieberman and Carol O'Donoghue. Unintended effects of epidural analgesia during labor: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* May 202 Volume 186, number 5.
- 4- Ellice Lieberman, Karen Davidson, Aviva Lee-Parritz and Elizabeth Shearer. Changes in fetal position during labor and their association with epidural analgesia. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. Vol 105, No 5 part 1 may 2005
- 5- J. Fernandez-Guisasola, G. Rodriguez Caravaca, M<sup>a</sup> L. Serrano Rodriguez, T. Delgado Gonzalez, S. Garcia del Valle, J.I. Gomez-Arnau. Analgesia epidural obstétrica: relación con diversas variables obstétricas y con la evolución del parto. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2004; 51: 121-127.
- 6- Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 7- Ruiz FJ, Lacal JF, Prado M de, Gomáriz MJ, Rodríguez MI, Castellano Fd. Analgesia epidural y parto. Resultados obstétricos y perineales. *Matronas Prof.* 2001; 4 Jun: 27-30.
- 8- Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 9- Benito Gonzalez E, Rocha Ortiz M. Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. *REv Facultad de Ciencias de la Salud*. Vol. 3.2005
- 10- Soo Downe, David Gerrett, Mary J. Renfrew. A prospective randomised trial on the effect of position in the passive second stage of labour on birth outcome in nulliparous women using epidural analgesia. *Rev. Midwifery* (2004) 20, 157-168
- 11- Ducloy-bouthors a.-s.; de gasquet b.; davette m.; cuisse m.; Réunion du club d'anesthésie-réanimation en obstétrique, Lyon, FRANCE (20/05/2005) 2006, vol. 25, no6, 605-608
- 12- Carreras I. Posición materna durante el segundo periodo del parto: revisión de evidencias. *Rev. Evidentia sept-dic* 2005; 2 (6).

# La inteligencia emocional como herramienta de ayuda en el trastorno bipolar

## programa psicoeducativo de Enfermería Especialista en Salud Mental

VI Premio CECOVA de Investigación para Residentes de Enfermería en Salud Mental 2010

**Autor:** Inmaculada Folgueral Martínez

*Eir Salud Mental*

*Unidad Docente de la Comunidad Valenciana. X Promoción*

folgue84@hotmail.com

### Emotional intelligence as a useful tool for bipolar disorder. A mental health nurse psychoeducational programme

#### ABSTRACT

Bipolar disorder is considered a chronic and recurrent mental health disorder, sometimes, without a complete recovery between the episodes. It has become the sixth reason for incapacity in the world, posing great impact and difficulties in those who suffer from it.

The objective of this project is to implement a psychoeducational group intervention through an emotional intelligence programme for patients with bipolar disorder in order to improve their personal apti-

tudes (self-consciousness, self-control, self-motivation), as well as their social aptitudes (empathy and social skills). The programme tries to provide patients, since the early detection of the condition, with strategies and personal resources so that they will be able to understand and manage their emotional changes, achieving a better psychological and social adaptation and, therefore, improving their quality of life.

Target population include patients between 15-24 years old

with a diagnosis of bipolar disorder attending a specified mental health institution. An experimental study with a treatment group and both pre-test/post-test measurements will be carried out. The TMMS-24 scale will be used as a measurement tool, those subjects with a low score in this scale will be included in the treatment group through consecutive sampling

**Keyword:** emotional intelligence, psychoeducational, bipolar disorder, mental health nurse, emotions, quality of life.

#### RESUMEN

El trastorno bipolar es considerado una enfermedad mental crónica y recurrente, en la que no se logra una recuperación completa entre episodios, esto hace que esta patolo-

gía se haya convertido en la sexta causa de incapacidad en el mundo, generando grandes repercusiones y dificultades en aquellos que la padecen.

El propósito de este proyecto es

realizar una intervención psicoeducativa grupal, a través de un programa de inteligencia emocional, a pacientes con trastorno bipolar con el fin de mejorar sus aptitudes personales (autoconciencia, autocon-



## ■ Investigación & Cuidados

*trol, automotivación), y sus aptitudes sociales (empatía y habilidades sociales). Se trata de dotar de estrategias y recursos personales empujando desde el comienzo de la enfermedad, para que sean capaces de comprender y manejar los estados afectivos logrando una mejor adaptación psicológica y social, mejorando con ello la calidad de vida.*

*La población a estudio incluye a pacientes entre 15 y 24 años diagnosticados de trastorno bipolar, pertenecientes al centro de salud mental seleccionado. El diseño consiste en un estudio experimental con intervención en grupo único, con medición pre-test/post-test. El instrumento de medida será la escala TMMS-24, quienes presenten pun-*

*tuaciones desfavorables, pasarán a formar parte del grupo mediante muestreo consecutivo.*

**Palabras clave:** *Inteligencia emocional, Psicoeducación, Trastorno bipolar, Enfermera especialista en salud mental, Emociones, Calidad de vida.*

### INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar, denominado clásicamente “psicosis maníaco depresiva” es una enfermedad mental grave, crónica y recurrente. Su origen es biológico y se caracteriza por alteraciones del estado de ánimo alternante entre dos polos opuestos: la depresión y la manía, junto con periodos de normalidad, eutimia, aunque en éstos suelen persistir síntomas subclínicos. A pesar de los grandes avances farmacológicos sigue siendo una gran fuente de morbi-mortalidad, con grandes repercusiones en la calidad de vida de quienes la padecen<sup>1</sup>.

Los trastornos bipolares son la sexta causa de incapacidad en el mundo<sup>1</sup>, generando repercusiones económicas y sociales (pérdida de trabajo, aislamiento...) de aquellos que lo padecen.

Los primeros estudios epidemiológicos, como los de Weisman et al. en 1990 encontraron una prevalencia anual para el trastorno bipolar del 0,8% y de 1,2% a lo largo de la vida. Trabajos posteriores como el estudio de Zurich, 1995, calculan que la prevalencia

es del 4% y que podría llegar al 6,5% si incluimos formas menores<sup>2</sup>.

La afectación por sexos es igual en el trastorno bipolar I, mientras que en el tipo II es más común en mujeres. Se considera que hay dos intervalos de edad donde es más frecuente que aparezca la enfermedad, de 15-19 años (siendo el más frecuente) y de 20-24 años<sup>2</sup>.

### COMO ENTENDER LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Hay dos modelos que definen la inteligencia emocional:

- El modelo de habilidad: defendido por autores como Salovey y Mayer, que definen la inteligencia emocional como “la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento, la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual”<sup>3</sup>.

- El modelo mixto: siendo el

autor más destacado Goleman que define la inteligencia emocional como habilidad para comprender y manejar nuestras emociones y las de quien nos rodea, en la forma más conveniente y satisfactoria<sup>4</sup>. Afirma que está formada por dos aptitudes:

- La inteligencia emocional intrapersonal (aptitud personal); con tres componentes básicos: autoconciencia, autocontrol, automotivación.

- La inteligencia emocional interpersonal (aptitud social); con dos componentes básicos: empatía, habilidades sociales.

Goleman<sup>5</sup> considera que la inteligencia emocional se basa en la capacidad de comunicarnos eficazmente con nosotros mismos y con los demás, y que esta capacidad no es algo innato sino aprendido, por lo que siempre podemos mejorarla.

