

- » Cardiopatías congénitas en el recién nacido
- » Oclusiones intestinales en el recién nacido. Parte 2
- » Cuidados de enfermería en recién nacidos con necrosis grasa subcutánea. Consideraciones sobre un caso y revisión de la literatura
- » Revelaciones de violencia obstétrica ocultas durante la atención del parto
- » **Comentario de artículos**
 - Son demasiados los que abandonan a las “segundas víctimas” de los errores médicos

ISSN 2591-6424

Enfermería Neonatal

AUTORIDADES

Editora Responsable

Mg. Guillermina Chattás

Comité Ejecutivo

Lic. Cristina Malerba

Lic. Esp. Rose Mari Soria

Lic. Esp. María Videla Balaguer

Asesoría Médica

Dra. Norma Rossato

Comité Editorial

Lic. Esp. Aldana Ávila

Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación y Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía

Lic. Esp. Silvana Nina

Sanatorio Altos de Salta

Lic. Esp. Paulo Arnaudo

Hospital Italiano de Buenos Aires y Universidad Austral

Lic. Esp. Mónica Barresi

Sanatorio Finocchietto y Universidad Austral

Lic. Esp. Andrea Ance

Hospital Interzonal Especializado

Materno Infantil Dr. Victorio Tetamantti

Lic. Esp. Raquel Galliussi

Maternidad Santa Rosa

Lic. Esp. Roberto Burgos

Ministerio de Salud de la Prov. de Buenos Aires. Secretaría de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Región Sanitaria VI

Lic. Marcela Arimany

Sanatorio de la Trinidad Palermo

Lic. María Inés Olmedo

Sanatorio Anchorena

Lic. Carmen Vargas

Sanatorio de la Trinidad San Isidro



Presidente

Dr. Luis Prudent

Vicepresidente

Dr. Néstor Vain

Coordinadora del Área de Enfermería

Lic. Esp. Rose Mari Soria

La Revista Enfermería Neonatal es propiedad de

• FUNDASAMIN •

Fundación para la Salud Materno Infantil

Teléfono: 4863-4102

Honduras 4160 (CP 1180)

C.A.B.A Argentina

Dirección electrónica de la revista: revistadeenfermeria@fundasamin.org.ar

Publicación sin valor comercial.

Registro de la Propiedad Intelectual: en trámite.

Los contenidos vertidos en los artículos son responsabilidad de los autores.

Los puntos de vista expresados no necesariamente representan la opinión de la Dirección y Comité Editorial de esta revista.

Se autoriza la reproducción de los contenidos a condición de citar la fuente.

» Índice

» Editorial

Lic. Cristina Malerba 2

Artículos originales

» Cardiopatías congénitas en el recién nacido

Prof. Lic. Estela R. Domínguez 4

» Oclusiones intestinales en el recién nacido. Parte 2

Prof. Lic. David Apaza 17

» Cuidados de enfermería en recién nacidos con necrosis grasa subcutánea. Consideraciones sobre un caso y revisión de la literatura

Lic. Alejandra Álvarez,
Enf. María Dolores Zamorano,
Dra. Andrea Paola Spiazzi 28

» Revelaciones de violencia obstétrica ocultas durante la atención del parto

Mg. Javier Alonso Bula Romero,
Mg. Luz Enith Maza Padilla,
Enf. Esp. Martha Orozco Valeta 32

Comentario de artículos

» Son demasiados los que abandonan a las “segundas víctimas” de los errores médicos

Comentado por: Mg. Victoria Brunelli 43

Estimados colegas:

Los recién nacidos (RN) están diseñados biológicamente para permanecer en los brazos de su madre y necesitan, como todo mamífero, un período de contacto estrecho durante los 1000 primeros días de vida. En el primer tiempo de este período, luego del nacimiento, un niño sano y de término madura su cerebro junto al cuerpo de la madre, lo que Ashley Montagu nombró como exterogestación. Un parto poco intervenido, la preservación del estado hormonal natural, la permanencia de la madre y el RN en contacto piel a piel, sin interrupciones, y el comienzo precoz de la lactancia, serían las condiciones ideales para el nacimiento de todos los niños. En todas estas instancias, los enfermeros participamos activamente, por lo tanto tenemos posibilidades de transformar las prácticas cuando no son las recomendadas.

Un RN prematuro o enfermo ingresa solo a la Unidad de Neonatología, sin una madre que naturalmente debería ejercer las funciones básicas de placenta; el desprendimiento de ella, no será lento ni progresivo, sino repentino y necesariamente forzado.

Las madres puérperas, asustadas y con un dolor visceral frente al nacimiento inesperado, asistirán a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), recién a las 24 horas del nacimiento en el mejor de los casos, y tal vez más tarde, de acuerdo a su estado de salud, a la distancia geográfica entre ambos o a los antiguos protocolos de algunas instituciones que no facilitan un encuentro temprano entre el RN internado y su familia. Las madres acompañan a sus hijos en sillas, generalmente incómodas, junto a las incubadoras, inmersas en emociones que van desde la incertidumbre sobre la supervivencia de su hijo a la esperanza, mientras deben reponerse de sus cesáreas y dolencias físicas.

¿Qué pasa entonces, con estos RN y con estas madres? ¿Qué oportunidades encuentran en el ambiente apurado de la UCIN para reparar esta separación?

Creo que, en gran parte, nuestra tarea en la Unidad, más allá de los cuidados clínicos de los RN de riesgo que asistimos, es hacer posible el encuentro físico de la madre y el hijo, en donde el desarrollo de los sentidos del tacto y del olfato, los procesos a nivel fisiológico, emocional y neuronal de vinculación y sincronización entre ambos, sean tan prioritarios como la estabilidad cardiorrespiratoria.

Aunque existe sólida evidencia de que el contacto piel a piel de los RN internados y sus madres tiene amplios beneficios, muchos profesionales del equipo neonatal no son conscientes de la necesidad de fomentar estas prácticas. A veces, aun teniendo acceso a esta información, los servicios no implementan estos conocimientos, a los que se adhiere sólo desde el discurso. Es así que todavía hay muchas Unidades en Argentina, en las cuales los padres tienen horarios reglados y restringidos para ingresar. Parece que existiera un abismo entre el conocimiento teórico y la práctica. ¿Cómo podría hablarse de contacto piel a piel y lactancia con la madre afuera de la Unidad? En estas Unidades, se contempla la incubadora como el hábitat seguro en donde debe permanecer el RN prematuro y el biberón como el medio normal y posible para alimentarlo.

Una barrera importante para iniciar y luego sostener la lactancia de los RN ingresados en la UCIN, tiene que ver con la información inconsistente y contradictoria que diferentes miembros del equipo de salud brindan a las madres sobre la mejor forma de extraer y almacenar su leche, a la falta de espacios y materiales adecuados para la extracción. Es necesario que todo servicio que decida trabajar en este sentido seriamente, elabore y haga accesible a todo el personal, políticas escritas sobre la participación de los padres en el cuidado de los RN, la extracción y manejo adecuado de la leche materna, según las Directrices para la organización y el funcionamiento de los Centros de Lactancia Materna en Establecimientos Asistenciales (Ministerio de Salud de la Nación, 2013) y la alimentación prioritaria de los RN de riesgo con leche humana.

Lejos aún de estos enunciados, según las últimas cifras oficiales publicadas de 2017, provenientes de la Encuesta Nacional de Lactancia Materna (ENaLac, de la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia), el 9,3 % de los RN con peso menor de 2500 g de nacimiento, nunca fueron puestos al pecho. Esto nos hace pensar que tenemos un largo camino por transitar aún para lograr Unidades que brinden cuidados humanizados y centrados en la familia.

Frecuentemente escucho a colegas que refieren que en sus servicios, las madres se extraen escasos volúmenes de leche, que desisten de la lactancia y muestran poco interés en permanecer adentro de la Unidad. Frente a estas afirmaciones, les pido que reflexionemos, sobre qué hacemos en nuestros lugares para hacer sentir a las madres bienvenidas y parte fundamental del cuidado de sus hijos. ¿Cuántas veces hacemos salir a los padres para realizar procedimientos que deberíamos aprender a realizar frente a ellos? ¿Animamos a las madres a sostener a sus hijos, y si fuera posible, acercarlos al pecho durante la colocación de vías periféricas, sondas, punciones de talón o curaciones sencillas? ¿Habilitamos a la madre a sostener a su hijo en contacto piel a piel cada vez que se encuentre estabilizado y en condiciones de interactuar, aun estando en asistencia respiratoria o con catéteres? ¿Le enseñamos a reconocer las señales de organización o de estrés de su hijo?

Porque, colegas, pensemos que con una madre ajena a todos estos cuidados de su hijo, a la que no se le brindan recursos para conocer y hacer propio a su hijo, es imposible que desee permanecer con él, y que además esperemos que produzca leche suficiente para ese niño, percibido como ajeno. Me refiero a tener el tiempo y el cuerpo para escucharla cada vez que sea necesario, para repetir la misma información una y mil veces, para abrazar, consolar y alentar la esperanza. A veces el miedo a nuestro propio dolor no nos deja contener adecuadamente. Esto no nos justifica. La tarea es acompañar, guiar a los padres para que busquen su propia forma de entenderse con el hijo y hacerlo suyo. Cada familia con su forma de criar, y nosotros al lado, mostrando las diferentes posibilidades para que cada uno tome la que pueda o quiera, sin imponer nuestra propia elección. Este es el desafío diario de los que trabajamos en las UCIN; la integración de todos los aspectos del cuidado, sin ignorar las presiones laborales y la inadecuada relación del número enfermero-paciente con que se trabaja en la mayoría de nuestros servicios.

Lic. María Cristina Malerba

Comité Ejecutivo de la Revista Enfermería Neonatal



Cardiopatías congénitas en el recién nacido

Congenital heart diseases in the newborn

Prof. Lic. Estela R. Domínguez^o

RESUMEN

Las cardiopatías congénitas son malformaciones que se producen en la anatomía del corazón durante el desarrollo fetal.

Se estima que en Argentina nacen cada año 7000 niños con alguna cardiopatía congénita. Los recién nacidos que no fueron diagnosticados en la etapa prenatal, al momento del nacimiento o durante la evaluación por el profesional de salud, pueden padecer una descompensación que suele ser brusca, con graves consecuencias y, en ocasiones, con riesgo para la vida.

Los avances tecnológicos permiten obtener un diagnóstico precoz a partir de las 20 semanas de gestación y, a su vez, que todo el equipo de salud pueda adelantarse y programar el tratamiento y/o la intervención quirúrgica en centros con la infraestructura adecuada a la cardiopatía.

Este artículo aborda generalidades del cuidado de los neonatos con cardiopatía congénita de acuerdo a su clasificación.

Palabras clave: *cardiopatías congénitas, cianóticas, acianóticas, cortocircuito, cuidados de enfermería.*

ABSTRACT

Congenital heart diseases are malformations that occur in the anatomy of the heart during fetal development.

It is estimated that 7,000 children with some congenital heart disease are born each year in Argentina. Newborns who were not prenatally diagnosed, may suffer a decompensation that is usually abrupt, with serious consequences and, sometimes life-threatening, at birth or during the medical evaluation.

Technological advances allow an early diagnosis after 20 weeks of gestation and, in turn, the entire health team can get ahead and schedule treatment and/or surgery in centers with adequate infrastructure for heart disease.

This article deals with generalities of neonatal care of infants with congenital heart disease according to their classification.

Keywords: *congenital heart disease, cyanotic, acyanotic, shunt, nursing care.*

Desarrollo

Las cardiopatías congénitas (CC) son malformaciones que se producen en la anatomía del corazón durante el desarrollo fetal. Es la malformación congénita más frecuente y la segunda causa de muerte en el periodo neonatal, responsable de más del 10 % de la mortalidad infantil.^{1,2} Uno de cada cien recién nacidos (RN) presenta alguna cardiopatía congénita; en Argentina nacen al año unos 7000 niños con esta patología.³

Los avances tecnológicos, especialmente las bioimá-

^o Prof. Lic. en Enfermería. Enfermera asistencial del Servicio de Cirugía Cardiovascular (CCV-UCI 35), Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

Correspondencia: dominguezestela.r@gmail.com

Recibido: 4 de mayo de 2019

Aceptado: 4 de junio de 2019

genes, permiten obtener un diagnóstico precoz. Desde las 20 semanas de gestación es posible detectar una cardiopatía congénita.¹ La detección temprana brinda a todo el equipo multidisciplinario las herramientas necesarias para adelantarse a posibles problemas, permite nuevas intervenciones terapéuticas y técnicas quirúrgicas para la reparación de las cardiopatías más complejas. Los profesionales de enfermería, especializados y capacitados, cumplen un rol fundamental en la planificación de los cuidados pre y posoperatorios. Además, individualizan al sujeto de atención, hacen posible una supervivencia prolongada, no solo al evitar complicaciones quirúrgicas sino también mejorando la morbimortalidad asociada.

Clasificación de las cardiopatías congénitas

Existen numerosos tipos de CC y diversas formas de clasificarlas. Las manifestaciones clínicas y el momento de presentación son diferentes según el tipo de defecto. El RN durante las primeras semanas o meses de vida puede estar asintomático o por el contrario presentar graves síntomas incompatibles con la vida.⁴

Un tipo de clasificación de las CC, que suele utilizarse para su mejor comprensión y según el modo de presentación en el RN, es el que tiene como criterio la presencia o ausencia de cianosis, coloración azulada de la piel que suele indicar un bajo nivel de oxígeno en la sangre;⁵ se discriminan así, anomalías cianóticas

y acianóticas. A su vez, estas últimas se subdividen según su fisiopatología (Tabla 1).

Dentro de las CC cianóticas se encuentran las que suponen una disminución del flujo pulmonar u obstrucción del corazón derecho, las que son consecuencia de la mezcla total o completa entre el retorno venoso sistémico y el pulmonar, y la falta de mezcla de la transposición entre los circuitos sistémico y pulmonar. Este grupo de CC es el más heterogéneo siendo su característica común el *shunt* de derecha a izquierda.⁶

Entre las CC acianóticas se encuentran las cardiopatías con *shunt* de izquierda a derecha, las cardiopatías obstructivas de corazón izquierdo y otras menos frecuentes como son las insuficiencias valvulares o las miocardiopatías.⁶

En el período neonatal suelen manifestarse la mayoría de las cardiopatías congénitas complejas derivadas de los cambios de la circulación. En el periodo fetal, la circulación pulmonar y sistémica presenta una disposición paralela, donde ambos ventrículos perfunden simultáneamente a ambos territorios mediante el foramen oval y el ductus arterioso (Figura 1). La disposición hemodinámica y los desvíos del flujo sanguíneo (*shunt*) permiten que las cardiopatías graves pasen desapercibidas hasta el nacimiento. Cuando el ductus y el foramen tienden a cerrarse (Figura 2), se separa la circulación derecha de la izquierda y se establece la circulación en serie.² El intercambio de gases, que era

Tabla 1. Clasificación de cardiopatías en cianótica y acianóticas

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS		
ACIANÓTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Shunt</i> de izquierda a derecha • Obstructivas (corazón izquierdo) • Insuficiencias valvulares/otras 	CIV, CIA, ductus, canal aurículo-ventricular, drenaje venoso anómalo pulmonar parcial. Coartación de aorta, estenosis aórtica, estenosis mitral, hipoplasia de ventrículo izquierdo. Insuficiencia mitral, insuficiencia aórtica, estenosis pulmonar, estenosis de ramas pulmonares.
CIANÓTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Obstructivas (corazón derecho) • Mezcla total • Falta de mezcla 	Tetralogía de Fallot, atresia pulmonar, ventrículo único o atresia tricuspídea con estenosis pulmonar. Ventrículo único o atresia tricuspídea sin estenosis pulmonar, tronco arterioso, drenaje venoso anómalo pulmonar total. Transposición de grandes vasos.

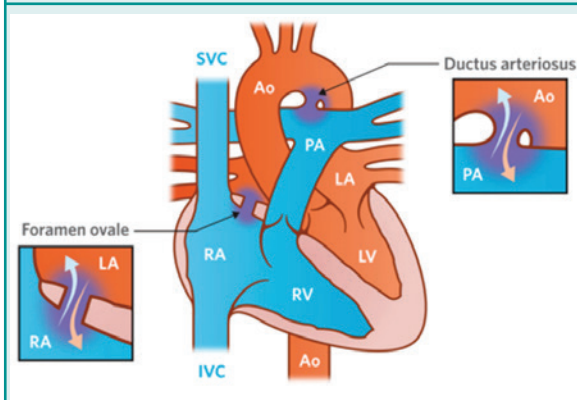
CIV: comunicación interventricular; CIA: comunicación interauricular.

Fuente: Serrano Robles MI. Cardiopatías congénitas en el recién nacido. 2017.

[Consulta: 20-05-2019]. Disponible en: <https://www.fundacionosaludinfantil.org/cardiopatias-congenitas-en-el-recien-nacido/>

realizado exclusivamente por la placenta, es asumido por los pulmones del RN que no eran funcionales hasta ese momento.⁷

Figura 1. Ubicación del ductus arterioso y el foramen oval



Fuente: The Royal Children's Hospital. Melbourne, Australia.
[Consulta: 30-04-2019]. Disponible en:
https://www.rch.org.au/cardiology/heart_defects/Normal_heart/

Los cambios circulatorios posnatales producen la manifestación de diferentes CC que son dependientes del ductus arterioso (Tabla 2).

También se debe considerar que el ductus y el foramen se constituyen en cardiopatías solo si perduran semanas o meses más allá del nacimiento; son normales en el periodo fetal.⁷

Cortocircuito y *shunt*

El desvío de sangre por una comunicación anormal del corazón, manteniendo el flujo, desde una red de alta resistencia a una red de menor resistencia, se denomina *shunt* en idioma inglés.

En los textos científicos en idioma castellano se utiliza el término “cortocircuito” para ese desvío de la sangre aunque no son sinónimos, dado que “cortocircuito” implica la interrupción de un flujo (el flujo eléctrico). Sería más adecuado utilizar el término “desvío”.⁸ Dado que refleja mejor la dinámica de esta situación, en adelante utilizaremos el término *shunt*.

Tabla 2. Defectos cardíacos ductus-dependientes

DEFECTOS CARDÍACOS NEONATALES (dependientes del ductus)	
Defectos en los que la circulación pulmonar depende del ductus	Obstrucción grave del tracto de salida pulmonar: Ejemplos: atresia pulmonar con y sin CIV, estenosis pulmonar crítica con o sin CIV. En estas lesiones el ductus es fino y tortuoso. Otros: tetralogía de Fallot, atresia tricuspídea.
Defectos en los que la circulación sistémica depende del ductus	Obstrucciones al tracto de salida del ventrículo izquierdo: Atresia aórtica con o sin hipoplasia del corazón izquierdo, estenosis aórtica crítica, coartación o interrupción el arco aórtico. En estas lesiones el ductus es corto y grueso.
Defectos en los que la circulación depende de la mezcla entre la circulación sistémica y pulmonar	Transposición completa de los grandes vasos (TGV). La mezcla se produce a través de una CIA y en menor cantidad por el ductus. La mezcla interatrial depende del tamaño de la comunicación, de la distensibilidad de las aurículas y de la resistencia vascular pulmonar y sistémica. La hipertensión pulmonar grave disminuye la mezcla y agrava la hipoxia.
Defectos con obstrucción al drenaje venoso pulmonar	Ejemplos: anomalía total del retorno venoso obstructivo, estenosis mitral, cor triatum. Presentan hipertensión arteriolar pulmonar grave y congestión pulmonar.

CIV: comunicación interventricular; CIA: comunicación interauricular.

Fuente: Balestrini, M. Estabilización de neonatos y niños con cardiopatías congénitas complejas. En: Tópicos de Recuperación Cardiovascular Pediátrica. Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” 2012. p 11. (Adaptado).

Shunt de izquierda a derecha

El *shunt* de izquierda a derecha (I-D) hace referencia al paso de sangre oxigenada desde el lado izquierdo del corazón (aurícula izquierda, ventrículo izquierdo, o aorta) hacia el lado derecho de éste (aurícula derecha, ventrículo derecho, o arteria pulmonar), sangre que recircula por los pulmones sin entrar a la circulación arterial sistémica periférica.⁹ En las cardiopatías en donde se presenta este tipo de *shunt* (Figura 3) es importante tener en cuenta que puede cambiar la dirección debido a cambios en la resistencia vascular pulmonar u obstrucciones fijas o dinámicas distales al sitio donde se encuentra el *shunt*.⁶

Durante las primeras semanas de vida la resistencia pulmonar se encuentra elevada, impidiendo que en este período el *shunt* sea masivo.

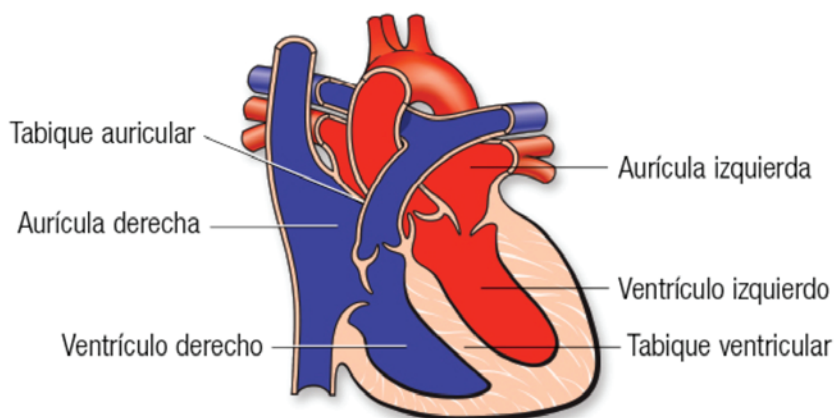
Hay ciertos factores que influyen en la magnitud del *shunt*, entre ellos, los siguientes:

- Hemoglobina: a menor concentración de hemoglobina mayor *shunt*; esto se debe a la viscosidad de la sangre y su efecto en la resistencia vascular.
- Sobrecarga de volumen y dilatación de las cavidades cardíacas.⁹

Cuadro clínico

Entre los hallazgos más característicos se encuentra la acumulación de líquido intersticial pulmonar que produce taquipnea; se origina en el hiperflujo pulmonar inicial y, en la mayoría, puede aumentar a dificultad respiratoria. Esto genera propensión a cuadros infecciosos respiratorios recurrentes.^{6,9}

Figura 2. Corazón sano*. Causa del cierre del foramen oval y del ductus arterioso**

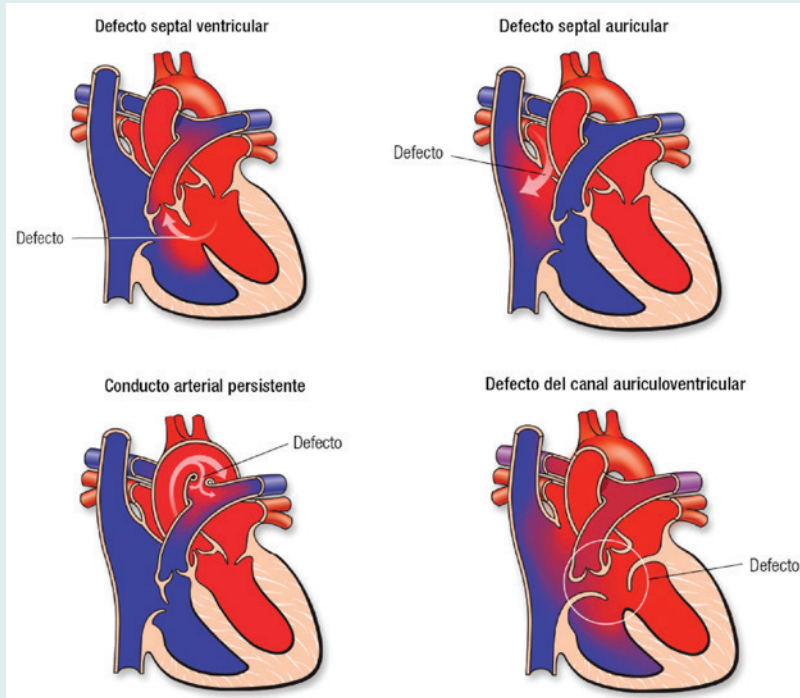


Corazón sano

Foramen oval	Debido al mayor flujo pulmonar la presión en la aurícula izquierda aumenta y cuando supera la presión en la aurícula derecha se produce el cierre.
Ductus	Debido al aumento de la presión parcial de oxígeno en la sangre, sumado a la reducción de la producción placentaria de prostaglandinas E2 y el aumento de su metabolismo (por los pulmones) se produce el cierre. Cierre funcional: a las 12 horas de vida. Cierre anatómico: más tardío (semanas).

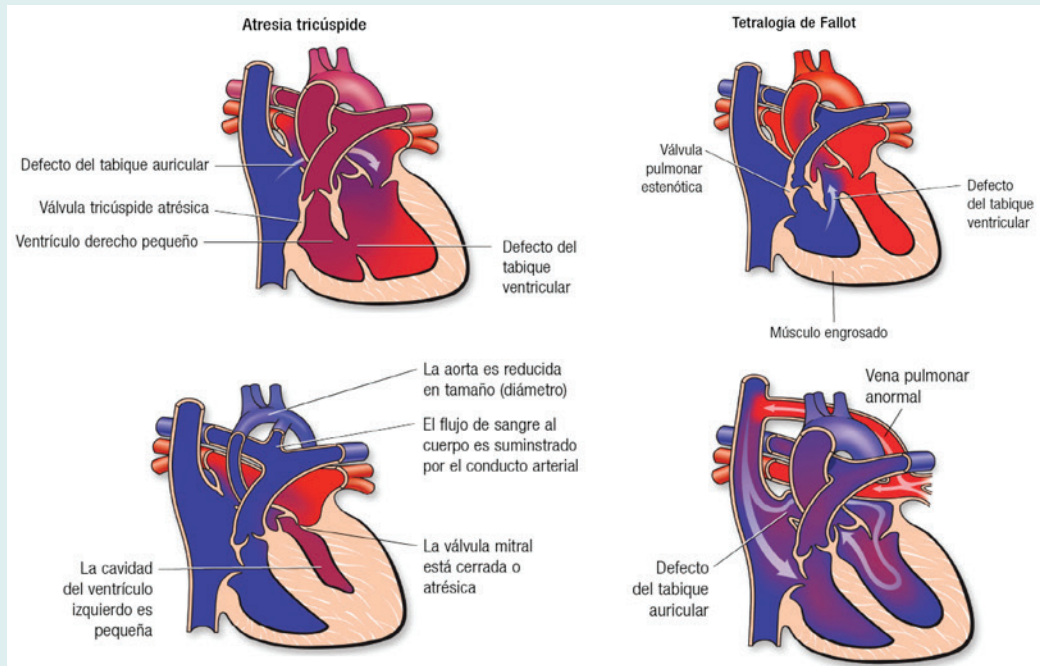
Fuente: • American Heart Association. Cómo funciona el corazón sano. [Consulta: 4-05- 2019] 2019. Disponible en: <https://www.heart.org/en/health-topics/congenital-heart-defects/defectos-cardiacos-congenitos-de-los-ninos/como-funciona-el-corazon-sano>.

• Salgado G. Pilan ML, Andrés S. Obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo. En: El niño con cardiopatía congénita. Ed. Fundación Garrahan. CABA, Argentina. 2015. p 93 (Adaptación).

Figura 3. Ejemplos de *shunt* de izquierda a derecha

Fuente: American Heart Association. Defectos Cardiacos Congénitos de los Niños.

[Consulta: 2-05-2019]. Disponible en: <https://www.heart.org/en/health-topics/congenital-heart-defects/defectos-cardiacos-congenitos-de-los-ninos>.

Figura 4. Ejemplos de *shunt* de derecha a izquierda

Fuente: American Heart Association. Defectos Cardiacos Congénitos de los Niños.

[Consulta: 2-05-2019]. Disponible en: <https://www.heart.org/en/health-topics/congenital-heart-defects/defectos-cardiacos-congenitos-de-los-ninos>.

La disminución del flujo sistémico genera la respuesta compensatoria neurohumoral que produce taquicardia, sudoración y aumento del gasto energético, entre otros.

Otra consecuencia es la sobrecarga de volumen y la dilatación de las cavidades cardíacas. La magnitud del *shunt* se refleja en el grado de aumento del tamaño cardíaco.

La contractibilidad del miocardio está generalmente conservada o incluso aumentada considerando el incremento de la precarga por la sobrecarga de volumen. También se encuentra un precordio hiperactivo y un soplo cardíaco caracterizado como holosistólico en la comunicación interventricular (CIV) o sistólico en la coartación de aorta.

La hepatomegalia es consecuencia del aumento de presiones diastólicas de las cavidades derechas y la congestión venosa sistémica producidas por el aumento de la presión arterial pulmonar.

Shunt de derecha a izquierda

La característica común en el *shunt* de derecha a izquierda (D-I) es la hipoxemia que se manifiesta clínicamente a través de la cianosis de piel y mucosas⁶ y su consecuencia es el insuficiente aporte de oxígeno a los tejidos para satisfacer los requerimientos metabólicos. Cualquier situación que disminuya bruscamente la resistencia vascular sistémica o que incremente la resistencia pulmonar provoca aumento del *shunt* de derecha a izquierda como ocurre durante el llanto o la defecación.⁹

En las cardiopatías en donde se presenta este tipo de *shunt* (Figura 4) hay un aumento de presión en el lado derecho del corazón junto con la presencia de una comunicación ya sea auricular, ventricular o aortopulmonar a través de las cuales la sangre desaturada del lado derecho pasa al circuito sistémico, excepto en la transposición de los grandes vasos.^{10,11}

La cianosis marcada de piel y mucosas desde las primeras horas de vida o posterior al cierre del ductus arterioso, es el resultado de la desaturación de más de 3 g/dl de hemoglobina de la sangre arterial, no asociada a dificultad respiratoria, sino solo con hiperpnea.

La cianosis puede ser central o periférica. Es central, cuando la desaturación ocurre por *shunt* a nivel cardíaco o pulmonar y es periférica si ocurre por un aumento de la extracción de oxígeno tisular en relación a flujos lentos en la circulación periférica como en el gasto cardíaco (GC) disminuido, la presión venosa elevada o la policitemia.

En el examen cardiovascular se observan pulsos normales, precordio quieto, segundo ruido y soplo característico de acuerdo a la CC. En la tetralogía de Fallot se ausculta un soplo sistólico, en la atresia pulmonar con CIV el soplo es continuo. El tamaño cardíaco es normal como en la tetralogía de Fallot o la estenosis pulmonar, o aumentado como en el canal aurículo-ventricular, la atresia tricuspídea o la atresia pulmonar con septum íntegro.

La silueta del corazón varía de acuerdo a la CC. Ejemplo de ello es la forma de bota o zueco en la tetralogía de Fallot, el formato ovoide en la transposición de las grandes arterias o con aspecto de muñeco de nieve en la conexión anómala de venas pulmonares (Figura 5). La vasculatura pulmonar puede estar normal o disminuida.

Tratamiento

Las CC que requieren cateterismo o cirugía de urgencia, como la anomalía total del retorno venoso pulmonar (ATRV) obstructiva o la hipoplasia de ventrículo izquierdo con septum interauricular intacto, requieren el nacimiento en centros de alta complejidad o su inminente derivación a ellos.¹²

Las CC que dependen del mantenimiento del ductus permeable deben iniciar el tratamiento en la UCIN con un goteo de prostaglandinas.¹²

Las estrategias terapéuticas en las CC acianóticas dependerán de la clínica y de la fisiopatología de presentación. Se deberá considerar principalmente la disminución del volumen minuto sistémico, la hipertensión pulmonar y el edema pulmonar (Tabla 3).

Las estrategias diagnósticas y terapéuticas en las CC cianóticas comienzan con el diagnóstico diferencial, o sea determinar si el origen de la cianosis es otro, como una enfermedad pulmonar, el síndrome de hipertensión pulmonar persistente del RN o la metahemoglobinopatía (cianosis con saturación y PaO₂ normal que requiere tratamiento específico).¹²

El test de hiperoxia (Tabla 4) ayuda a determinar el origen de la cianosis; la hipoxemia se define como la PO₂ arterial menor de 60-70 mmHg respirando oxígeno al 100 % por un período de 10 minutos.^{11,12} La oximetría de pulso no debe ser nunca utilizada para la interpretación del test de hiperoxia debido a que no puede detectar el incremento de la PO₂ arterial (curva de disociación de la Hb).¹³ Cuando existe un gran *shunt* derecha-izquierda el aumento de la PO₂ con administración de oxígeno es escasa o nula.^{11,14}

La administración de oxígeno en el RN con cianosis debe realizarse con monitorización permanente y se

Figura 5. Diferentes morfologías radiológicas

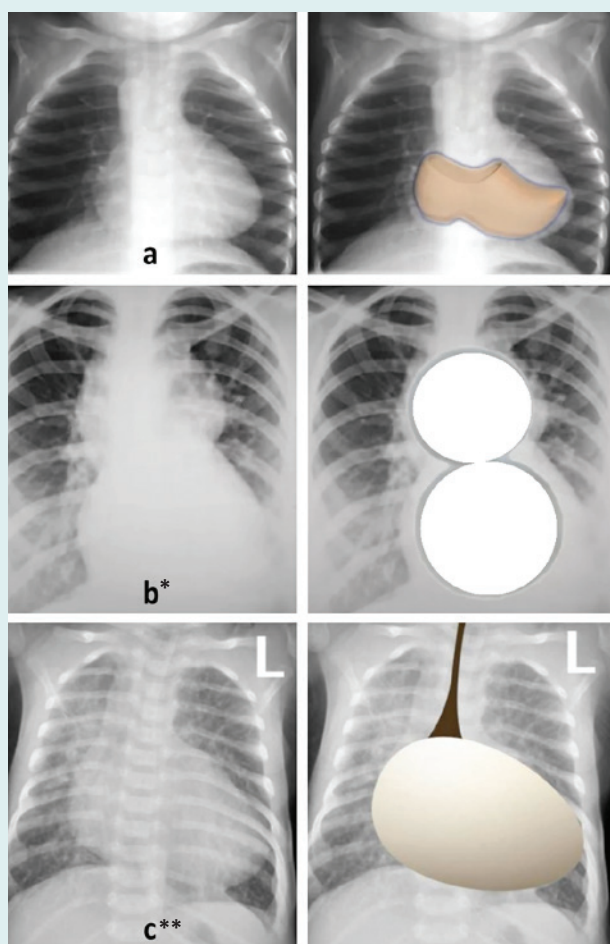


Imagen "a": signo radiográfico típico de silueta en "zapato sueco" en la tetralogía de Fallot.

Imagen "b"*: signo típico de la conexión anómala de venas pulmonares con forma de muñeco de nieve.

Imagen "c"*:** morfología ovoide en la transposición de grandes vasos.