### LAS EMOCIONES

Estudios como los de Vieta y Colom (1999) confirman que el trastorno bipolar constituye un trastorno afectivo en el que predominan las alteraciones de las



emociones y cuyas bases biológicas podrían relacionarse con alteraciones funcionales del sistema límbico<sup>6</sup>. El foco más importante de la anatomía de la emoción es el sistema límbico, descrito por primera vez por Papez en 1937.

Nuestra vida mental según Goleman y LeDoux está formada por dos mentes: una que piensa (racional) y otra que siente (emocional), juntas llevan a cabo el proceso emocional<sup>7</sup>.

El funcionamiento de la amígdala y su interrelación con el neocórtex constituyen el núcleo mismo de la inteligencia emocional, la amígdala es como un sistema de vigilancia que nos prepara para la lucha o huida, mientras que el neocórtex planifica, comprende lo que se siente y coordina los movimientos.

Para comprender como procesamos las emociones cabe destacar el descubrimiento de LeDoux: una nueva vía sensorial, en el que demuestra que la primera estación cerebral por la que pasan las señales sensoriales procedentes de los ojos y los oídos es el tálamo, y a partir de ahí a través de una sola sinápsis a la amígdala. Otra vía procedente del tálamo lleva la señal hasta el neocórtex (cerebro pensante) y de ahí reingresa la información a la amígdala, induciendo una modulación o regulación más refinada del proceso emocional ya desencadenado. Los sentimientos que siguen el camino directo a la amígdala son más intensos y primitivos, al seguir una ruta directa genera una res-

puesta rápida (milisegundos), ventajosa ante situaciones de peligro. Sentimos antes que pensamos<sup>7</sup>.

La poderosa influencia de las emociones en la razón, se debe a que de la amígdala parten muchas más vías de comunicación hacia la corteza que a la inversa<sup>8</sup>.

La psicoterapia es un proceso que logra cambios de conducta en el individuo y actúa directamente en el cerebro a través de la sinapsis. Kendel E. (2005) señaló que la conducta en sí misma puede modificar la expresión genética, las conexiones sinápticas pueden ser alteradas y fortalecidas por el aprendizaje, cada acto de aprendizaje modifica el cerebro en términos físicos, poniendo en marcha procesos moleculares que remodelan las conexiones sinápticas existentes, lo que demuestra la flexibilidad de la estructura cerebral y su plasticidad<sup>8</sup>. Un entorno rico, físico y emocional ayuda a que las conexiones de la corteza cerebral se desarrollen adecuadamente, pudiendo fortalecerse a través de la psicoeducación las vías que van de la corteza a la amígdala. Las técnicas usadas en el entrenamiento de habilidades sociales, manejo de las emociones, y de relaciones interpersonales, ayudan a establecer conexiones sólidas entre la corteza (sede de la razón) y el sistema límbico (sede de las emociones).

### JUSTIFICACIÓN

La enfermedad bipolar es un trastorno afectivo recidivante, más del 90% de los sujetos que

tienen un episodio maniaco único presentarán futuros episodios. Está demostrado que en periodos de eutimia los sujetos muestran labilidad afectiva y dificultades interpersonales y laborales<sup>9</sup>.

Ferrier ha demostrado que no hay una recuperación completa entre episodios, sino que los pacientes continúan sufriendo alteraciones neuropsicológicas más allá de los episodios de enfermedad<sup>9</sup>.

Algunos de los déficits que poseen los pacientes bipolares eutímicos:

- Dificultades en el área laboral: provocando pérdida de motivación y energía para el trabajo, los estudios y con ello de las actividades sociales.
- Dificultades en las relaciones interpersonales: un 47% experimentan empobrecimiento, esto dificulta la apertura a situaciones sociales nuevas aislando al paciente<sup>10</sup>.
- Falta de asertividad (están muy inhibidos o excesivamente amables y atentos).
- Dificultad para ejecutar las habilidades que poseen (por sus alteraciones emocionales).
- Falta de confianza en sí mismos.

Todas estas alteraciones funcionales repercuten en la calidad de vida que pueda llegar a tener el paciente bipolar, aún estando eutímico. Un estudio llevado a cabo con pacientes con trastorno bipolar I eutímicos y sujetos sanos, demostró que los pacientes con trastorno bipolar muestran puntuaciones más bajas en todos los

dominios de calidad de vida en comparación con el grupo control<sup>11</sup>.

Mediante el estudio de Extremera-Pacheco y Fernández-Berrocal<sup>12</sup> podemos encontrar la relación entre la inteligencia emocional y la calidad de vida, ya que han examinado el grado de asociación entre los tres componentes de la inteligencia emocional evaluados por el Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24), los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva y calidad de vida en adultos jóvenes universitarios.

La escala TMMS-24 evalúa tres aspectos de inteligencia emocional: Atención a los propios sentimientos, Claridad emocional y Reparación de las emociones<sup>13</sup>.

Las conclusiones del estudio determinaron que puntuaciones altas en Atención emocional se relacionaban con mayor sintomatología ansiosa y depresiva y con peores puntuaciones en la calidad de vida, demostrando el carácter desadaptativo de prestar demasiada atención a nuestras emociones. Respecto a los componentes de Claridad y Reparación emocional, altas puntuaciones en ambos se relacionaron con menores niveles de ansiedad y depresión y mayor calidad de vida.

Estos estudios demuestran la influencia que tiene una adecuada comprensión y manejo de nuestros estados afectivos, no sólo para ayudarnos a disfrutar de una mejor adaptación psicológica, sino también poder mejorar nues-

tro funcionamiento social al experimentar un bienestar emocional.

El desarrollo de un programa de inteligencia emocional permite dotar al paciente de habilidades como: la capacidad de reconocimiento de las propias emociones, dando sensación de confianza al realizar una evaluación realista, la capacidad de modular y controlar emociones de forma apropiada, fortaleciendo la sensación de control interno, capacidad en la toma de iniciativas, siendo más eficaces a pesar de los contratiempos y frustraciones que se presenten, capacidad de reconocimiento y comprensión de emociones ajenas, pudiendo establecer relaciones interpersonales más satisfactorias y capacidad para el manejo de las emociones en las relaciones, interpretando adecuadamente las situaciones y redes sociales<sup>5</sup>.

El trastorno bipolar empieza a edades muy tempranas (frecuente entre los 15-19 años), por ello los profesionales de enfermería debemos de empezar a trabajar desde la adolescencia, ya que es una época en la que los adolescentes comienzan a desarrollar sus capacidades personales y habilidades sociales que les permitirán desenvolverse con eficacia en la vida adulta.

La Organización Mundial de la Salud recomienda el establecimiento de programas dirigidos a los adolescentes con el fin de intervenir en la promoción de un desarrollo social y afectivo saludable. Estos programas cuentan

con una serie de intervenciones para la adquisición de aptitudes para la vida, como la capacidad de resolución de problemas, el pensamiento crítico, la comunicación, las relaciones interpersonales y diversos métodos para afrontar las emociones que permitan a los adolescentes desarrollar una salud mental más sólida y positiva<sup>14</sup>.

Los servicios que se prestan en el centro de salud mental permiten prestar cuidados sin que el paciente sea apartado de su ambiente doméstico, las terapias aplicadas van dirigidas a ayudar a los pacientes a desenvolverse adecuadamente en su comunidad permitiendo tratar la enfermedad mental desde una perspectiva social más amplia<sup>15</sup>.