Fuente: * Rodríguez Castellanos LE. Signos radiográficos clásicos de las cardiopatías congénitas. [En Internet] 2014. [Consulta: 5-05-2019]. Disponible en: <https://cardiodata.org/signos-radiograficos-clasicos-de-las-cardiopatias-congenitas/>

** Casanova VB, Giménez A. Caso clínico de pediatría: transposición de grandes vasos. [En Internet] 2016. [Consulta: 5-05-2019]. Disponible en: <https://www.slideshare.net/cstorreramona/transposicion-grandes-vasos>.

Tabla 3. Tratamiento general de las cardiopatías congénitas acianóticas

Disminución del volumen minuto sistémico	Optimizar la precarga (PVC de 10 cm). Optimizar la contractibilidad (inotrópicos). Reducir la poscarga (vasodilatadores).
Hipertensión pulmonar	Mejorar la entrega de oxígeno (O ₂). Reducir las crisis de hipertensión pulmonar. Técnicas ventilatorias. Óxido nítrico.
Edema pulmonar	Administración de O ₂ . Diuréticos (para disminuir la presión en la aurícula izquierda). Ventilación mecánica con presión positiva de final de la espiración (PEEP). Aumentar el contenido de O ₂ mediante el aumento de hemoglobina.

Fuente: Ministerio de Salud de la República Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Estabilización y traslado del recién nacido con cardiopatía congénita. En: Recomendaciones para la práctica del traslado neonatal. [En Internet] 2012; p 79-90. [Consulta: 5-05-2019].

Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000175cnt-n01-traslado%20neonatal.pdf>

debe evaluar la respuesta en cada caso sobre todo conociendo que el exceso de oxígeno puede ser nocivo por la producción de superóxidos y radicales libres. También se debe recordar que el exceso de oxígeno puede ocasionar el cierre del ductus o el descenso brusco de la resistencia pulmonar.¹⁵

Una diferencia $\geq 5\%$ entre el oxímetro de pulso colocado en la mano derecha (preductal) y los miembros inferiores también certifica hipertensión pulmonar.¹²

La radiografía de tórax se utiliza para delimitar el tamaño del corazón y determinar si la vasculatura pulmonar se encuentra incrementada o disminuida. Con el electrocardiograma (ECG) se evalúa la frecuencia cardíaca, el ritmo, el eje, los intervalos, la progresión de las ondas R, ondas P y la morfología de las ondas ST/T, a la vez que ayuda a determinar si hay isquemia, dilatación auricular o hipertrofia ventricular.¹³

El ecocardiograma es un método de diagnóstico no invasivo muy eficaz para evaluar la anatomía cardio-

vascular y la función miocárdica, el tipo de defecto y su repercusión hemodinámica.

Cuidados de enfermería

Durante la recepción en la sala de partos o en el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) pueden existir múltiples escenarios de acuerdo a la disponibilidad de información y de infraestructura para asistir las necesidades de un RN con sospecha o diagnóstico de CC.

Detección de cardiopatías congénitas por oximetría de pulso

La oximetría de pulso es utilizada para detectar a RN con algún grado de hipoxia, cuya causa podría ser una cardiopatía congénita o bien alguna alteración no cardíaca que pudiera poner en riesgo al recién nacido. Es

Tabla 4. Test de hiperoxia

1°	Medición basal de la PO ₂ de la arteria radial derecha (preductal) y de una arteria de la extremidad inferior o de la línea arterial umbilical (postductal) con respiración de aire ambiental (FiO ₂ del 21 %).			
2°	Administración de oxígeno al 100 % por un periodo de 10 minutos.			
3°	Medición tras la administración de O ₂ al 100 % de la PO ₂ de la arteria radial derecha (preductal) y de una arteria de la extremidad inferior o de la línea arterial umbilical (postductal).			
4°	Interpretación del test de hiperoxia			
		PaO ₂ (mmHg) con FiO ₂ 21 % (% de saturación)	PaO ₂ (mmHg) con FiO ₂ 100 % (% de saturación)	PaCO ₂ (mmHg)
	Normal	70 (95)	> 300 (100)	35
	Enfermedad pulmonar	50 (85)	> 150 (100)	50
	Enfermedad neurológica	50 (85)	> 150 (100)	50
	Metahemoglobinemia	70 (95)	> 200 (100)	35
	Enfermedad cardíaca			
• Circulación paralela	< 40 (< 75)	< 50 (< 85)	35	
• Circulación mixta con restricción del flujo pulmonar	< 40 (< 75)	< 50 (< 85)	35	
• Circulación mixta sin restricción del flujo pulmonar	40-60 (75-93)	< 150 (< 100)	35	

Fuente: Ramírez-García, MA. Márquez-González, H. Muñoz-Ramírez, CM. Yáñez-Gutiérrez, L. Herramientas de tamizaje para cardiopatías congénitas en ausencia de una valoración ecocardiográfica inmediata: la prueba de hiperoxia. [En Internet] México. 2015 El Residente. Vol. 10, N 2. p. 77-82. [Consulta: 5-05-2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2015/rr152f.pdf> (Adaptación).

una intervención sencilla, no invasiva, realizada por parte del personal de enfermería en pocos minutos en todos los recién nacidos después de las 24 horas de vida. La detección dentro de las primeras 24 horas de vida no es tan específica como la detección posterior porque la hipoxemia ocurre comúnmente durante la transición de condiciones de vida intrauterina a extrauterina. La oximetría de pulso no consigue detectar todos los casos de CC críticas o de CC cianóticas pues la hipoxemia puede no estar presente en algunos RN antes del alta hospitalaria.^{11,18-20}

Una detección oportuna sin diagnóstico prenatal, permite una pronta estabilización, tratamiento y/o derivación antes de que aparezcan los signos y síntomas.¹⁷ Es adecuada para decir que un RN no tiene la patología buscada (prueba negativa) por la altísima especificidad (99,9 %) pero menos confiable cuando resulta positivo (sensibilidad del 76 %).¹⁸

Procedimiento

- El personal de enfermería coloca el oxímetro de pulso utilizando solo un sensor neonatal en la mano derecha (preductal) del paciente y luego se lo colocará en cualquiera de los dos pies (postductal) hasta obtener una lectura confiable (Figura 6). Es necesario obtener estos dos registros para la realización del test (Tabla 5).

RESULTADOS

- **Test negativo:** los valores de saturimetría son mayores o iguales al 95 % y la diferencia entre la mano derecha y el pie es de 3 puntos o menos.
- **Test positivo:** la saturación en la mano derecha o cualquiera de los dos pies es menor o igual al 89 %. Se debe comunicar el resultado al médico tratante para iniciar la evaluación e identificación de la causa de la hipoxemia.
- Cuando los valores de saturimetría sean entre el 90-94 % o con una diferencia entre la mano derecha y el pie mayor o igual a 4 puntos, se deberá repetir la prueba después de 1 hora siguiendo los criterios iniciales. Si no se define en la segunda lectura se recomienda realizar una tercera lectura 1 hora después de la segunda. Si, luego de la tercera lectura, la prueba sigue dando entre el 90 % y el 94 %, o con 4 puntos o más de diferencia entre la mano derecha y el pie, la prueba será considerada positiva y se debe proceder en consecuencia.¹⁷

Control de la vía aérea

Es necesario mantener una buena ventilación y administrar oxígeno suplementario para mantener la saturación entre el 75 % y el 85 %. Ante la presencia de

Figura 6. Oximetría de pulso: preductal y postductal



Sensor preductal.



Sensor postductal (cualquier pie).

Fuente: Ministerio de Salud de la República Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Detección de Cardiopatías Congénitas por Oximetría de Pulso en recién nacidos asintomáticos. [En Internet] 2015. [Consulta: 8-05-2019]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000726cnt-deteccion-cardiopatas.pdf> (Adaptación)

dificultad respiratoria, alteración del sensorio, apneas y/o shock, se debe evaluar la intubación y la asistencia ventilatoria mecánica. También se debe tener en cuenta la gravedad de la cianosis, la inestabilidad hemodinámica, la edad gestacional (EG) y la distancia a recorrer en caso de requerir derivación a otro centro. La sedación en el paciente ventilado permite reducir el consumo de oxígeno, aumentar la saturación venosa y mejorar la entrega de oxígeno.^{12,14}

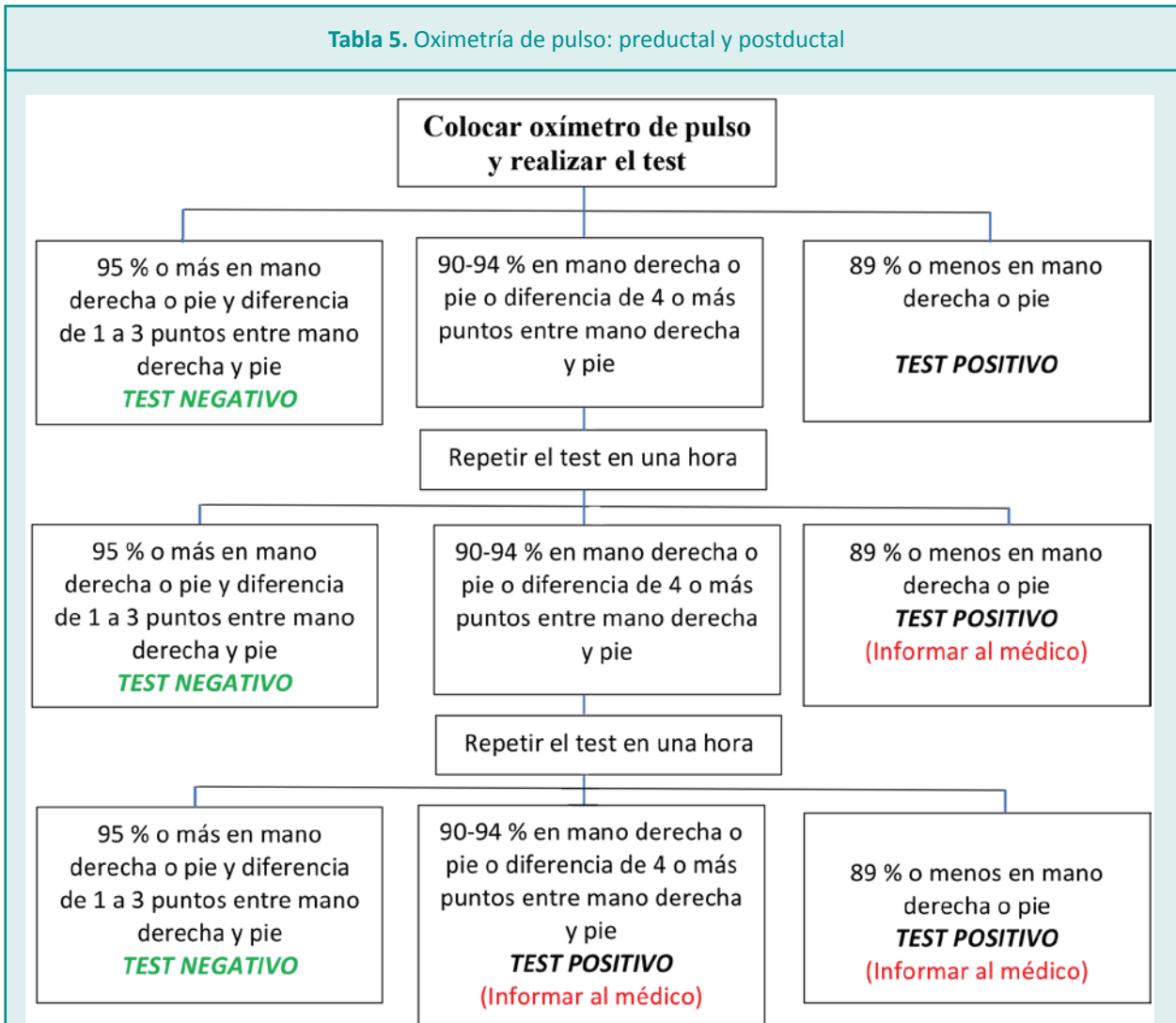
para la administración de soluciones y fármacos y el catéter umbilical arterial para controlar la tensión arterial invasiva y la extracción de sangre necesaria para valorar el medio interno y la oxigenación, sin realizar repetidas punciones.¹⁴

La utilización de percutáneas de uno o dos lúmenes es una opción en la UCIN cuando no es posible la canalización umbilical o no se encuentra en la ubicación correcta. Una o dos vías periféricas, según la cantidad de lúmenes centrales disponibles, serán necesarias para administrar el plan de hidratación (PHP), sedación, analgesia o expansiones.

Colocación de accesos vasculares seguros

La primera opción en el RN es la canalización de los vasos umbilicales. El catéter umbilical venoso se utiliza

Tabla 5. Oximetría de pulso: preductal y postductal



Fuente: Ministerio de Salud de la República Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Detección de Cardiopatías Congénitas por Oximetría de Pulso en recién nacidos asintomáticos. [En Internet] 2015. [Consulta: 8-05-2019]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000726cnt-deteccion-cardiopatas.pdf> (Adaptación)

Administración de medicamentos

La prostaglandina E1 (PGE1) es clave en el tratamiento del RN con CC ductus-dependientes; aun sin certeza de diagnóstico, puede salvar la vida del niño hasta alcanzar la consulta especializada o la derivación. Su acción previene o revierte el cierre funcional del ductus al mejorar el flujo pulmonar en las lesiones obstructivas derechas, el flujo sistémico en las lesiones obstructivas izquierdas y la mezcla a través del ductus permeable en las lesiones con circulación en paralelo. Se administra por vía endovenosa central preferentemente, diluida, en forma continua, mediante bomba de infusión. En la *Tabla 6* se pueden visualizar recomendaciones para la administración de este medicamento.^{11,12,15,16}

La respuesta es inmediata cuando el ductus es importante para la hemodinamia del RN. Cuando no hay respuesta (en los llamados "no respondedores"), en neonatos más grandes es debido a la ausencia de ductus o a la obstrucción el retorno venoso. El deterioro

con la administración de PGE1 es infrecuente y resulta muy útil para el diagnóstico de CC con obstrucción en la desembocadura de las venas pulmonares o salida de la AI como la anomalía del retorno venoso pulmonar de tipo obstructivo o la transposición de grandes arterias con foramen oval restrictivo. Estas representan una emergencia y requieren cateterismo o cirugía de urgencia.^{12,15}

Los efectos adversos de la PGE1 son: fiebre (14 %), apneas (10-12 %), rubefacción (10 %), hipotensión (3-4 %), convulsiones (4 %), taquicardia (3 %), diarrea (2 %), sepsis (2 %) y, por debajo del 1 %, arritmias, síbilancias y anuria, entre otros. Son más intensos en el RN pretérmino y más frecuentes en RN menores de 2000 g. Habitualmente aparecen en las primeras horas de la infusión. Ante un RN con infusión de este medicamento se deben realizar controles frecuentes de presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura, pH y PO₂. También se debe contar con los recursos disponibles para iniciar una eventual asistencia respiratoria.^{11,12,14-16}

Tabla 5. Oximetría de pulso: preductal y postductal

Prostaglandinas (Alprostadil® - Cardiobron®)	
Indicaciones	Pacientes que no responden al test de hiperoxia (no respondedores). Signos o síntomas de cardiopatía congénita cianótica o shock dentro de las primeras 3 semanas de vida. Cardiopatía congénita con flujo pulmonar o sistémico dependiente del ductus, o aquellos que requieren el ductus para lograr la mezcla entre las circulaciones.
Dosis	Inicial: de 0,01- 0,02 hasta 0,1 mcg/kg/min (es variable en la literatura). Dosis máxima reportada 0,4 mcg/kg/min. Dosis de mantenimiento: 0,005-0,020 mcg/kg/min (se llegará a la dosis mínima efectiva para mantener la permeabilidad del ductus con una disminución escalonada).
Presentación	Ampolla de 500 mcg/ml (la ampolla intacta debe estar refrigerada a 2-8 °C).
Dilución	Dextrosa al 5 % - Solución fisiológica.
Concentración	10 mcg/ml (recomendada).
Estabilidad	Solución diluida: 24 h.
Incompatibilidad en Y	Amicacina, anfotericina B, bicarbonato de sodio, cefotaxima, clindamicina, gentamicina, metilprednisolona.
Ejemplo de preparación	Peso del RN: 3 472 kg. Dosis x peso (en kilogramos) x tiempo (minutos en 24 horas): 0,05 x 3 472 x 1440 = 250 gammas (0,5 ml). Llevar 0,5 ml de la ampolla de PGE1 hasta 24 ml de Dextrosa al 5 %. Se programa la bomba de infusión a 1 ml/hora. Esta velocidad equivale a 0,05 gammas/kg/min.

Fuente: Balestrini M, Martín A. Transposición de las grandes arterias. En: El niño con cardiopatía congénita. Ed. Fundación Garrahan. CABA, Argentina. 2015. p 71-88.

Travaglianti M, Vademecum Neonatal. Alprostadil. Primera edición. Ed. Edifarma. CABA. 2019. p 11-13.

Se deben corregir las alteraciones del medio interno como la hipoglucemia y la acidosis metabólica.¹⁴

La colocación de agentes inotrópicos como dobutamina, dopamina, milrinona o adrenalina mejora la contractibilidad miocárdica y, con ello, la perfusión periférica y de los órganos vitales. Siempre antes de iniciarlos se debe asegurar un buen volumen intravascular.^{3,14}

Si la UCIN no cuenta con la suficiente infraestructura para asistir las necesidades del RN, el personal de enfermería debe iniciar todas las intervenciones necesarias para que la derivación a un centro de mayor complejidad sea segura. Entre ellas se destacan la optimización de la oxigenación (tipo de asistencia y concentración adecuada de oxígeno), reevaluación de las diversas fijaciones (tubo endotraqueal, vías venosas y arteriales), descompresión de la cámara gástrica y ayuno, temperatura adecuada y la cantidad necesaria de soluciones y fármacos para el traslado.