El objetivo terapéutico de los profesionales de enfermería es el de ayudar a los pacientes a utilizar los recursos y capacidades adecuadas necesarias para afrontar sus problemas. Para ello, trabajamos aceptándolos como una persona en su totalidad, desarrollando una relación de confianza mutua donde puedan fortalecer su autoestima y confianza, y favoreciendo la adaptación eficaz enseñándoles habilidades adaptativas más eficaces para satisfacer sus necesidades. Hildergar Peplau define la relación terapéutica enfermera como una herramienta que contribuye a la recuperación del paciente<sup>15</sup>.

Siguiendo el modelo de Peplau y la necesidad de tener un registro y valoración rigurosa de los pacientes con problemas de

salud mental adaptado a la filosofía enfermera y al método científico, se aplicará en el estudio el modelo de registro basado en el enfoque de M. Gordon por patrones funcionales de salud, adaptado a los pacientes de las unidades de salud mental por Joana Fornés<sup>16</sup>.

Siguiendo este instrumento de valoración seremos capaces de describir el estado de salud inicial, reconocer problemas, detectar necesidades y llevar a cabo una continuidad de cuidados a través de la relación enfermera paciente una vez finalizado el programa.

Por todo lo anterior se justifica el papel de la enfermera especialista en salud mental, ya que en colaboración con otros profesionales de la salud, trabaja en el centro de salud mental donde se pretende llevar a cabo una intervención psicoeducativa grupal para mejorar la inteligencia emocional y calidad de vida de los pacientes con trastorno bipolar.

## HIPÓTESIS

La intervención de la Enfermera especialista en salud mental mediante un programa psicoeducativo, contribuye, a la mejora de la inteligencia emocional y la calidad de vida del paciente con trastorno bipolar.

## OBJETIVOS

### GENERAL

- Plantear un programa de intervención psicoeducativo para mejorar la inteligencia

emocional y con ello la calidad de vida.

## ESPECÍFICOS

- Capacitar para la identificación, control y manejo de las emociones.
- Fomentar la autoestima.
- Promover la adquisición de técnicas de autocontrol y manejo del estrés.
- Proporcionar el desarrollo de habilidades sociales.
- Capacitar para el manejo en resolución de conflictos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### 1.- Diseño del estudio:

Se trata de un estudio experimental con intervención en un grupo único con medición pre-test/post-test.

La intervención consiste en el desarrollo de un programa psicoeducativo de inteligencia emocional.

Se empleará una valoración inicial de la inteligencia emocional mediante la escala TMMS-24, aquellos pacientes que tengan una puntuación desfavorable en al menos uno de los tres ítems que componen la escala (Atención/Claridad/Reparación), pasarán a formar parte del programa psicoeducativo<sup>13</sup>.

Si los pacientes aceptan la propuesta de participación firmarán un consentimiento informado y pasarán a formar parte del grupo, además aquellos que sean menores de edad necesitarán el consentimiento del padre/ madre o tutor legal.

Una vez formado el grupo se pasará la escala de calidad de vida para valorar la situación personal inicial y observar si esta es susceptible de mejora tras la participación en el psicoeducativo<sup>17</sup>.

Finalmente pediremos la colaboración de los participantes para la cumplimentación de un cuestionario de satisfacción, con el que pretendemos poder mejorar aquellos aspectos en los que hayan encontrado déficits con el fin de mejorar en futuras intervenciones en nuevos grupos.

Al finalizar el programa se pasarán ambas escalas de nuevo.

### 2.- Lugar de estudio

El estudio se realizará en el Centro de Salud Mental de la Malvarrosa que atiende a una población de 160.000 habitantes y cuenta con un total de 18.000 pacientes, de los cuales 500 están diagnosticados de trastorno bipolar.

Las sesiones del programa se realizarán en el salón de actos del Centro de Salud Mental, en horario de 12 a 14 horas.

### 3.- Sujetos del programa

La población a la que va dirigido incluye a los hombres y mujeres diagnosticados de trastorno bipolar tipo I y II con edades comprendidas entre 15 y 24 años pertenecientes al Centro de Salud Mental seleccionado para la intervención.

### 4.- Criterios de inclusión

- Diagnóstico de trastorno bipolar tipo I y II.

## Investigación & Cuidados

- Sin patología mental asociada.
- Edad comprendida entre 15 y 24 años.
- Pertenecientes al Centro de Salud Mental de la Malvarrosa.
- Eutímicos bajo criterio médico.
- Pacientes que tengan una puntuación desfavorable en al menos uno de los tres ítems que componen la escala TMMS-24 (Atención/Claridad/Reparación).
- Aceptación de participación en el programa.

### 5.- Criterios de exclusión

- Puntuaciones adecuadas en la escala TMMS-24.
- Evidencia de patología orgánica incapacitante o trastorno mental severo.
- Voluntad de no participar.

### 6.- Estrategia de muestreo y captación de pacientes

Los participantes se seleccionarán por muestreo consecutivo, que consiste en seleccionar a todos los individuos que acuden al CSM durante el período de tiempo establecido y que cumplen los criterios de inclusión del programa. Se les dividirá en dos grupos en función de la edad : un grupo de 15 a 18 años y otro de 19 a 24 años, con el fin de que la diferencia de edad no sea un obstáculo y dificulte la dinámica de las sesiones.

Cada grupo estará compuesto por una muestra de 8 a 12 pacientes, porque consideramos que un

número inferior puede ser una desventaja para la riqueza de las aportaciones y las oportunidades de los pacientes para interactuar, y trabajar con más puede hacer pensar que los terapeutas no les prestan demasiada atención, o que no les dé tiempo a participar.

Si el paciente acepta la propuesta de participación, se concretará una visita con él. Por el contrario, se le llamará de nuevo para replantearse.

Si finalmente decide participar, se hará una primera visita y, si no es así se le excluirá.

ma psicoeducativo de inteligencia emocional.

### 8.- Instrumentos de medida

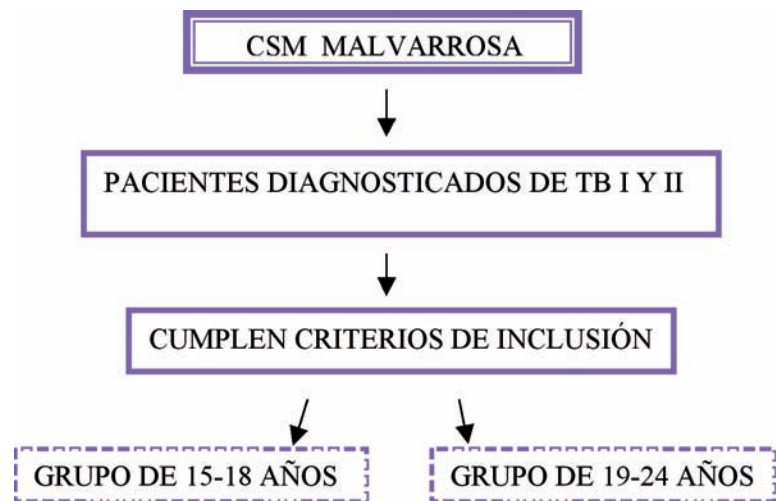
- Escala TMMS-24 de Inteligencia Emocional
- Cuestionario de Calidad de Vida (17)

### 9.- Cronograma

El programa estará dividido en tres fases con una duración total de 7 meses.

#### - Fase Primera

Periodo previo al inicio del programa con una duración de 3



### 7.- Definición de variables

- Dependientes:
  - Incremento de la inteligencia emocional.
  - Control emocional.
  - Perfeccionamiento de las habilidades personales
  - Estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés.
- Independientes:
  - Participar en el programa

meses, durante este tiempo tendrá lugar la recogida de información y planificación.

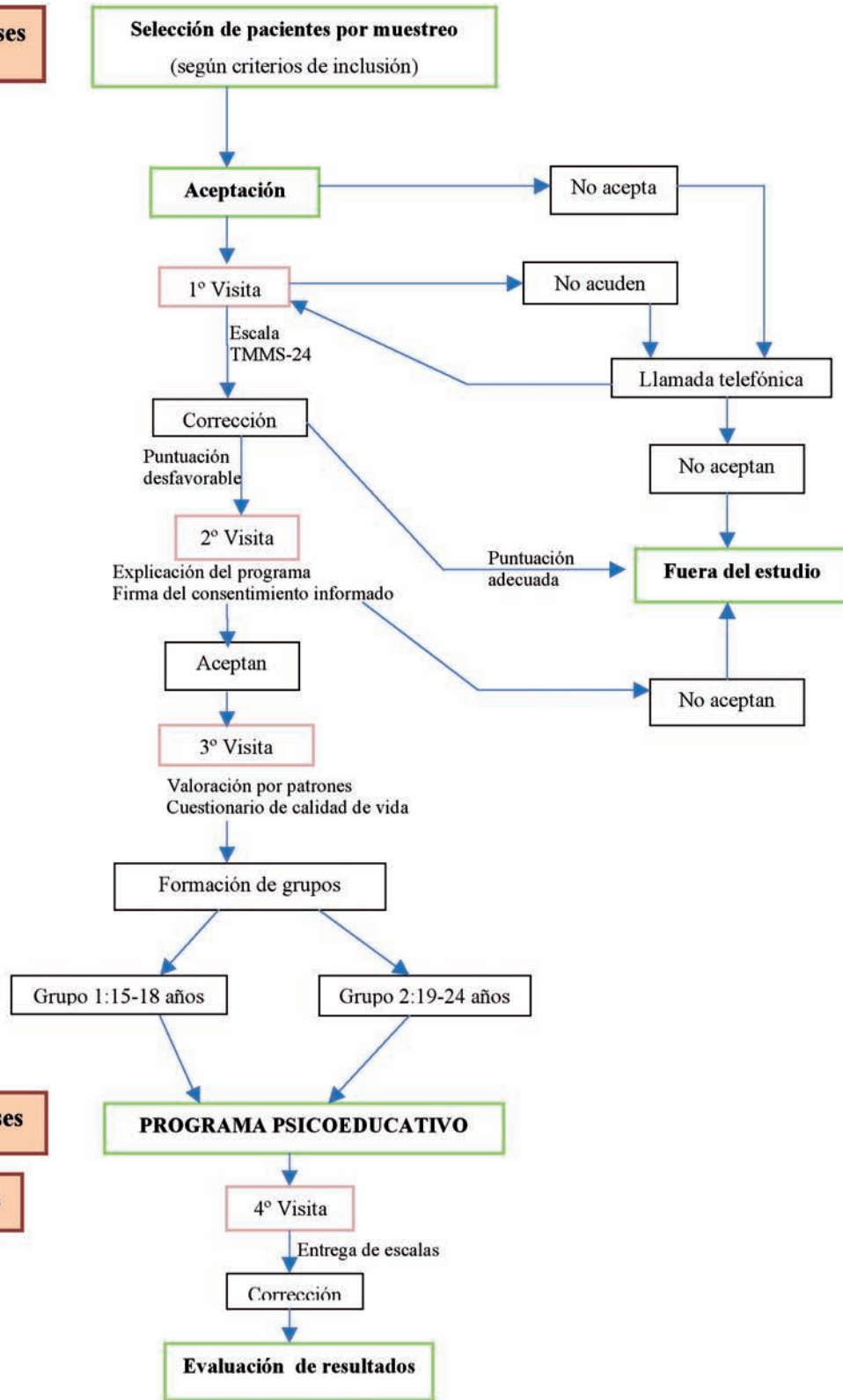
1: Selección de la muestra por muestreo consecutivo reclutando a todos los pacientes que acuden a consulta del centro de salud mental durante dos meses y que cumplen criterios de inclusión establecidos.

- Si aceptan la propuesta de participación se concretará una primera



**CRONOGRAMA**

**FASE 1 : 3 Meses**



**FASE 2: 3 Meses**

**FASE 3: 1 Mes**

visita a la semana siguiente, en caso contrario se hará una llamada telefónica para replantearle la posibilidad de inclusión en el programa.

- Si decide no participar quedará fuera del estudio.

2: Primera visita: será realizada por la enfermera especialista:

- Se pasará la escala TMMS-24.

3: Corrección de las escalas. Los pacientes que tengan puntuaciones desfavorables en al menos uno de los tres ítems serán citados para una segunda visita a la semana siguiente.

4: Segunda visita:

- Se explicarán los objetivos del programa y resumen del funcionamiento de las sesiones.
- Si los pacientes aceptan participar se les hará entrega del consentimiento informado, en el caso de los menores de edad se pedirá autorización a los padres/madres o tutores legales para poder participar en el programa.

Una vez firmados los consentimientos se concertará una tercera visita a la semana siguiente.

5. Tercera visita:

- Los pacientes serán llamados para la cumplimentación del cuestionario de calidad de vida.

- Se hará una valoración por patrones de forma individualizada con el fin de hacer una recogida de información de forma más amplia para posteriores seguimientos una vez finalizado el programa<sup>16</sup>.

Una vez recogidos todos los datos se procederá a la formación de los grupos en función de la edad: un grupo de 15-18 años y otro de 19-24 años.

- Todos los datos recogidos quedarán registrados en ficheros individualizados.

#### **- Fase segunda**

Tendrá una duración de 3 meses constará de un total de 12 sesiones, se realizará una por semana con una duración de 90 minutos cada sesión.

Se llevará a cabo el desarrollo del programa psicoeducativo La inteligencia emocional como herramienta de ayuda en el trastorno bipolar (Anexo 1).

En la última sesión se hará entrega del cuestionario de satisfacción.

#### **- Fase tercera**

Esta última fase tendrá una duración de un mes.

Se estructura en:

- Una cuarta visita para entrega de cuestionarios.
- TMMS-24
- Calidad de Vida
- Corrección de escalas y valoración de resultados.

#### **10. - Técnica de análisis**

Los datos serán analizados con el programa estadístico SPSS, donde se introducirá la información de los resultados de los cuestionarios tanto antes como después de la intervención y su posterior análisis.

#### **11.- Resultados esperados**

Tras la participación el psicoeducativo se espera que los pacientes con trastorno bipolar obtengan una diferencia estadísticamente significativa en las mediciones antes y después de realizar el programa siendo capaces de manejar y controlar sus estados emocionales internos, asumiendo de forma progresiva una mayor responsabilidad en sus propios actos y reacciones creando con ello mayor sensación de seguridad y autocontrol, lo que les generará una mayor motivación con la que se sentirán más preparados para emprender nuevas relaciones interpersonales.