Los padres del recién nacido con cardiopatía congénita

Las intervenciones de enfermería deben propiciar una relación de confianza desde el principio, promover la participación en los cuidados diarios, utilizar un lenguaje adaptado al contexto de la familia y siempre

explicar los procedimientos antes de realizarlos. Es importante proveer información y aclarar dudas sobre el diagnóstico, el tratamiento y las normas del servicio, en lo posible a través de instructivos escritos, considerando que las diferentes emociones concurrentes durante la internación pueden disminuir la retención de la información y la comprensión.

Iniciar la formación de los padres en el rol de cuidador, durante la hospitalización es un desafío, sobre todo cuando se instala la idea de una enfermedad prolongada que puede generar secuelas y requerir cuidados especiales en el hogar por un periodo indeterminado.

CONCLUSIÓN

El profesional de enfermería es un integrante del equipo multidisciplinario y su quehacer diario es de suma importancia para la recuperación del neonato con CC a través de cuidados eficientes y oportunos. También debe coordinar acciones con el resto del equipo de salud y favorecer la participación activa de la familia durante la internación.

Agradecimiento

A la Dra. Analia Martín por la revisión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tópicos de Recuperación Cardiovascular Pediátrica. Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" 2012. p 7.
2. Balestrini M. Estabilización de neonatos y niños con cardiopatías congénitas complejas. En: Tópicos de Recuperación Cardiovascular Pediátrica. Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" 2012. p. 11.
3. Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (PNCC). Ministerio de Salud de la Nación. [Consulta: 18-04-2019]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/cardiopatascongenitas>
4. Serrano Robles MI. Cardiopatías congénitas en el recién nacido. Fund. Salud Infantil [En Internet] 2017. [Consulta: 20-04-2019]. Disponible en: <https://www.fundacionsaludinfantil.org/cardiopatas-congenitas-en-el-recien-nacido/>
5. Van Mater LJ, Hansen AR. Manejo respiratorio. En: Hansen AR, Puder M. Manual de cuidados intensivos en cirugía neonatal. 2° Edición. Ed. Panamericana. 2012 Cap. 3; p. 26.
6. Correa N, Heusser IF, Valderrama RP, Becker EP. Cardiopatías congénitas en el recién nacido. En: Tapia JL, González Á. Neonatología. 4ª Edición. Ed. Mediterráneo. 2018. p. 423-461.
7. Villagrà F. Circulación fetal. Unidad de Cardiopatías Congénitas [En Internet] Madrid. 2019. [Consulta: 20-04-2019]. Disponible en: https://cardiopatascongenitas.net/diagnostico_fetal_y_genetica/diagnostico_fetal/circulacion_fetal/
8. Rangel-Abundis A. Derivación y shunt. Cir Ciruj. 2006;74:69-70. [En Internet] México. [Consulta: 26-04-2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc061m.pdf>
9. González PAM. Paredes BMG, Campos RFR, Pacheco RMR, Waters SIV. Cuidados de enfermería dirigido al niño con CC acianógena. En: Ortega Varga MC, Puntunet Bates ML, Suárez Vázquez MG, Lejía Hernández C, et al. Guías de Práctica Clínica Cardiovascular. Ed. Médica Panamericana. México, 2011. p. 54-85.
10. Romero S, Somoza F, Marino B. Semiología y clínica de las cardiopatías congénitas en el neonato y el

- niño. En: *Cardiopatías congénitas. Cardiología perinatal*. 2° edición. Ed. Journal. CABA. Argentina. 2016. p. 94.
11. Park MK. *Cardiopatías congénitas cianóticas*. En: *Cardiología pediátrica*. 6° Edición. Ed. Elsevier. España. 2014. p. 206-207.
 12. Ministerio de Salud de la República Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Estabilización y traslado del recién nacido con Cardiopatía Congénita. En: *Recomendaciones para la práctica del traslado neonatal*. [En Internet] 2012. [Consulta: 5-05-2019]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000175cnt-n01-traslado%20neonatal.pdf>
 13. Ramírez-García MA, Márquez-González H, Muñoz-Ramírez CM, Yáñez-Gutiérrez L. Herramientas de tamizaje para cardiopatías congénitas en ausencia de una valoración ecocardiográfica inmediata: la prueba de hiperoxia. [En Internet] México. 2015. *El Residente*. Vol. 10, N 2. p. 77-82. [Consulta: 5-05-2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2015/rr152f.pdf>
 14. Salgado G, Pílan ML, Andrés S. Obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo. En: *El niño con cardiopatía congénita*. Ed. Fundación Garrahan. CABA, Argentina. 2015. p. 89-124.
 15. Balestrini M, Martín A. Transposición de las grandes arterias. En: *El niño con cardiopatía congénita*. Ed. Fundación Garrahan. CABA, Argentina. 2015. p. 71-88.
 16. Travaglianti M. *Vademecum Neonatal*. Alprostadil. Primera edición. Ed. Edifarma. CABA. 2019. p. 11-13.
 17. Ministerio de Salud de la República Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Detección de Cardiopatías Congénitas por Oximetría de Pulso en recién nacidos asintomáticos. [En Internet] 2015. [Consulta: 8-05-2019]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000726cnt-deteccion-cardiopatias.pdf>
 18. Balestrini M, Martín A. Transposición de las grandes arterias. En: *El niño con cardiopatía congénita*. Ed. Fundación Garrahan. CABA, Argentina. 2015. p. 79-80.
 19. Thangaratinam S, Daniels J, Ewer AK, Zamora J, et al. Accuracy of pulse oximetry in screening for congenital heart disease in asymptomatic newborns: a systematic review. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed. 2007;92(3):F176-80.
 20. Valmari P. Should pulse oximetry be used to screen for congenital heart disease? *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed. 2007;92(3): F219-24.
-

Oclusiones intestinales en el recién nacido

Parte 2

Intestinal occlusions in the newborn

Part 2

Prof. Lic. David Apaza^o

RESUMEN

En el número 29 de la revista, se ha publicado la primera parte de este artículo, donde la Dra. Cannizzaro ha abordado la embriología, la clasificación, el diagnóstico prenatal y posnatal, el cuadro clínico y el tratamiento de las oclusiones intestinales (OI) en el recién nacido. En esta 2ª parte, se desarrollan los cuidados de enfermería, que deberán ser gestionados de acuerdo al tipo de oclusión intestinal presente y a las necesidades propias de cada neonato. Es importante la elaboración de diagnósticos de enfermería precisos que establezcan la posibilidad de priorizar las intervenciones oportunas y seguras que el paciente requiere. Teniendo en cuenta las generalidades de las OI, la tríada de síntomas presentes y sus posibles complicaciones, se desarrollarán los cuidados mínimos para alcanzar una adecuada calidad de atención considerando a la familia como parte del plan de cuidados.

Palabras claves: *obstrucción intestinal, recién nacido, cirugía, cuidados de enfermería.*

ABSTRACT

In the N° 29 of the journal, it has been published the first part of this article where Dr. Cannizzaro has addressed embryology, classification, prenatal and postnatal diagnosis, clinical picture and treatment of intestinal occlusions (IO) in the newborn. In this 2nd part, nursing care is developed, which should be managed according to the type of intestinal occlusion present and the needs of each newborn. It is important to prepare accurate nursing diagnoses that establish

the possibility of prioritizing the appropriate and safe interventions that the patient requires. Taking into account the generalities of the IO, the triad of present symptoms and their possible complications, the minimum care will be developed to reach an adequate quality of care considering the family as part of the care plan.

Keywords: *intestinal obstruction, newborn, surgery, nursing care.*

INTRODUCCIÓN

Las OI representan una patología quirúrgica con una amplia clasificación de acuerdo al tipo de obstrucción, al grado y al nivel de la misma, que tendrán diferentes síntomas iniciales, alteraciones fisiológicas y tratamientos. El conocimiento sobre el paciente y su patología, la valoración y la intervención oportuna del profesional de enfermería repercutirán en el recién nacido (RN) y en su familia que, en ocasiones, continuará en su domicilio con cuidados aprendidos y entrenados en el ámbito hospitalario.

A continuación, se enuncian diagnósticos (D) e intervenciones de enfermería (IE) para los estadios pre y post quirúrgicos.

Atención de enfermería en el estadio prequirúrgico

Luego del ingreso del RN a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), el profesional de enfer-

^o Profesor y Licenciado en Enfermería. Enfermero asistencial del Área de Neonatología del Hospital de Pediatría "Prof. Juan P. Garrahan".

Correspondencia: davidapaza2006@gmail.com

Recibido: 3 de noviembre de 2018.

Aceptado: 30 de junio de 2019.

mería que conoce el diagnóstico de OI o lo infiere por la triada de síntomas (vómito bilioso, distensión abdominal y falta de eliminación del meconio), planifica y realiza intervenciones.¹⁻³

Las acciones de enfermería pueden organizarse siguiendo un modelo conceptual, como el de Virginia Henderson, basado en su juicio, en su razonamiento clínico y considerando un orden de prioridades que limiten las potenciales complicaciones.

Teniendo en cuenta el modelo de cuidado mencionado, la oxigenación (primera necesidad) puede verse afectada, principalmente en los casos de distensión grave.

D: *Patrón respiratorio ineficaz relacionado con distensión abdominal, disminución de la expansión pulmonar y fatiga de los músculos respiratorios.*

Objetivo: Mejorar la mecánica ventilatoria.

IE: La monitorización nos ofrece gran cantidad de información sobre el RN. Se debe interpretar y considerar la tendencia de todos los parámetros vitales y de la saturación de oxígeno de acuerdo a la edad gestacional.

Observar, evaluar y comunicar, si es necesario, el patrón respiratorio, con la frecuencia que requiera el RN. Los signos de dificultad respiratoria incluyen: taquipnea, aleteo nasal, uso de músculos accesorios, retracción intercostal o xifoidea, quejido, cianosis, hipoventilación y signos no respiratorios como taquicardia y mala perfusión periférica mayor a 3 segundos.

Elevar la cabeza ligeramente y colocar la incubadora a 30°; esta intervención puede tener un beneficio adicional al permitir que la gravedad contribuya a la expansión de los pulmones al favorecer el descenso del diafragma, pero se debe modificar periódicamente la posición para evitar la acumulación de secreciones en las bases de los pulmones.⁴

La administración de oxigenoterapia será de acuerdo a la saturación deseada, la dificultad respiratoria y la sedoanalgesia empleada en el manejo del dolor. El RN no debe recibir oxígeno sin una indicación específica y la concentración de oxígeno inspirado debe individualizarse siempre.

El riesgo de colapso respiratorio por distensión abdominal origina una insuficiencia respiratoria restrictiva y requiere considerar la intubación selectiva. Enfermería debe verificar el funcionamiento de dispositivos para la oxigenoterapia y la intubación orotraqueal.

D: *Motilidad gastrointestinal disfuncional relacionada con patología congénita.*

D: *Vómitos y/o náuseas relacionados con el retraso o falta del vaciado gástrico.*

D: *Riesgo de aspiración relacionado con disminución de la motilidad gastrointestinal y retraso del vaciamiento gástrico.*

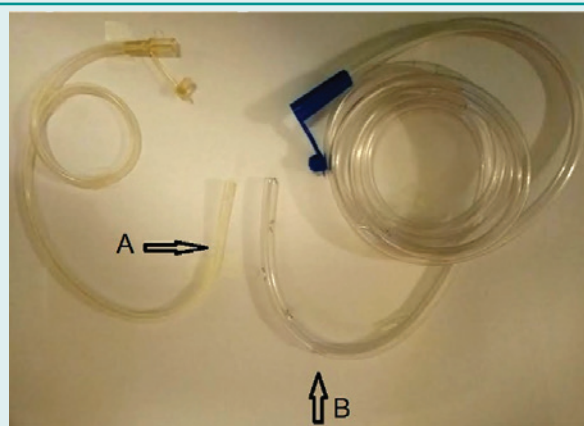
Objetivo: Favorecer el vaciado gástrico para mejorar la expansión respiratoria.

IE: El neonato con OI debe tener una sonda orogástrica (SOG) de gran calibre, preferentemente de silicona, polifenestrada en la zona distal (*Figura 1*). Este tipo de sonda permite la descompresión y la salida del contenido gástrico, generalmente aire y/o líquido bilioso espeso. La sonda K9 está desaconsejada por su rigidez y por la distancia entre el orificio proximal y la punta (*ver Figura 2*).

Figura 1. Neonato con sonda 12 Fr abierta



Figura 2. Comparación de sondas



Izquierda: sonda siliconada de 12 Fr. Flecha A: orificio proximal a 3 cm de la punta.

Derecha: sonda K9. Flecha B: orificio proximal a 9 cm de la punta.

La SOG debe mantenerse permeable para evitar la distensión y los vómitos. En ocasiones, la característica del débito gástrico (bilioso y espeso) requiere la aspiración intermitente o la instilación (agua destilada o solución fisiológica) a baja presión seguida de aspiración con jeringa para verificar o mantener su permeabilidad.

Las sondas siliconadas pueden permanecer un período de tiempo mayor; la recomendación varía según la bibliografía entre un rango de 2 a 4 semanas; en comparación, las de policloruro de vinilo (PVC) endurecen a las 24-48 horas y podrían lesionar la mucosa. La SOG se debe cambiar de acuerdo a las normas de cada institución.

La higiene oral diaria es una intervención que debe acompañar al cuidado de la SOG, sobre todo luego de vómitos o cambios de sondas. Se debe mantener la mucosa limpia e hidratada.

La colocación de sondas rectales (tipo Nelaton) puede ser necesaria para la descompresión colónica. También puede ser utilizada para realizar enemas con solución fisiológica tibia (favorece la normotermia) con la precaución de realizarla a baja presión y sin forzar la introducción de la sonda. Registrar la frecuencia y característica de las heces guía la necesidad de realizar enemas.

D: Riesgo de déficit de líquidos secundario al aumento del residuo gástrico y la pérdida de electrolitos.

D: Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con vómitos biliosos abundantes.

Objetivo: Mantener el equilibrio hidroelectrolítico.

IE: El monitoreo continuo de signos vitales permite detectar hipovolemia a través de la lectura e interpretación de la tensión arterial invasiva o no invasiva y la frecuencia cardiaca, manifestada en la hipotensión y en la taquicardia. Además, permite detectar otras alteraciones como la hipokalemia a través de la interpretación del trazado del electrocardiograma esquematizado en la *Figura 3*.

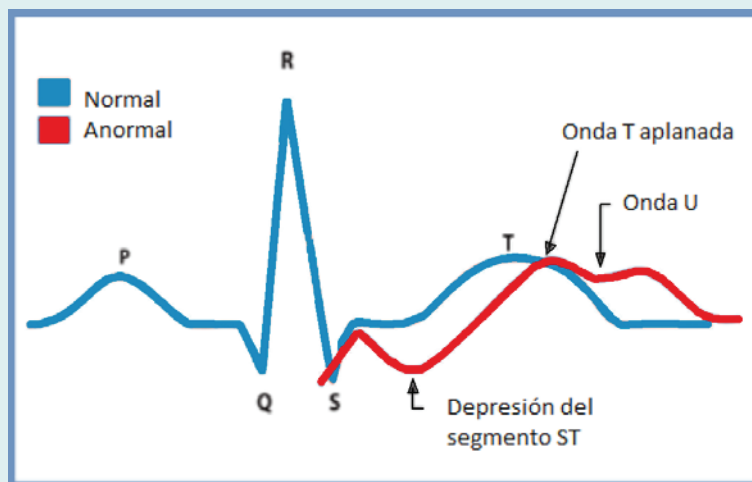
Mientras se realiza el diagnóstico y hasta que se decida el tratamiento de la OI el neonato se mantendrá en ayuno absoluto.

En todos los pacientes quirúrgicos, pero en especial en aquellos casos que, por la patología o el tratamiento, podrían presentar un síndrome de intestino corto o aporte de nutrición parenteral por tiempo prolongado, es importante cuidar y planear los accesos vasculares desde el comienzo.⁵

Se requiere un acceso venoso central, preferentemente un catéter percutáneo bilumen, para la administración de nutrición parenteral, eventuales correcciones hidroelectrolíticas o inotrópicos en el posquirúrgico.

Un acceso venoso periférico adicional será necesario para la administración de diferentes fluidos y fármacos intermitentes como antibióticos, analgésicos, he-

Figura 3. Trazado de la hipopotasemia en el electrocardiograma



Fuente: Ceballos Guerrero M, De la Cal Ramírez MA, Fernández-Cañadas Sánchez JM. Capítulo 2: Fisiopatología de los trastornos electrolíticos. En: Alteraciones de los trastornos de los electrolitos en urgencias. p. 16 [En Internet]. 2014. [Consulta: 18-05-2019]. Disponible en: <http://www.semesandalucia.es/wp-content/uploads/2014/07/electrolitos-en-urgencias.pdf>

moderados, entre otros. Teniendo en cuenta el origen de la obstrucción y sus características, considerar la selección de accesos vasculares en los miembros superiores.

Para evaluar el estado de hidratación del neonato se relacionarán los cambios de peso corporal, la natermia, el volumen de ingresos y de egresos, la densidad urinaria y las pérdidas concurrentes.⁶

La reducción del relleno capilar, la sequedad de las mucosas o la turgencia de la piel disminuida pueden ser signos de deshidratación.

El control estricto de ingresos y egresos, parciales y totales, ritmo diurético y densidad urinaria permiten realizar reposiciones oportunas y evitar el desequilibrio hidroelectrolítico. También es importante considerar las características del residuo gástrico (color, consistencia y cantidad) que puede generar la reposición de volumen o la necesidad de valorar los iones en el débito.

Los análisis de laboratorio requeridos para evaluar al RN son principalmente: estado ácido-base (EAB), ionograma, urea y creatinina. Anticipándose a un procedimiento quirúrgico puede solicitarse hemograma, coagulograma, hemocultivos, grupo y factor sanguíneo. Pueden pedirse otras determinaciones, puesto que la motilidad intestinal puede verse afectada por medicamentos como el sulfato de magnesio y los narcóticos o por otros procesos como los trastornos metabólicos.¹

D: *Trastorno del patrón de sueño relacionado con falta de coordinación de las intervenciones./Malestar relacionado con síntomas de la enfermedad y estímulos ambientales.*

Objetivo: Favorecer el sueño y el descanso.

IE: El sueño y el descanso pueden favorecerse con la postura, el control del ambiente y el manejo del dolor, idealmente, a través de escalas de valoración.^{6,7}

En pacientes con gran distensión abdominal y manifestación de dolor, la movilización será cuidadosa; debido a la dificultad para rotar la posición del RN es necesario considerar dispositivos como colchones de aire o de silicona para evitar lesiones en la piel y ofrecer confort.

La coordinación de las intervenciones de los diversos profesionales de salud refuerza el aumento de los periodos de descanso.

El control de los estímulos ambientales (luz y sonido) involucra a todas las personas que transitan en la UCIN,

profesionales y no profesionales, y deben colaborar en la disminución de la iluminación excesiva y el ruido innecesario (conversaciones, teléfonos, alarmas). Los beneficios son múltiples para el RN, entre ellos, favorecer el neurodesarrollo y el sueño profundo.

Durante las intervenciones deberá conservarse la temperatura del neonato. Generalmente, los RN con procesos patológicos agudos serán recibidos en la UCIN en servocuna radiante y luego de la estabilización, en incubadora. El baño prequirúrgico con solución jabonosa de clorhexidina disminuye los gérmenes residentes y transitorios de la piel y con ello se minimizan las complicaciones del sitio quirúrgico. Debe realizarse en un ambiente cálido (21 y 24 °C), con agua a 37 °C - 37,5 °C.⁸

Los profesionales de enfermería al planificar y realizar intervenciones consideran, además, trabajar en la seguridad del paciente y evitar complicaciones como el riesgo de broncoaspiración por vómitos, utilizar sondas adecuadas a las necesidades del RN (tamaño, características del débito, peso del neonato), mantener accesos venosos seguros, evitar el hipo y la hipertermia iatrogénica, disminuir el riesgo de caída, colocar la pulsera identificatoria y administrar profilaxis antibiótica según prescripción médica. Los cuidados seguros también incluyen obtener, interpretar, informar y registrar las manifestaciones o respuestas del paciente al tratamiento y a las intervenciones de enfermería realizadas.

D: *Temor y ansiedad familiar secundaria a enfermedad del RN y déficit de conocimiento.*

D: *Deterioro de la comunicación verbal relacionado con la diferencia cultural y barreras lingüísticas.*

Objetivo: Acompañar a los padres en el proceso de enfermedad de su hijo.

D: *Interrupción de la lactancia materna relacionada con la enfermedad del RN.*

Objetivo: Promover la lactancia para el momento que se requiera leche humana.

IE: En la etapa prequirúrgica es importante acompañar a los padres en el fortalecimiento del vínculo con el RN porque enfrentarán, generalmente, una larga hospitalización.

Los padres atraviesan diferentes fases durante el periodo de internación de sus hijos. En la *Tabla 1* se pueden observar diferentes momentos que fueron descritos a partir de la experiencia de padres de RN prematuros, pero que son ampliables a la vivencia de

otros padres con hijos en UCIN.⁹ Tener en cuenta estas etapas permite entender la labilidad emocional.

La información que reciben los padres sobre el proceso patológico y los resultados esperados requiere ser reforzada siempre; esta acción facilita la expresión de inquietudes y preocupaciones.⁹ Explicar las intervenciones de enfermería antes de realizarlas aumenta la comprensión y disminuye el estrés por desconocimiento.

Orientar a los padres dentro de la UCIN y en la institución implica brindarles información sobre la ubicación y horarios de atención de los diferentes recursos disponibles como el centro de lactancia materna, la casa de padres, la sala de espera, el trabajo social y el área de servicios.

Una gran preocupación común de los padres es la lactancia interrumpida. El asesoramiento precoz sobre la extracción y el almacenamiento seguro de la leche (cada institución tiene políticas propias al respecto) beneficia al inicio del aporte enteral del RN que puede postergarse días o semanas.¹⁰

La comunicación de los padres con otras personas del entorno de la familia o con otros padres de la UCIN per-

mite desarrollar un sistema de apoyo, una herramienta útil y necesaria cuando se extiende la internación.

Estudios complementarios e intervenciones de colaboración para realizar el diagnóstico de oclusión intestinal

- Radiografía abdominal de frente y/o seriada: para este estudio el aire inyectado puede ser utilizado como medio de contraste. Colaborar en el posicionamiento del paciente y de los diversos dispositivos (sondas, guías, prolongadores) permite obtener mejores imágenes del área de la oclusión.
- Colon por enema: puede ser diagnóstico y terapéutico. En aquellos casos en los que se sospeche enterocolitis, no se debe realizar el enema por el riesgo de perforación.¹¹
- Otros estudios complementarios: la toma de muestras para biopsias puede requerir intubación selectiva y administración de analgésicos, antes del procedimiento.

Tabla 1. Fases de la hospitalización neonatal

Fases	Área de internación y algunas manifestaciones de los padres
Shock y estrés inicial	En Cuidados Intensivos. Temor, tristeza, dificultad para comprender y retener información.
Adaptación	En Cuidados Intermedios. Preocupación por la estabilidad del recién nacido, dificultad para apropiarse del rol parental. Culpa y soledad por el alejamiento del hogar. En ocasiones, dificultad en la relación de pareja.
Desgaste e impaciencia	En Cuidados Intermedios o Mínimos. Alivio por los signos de mejoría. Inquietud e impaciencia por regresar a casa. Aumentan las críticas hacia el personal de salud.
Esperanza	Previo al alta hospitalaria. Participación activa. Preparación del hogar para recibir al recién nacido. Temores sobre el cuidado y la posibles secuelas. Manifestaciones de agradecimiento hacia el personal de salud.

Fuente: Wormald F, Reyes B, Miranda A. Cuidado de los padres de recién nacidos durante la hospitalización neonatal. En: Tapia JL, González Á. Neonatología. 4° Edición. Ed. Mediterráneo. Chile, 2018. p. 657-658 (Adaptación).

Atención de enfermería en el estadio postquirúrgico de la oclusión intestinal

Es crucial la preparación anticipada de la unidad del paciente para su recepción luego de la cirugía y responder a tiempo a sus necesidades con el equipamiento y los materiales necesarios.

D: *Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilación/perfusión.*

D: *Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz relacionado con inestabilidad hemodinámica.*

D: *Riesgo de perfusión renal ineficaz relacionado con hipoxemia, hipoxia, acidosis metabólica.*

Objetivo: Favorecer la estabilidad respiratoria, hemodinámica y renal en el período postoperatorio.

IE: Considerar la posibilidad de requerir asistencia de ventilación mecánica en el posquirúrgico inmediato. Controlar el funcionamiento y la accesibilidad del equipamiento (ventilador y monitores) y de los dispositivos de asistencia (bolsa autoinflable, máscaras, aspiración, entre otros) antes del regreso del RN del quirófano y luego, al menos una vez por turno.¹²

La optimización de la oxigenación requiere mantener la vía aérea permeable, el tubo endotraqueal ortotópico y con fijación segura. La monitorización adecuada y el seguimiento de los signos vitales permiten detectar complicaciones como hipotensión, taquicardia o descenso de los valores de saturimetría de pulso.

Los parámetros de asistencia ventilatoria y la información adicional que esto nos provee a través del sensor de flujo (volumen *tidal*, porcentaje de fuga, respiraciones propias del paciente, DCO_2), su conocimiento e interpretación, permiten guiar las indicaciones médicas y las intervenciones de enfermería.

La saturimetría de pulso y el transcutáneo de CO_2 , indican la presencia de secreciones, la necesidad de aumentar la fracción de oxígeno, de ajustar los parámetros del ventilador o la necesidad de sedoanalgesia. Complementa la evaluación la auscultación de los campos pulmonares. Pueden ser necesarios estudios complementarios como la toma de muestra sanguínea (según solicitud médica) para EAB y la radiografía tóracoabdominal.

La aspiración de secreciones respiratorias no se debe realizar en forma programada; lo debe determinar siempre la evaluación clínica del RN. Las secreciones visibles en el tubo endotraqueal, la auscultación o los ruidos respiratorios audibles, la disminución de la sa-

turación o el cambio agudo en los resultados de los gases en sangre son algunos indicadores para aspirar.¹² La movilización del paciente colabora en la ventilación, ya que las secreciones drenan desde distintos segmentos pulmonares a los bronquios mayores si se coloca el tórax del recién nacido en diferentes posiciones.¹³

Los diferentes accesos venosos y arteriales permiten nutrir, hidratar y controlar parámetros hemodinámicos como la tensión arterial invasiva (TAI). Los requerimientos pueden ser dinámicos por lo que son fundamentales los controles estrictos.

D: *Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con (r/c) cirugía abdominal.*

D: *Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c procedimiento quirúrgico y estrés.*

Objetivo: Mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos.

IE: Los accesos venosos y arteriales deben mantenerse permeables, con curaciones limpias y secas. Se deben controlar y registrar los fluidos administrados y su velocidad de infusión. Continuar con el control de ingresos y egresos, totales y parciales, que pueden derivar en reposición de volumen, electrolitos y/o hemoderivados. Es necesario realizar el control de peso cuando sea posible y seguro pues los cambios agudos en el volumen total de líquidos corporales producen cambios en el peso;¹³ durante la cirugía podría haberse modificado con el aporte de expansiones y hemoderivados.

El control de la glucemia podría mostrar hiperglucemia por estrés quirúrgico¹⁴ o hipoglucemia por falta o inadecuado aporte de glucosa durante el procedimiento.

D: *Riesgo de desplazamiento de la sonda transanastomótica (STA).*

D: *Riesgo de obstrucción de la STA.*

Objetivo: Disminuir las complicaciones en el postoperatorio.

IE: Los pacientes con OI pueden egresar del quirófano con una STA para comenzar con la alimentación enteral en forma precoz y así disminuir el tiempo de NPT.¹⁵

La primera intervención es identificar la sonda con las siglas: "STA" (ver Figura 4 y 5) y marcarla para reconocer posibles desplazamientos. Inicialmente puede tener un punto de sostén en la nariz del neonato;¹⁶ aun así requiere fijación adicional con barrera de protección (apósito de hidrocólido) entre la piel y el ad-

hesivo. No se debe fijar junto con otros dispositivos ya que al desplazarse se desplazaría también la STA. La zona de apoyo de la sonda en la nariz debe ser valorada e higienizada con frecuencia para evitar lesiones por presión. De ser posible se debe cambiar la zona de apoyo sobre todo cuando se observa enrojecimiento.

Durante el período de ayuno se debe mantener la STA permeable. Si al evaluar la permeabilidad se observan reiterados eventos relacionados a la disminución de la luz de la sonda (dificultad para infundir líquidos y, con ello, el riesgo de obstrucción permanente) se recomienda considerar la colocación de infusión continua por la STA. Infundir agua destilada o solución fisiológica estéril, a 1 ml/h en consenso con el equipo médico (clínico-quirúrgico). Esta recomendación se basa en la experiencia pero no se ha encontrado bibliografía que apoye esta intervención; hacen falta estudios al respecto.

Colocar mitones al neonato podría disminuir el riesgo de desplazamiento o extracción de la sonda. No deben estar ajustados y deben permitir la movilidad de los dedos (ver Figura 6).

Salvo contraindicaciones excepcionales, iniciar alimentación enteral con leche humana; la leche materna es un complejo y dinámico fluido que produce un crecimiento y desarrollo ideal.¹⁷ En la composición de la leche humana se distinguen tres fases: el calostro (líquido espeso de color claro o amarillento, de alta densidad y bajo volumen), la leche de transición (se produce entre el 4° y 14° días posparto) y la leche madura (aparece en la tercer semana posparto).¹⁸ Es fundamental la extracción de leche 6 a 8 veces al día durante la hospitalización;¹⁷ el estímulo que realizaría el RN con la succión debe ser reemplazado por la estimulación y extracción manual.¹⁸

Figura 4. Sonda transanastomótica, tubo endotraqueal y sonda orogástrica



Dispositivos fijados por separado.

Figura 5. Sonda transanastomótica y sonda orogástrica



Dispositivos fijados por separado.

Figura 6. Neonato con mitones



Disminuye la posibilidad de desplazamiento de la sonda transanastomótica.

En caso de comenzar la alimentación con fórmula, considerar su densidad y evitar los grumos. En la práctica se realizan lavados de la STA con regularidad para favorecer la permeabilidad.

D: *Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c disminución o ineficiencia del peristaltismo.*

Objetivo: Detectar las complicaciones posquirúrgicas.

IE: No hay que desestimar las pérdidas a través de la sonda orogástrica o de las ostomías.¹⁹ El débito abundante, al igual que la disminución del ingreso o el desplazamiento hacia otros sitios fisiológicamente inactivos, puede generar deshidratación. Las intervenciones de enfermería incluyen la observación, medición y seguimiento de la distensión abdominal, el control del débito, la auscultación de ruidos hidroaéreos (RHA), la palpación abdominal, el control de las deposiciones, el control de la diuresis (ritmo diurético horario, densidad urinaria, glucosuria) y la valoración del ostoma.

La presencia de íleo paralítico posquirúrgico puede ser una complicación. Los hallazgos más comunes son vómitos, ruidos hidroaéreos disminuidos, residuo gástrico aumentado y distensión abdominal.

Las características del débito dependerán de la ubicación de la ostomía, la cantidad de intestino resecaado, del tipo de aporte enteral y del funcionamiento intestinal. Se deben controlar las pérdidas (agua, sodio, magnesio, otros) que pueden requerir reposiciones o modificación del tratamiento.

El aumento del débito gástrico, los vómitos o la distensión abdominal pueden indicar obstrucción, intolerancia o disminución del peristaltismo intestinal.

D: *Desequilibrio de la temperatura corporal r/c sedación, inactividad, alteración de la tasa metabólica.*

Objetivo: Mantener la termorregulación.

IE: El control de temperatura permite evaluar la capacidad del RN de mantener el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor. Se debe mantener la temperatura axilar preferentemente en 36,4-36,8 °C (variable en la literatura consultada) y la temperatura de la piel abdominal en 36-36,5 °C.^{20,21}

El gorro en el RN favorece la normotermia pues la pérdida de calor a través de la cabeza es importante. Pero ante la presencia de hipotermia se recomienda no utilizar prendas dentro de la incubadora para aumentar la superficie expuesta y no interferir en la ganancia de calor.

El estrés térmico pone en marcha mecanismos reguladores a expensas de un gran costo energético para elevar la temperatura corporal y se manifiesta con un mayor consumo de glucosa y oxígeno.^{20,21}

La utilización de sensores de temperatura en la servocuna o la incubadora (en modo piel) requiere estrecha vigilancia de la ubicación y de la continua adherencia del dispositivo a la piel para evitar complicaciones derivadas de la hipertermia iatrogénica. El sensor debe ubicarse sobre una superficie lisa, no ósea y no cubierta por el pañal, de ser posible, sobre la línea media abdominal entre el apéndice xifoides y el ombligo.²¹ Con ventilación mecánica la temperatura de los gases inspirados debe ser de 37 °C (Fisher & Paykel MR 730).

D: *Riesgo de infección relacionado con solución de continuidad de la piel, procedimientos invasivos e insuficiencia de defensas primarias.*

D: *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad, presencia de ostomía y dispositivos.*

Objetivo: Mantener la integridad de la piel.

IE: Es fundamental mantener la piel íntegra, valorar la herida quirúrgica y las zonas de apoyo.

El lavado de manos del todo el personal sanitario y de la familia, antes y después de tocar al RN, es fundamental para la prevención de infecciones.

La piel es el órgano más expuesto a las intervenciones durante la internación a través de punciones, adhesivos y diferentes dispositivos de contacto. Es necesario valorar diariamente la integridad de la piel y colocar apósito de hidrocoloide entre la piel y los adhesivos, así como las áreas donde se encuentran dispositivos y zonas de apoyo, como vías, drenajes, sondas o electrodos.

Los cambios posturales permiten valorar la piel y prevenir lesiones. Se puede considerar la utilización de dispositivos como colchones de aire o de silicona. La piel tiene que permanecer limpia y seca.

Observar la herida quirúrgica en busca de signos de infección y realizar curaciones según necesidad.

Los signos y síntomas precoces de infección son apnea, bradicardia, quejido, aleteo, retracciones, respiración irregular, inestabilidad térmica, palidez, hipotonía/hipertonía, temblores/convulsiones, hipotensión, entre otros.

La administración de antibióticos (pre y postquirúrgicos) de manera profiláctica se realizará según prescripción médica según el tipo de cirugía.