El manejo de las habilidades sociales adquiridas durante el programa fomentará el crecimiento personal y emocional, ayudando a que la construcción de nuevas relaciones sea de un modo más fácil y productivo, de forma que con todo lo aprendido el paciente crecerá internamente aumentando su calidad de vida y previniendo posibles complicaciones futuras. Con las habilidades aprendidas tendrán una visión más optimista de las cosas y aprenderán a sentirse más a gusto consigo mismos y con sus semejantes gracias a los cambios en el estilo de vida que llevaban.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Colom F, Vieta E. Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Ars Medica. Barcelona. 2004.
2. San Miguel P. ¿Cuáles son los últimos datos estadísticos del trastorno bipolar? Interpsiquis. 2001; (2).
3. Extremera N, Fernández -Berrocal P. La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. Rev. Interuniversitaria de formación de profesorado 2005; 9 (3): 63-93.
4. Trujillo M, Rivas L. Orígenes, evolución y modelos de Inteligencia Emocional. Rev. Ciencias administrativas y sociales. Enero-junio 2005; 9-23.
5. Goleman D. La práctica de la Inteligencia Emocional. Ed Kairós. 1998.
6. Benabarre, A; Vieta, E; Lomeña, F; Martínez-Aran, A; Bernardo, M; Corbella, B; Colom, F; Reinares, y Gasto, C. La neuroimagen funcional de las emociones y el trastorno bipolar. Actas Esp Psiquiatr. 2000, 28 (4):257-261.
7. Goleman D. Inteligencia emocional. Best-Seller Mundial. Editorial Kairós 2002.
8. Krivoy de Taub L. Nuevos aportes en neurociencias y psicoanálisis. Gac Méd Caracas 2009; 117 (2):123-127.
9. López C, Loaiza S, Lopera J P, Delgado A, Sanz A, Gil C, Correa Palacio A. Neuroanatomía y neurofuncionalidad en pacientes con Trastorno Bipolar I. Proyecto ganador al premio "Mejor trabajo de investigación a realizar", Congreso Colombiano de psiquiatría 2008.
10. Adriane R, Bonnin, C, Mazzarini L, Amann B, Kapczinski F y Vieta E. Predictores clínicos del funcionamiento interpersonal en pacientes bipolares. Rev de psiquiatría salud mental (Barc) 2009; 2 (29): 83-88.
11. Brissos S, Videira V, Kapczinski F. El desempeño cognitivo y calidad de vida en el trastorno bipolar. Canadian journal of psychiatry 2008- ago 53 (8): 517-524
12. Extremera N, Fernández -Berrocal P. Inteligencia emocional, ansiedad y calidad de vida relacionada con la salud en adultos jóvenes. Interpsiquis 2004.
13. Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. Revista de Educación 2003; 332, 97-116.
14. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra 2001.
15. Morrison M. Fundamentos de enfermería en salud mental. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
16. Fornés J. Registros de enfermería ante las nuevas tendencias de salud mental. Específico para pacientes con trastornos mentales. Rev. Rol de Enfermería marzo 1997; 223: 56-63.
17. Badía X, Salamero M, Alonso J. La medida de salud pública. Guía de escalas de medición en español. Barcelona: Ed. Edimac, Tercera edición 2002.

**9. ANEXO 1: EJEMPLO DE SESIÓN DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO****SESIÓN 2. LA EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES**

## 1. Saludo y recordatorio

- Repaso de la sesión anterior y aclaración de dudas.

## 2. Las emociones básicas:

- Los participantes explicarán que entienden por emoción, se irán anotando las ideas en la pizarra, posteriormente se aclararán los conceptos (anexo 9.2).

**Actividad:** cada participante tendrá que decir una situación en la que vivió cada una de las emociones básicas (alegría, afecto, miedo, ira y tristeza), se anotarán en la pizarra. Después se analizarán las situaciones.

## 3. La expresión de la emoción

- Se explicará el estudio de expresión facial de las emociones de Ekman, y tendrán que identificar en cada rostro la emoción básica que expresa



## ■ Investigación & Cuidados

### 4. Efecto espejo

- Explicaremos la importancia que tiene que seamos conscientes del efecto del lenguaje no verbal en las emociones de los demás, mediante;

**Actividad:** de contagio emocional.

Míralo atentamente



¿CÓMO TE SIENTES?

Míralo atentamente



¿CÓMO TE SIENTES?

### 5. Liberar tus emociones

- Cada participante cogerá un folio y responderá a las siguientes preguntas:

- ¿Puedes decir cuál de las cinco emociones básicas te cuesta más expresar (alegría, afecto, miedo, tristeza, ira)?
- Escribe diez razones que te motivan dicha emoción cuando eras niño (aunque te prohibieran pensarlo). Hazlo desde tu perspectiva adulta.
- Recuerda una situación en tu vida en la que viviste esa emoción con detalle y realismo: siéntela intensamente y ampliala al máximo.
- Enumera diez situaciones cotidianas en las que puedes sentir dicha emoción básica ahora.
- Pensando en una de las situaciones anteriores ¿cómo te sientes cada vez que alguien o algo te provoca esa emoción?, anota cinco signos físicos y cinco cosas que dices mentalmente al sentir dicha emoción.
- ¿Puedes idear formas concretas de expresión de dicha emoción que sean aceptables y te descarguen? Anota cinco formas para practicarlas con otras personas y cinco para llevarlas a cabo a solas.

**Tarea para casa:** ensayar dos de estas formas en la vida real (una de las practicables con personas y otra de las practicables a solas) y en la próxima sesión explicar las dos situaciones vividas.





# Inteligencia emocional: aprender a vivir y convivir

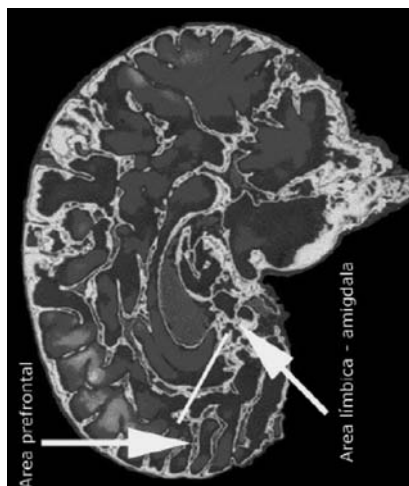
Conferencia desarrollada en la II Convención de Enfermería en Alta Mar.

Del 14 al 21 de septiembre de 2009

**Autor:** Ignacio Castillo

*Consultor y formador. Profesor de la UNED, de la Universidad de Cantabria y del Círculo de Empresarios.  
Licenciado en Marketing internacional*

La zona prefrontal del cerebro, el lugar donde tiene lugar el pensamiento más avanzado, donde se inventa nuestro futuro, donde valoramos alternativas y estrategias para solucionar los problemas y tomar nuestras decisiones, está tremendamente influido por el sistema límbico, que es nuestro cerebro emocional.



*Sentimos antes de pensar*

La inteligencia emocional es una actitud una forma de ser, El Coaching es una conducta, la practica de la Inteligencia Emocional.

Ambas son habilidades para la vida de gran valor que se pueden desarrollar.

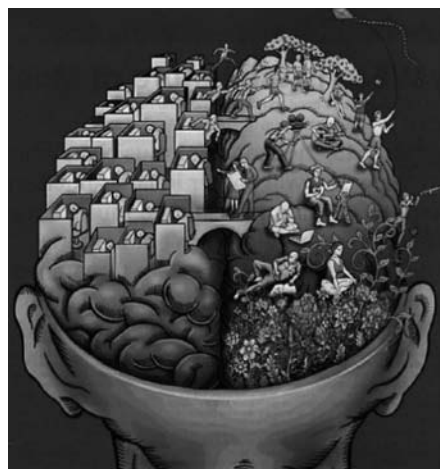
Un medio una forma de ayudar a las personas a descubrir y sacar a la luz lo mejor:

- De ellos mismos
- Su gente

- El equipo con quienes trabaja.

Inteligencia Emocional:

- Goleman estima que la inteligencia emocional se puede organizar en cinco capacidades:
  - Conocer las emociones y sentimientos propios.
  - Manejarlos.
  - Reconocerlos,
  - Crear la propia motivación.
  - Manejar las relaciones.



Todos sabemos que nuestros geniales cerebros se dividen en dos lados, hemisferio izquierdo y hemisferio derecho los cuales son asimétricos e inversos.

Al hablar del hemisferio izquierdo hacemos referencia a lo lógico, lo relacionado con la habilidad para desarrollar el habla, la escritura, la numeración, las matemáticas y la lógica.

## ■ Investigación & Cuidados

El hemisferio derecho está especializado en desarrollar sentimientos, habilidades espaciales, visuales, creativas y sonoras, no del lenguaje como las artísticas y musicales. Concibe las situaciones y las estrategias del pensamiento de una forma total. Integra varios tipos de información (sonidos, imágenes, olores, sensaciones) y los transmite como un todo.

El pensamiento creativo necesita de la utilización sistemática de los dos hemisferios, especializados pero conectados. Si del derecho surge la invención, del izquierdo surge la innovación fruto de un razonamiento estructurado y lógico, encaminado a satisfacer una necesidad.

Las personas convivimos. Y esta relación es fuente de posibilidades y fuente de conflictos. Debemos aprender a convivir, es decir aumentar las posibilidades y disminuir los conflictos.

El asunto es complicado, en las escuelas nos enseñan algebra, literatura, matemáticas, arte, pero no nos enseñan Inteligencia Emocional.

Hasta el 50% de la jornada laboral puede perderse debido a sentimientos de desconfianza.

Hasta el 70% de las relaciones se complican debido a sentimientos de desconfianza.

J.O. Whitney "The Economics of Trust" (New York, McGraw Hill 1999)

¿Por qué nos resulta tan difícil convivir, si somos fundamentalmente sociales?. Las parejas se separan, en los trabajos surgen conflictos, los hermanos discuten, los vecinos no se hablan.

El deseo individual nos separa, los proyectos comunes nos unen. Saint- Exupéry escribe en una de sus obras "Haz que edifiquen juntos una torre, y les convertirás en hermanos". Pero si quieres que se odien, arrójales comida.

Una organización inteligente es aquella que consigue que un grupo de personas, tal vez no extraordinarias pueda hacer cosas extraordinarias por el modo en que se relacionan entre sí. Ese plus es la inteligencia emergente. La inteligencia compartida, según José Antonio Marina.

Una de las maneras más efectivas de generar cambios en la conducta es conocer las consecuencias de no hacerlo.

### El mundo de la incertidumbre

Debemos establecer un sistema en el que la gente no tenga miedo a equivocarse y en el que las malas ideas se detecten rápidamente para poder ser extirpadas del proceso. Cada error contiene una novedad de la que se puede aprender, si bien error no es sinónimo de coste en este caso. Dar cabida al error no implica dar cabida al coste sin sentido. Por otro lado, el error debe ser admitido jerárquicamente desde arriba hacia abajo para que los subordinados se sientan respaldados y seguros.

Uno de los problemas que más aparecen en las empresas, grupos o colectivos con los que trabajo es el conocido estrés:

Por eso vamos a exponer los efectos de una gestión inadecuada del estrés.

Hace años, Erich Fromm publicó un curioso artículo titulado. Es el hombre perezoso por naturaleza? Respondía tajantemente que no. El hombre disfruta con la acción. Hay sin embargo, una holgazanería aprendida, que se suscita cuando se reciben premios sin necesidad de esforzarse.

Si el niño se le da premios al azar y sin correspondencia alguna con su conducta entonces puede dejar de esforzarse. Las personas muy atractivas reciben la atención y alabanzas continuamente con independencia de cualquier esfuerzo que puedan poner de su parte. Se habla mucho de motivación intrínseca y extrínseca, la primera impulsa a la acción por el mero placer de la acción, la extrínseca, esta dirigida a una recompensa externa.

Todos los seres humanos conviven dos grandes motivaciones. Una tiende al bienestar, a la comodidad, seguridad. Otra a la creación, a la expansión. La felicidad consiste en la armoniosa satisfacción de ambas.

La salud se basa en un cierto grado de tensión, la tensión existente entre lo que ya se ha logrado y lo que todavía no se ha conseguido; o el vacío entre lo que se es y lo que se debería ser. Esta tensión es inherente al ser humano y por consiguiente es indispensable al bienestar mental. Lo que el hombre necesita no es vivir sin tensiones, sino esforzarse y luchar por una meta que le merezca la pena.

Lo que precisa no es eliminar la tensión a toda costa, sino sentir la llamada de un sentido potencial que está esperando a que él lo cumpla. El hastío es hoy causa de más problemas que la tensión y, desde luego, lleva más casos a la consulta de psiquiatra. Viktor Frankl.

Existe el estrés positivo o eustrés. Nuestra sangre tiene una curiosa mezcla de hormonas entre ellas la adrenalina y la noradrenalina. También dopamina.

Necesitamos cierto grado de Tensión.

Sin estrés no podríamos sobrevivir durante mucho tiempo.

El estrés en el momento de territorio desconocido:

- Positivo EUSTRÉS.
- Negativo DISTRÉS

Sin embargo, han pasado noventa minutos con nuestro motor encendido y se pone en funcionamiento nuestro estrés negativo, no hemos parado unos minutos a recuperarnos, a mover nuestro cuerpo, a hacer un sencillo ejercicio de relajación o escuchar un poco de música agradable. Nuestra sangre se ha llenado de cortisol. Por eso nos sentimos agotados, empezamos a irritarnos a perder concentración y memoria.

Orígenes de nuestro distrés

- Incapacidad para decir <no> sin sentirnos culpables.
- No tenemos claras nuestras prioridades.
- Falta de coraje para dar la cara por nuestros valores.
- Nos cuesta hablar con honestidad de nuestro sentir.

Administración del Estrés

- Ser menos perfeccionista, menos impaciente.
- Administrar nuestro tiempo. Hallar un equilibrio entre trabajo y el ocio, planificar para cumplir objetivos y las prioridades, Aprender a decir No.
- Ser positivo.
- Buscar apoyo. Buscar apoyo entre los compañeros y amigos.
- Esto es justo lo que me pasa a mí. Lenguaje
- Aprender a relajarse. Escuchando una música...

Existe la salida del túnel, pero hay que cambiar el estado mental para verla.

El lenguaje no sólo describe la realidad sino que además es capaz de crearla. Nuestra forma de hablarlos. Cambiar el verbo tener en vez de usar el ser.

En los momentos que no podamos razonar, no pensar, dar un paso adelante:

- Demos un paso adelante, aunque sea muy pequeño.
- Una pequeña decisión.
- El distrés nos paraliza, moverse. Impacto a nuestro cerebro. ¡Yo puedo!

Por qué todo es relativo, incluso cuando no debería serlo

Siempre comparamos y esto nos ayuda a tomar decisiones en la vida. Pero también puede hacernos completamente desgraciados.

¿Y por qué? Pues porque comparar nuestra suerte en la vida con la de otros genera celos y envidia,

Desde que nacemos, estamos predispuestos a comparar:

Unos trabajos con otros, unas vacaciones, unos vinos...