Luego de la resección intestinal es posible realizar una anastomosis y reconstruir el tránsito, pero en otros puede ser necesaria una exteriorización del intestino y el RN puede egresar de quirófano con una ostomía. En el período posquirúrgico se debe mantener el ostoma húmedo con gasas embebidas en vaselina hasta que sea funcionante, considerando sus características: color, perfusión y funcionamiento (ver Figura 7). La superficie periostomal es particularmente propensa a lesiones por el continuo cambio de adhesivos y por el contacto con el débito intestinal. La bolsa colectora elegida será adaptada al tamaño del ostoma; antes de ser adherida se recomienda un lavado con solución fisiológica y secar suavemente la piel de alrededor. Durante las intervenciones se debe controlar la correcta fijación y, en los cambios, valorar la piel periostomal. Lo más importante será mantenerla limpia y protegida del débito.

Durante la internación los padres deben aprender a colocar los diferentes dispositivos, cuidar la piel y reconocer signos de alarma (eritema, cambio de color del ostoma, excesivo débito). En el entrenamiento se debe motivar la manifestación de dudas e inquietudes que aumentará su confianza para empoderarse en el cuidado.

Figura 7. Valoración de la ostomía



Un ostoma normalmente es húmedo y de color rosa a rojo; puede tener un color más oscuro inicialmente.

Fuente: Imagen propia.

Lenneberg E. Mendelssohn A. Gross L. GUÍA DE COLOSTOMÍA. (Internet) 2004. [Consulta: 24-05-2019]. Disponible en: https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2018/02/uo_a_colostomy_esguide.pdf

D: Dolor relacionado con intervención quirúrgica.

Objetivo: Detectar y tratar el dolor en el RN.

IE: Un recién nacido con dolor, como en la etapa posquirúrgica, no puede conciliar el sueño y no puede descansar. Es importante considerar los controles de signos vitales basales obtenidos antes de un procedimiento, para valorar el dolor y realizar intervenciones como administrar analgesia e implementar medidas de contención.

El profesional de enfermería debe tener en cuenta que se requiere entrenamiento para reconocer el dolor en el RN; la exposición repetida al dolor puede tener efectos adversos inmediatos (ejemplo: inestabilidad hemodinámica) y a largo plazo (ejemplo: alteración del desarrollo cerebral); en tratamientos farmacológicos prolongados considerar el posible desarrollo de tolerancia y dependencia.²² Recordar en relación a la acción farmacológica, que los sedantes y los relajantes musculares no tienen efecto analgésico.

La presencia de dolor se debe evaluar a través de escalas de medida de dolor postoperatorio en neonatos a término y pretermino.⁶

Es importante no olvidar registrar los signos vitales antes del procedimiento quirúrgico, idealmente en estado de reposo y tranquilidad para poder establecer basales y por comparación evaluar el grado de alteración.

La administración de analgésicos, según prescripción médica y en forma segura, requiere principalmente evaluar su eficacia. Los opioides deben ser la base de la analgesia posoperatoria de las cirugías mayores;²⁴ producen cambios hemodinámicos mínimos en el RN, pero pueden causar una importante depresión respiratoria.²⁵ Ante el dolor agudo, el analgésico administrado por elección es la morfina. También se utiliza en la etapa prequirúrgica en el RN que presenta isquemia visceral a causa de la OI.

El paracetamol endovenoso puede utilizarse como adyuvante de los opioides.²⁴

Es importante coordinar las intervenciones para permitir periodos prolongados de descanso. También otras medidas relacionadas con el entorno pueden ser útiles como reducir los estímulos ambientales, aplicar contención y utilizar succión no nutritiva.

D: Conocimiento deficiente por parte del familiar relacionado con interpretación errónea de la información.

Objetivo: Favorecer la comunicación de los padres con el equipo de salud.

D: Riesgo de cansancio del rol del cuidador relacionado con enfermedad prolongada, separación de la familia y falta de descanso.

Objetivo: Favorecer el descanso y momentos de esparcimiento de los padres.

IE: Los profesionales de enfermería deben, desde el conocimiento y la experiencia, desarrollar habilidades para detectar e intervenir en las necesidades de los padres en las diferentes etapas de la internación o, en ocasiones, solicitar la intervención de otros profesionales como psicólogos o trabajadores sociales para que en forma multidisciplinaria puedan ayudar a uno o ambos padres a satisfacer sus propias necesidades o empoderarse del rol parental alterado por procesos prolongados y presencia de secuelas diversas.

Permitir a los padres acompañar a su hijo estimulando el contacto físico, visual y verbal, enseñar las formas de hacerlo para ofrecer contención y acompañamiento; esta acción disminuye su ansiedad y la incertidumbre que les produce un procedimiento médico.

Es necesario instruir a los padres, de acuerdo a las necesidades particulares de su hijo, para que logren destrezas que permitan realizar cuidados en el hogar luego del alta como, por ejemplo, administrar medicación

oral o cambiar bolsas de ostomías.¹⁰ El espacio otorgado en el cuidado para la expresión de sus inquietudes y preocupaciones equilibra el conocimiento adquirido, a veces tomado equivocadamente de las experiencias de otros padres. Además, se fortalece la confianza y la autonomía de los padres para realizar intervenciones que, al inicio, podrían resultar difíciles.

Cada padre es único al igual que su adaptación a situaciones críticas por lo que el personal sanitario debe ser sensible a sus necesidades.

CONCLUSIONES

La valoración e interpretación de los signos y síntomas del recién nacido nos permite seleccionar los cuidados en las diversas patologías y en sus diferentes estadios. Las necesidades son dinámicas y las intervenciones deben adaptarse a ellas continuamente.

Incluir a la familia en los cuidados, especialmente en la etapa postquirúrgica, determina y reconoce las ventajas de un entrenamiento precoz considerando la importancia del estadio post hospitalario, donde se verán reflejados los conocimientos y las destrezas de los padres y sus beneficios en la salud del niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pursley D, Hansen AR, Puder M. Obstrucción. En: Hansen AR, Puder M. Manual de Cuidados Intensivos en Cirugía Neonatal. 2ª edición. México: Editorial Médica Panamericana; 2012. P. 264-286.
2. Gutiérrez Carrillo MP, Zertuche Coindreau JM, Santana Cárdenas CL, Esparza Ponce C, et al. Descripción de la morbilidad y mortalidad por atresia intestinal en el periodo neonatal. *Cir Cir.* [Internet] 2013;81 (6):490-495.
3. Reynoso Argueta E, Camargo Gaona FD, Rangel Limón MC, Guzmán Arteaga AN. Atresia intestinal múltiple. *Rev Med Hosp Gen Mex.* [Internet] 2008;71(2):94-98.
4. Lamar K. Cuidados de enfermería del neonato ventilado. En: Donn, SM, Sinha, SK. Manual de asistencia respiratoria en neonatología. 4ª Edición. CABA. Argentina: Ed. Journal; 2019. p. 549-554.
5. Rodríguez S, Rabasa C, Martínez Ferro M. Aspectos perioperatorios en cirugía neonatal. *Medicina Infantil. Revista del Hospital Garrahan.* [Internet] 1998;5(3):188-191.
6. Chattas G. Cuidados perioperatorios del recién nacido con patología quirúrgica 2ª parte. *Enfermería Neonatal.* 2007; 3(1):2-5.
7. Vidal MA, Calderón E, Martínez E, González A, Torres LM. Dolor en neonatos. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* [Internet]. 2005;12(2):98-111.
8. Chattas G. Guía de práctica clínica para el cuidado de la piel del recién nacido. FUNDASAMIN. (Internet) 2018. P. 18-26. [Consulta: 24-05-2019]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1pTE5UOiyTKjnpTFB TxTqp94bRL4iuFA/view>
9. Wormald F, Reyes B, Miranda A. Cuidado de los padres de recién nacidos durante la hospitalización neonatal. En: Tapia JL, González Á. Neonatología. 4ª Edición. Chile: Ed. Mediterráneo; 2018. P. 657-658.

10. Cuidado centrado en la familia. En: Tamez R, Silva M. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. 2° Edición. Argentina: Ed. Panamericana; 2003. p. 173-175.
 11. De Manueles Jiménez J, De la Rubia Fernández L. Enfermedad de Hirschsprung. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP. Asociación Española de Pediatría (Internet). [Consulta: 3-11-2018]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/Hirschsprung.pdf>
 12. Myers T. Papel del terapeuta respiratorio en la UCIN. En: Donn SM, Sinha SK. Manual de asistencia respiratoria en neonatología. 4° Edición. CABA. Argentina: Ed. Journal; 2019. P. 566.
 13. Amaya de Gamarra IC, Suárez de Betancourt MJ, Villamizar Carvajal B. Cuidado de enfermería al neonato crítico. Guías ACOFAEN. Biblioteca Lascasas (Internet) 2005. [Consulta: 25-05-2019]. Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0023.php>
 14. Martínez Carapeto I, López Castilla JD, Gutiérrez RF. A comparison of post-surgical plasma glucose levels in patients on fluids with different glucose concentrations. *An Pediatr (Barc)*. (Internet) 2018;89(2):98-103.
 15. Bande J, Labaronnie H, Guerrero ME. Atresia de esófago tipo I asociada a atresia de duodeno. Presentación de un caso. *Rev. de Cir. Infantil*. (Internet) 2010. [Consulta: 28-04-2019]:133-136. Disponible en: <http://acacip.org.ar/revista-cirugia-infantil/indice-20/docs/revista-cirugia-infantil-20.pdf>
 16. Rodas SB. Atresia de esófago. Cuidados de enfermería. *Medicina Infantil*. Revista del Hospital Garrahan. 2009;16(1):67-71.
 17. Mena NP, Uauy DR. Lactancia materna. Tapia JL, González Á. Neonatología. 4° Edición. Chile: Ed. Mediterráneo; 2018. p. 163-167.
 18. Ortiz A. Lactancia Materna. En: Ance A, Altamirano L, Barón S, Ortiz A, Quiñenao B. Prácticas de Enfermería Neonatología. 1° Edición. Ciudad Autónoma de Bs As: Edimed-Ediciones médicas; 2015. p. 173-188.
 19. Chattas G. Cuidados al recién nacido con enterocolitis necrotizante. *Enfermería Neonatal*. N° 5 Año 2. Mayo 2009:12-19.
 20. Montes Bueno MT, Vázquez Sellan A. Termorregulación. Base fundamental para la salud neonatal. En: Plascencia Ordaz MJ, Barbosa AR, Herrera Fernández MG. Cuidados avanzados en el neonato. Libro 1. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. México, 2010. p. 115-129.
 21. Pérez ME, Masoli D, Ventura-Juncá P. Termorregulación. EN: En: Tapia JL, González Á. Neonatología. 4° Edición. Chile. Ed. Mediterráneo; 2018. p. 75-81.
 22. Urzúa BS, Concha PM. Analgesia, sedación y anestesia en el recién nacido. En: Tapia JL, González Á. Neonatología. 4° Edición. Chile: Ed. Mediterráneo; 2018. p. 537-542.
 23. Krechel SW, Bildner J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score: initial testing of validity and reliability. *Pediatr Anaesth*. 1995;5:53-61.
 24. Van Marter LJ, Pryor C. Evaluación y tratamiento del dolor. En Manual de Cuidados Intensivos en Cirugía Neonatal. 2° edición. México: Ed. Médica Panamericana; 2012. p 608-618.
 25. Brusseau R, Koka B. Anestesia en las urgencias quirúrgicas neonatales. En: Hansen A, Puder M. Manual de Cuidados Intensivos en Cirugía Neonatal. 2° edición. México: Ed. Médica Panamericana; 2012. p. 581.
-

Cuidados de enfermería en recién nacidos con necrosis grasa subcutánea

Consideraciones sobre un caso y revisión de la literatura

Nursing care in newborns with subcutaneous fat necrosis

Case report considerations and literature review

Lic. Alejandra Álvarez,[°] Enf. María Dolores Zamorano,^{°°} Dra. Andrea Paola Spiazzi^{°°°}

RESUMEN

La necrosis de grasa subcutánea del recién nacido es una patología rara y poco frecuente que afecta al tejido adiposo del niño sometido a estrés de parto e hipoxemia neonatal; se desarrolla en las primeras semanas de vida en neonatos de término. Son nódulos eritematosos o violáceos indurados a la palpación y dolorosos, localizados generalmente en la zona dorsal neonatal. La causa es aún desconocida, asociada a la hipotermia accidental o, actualmente, al enfriamiento terapéutico. Se puede acompañar de alteraciones del calcio depositado en el tejido celular subcutáneo y después durante su reabsorción. El advenimiento de la hipotermia terapéutica para la asfixia perinatal combina viejas causas con nuevos tratamientos y plantea el desafío de cuidar al niño con este diagnóstico.

Palabras clave: *asfixia neonatal, hipotermia, necrosis grasa subcutánea, hipercalcemia, calcificaciones.*

ABSTRACT

Subcutaneous fat necrosis of the newborn is a rare pathology that affects the adipose tissue of the child subjected to labor stress and neonatal hypoxemia; it develops in the first weeks of life in term neonates.

They are erythematous or violaceous nodules with induration to the palpation and painful, located generally in the back. The cause is still unknown, associated with accidental hypothermia or, currently, therapeutic hypothermia. It can be accompanied by alterations of the calcium deposited in the subcutaneous cellular tissue and later during its resorption. The advent of the therapeutic hypothermia for perinatal asphyxia combines old causes with new treatments and poses the challenge of caring for the child with this diagnosis.

Key words: *neonatal asphyxia, hypothermia, subcutaneous fat necrosis, hypercalcemia, calcifications.*

INTRODUCCIÓN

La necrosis de grasa subcutánea del recién nacido (NGSRN) es una patología rara y poco frecuente, que afecta al tejido adiposo, es autoresolutiva, se desarrolla en las primeras semanas de vida y puede presentarse en neonatos de término o posttérmino. Fue descrita por primera vez por los médicos ingleses Harrison y McNee en 1926, quienes describieron los nódulos y/o placas eritematosas/violáceas, con induración a la palpación, características de la entidad y los cristales subcutáneos.¹ Un estudio publicado recientemente

[°] Licenciada en Enfermería. Enfermera Jefe del Servicio de Neonatología. Hospital Zonal General de Agudos "Magdalena V. de Martínez", Gral. Pacheco, provincia de Buenos Aires.

^{°°} Enfermera asistencial. Servicio de Neonatología. Hospital Zonal General de Agudos "Magdalena V. de Martínez", Gral. Pacheco, provincia de Buenos Aires.

^{°°°} Médica anatomopatóloga. Hospital Zonal General de Agudos "Magdalena V. de Martínez", Gral. Pacheco, Pcia. de Buenos Aires.

Correspondencia: mdolzamorano@hotmail.com

Recibido: 2 de enero de 2019.

Aceptado: 11 de febrero de 2019.

del Hospital Necker de Francia reúne el mayor número de casos aunque no supera los 16 pacientes. En la República Argentina un estudio que agrupa distintas publicaciones incluyó 9 casos.

Estas lesiones están generalmente localizadas en la zona dorsal, extremidades superiores e inferiores y región glútea. Si bien la causa de esta afección es desconocida, las primeras publicaciones las asociaron a determinados factores como asfixia perinatal, hipotermia, aspiración de meconio, hipoxia, lesión por frío y antecedentes maternos patológicos como diabetes gestacional e hipertensión arterial, drogas como los bloqueantes del calcio y cocaína. En los inicios de la neonatología moderna se identificó como factor precipitante de la NGSRN los traumatismos obstétricos y la exposición al frío; se interpretó que la composición de la grasa subcutánea al nacer estaba involucrada en la génesis de las lesiones.^{2,3}

La NGSRN es una paniculitis lobulillar que, aunque autolimitada y benigna, puede evolucionar con alteraciones sistémicas relevantes, especialmente hipercalcemia. Se la relaciona con la redistribución del flujo sanguíneo durante la asfixia desde la piel y el tejido adiposo a estructuras como el corazón, el cerebro y las glándulas suprarrenales; se produce localmente cristalización y necrosis de células grasas, lo que determina una reacción inflamatoria granulomatosa de tipo cuerpo extraño. Esto se relaciona con la mayor proporción de ácidos grasos saturados en el tejido graso neonatal que facilita la cristalización y posterior necrosis.^{4,5}

Sus complicaciones metabólicas son infrecuentes, pero dentro de éstas se destacan las alteraciones del

calcio depositado en el tejido celular subcutáneo. Las publicaciones de fines del siglo pasado describieron estas alteraciones asociadas y propusieron mecanismos explicativos no confirmados.⁶

Un cuadro de trombocitopenia ocurre simultáneamente con la aparición de las lesiones por secuestro plaquetario. Los trastornos del calcio se presentan en el 25 % de los casos y anteceden a las lesiones subcutáneas. La regresión de las lesiones se asocia con un aumento en los niveles de calcio por diferentes mecanismos intervinientes como prostaglandinas, liberación de calcio del tejido necrótico y vitamina D3.⁷

El advenimiento de la hipotermia terapéutica para la asfixia perinatal generó la última serie de casos publicados durante el inicio del siglo XXI donde la combinación de causas y tratamientos genera una nueva presentación de la vieja patología.⁸

Presentación del caso

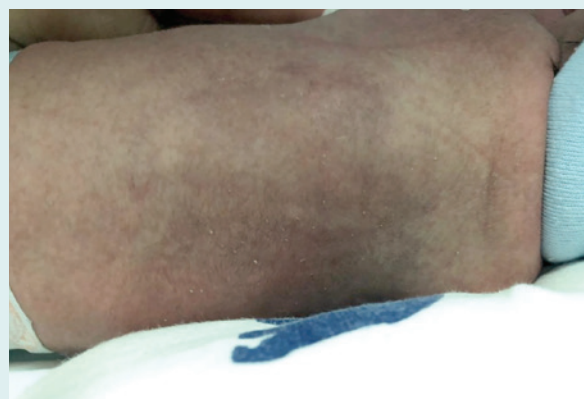
Un recién nacido varón nace mediante una operación cesárea, realizada por antecedentes de bradicardia fetal y sufrimiento fetal agudo, a las 42 semanas de edad gestacional, con un peso de 3720 g, perímetro cefálico de 34 cm y una talla de 53 cm, deprimido e impregnado en meconio, con un puntaje de Apgar 3/7. Se recupera rápidamente luego de ventilarlo con bolsa de reanimación y máscara; queda con taquipnea e ingresa a cuidados transicionales con un halo cefálico con oxígeno con saturometría de 94 %. A las 24 horas de vida presenta convulsiones tónico clónicas y se medica con fenobarbital como anticonvulsivante, con buena respuesta inmediata. Al cuarto día de vida se observa en la zona de la espalda un eritema violáceo

Figura 1. Necrosis grasa subcutánea del recién nacido. Dorso del niño al cuarto día de vida



Lesiones eritematosas y violáceas que no desaparecen a la presión y son dolorosas al tacto.