Es una lección que todos podemos aprender: cuanto más tenemos, más queremos. Y el único remedio para ello, es no comparar tanto.

La Adversidad ayuda al aprendizaje debemos salir del área de confort. No es que nos atrevemos al ser las cosas difíciles. Las hacemos difíciles cuando no nos atrevemos.

Cuando nos sentimos capaces ante el desafío, el organismo empieza a producir: Neuropeptidos: analgésicos. Anulan el distrés.

**La importancia de la Escucha y el tono de voz a la hora de convivir.**

En una conversación difícil, no pongamos el peso en argumentar, sino en preguntar. Cuando uno pregunta y escucha, la otra persona se siente valorada, se siente respetada y puede empezar a confiar.

El vínculo más importante que debemos crear es la confianza.

El tono de voz puede tener más impacto en nuestros destinatarios que las palabras que usamos.

Necesitamos ser escuchados y reconocidos. "CARICIAS", verbales y no verbales.

## ■ Investigación & Cuidados

¿Qué tanto por ciento de importancia crees que tiene el vocabulario con respecto al lenguaje del cuerpo y al tono de voz?

- 55% Lenguaje corporal.
- 38% Tonalidad de la voz cuando hablamos.
- 7% vocabulario que utilizamos
- En los primeros diez segundos nuestro cerebro saca conclusiones. Prestar atención a la otra persona y estar en rapport con su cuerpo.

### **Entendimiento Emocional.**

Cada vez que tengas un conflicto por falta de comunicación, observa cuál es el efecto emocional que ese conflicto, (palabras o situaciones) te produce para entender el grado de efecto que la susodicha situación o palabras te causa antes de tratar con ello.

### **Realidad.**

Mira, escucha y percibe la realidad de la otra persona, no la tuya propia.

Averigua cuál es su realidad sobre la situación de conflicto y asegúrate de que su realidad es negociable con tu propia realidad.

Si no hay manera de un acercamiento en la realidad de ambos interlocutores, entendimiento -o acuerdo dentro la comunicación- no será posible.

### **Responsabilidad.**

Toma responsabilidad del efecto que tu propia comunicación produce al otro extremo de la comunicación (o sea a la otra persona). Y cuando observes que no produce el resultado esperado, entonces analiza qué puedes hacer tú mismo para afectar en dicho resultado de la comunicación, para al menos producir un efecto diferente hasta que des con un resultado aceptable.



Es primordial que tú tomes responsabilidad del efecto que produces en lo que expresas (de manera visual, corporal, escrita o hablada) para que puedas influenciar de manera positiva en la otra persona.

	<b>Necesidad psicología de base</b>	<b>Canal de Comunicación a utilizar</b>
<b>SOCIABLE</b>	La estimulación sensorial. El reconocimiento como persona	Nutritivo, caluroso, comprensivo, benevolente
<b>METÓDIA</b>	La estructura El reconocimiento por su trabajo	Interrogativo, reconociendo su saber y sus competencias.
<b>CREATIVA</b>	El contacto, la estimulación	Lúdico, humorístico, bromista
<b>LÍDER</b>	La excitación	Directivo, con retos, defiriendo riesgos.
<b>MEDITATIVA</b>	La estructura, la soledad, el tiempo.	Directivo, poniendo énfasis en el comportamiento
<b>PERSISTENTE</b>	El reconocimiento sus convicciones, sus valores El reconocimiento por su trabajo	Interrogativo, poniendo énfasis en los aspectos positivos

NECESIDAD PSICOLOGICA DE BASE CANAL DE COMUNICACIÓN  
A UTILIZAR: CADA PERSONA UNA PUERTA DE ENTRADA

6 condiciones para la felicidad

- Elegir las metas adecuadas.
- Resolver los problemas.
- Soportar el esfuerzo y recuperarse de los fracasos.
- Valorar las cosas adecuadamente y disfrutar de las buenas.
- Tender lazos afectivos cordiales con los demás.
- Mantener la autonomía correcta respecto de la situación.

Y UNO APRENDE..

Os invito que al final de nuestros días podemos decir: Confieso que he vivido.



## Bioética y pediatría. Proyectos de vida plena

*Autor: Manuel de los Reyes López, Marta Sánchez Jacob*  
*Editorial: Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha 2010*

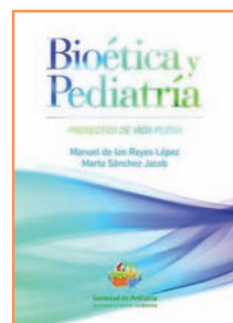
Proyecto de gran envergadura que integra profesionales de muy diversas disciplinas y ámbitos laborales, de la amplia geografía española y de Latinoamérica, que enriquecen la obra con sus visiones complementarias o discrepantes acerca del mismo o de similares problemas fruto de un fecundo diálogo pluri, inter y transdisciplinar.

La obra está destinada a convertirse en referente ineludible, porque profundiza en asuntos muy complejos y variados con un conocimiento expositivo de alto nivel desde el contexto sociocultural hispano. Además, revaloriza la labor desarrollada por la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha en sus últimos tiempos.

La ética trata de lo que se puede exigir y a lo que se puede y se debe aspirar. La Bioética, al ser una ética aplicada, es un 'saber práctico', una nueva forma de saber,

pero no sólo de 'saber hacer' técnicamente sino de 'saber obrar' tras reflexionar sobre los problemas éticos existentes. Este libro quiere contribuir también de manera palmaria a instruir y educar en valores.

El objetivo primordial ha sido hacer aflorar los problemas éticos que subyacen en cada situación y circunstancia concreta y, obviamente, ayudar a pensar o a decidir con mesura, argumentación y prudencia, con una clara orientación a los pediatras, sin olvidar a otros profesionales que también atienden a niños y adolescentes - médicos de familia, enfermeras, psicólogos, educadores, trabajadores sociales, juristas, etc.-.



## Técnicas y nuevas aplicaciones del vendaje neuromuscular

*Autores: Lirios Dueñas Moscardó, Mercè Balasch i Bernat y Gemma V. Espí López.*  
*Editorial: Lettera Publicaciones 2010*

Este libro expone con un gran apoyo gráfico los fundamentos del Vendaje Neuromuscular o Kinesiology Tape. En él se muestran todas las técnicas con las indicaciones correspondientes a cada caso y más de 90 aplicaciones terapéuticas para las patologías más comunes de forma concisa, concreta y didáctica.

Se trata de un libro fundamentalmente práctico, claro y de fácil comprensión que muestra cómo efectuar los distintos vendajes neuromusculares paso a paso.

Con más de 250 ilustraciones a color, además de las patologías propias de la práctica deportiva y laboral, este manual recoge aplicaciones para distintos sectores de la población como son la tercera edad, niños, pacientes neurológicos, embarazo, etc., ofreciendo técnicas innovadoras de vendaje para casos de: parálisis facial, mano espástica, cólicos del lactante, escápulas aladas, artrosis,

pie equino, escoliosis, linfedema, etc.

El libro hace mención especial a dos aspectos de suma importancia para el manejo y la prevención de las lesiones: el drenaje linfático y la reeducación postural. Incluye, también, un capítulo sobre el Cross Tape que actualmente se utiliza como complemento al Vendaje Neuromuscular.

Por todo ello, este libro es una auténtica guía y herramienta de trabajo para los profesionales de la salud como fisioterapeutas, podólogos, enfermeros, médicos, etc., que quieran aplicar el vendaje neuromuscular en su práctica clínica diaria, proporcionándoles toda la información teórico-práctica necesaria para un adecuado desarrollo de la técnica.