Figura 2. Necrosis grasa subcutánea del recién nacido. Evolución posterior luego del inicio del cuidado



con induración al tacto, de aproximadamente 4 x 6 cm de extensión (Figuras N° 1 y N° 2).

En base a los antecedentes se realiza el diagnóstico presuntivo de NGSRN. Es necesario realizar el diagnóstico diferencial con el escleredema neonatal y procesos infecciosos de la piel.

Los estudios de laboratorio muestran hipocalcemia de 5,2 mg/dl de calcio iónico. A los 11 días después del primer resultado, el nivel de calcio es 9,8 mg/dl.

Diagnóstico

La punción con aguja fina es la técnica recomendada para el diagnóstico de certeza.⁹ El diagnóstico fue confirmado por biopsia de piel obtenida mediante *punch*, que mostró a nivel de la hipodermis una reacción gigantocelular a cristales de colesterol intracelulares de manera focal, en el contexto del tejido adiposo adyacente con eosinófilos e histiocitos. El estrato superficial epidérmico no presenta alteraciones de significación patológica. El diagnóstico fue necrosis grasa en hipodermis (Figura N° 3 y N° 4).

Cuidados

Si bien hay poca bibliografía sobre esta patología, en la programación del cuidado de enfermería se consideraron rotaciones más frecuentes de decúbito dorsal, ventral y lateral.

Es fundamental una observación atenta para detectar signos de dolor, ya que una de las características de

la NGSRN es la dificultad de plisar la piel provocando así mucho dolor. Según la indicación médica, se realizó terapia del dolor con analgesia endovenosa, y luego se pasó a la vía oral. Las drogas que se usaron para analgesia fueron fentanilo a 0,3 mcg/kg/dosis y luego paracetamol al 2 %, 2 gotas/kg, por vía oral.

Es importante realizar monitoreo electrocardiográfico continuo, ya que una de las complicaciones que puede generar los depósitos y liberación posterior de calcio son la arritmias cardíacas. Estos trastornos metabólicos pueden desarrollar irritabilidad, hipotonía, vómitos, deshidratación, letárgica, estreñimiento, poliuria, entre otras manifestaciones. Se realizó hidratación parenteral durante cuatro días, para evitar la nefrocalcinosis, complicación que aparece en la mayoría de los niños afectados y requiere hidratación intravenosa, diuréticos, glucocorticoides y alimentación con leche humana o fórmulas bajas en calcio. La nefrocalcinosis se resuelve fuera del período neonatal. No se presentaron trastornos plaquetarios.

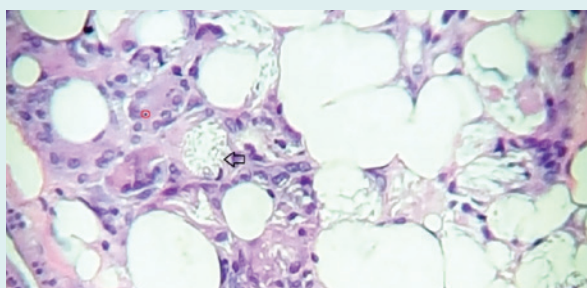
Al alta este RN requirió seguimiento interdisciplinario incorporando el cuidado neurológico y vigilancia de las afectaciones metabólicas y renales.

En el consultorio de seguimiento consultó por infecciones urinarias a repetición.

CONCLUSIÓN

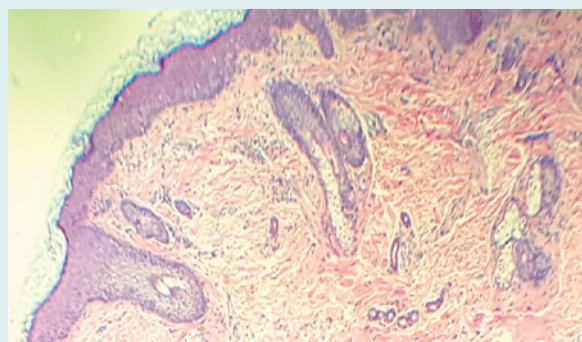
La NGSRN es una entidad poco frecuente, pero que las enfermeras con responsabilidad de cuidar neonatos deben conocer como fuente de dolor, detectar y anticiparse a su aparición, ya que no se puede prevenir en niños con antecedentes de parto dificultoso o

Figura 3. Microfotografía de la dermis con depósito de cristales



Reacción gigantocelular subcutánea con cristales de colesterol intracelulares de manera focal, en el contexto de tejido adiposo adyacente con eosinófilos e histiocitos.

Figura 4. Dermis próxima sin alteraciones patológicas



asfisia perinatal. Si bien es una entidad descrita en la primera mitad del siglo pasado, hoy aparece asociada a la hipotermia terapéutica.

Los cuidados de enfermería deben considerar la analgesia, la movilización y cuidado del decúbito y el monitoreo de los probables trastornos del calcio, primero depositado como cristales subcutáneos y luego reab-

sorbido con las posibles implicancias en el metabolismo específico.

Este caso no se relacionó con la hipotermia terapéutica, lo que muestra que, aun en los cuidados convencionales del recién nacido con antecedentes de parto distócico y de hipoxia perinatal, la aparición de NGSRN debe ser vigilada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison GA. An investigation of sclerema neonatorum with special reference to the chemistry of the subcutaneous tissues: (Part I). *Arch Dis Child*. 1926;1(2):63-84.
 2. Noojin RO, Pace BF, Davis HG. Subcutaneous fat necrosis of the newborn; certain etiologic considerations. *J Invest Dermatol*. 1949 Jun;12(6):331-4.
 3. Holzel A. Subcutaneous fat necrosis of the newborn. *Arch Dis Child*. 1951;26(125):89-91.
 4. Feng Z, Guo B, Zhang Z. Subcutaneous fat necrosis of the newborn associated with hypercalcemia after therapeutic hypothermia. *J La State Med Soc*. 2014;166(3):97-99.
 5. Larralde M, Abad ME, Corbella C, Ferrari CA, et al. Necrosis grasa del recién nacido, comunicación de cinco casos. *Dermatol Argent*. 2009;15(3):200-4.
 6. Lewis HM, Ferryman S, Gatrad AR, Moss C. Subcutaneous fat necrosis of the newborn associated with hypercalcaemia. *J R Soc Med*. 1994;87(8):482-3.
 7. Oliveira AC, Selores M, Pereira O. Fat necrosis of the newborn: report on two cases. *An Bras Dermatol*. 2011;86(4 Suppl 1):S114-S117.
 8. Grass B, Weibel L, Hagmann C, Brotschi B, National Asphyxia and Cooling Register Group. Subcutaneous fat necrosis in neonates with hypoxic ischaemic encephalopathy registered in the Swiss National Asphyxia and Cooling Register. *BMC Pediatr*. 2015;15:73.
 9. Schubert PT, Razak R, Jordaan HF. Fine-Needle Aspiration as a Method of Diagnosis of Subcutaneous Fat Necrosis of the Newborn. *Pediatr Dermatol*. 2016 May;33(3):e220-1.
-

Revelaciones de violencia obstétrica ocultas durante la atención del parto

Disclosures of obstetric violence hidden during attention of childbirth

Mg. Javier Alonso Bula Romero,[°] Mg. Luz Enith Maza Padilla,[°] Enf. Esp. Martha Orozco Valeta^{°°}

RESUMEN

Objetivo: describir las revelaciones de violencia obstétrica ocultas durante la atención del parto, con el fin de generar intervenciones de enfermería que promuevan un parto humanizado.

Metodología: investigación de tipo cualitativo descriptivo, desarrollada con la técnica de análisis de contenido convencional.

Resultados: Emergieron tres categorías o unidades de análisis como se describe a continuación: distanciamiento entre el personal de salud y la mujer; el contenido oculto de la atención del personal de salud durante el parto y, por último los sentimientos y expresiones de la mujer ante el trato recibido durante la atención del parto.

Conclusiones: esta investigación, brinda aportes a la comprensión del fenómeno de estudio, porque reorienta el cuidado de enfermería que se desarrolla en un entorno social, que día a día deja de reconocer a la mujer como verdadera protagonista de la atención del parto. Muestra las voces de la mujer en relación a los contenidos ocultos de la atención materna durante la atención del parto; así mismo visibiliza una realidad social que da cuenta de las manifestaciones de violencia a las que se ve enfrentada una mujer cuando acude a los servicios de salud.

Palabras claves: mujer en gestación, atención del parto, violencia, personal de salud.

ABSTRACT

Objective: To describe the obstetric violence revelations hidden during delivery care, to generate nursing interventions that promote a humanized delivery.

Methodology: Descriptive qualitative research, developed with the conventional content analysis technique.

Results: Three categories or units of analysis emerged as described below: distancing between health personnel and women; the hidden content of the attention of the health personnel during the delivery and, finally, the feelings and expressions of the woman before the treatment received during the delivery care.

Conclusions: This research provides contributions to the understanding of the phenomenon of study, because it reorients the nursing care that takes place in a social environment, which every day stops recognizing women as the true protagonist of childbirth care. It shows the voices of the woman in relation to the hidden contents of the maternal attention during the delivery care. It also highlights a social reality that accounts for the manifestations of violence that a woman faces when she arrives at the health services.

[°] Mg. Javier Alonso Bula Romero,[°] Mg. Luz Enith Maza Padilla,[°] Enf. Esp. Martha Orozco Valeta.^{°°}

[°] Mg. en Enfermería. Docente del Programa de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Córdoba. Colombia.

^{°°} Enfermera especialista en Enfermería Médico Quirúrgica. Docente del Programa de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Córdoba. Colombia.

Correspondencia: javierbula@correo.unicordoba.edu.co

Recibido: 22 de septiembre de 2018.

Aceptado: 24 de enero de 2019.

Key words: woman in pregnancy, delivery care, violence, health personnel.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud advierte que, en el mundo, muchas mujeres sufren un trato grosero y humillante durante la atención del parto, situación que no sólo atenta contra una atención respetuosa, sino que también amenaza los derechos a la vida, la salud y la dignidad de las mujeres.¹

En algunos lugares del mundo, este trato irrespetuoso ha sido denominado “violencia obstétrica”.² Para el contexto colombiano, esta definición es poco usada, sin embargo, es conocida como falta de respeto a la mujer y su hijo por nacer, durante la atención en los servicios de salud materno-infantil. Según Terán et al., esta es una de las formas de trasgresión más frecuente contra la mujer durante la atención en salud, en los servicios ginecobstétricos.³

La violencia obstétrica incluye comentarios hirientes, muchas veces relacionados con la paridad y sexualidad de la mujer; otras situaciones como impedir a las mujeres expresarse durante todo el proceso de atención del parto, minimizar su experiencia de dolor, brindar información incompleta antes, durante y después del parto,⁴ realizar procedimientos médicos de forma rutinaria ya reevaluados, como la “maniobra de Kristeller”⁵ y administración de enemas rectales, ignorar los deseos y opiniones de las mujeres y sus familiares, como también el abuso de fármacos para agilizar el trabajo de parto, entre otros.

En Latinoamérica, se han creado avances a nivel legal, en busca de la protección de los derechos de la mujer a recibir una atención respetuosa durante la atención del parto; el primer país en incursionar sobre esta temática fue Venezuela, quien en 1998 aprobó la Ley orgánica a favor de los derechos de la mujer, en la cual se especifican 19 formas de violencia. Una de ellas es, la violencia obstétrica, definida como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud.⁶ Por su parte, en Argentina, se dispone de la Ley 25929 del Parto Humanizado que establece entre otras consideraciones, que toda mujer debe ser tratada con respeto, de manera individual y personal, de tal manera que se garantice su intimidad durante todo el proceso asistencial durante el trabajo de parto, parto y postparto.⁷

En Colombia, se conocen pocos estudios relacionados con esta temática, sin embargo, la problemática de la violencia obstétrica durante la atención a la mujer

en los servicios de salud es una realidad del día a día, bien sea porque no se tiene conocimiento sobre el tema o esta situación pasa desapercibida para muchas mujeres, quienes consideran que las manifestaciones de violencia son parte del proceso de atención al que deben estar expuestas para evitar complicaciones, durante el embarazo, parto y puerperio.

Un elemento motivador para la realización del presente trabajo está relacionado con la experiencia vivida en el quehacer diario como docentes del área de ginecología y obstetricia, donde continuamente se visualizan distintas manifestaciones de violencia o falta de respeto hacia la mujer en gestación durante la atención del parto; por ejemplo: el lenguaje irrespetuoso y muchas veces hiriente utilizado en algunas ocasiones por el personal de salud, denigrando a la mujer en un momento tan importante como el nacimiento de su hijo.

En el departamento de Córdoba no se evidencian estudios que describan este tipo de situación. Por tanto, se hace necesario explorar y describir *¿Cuáles son las revelaciones de violencia obstétrica ocultas durante la atención del parto, en una Institución de Salud de Montería?* Con esta información se pretende contribuir a la promoción humanizada de la atención del parto liderada por profesionales de enfermería, donde se reconozcan los derechos de la mujer en gestación para prevenir posibles actos de maltrato durante la atención en salud.

METODOLOGÍA

Investigación de tipo cualitativo descriptivo, desarrollada con la técnica de análisis de contenido convencional.⁸ Este tipo de investigación apunta a comprender la realidad social de un proceso que es visto a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas, que tiene como objetivo describir las revelaciones de violencia obstétrica ocultas durante la atención del parto, con el fin de generar intervenciones de enfermería que promuevan un parto humanizado.⁹

Inmersión en el campo de investigación

Inicialmente se realizó un primer acercamiento al contexto donde ocurre la atención de las mujeres en gestación, específicamente en las unidades de maternidad, con el fin de identificar a aquellas mujeres que experimentaron violencia obstétrica durante la atención del parto y que quisieran participar en la investigación.

En el 2017, fecha en que se realizó el estudio, la Institución de Salud escogida para la realización de éste, reportó 2594 nacimientos; de estos, 602 fueron partos vaginales y 1992 por cesárea. La captación de las participantes se realizó en el servicio de puerperio del escenario de estudio, donde se tomaron los datos de contacto de la gestante, previa información sobre el propósito de investigación a la que se le invitaba a participar.

Se programaron las entrevistas con las puérperas y se les explicó nuevamente el propósito de la investigación, informando a cada participante el tiempo promedio y número de entrevistas; indicando que estas serían grabadas en audio y transcritas de manera fidedigna. Se realizó lectura, explicación y entrega del consentimiento informado, a cada participante del estudio. Una vez comprendido, aceptado y firmado este documento, se indicó el procedimiento a seguir en el desarrollo de esta investigación. El proyecto de investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba.

Para la recolección de la información se utilizó la entrevista abierta y en profundidad. Se plantearon tres tipos de preguntas: descriptivas, estructurales y de contraste. Las entrevistas en profundidad fueron abiertas y flexibles, utilizando como guía unas preguntas iniciales, empleando además materiales de audio y cuaderno de notas, este último con el objeto de plasmar la percepción, las evasivas y el lenguaje gestual; en el transcurso de este proceso fue inevitable sentir sentimientos de rabia y tristeza, como también, silencios forzosos, susurros y voces entrecortadas.

La muestra de estudio se obtuvo por saturación teórica de la información, luego de realizar entrevistas a cada participante. En la institución de salud escenario del estudio se atendieron 602 partos vaginales; el promedio de mujeres en posparto en los servicios de Maternidad, fue de 50 por mes; los investigadores realizaron rondas en los servicios de Maternidad con el fin de identificar y captar las potenciales informantes del estudio; brindaron información del proyecto a todas las puérperas hospitalizadas, con el objetivo de invitarlas a participar de manera voluntaria; de estas, 15 mujeres en posparto decidieron participar, pero la muestra final estuvo constituida por 8 puérperas, con las que se alcanzó el punto de saturación teórica. La investigación se desarrolló en un tiempo de 12 meses, en total se realizaron 18 entrevistas de aproximadamente 45 minutos de duración, las cuales fueron transcritas fielmente en formato Microsoft Word®, versión 2010 y archivadas en medio físico y magnético para uso exclusivo de esta investigación.

Las informantes del estudio fueron entrevistadas en sus hogares, previo consenso con cada una de ellas, de acuerdo con su disponibilidad de tiempo. Para el rigor metodológico, se tuvo en cuenta los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad, propuestos por Guba y Lincoln citado por Castillo y Vásquez.¹⁰ La información obtenida en las entrevistas fue ordenada, codificada, categorizada, definiendo las categorías y temas, que emergieron del análisis de contenido.