■ Investigación & Cuidados

**XXVIII REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA**

**Fecha:** 27 al 29 de octubre de 2010  
**Lugar:** Palau de Congressos de Valencia  
**Información:** tlf.: 96 352 48 89; fax: 96 394 25 52  
[www.reunionanualsee.org](http://www.reunionanualsee.org)  
[reunionseevalencia@geyseco.es](mailto:reunionseevalencia@geyseco.es)

**IX CONGRESO NACIONAL DE ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA**

**Fecha:** 7, 8 y 9 de noviembre de 2010  
**Lugar:** Valencia  
**Información:** <http://www.orncongresos.com/congresos/Aeor10/index.asp> - [rubiopcorl2010@hotmail.com](mailto:rubiopcorl2010@hotmail.com)

**II CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA**

**Fecha:** 9 al 11 noviembre de 2010  
**Lugar:** Palacio Municipal de Congresos de Madrid  
**Información:** Tlf.: 91 383 60 00  
[cnenfermeria2010@pacifico-meetings.com](mailto:cnenfermeria2010@pacifico-meetings.com)



**XIV ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA**

**Fecha:** 9, 10, 11 y 12 noviembre de 2010  
**Lugar:** Hospital del Rey. Universidad de Burgos  
**Información:** Tlf.: 918 222546 / 918 222536  
 Fax: 913 877897 - <http://www.isciii.es/investen/>  
[investen@iscii.es](mailto:investen@iscii.es)



**4º CONGRESO ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERIA COORDINADORA DE RECURSOS MATERIALES**

**Fecha:** 10 al 12 noviembre de 2010  
**Lugar:** Palacio Congresos y Exposiciones de Córdoba  
**Información:** Tlf: 902190848  
 fax: 902190850  
[www.anecorm.org](http://www.anecorm.org) - [sanicongress@anecorm.org](mailto:sanicongress@anecorm.org)



**VIII SIMPOSIO NACIONAL ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS**

**Fecha:** 10 al 12 noviembre de 2010  
**Lugar:** Palacio Congresos Galicia. Santiago de Compostela.  
**Información:** [www.gneaupp.org](http://www.gneaupp.org)



**II JORNADA DE COMUNICACIÓN EN SALUD**

**Fecha:** 19 de noviembre de 2010  
**Lugar:** Aula Magna de la Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante)  
**Más información e inscripciones:** <http://www.portalcecova.es/es/comunicacion/>





# Investigación & Cuidados



Revista de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana  
 (Suscripción a la revista)

Quienes estén interesados en recibir de forma periódica esta revista, deben complimentar el Boletín de Suscripción mediante el formulario que encontrarán en [www.portalcecova.es](http://www.portalcecova.es)

<http://www.enfermeriacomunitaria.org/nueva/>

LA ASOCIACION DE ENFERMERÍA COMUNITARIA ESTRENA NUEVA PAGINA

Si damos un paseo por la Web podemos encontrar diferentes apartados como la comunidad científica, comunidad interactiva, comunidad ciudadana así como una nueva sección para estudiantes, incorporando las noticias más relevantes relacionadas con la enfermería comunitaria.

La Asociación de Enfermería Comunitaria nace en España en 1994 con carácter científico-técnico, profesional y participativo. La AEC es una sociedad científica de enfermeras y enfermeros que desarrolla sus actividades principalmente en el ámbito territorial del Estado Español aunque internacionalmente mantiene contacto y relaciones estrechas con organizaciones afines. La Asociación de Enfermería Comunitaria entiende como Enfermería Comunitaria aquella disciplina que desarrolla la enfermera mediante la aplicación integral de los cuidados, en el continua salud-enfermedad, fundamentalmente al individuo, la familia y la comunidad, todo ello en el marco de la salud pública. Esta disciplina pretende contribuir de forma específica a que las personas, familias y comunidades adquieran habilidades, hábitos y conductas que promuevan su autocuidado. La AEC es una entidad privada sin fines lucrativos. En la actualidad la constituimos socios de diferentes partes de España y también de más allá de nuestras fronteras. La Asociación de Enfermería



Comunitaria se encuentra organizada dentro del marco de las Comunidades Autónomas y como tal sus estatutos posibilitan la elección de vocales territoriales que a lo largo de estos años se han ido configurando y consolidando.

La Asociación de Enfermería Comunitaria realiza principalmente sus actividades en el ámbito territorial del Estado Español, aunque éstas también se extienden más allá de nuestras fronteras. La AEC cuenta con las siguientes vocalías territoriales que representan a la asociación ante las instituciones y órganos de gobierno de su comunidad autónoma correspondiente.

<http://www.ome.es>

El Observatorio de Metodología Enfermera (OME), es un departamento de vigilancia, análisis y asesoramiento de los cuidados enfermeros de la población, en busca de conseguir la mayor efectividad y calidad posible, así como el avance científico de la profesión enfermera. Con el objetivo de difundir toda su actividad, el OME ha desarrollado este portal, dedicado a los profesionales de enfermería, donde pueden colaborar activamente para el enriquecimiento de la producción científica. Como objetivos generales están: mejorar la calidad de los cuidados profesionales aplicados sobre la población y contribuir al avance científico de la profesión enfermera. Y entre los objetivos específicos establecidos se citan: Fomentar el uso del método científico en los cuidados enfermeros, apoyar el proceso de informatización de la metodología enfermera, acercar las bases de conocimientos teóricas a la práctica profesional enfermera, favorecer el intercambio de conocimiento y debate profesional, hacer visible el trabajo de la enfermera en la sociedad.

Además, aunque el OME es un departamento de vigilancia y asesoramiento, en el análisis inicial de la situación de partida, se concluyó la necesidad de establecer tres grandes Líneas Estratégicas, complementarias y de consecución progresiva, que



aseguren el logro de los objetivos fijados: Conocimiento enfermero, Pensamiento enfermero y Excelencia de los cuidados.

A su vez, dentro de cada Línea Estratégica se desarrollan las actuaciones específicas necesarias para su avance.



## Professional BS

Cuenta Expansión

OFERTA PARA:



Consejo de Enfermería de  
la Comunidad Valenciana  
CECOVA

«Quiero **cero comisiones**  
y todas las ventajas  
con mi nómina»

¿Quiere tener **una cuenta con cero comisiones** de administración y de mantenimiento? ¿Y **tarjetas** de crédito y débito **gratis**? ¿Y **reintegros gratis** con tarjeta de débito en los cajeros ServiRed\* (en disposiciones por un importe igual o superior a 60 euros)? ¿Quiere que **le devuelvan el 3% de sus recibos** de gas, luz, teléfono móvil e Internet, con un máximo de 20 euros al mes?

Así, la **Cuenta Expansión** es la respuesta.

Ahora, además, solo por hacerse cliente, conseguirá **un práctico regalo**.



Memoria USB  
de 8 Gb

Infórmese sobre Professional BS en nuestras oficinas, en el **902 383 666** o directamente en **professionalbs.es**.

# SOLO PARA PROFESIONALES

\* Para un importe inferior, se cobrarán 0,60 euros. En cajeros de las marcas con las que opera Banco Sabadell, reintegros gratis para cualquier importe.

Oferta válida para nóminas superiores a 700 euros y domiciliadas por primera vez en las entidades del grupo Banco Sabadell a partir del 1 de mayo de 2010.