Planificación del análisis de contenido

Establecimiento del corpus: consistió en la delimitación del número de entrevistas a realizar, hasta lograr la profundidad del tema y la saturación teórica.

Preparación del material: cada texto fue resultado de la transcripción fidedigna de las entrevistas.

Las etapas de análisis: cada entrevista fue sometida a un riguroso análisis de manera sistemática, buscando la alineación y la dinámica del discurso, el estilo, los elementos atípicos y las figuras de la retórica. En esta investigación, las expresiones verbales fueron el fundamento de análisis, las cuales se transcribieron textualmente para mantener la objetividad, facilitar su manejo y análisis; por esta razón, este proceso se convierte en un análisis de texto, que tiene como objetivo el análisis de contenido.

Luego de ordenar la información, esta fue codificada y categorizada, acorde al objetivo de la investigación y relevancia de las respuestas obtenidas. Los códigos y categorías se nombraron con las mismas palabras del discurso de las participantes, con el ánimo de mantener la fidelidad del texto analizado y la rigurosidad de la metodología de análisis.

Luego de codificar, el paso siguiente fue definir las categorías y las subcategorías teniendo en cuenta la homogeneidad interna (todos los datos reflejan la categoría) y la homogeneidad externa (muestra la relación entre categorías y subcategorías) para lo cual se realizó un diagrama de árbol.

RESULTADOS

La muestra estuvo finalmente representada por ocho puérperas sanas mayores de edad entre los 18 y 35 años, con una media de 23 años; la mayoría de ellas, eran de estrato socioeconómico bajo, la mayor proporción presentaba estudios de básica secundaria, vivían en unión marital libre y tenían como oficio ser amas de casa.

Emergieron tres temas o unidades de análisis como se describe a continuación: distanciamiento entre el personal de salud y la mujer, el contenido oculto de la atención del personal de salud durante la atención del parto y por último, los sentimientos y expresiones de la mujer ante el trato recibido durante la atención del parto.

Los nombres asignados a cada una de las informantes de este estudio, corresponden a homólogos de mujeres que fueron víctimas de violencia en el contexto colombiano y han sido objeto de interés nacional.

Tema 1. El distanciamiento entre los profesionales de la salud y la mujer: en esta unidad de análisis, se describe el trato recibido de los profesionales de la salud que se ocupan de la atención del parto; las informantes de este estudio indican que el trato recibido en las salas de parto es frío, distante y deshumanizado.

Algunas mujeres durante la atención del parto expresan sentirse solas y manifiestan el deseo de contar con una persona a su lado, apoyándolas y explicándoles las actividades que le están realizando; generalmente, las mujeres en trabajo de parto reprochan el hecho de estar solas; el personal de salud en algunas ocasiones no brinda una orientación adecuada en los procesos que surgen durante la labor del parto.¹¹

i...Sería bueno que estuvieran más pendientes de uno!,... ¡lo único que quería era que me dieran aliento..., me dieran ánimo, es decir, que me ayudaran...!

i... solo pensaba en mi familia... la verdad es que esta situación era deprimente para mí!

Gertrudis

En muchas situaciones, la falta de orientación sobre los procesos que se dan en el interior de las salas de parto son producto de la falta de reconocimiento que el personal de salud hace a las necesidades de cuidado y orientación que la mujer en trabajo de parto requiere; en este sentido, el trato es distante y carece de sensibilidad.

i...Nunca me explicaron, yo sí sabía que me iban hacer cesárea, pero nunca me dijeron por qué me la iban hacer...!

i...El médico cuando me hizo el tacto, me dijo: ¡acuéstate! ... ¡le metía el dedo a uno, pero no me explicaba...!

Gertrudis

En ocasiones el personal de salud, independientemente de la disciplina que ejerce se encierra en sus

conocimientos, omite las opiniones de las mujeres y las experiencias vividas en situaciones previas e ignora muchas veces las advertencias que la mujer puede anticipar a su condición de salud.¹²

i...El médico ni me hizo caso!, ¡no creía en lo que yo decía, él solo creía en su criterio médico y no creía en mí!...

i...Debieron hacerme caso! ¡Yo ya he tenido cuatro partos! ¡Y a uno la experiencia le enseña! ... ¡yo les decía que me llevaran porque ya estaba pariendo!

i... Ya uno conoce su cuerpo, todos los partos no son iguales! ¡Y uno ya más o menos tiene una idea!...

Natalia

El silencio del personal de salud a los interrogantes o comentarios de las mujeres durante la atención del parto, evidencia la indiferencia que estos tienen hacia ellas, en este proceso tan importante.¹³ Este silencio estuvo acompañado de una postura corporal y una actitud arrogante frente a las mujeres-pacientes, quienes fueron tratadas de manera impersonal, tras ignorar sus preguntas y comentarios, confirmando el supuesto de superioridad del profesional de salud, quien cree poseer el conocimiento y por ello asume esta actitud.¹⁴

Tema 2: El contenido oculto de la atención en salud durante el parto, incluye comentarios hirientes, desaprobación, mal trato y actos que incurren en manifestaciones de violencia contra la mujer.¹⁵

Muchas mujeres experimentan situaciones que son ocultas a la luz pública durante la atención del parto, algunas creen que muchos de estos actos forman parte del proceso de atención del parto y aunque se sienten maltratadas, prefieren callar, experimentando así situaciones que desconocían y que las afecta como usuarias de un servicio de salud. El personal de salud realiza comentarios hirientes que afectan el estado emocional de la mujer, expresándose con frialdad e irrespeto; estas expresiones quedan impregnadas en la experiencia de la mujer.¹⁶

Las siguientes expresiones documentan lo anteriormente descrito.

i...Otro hijo con esta situación como está ahora!,... ¡cuatro hijos! ¡Traerlos al mundo a pasar necesidades!, ... ¡entonces, a mí no me gustó eso de ellos! [Rabia], ¡me sentí mal en ese momento! [Incomodidad]

Juliana

*¡...Me decían que no siguiera llorando!,
¡que si yo lloraba era porque yo me
lo estaba buscando, que para eso había medios
anticonceptivos para que me protegiera! ...
¡que a mí nadie me había mandado
a que me embarazara!...*

Juliana

Durante la atención del parto se prohíbe a la mujer manifestar sus sentimientos; esta situación hace que se sientan limitadas para expresar sus emociones, muchas sienten pérdida del autocontrol y la autonomía en el proceso del trabajo de parto y parto, **momentos únicos para cada mujer.**

*¡...Me criticaban porque yo lloraba mucho!...
¡el doctor me decía que me callara! ...*

*¡...Yo pedí a gritos que viniera mi mamá!...
¡y nunca la dejaron entrar!...*

Claudia

*¡...No me podía parar!,
¡no dejaban entrar acompañantes!...*

Natalia.

*¡...Ellas me decían, quédese quieta ahí! ...
¿entonces usted no va ser capaz de tener un hijo?...
¡quédese quieta! ... ¡por qué tanta molestadera?*

Nataly

Según Monroy, una práctica frecuente en la atención del parto es no permitir que las mujeres parturientas estén acompañadas de una persona de su confianza durante el trabajo de parto y parto.¹⁷ Se supone que los acompañantes deben permanecer en las salas de espera, hasta recibir información del personal de salud, pero en ocasiones esta información no se brinda oportunamente.¹⁸

Durante la atención del parto, la mujer debe negarse a sí misma, poner en duda lo que siente y lo que necesita, porque su experiencia y vivencia carecen de importancia en la praxis médica.¹⁹ La incomunicación y el aislamiento de las mujeres en las salas de parto generó sentimiento de inseguridad; en muchas de sus narrativas hablan en primera persona "me hicieron", "me dijeron", "me pasaron", "me pusieron", "me colocaron", etc. En cuanto a la posibilidad de decidir, algunas manifestaron que no se les permitió actuar de manera autónoma y legítima; otras por su parte se sintieron abandonadas, tratadas con negligencia, insensibilidad, dominación e intolerancia.²⁰

El irrespeto, los actos grotescos y los comentarios displicentes, forman parte de las prácticas rutinarias en

las salas de parto, especialmente cuando la institución tiene profesionales en formación, que satura los ambientes físicos de las unidades de maternidad, incomodando e intimidando a la mujer.

*¡...había muchos estudiantes!
¡Estaban todos mirándome!...
¡yo me sentía muy incómoda!...*

Juliana

*¡Yo no recibía una respuesta amable,
sino mala cara!... ¡Nunca me prestaron atención,
era como si uno no estuviera hablando con ellas!...*

Juliana

Entre las mujeres entrevistadas hay consenso, que deben existir espacios de práctica para los profesionales en formación, sean estudiantes de medicina o enfermería; así mismo, indican que este tipo de prácticas deberían realizarse en un ambiente de respeto hacia las mujeres que están en trabajo de parto y parto. Las palabras más pronunciadas para describir lo que se siente en estas situaciones fueron incomodidad, impotencia, vergüenza y rabia.

No ser tenidas en cuenta como personas fue usual en el personal de salud, incluyendo el personal en formación; a este personal no les interesaba el nombre de la mujer que estaban interviniendo, ni cómo se estaba sintiendo, tampoco le pidieron consentimiento para realizar los procedimientos o para poder dar explicaciones a los estudiantes.²¹

La falta de intimidad fue vista por varias mujeres como otra característica del modelo de atención provista en las salas de parto.²² El trato brindado por el personal de salud hacia las mujeres durante la atención del parto debería ser digno y respetuoso, sin embargo, durante este proceso se ha evidenciado expresiones de menosprecio y burla ante el comportamiento de la mujer.²³

*...Decían cosas entre ellas, ¡se burlaban de mí!...
¡y decían: por escandalosa la van a dejar acá
más tiempo y otras cosas como esas!...*

Nataly

*¡Empezaron a burlarse de uno!...
no sé quién sería ella,... ¡Creo que una doctora!,
esa señora empezó a gritarme cosas, a decirme
¡oye deja el escándalo!... ¡deja de ser escandalosa!,
¡por qué gritas así?,... si vas a portarte así en el parto,
¡te va a ir mal!,
¡uno que es primeriza no sabe que no puede llorar!*

Nataly

Tema 3: Sentimientos y expresiones de la mujer atribuidas al trato recibido por el personal de salud durante la atención del parto, son los sentimientos descritos por las mujeres al vivenciar un trato irrespetuoso que marca su experiencia personal durante la atención del parto.

Cuando una mujer se enfrenta al parto puede tener diferentes experiencias que marcan la percepción de la atención que provee el personal de salud, sin embargo, muchas mujeres comentan vivencias que nunca se habían imaginado experimentar, entre ellas: sentir culpa, rabia, e inclusive una profunda decepción.²⁴

Durante la atención del parto, muchas mujeres se sienten estigmatizadas por comentarios del personal de salud, generando una amplia gama de sentimientos negativos que van desde la rabia hasta la frustración.

*¡...Uno se siente en el momento tan mal!...
¡qué piensa, si está haciendo mal en tener tantos hijos... ¡porque de pronto van a pasar trabajo!...*

Juliana

*¡...no me prestaban atención por ser escandalosa...,
se siente uno como que menos que otros!...*

Nataly

Las narrativas expresadas en esta investigación evidencian que las mujeres se sienten incómodas por el trato recibido, muchas consideran que son intimidadas por el personal de salud; estas situaciones les permite pensar que no son tenidas en cuenta durante el proceso de atención.

*¡...Me sentí mal! ... ¡por lo que había mucha gente! ...
¡muchos practicantes y
yo pensaba que esto era más íntimo!...*

Lilian

*¡...yo sola! ¡...ahí, delante de tanta gente
que me estaban mirando!...*

Rosa Elvira

La atención del parto debería ser una experiencia gratificante para todas las mujeres; sin embargo, para algunas mujeres esta experiencia no es del todo satisfactoria; la atención misma es considerada un escenario para violentar sus derechos como mujer.²⁵

*¡... Me trataron de vieja cansona! ...
¡yo estaba apurada con los dolores y no llamaban al médico, pero lo que hacen es que cogen a uno de burla!, ¡claro como ellos no están sintiendo el dolor! ... ¡se creen con derecho a criticarlo a uno!...*

Natalia

Se encontraron situaciones donde las mujeres fueron tratadas con indiferencia, el personal de salud se mostró frío, distante e insensible a la condición de la mujer. Los sentimientos de indignación estuvieron presentes en las narrativas de las informantes, la falta de apoyo y la insensibilidad del personal las tocó profundamente.

¡...En el momento que necesitaba ayuda no la encontré!, ¡ellos me miraban y no me ayudaban!...

Rosa Elvira

¡...Hay otros que uno les habla y es como si no fuera con ellos! ... ¡como que uno no les importa!...

Nataly

¡...Mal, porque yo adolorida y ellas, así como si nada!... ¡como si llevaran un animalito allí!...

Gertrudis

Las informantes de este estudio indican que el personal de salud no les brinda un apoyo continuo durante la atención del parto, algunas refieren falta de comprensión.

... ¡En ese momento de dolor uno lo que necesita es ayuda,... y si lo que uno va a recibir es insulto, imagínate cómo se puede sentir uno!...

Natalia

*... ¡Yo di todo de mí!,...
¡para mí la negligencia fue de ellos!...*

Natalia

En general, las mujeres de este estudio coinciden en que asumen una posición de sumisión total, donde están presentes las prohibiciones, no se les permite tomar decisiones autónomas sobre el cuidado de su salud, sienten que su intimidad se encuentra expuesta ante la presencia de extraños, que más que ofrecer apoyo permanente y continuo generan sentimientos negativos por el trato recibido durante la atención del parto.

DISCUSIÓN

En la investigación realizada por Rodríguez, uno de los resultados que más llama la atención por su gravedad y por el ataque frontal contra la dignidad de la mujer parturienta, hace referencia a que las mujeres se han sentido amenazadas o insultadas por parte del personal sanitario durante la atención del parto.²⁶ En este sentido, el parto debe desarrollarse en un entorno seguro, íntimo y amigable, además, la mujer debe estar atendida e informada de los procesos que le van a realizar.

Autores como Aysta y Vásquez, aseguran que en el momento del parto es donde surge con toda claridad la violencia y las rutinas innecesarias.²⁷

Dentro de las manifestaciones emocionales reportadas en algunas investigaciones, se evidencia que las mujeres durante la atención del parto experimentan sentimientos de rabia, tristeza, frustración y dolor, con silencios forzosos, susurros ante la presencia de alguien, gritos, voces entrecortadas y llanto.^{28,29} Para Fernández, lo peor de estas situaciones es saber que las mujeres, muchas veces se sienten culpables de lo que les sucede.³⁰

Existen países que aunque no cuenten con leyes que protejan a las mujeres frente a situaciones que atentan contra ellas en los servicios ginecobstétricos, estos se encuentran vinculados a la Red Internacional de Observatorios de Violencia Obstétrica (OVO), conformada por los nodos de Argentina, Chile, Colombia, España y Francia.³¹ Esta organización indica que la violencia obstétrica (VO) representa un alarmante y generalizado problema de salud pública a nivel mundial, que implica altos índices de intervención y medicalización rutinaria durante la atención del parto, al igual que maltrato físico y verbal, ejercido indistintamente en ámbitos públicos y privados, nivel cultural, religión, etnia, orientación sexual e identidad de género.³²

El estudio realizado por Bellón, sobre la violencia obstétrica, aporta desde la crítica feminista y la biopolítica, un marco teórico que contribuye al entendimiento de este fenómeno.³² Algunas definiciones comunes de violencia obstétrica incluyen la negación de información a las gestantes sobre los procedimientos médicos realizados durante la atención del parto; prácticas hospitalarias que ignoran las necesidades expresadas por las mujeres embarazadas, como el aislamiento durante el trabajo de parto con la restricción de movimientos, situaciones que pueden ser innecesarias durante este proceso; así mismo, la realización de cesáreas innecesarias y otras intervenciones consideradas de riesgo como la maniobra de Kristeller; rutinas hospitalarias sin ventajas probadas para el bienestar de las gestantes, como administración de enemas y sedantes, realización de episiotomías, o la posición supina obligatoria para las mujeres en el momento de parto.¹⁸

El estudio realizado por Quevedo, sostiene que el intenso control médico ejercido sobre la mujer en trabajo de parto, además de llevar implícita una importante carga de jerarquización y de inferioridad para éstas, les genera sentimientos negativos como inseguridad y desconfianza en su propio cuerpo, logrando así que las mujeres se sientan inválidas y dependientes del médico^{33,34} de quien se espera, dé solución a unas manifes-

taciones físicas que aunque normales y naturales, se viven como irregulares y amenazantes.

En este mismo sentido, Cobo en su teoría, indica que la violencia obstétrica también es un tipo de violencia de género, que al igual que otras formas de violencia permanecen encubiertas. Es así, como muchas mujeres no son conscientes de percibir esta situación.³⁵ Para otros autores, este tipo de violencia se hace invisible en el contexto de la atención del parto, en la medida que es ejercida y considerada como parte normal del proceso de atención.^{36,37} Las víctimas se sienten abandonadas y, muchas veces no saben que sus derechos han sido vulnerados, razón por la cual la restitución de los mismos y la reparación es prácticamente imposible.³⁸

Según Terán et al., entre las manifestaciones de trato deshumanizante que más se reconocen durante la atención del parto están las críticas por llorar o gritar durante el parto, la imposibilidad de preguntar, manifestar miedos o inquietudes, las burlas, comentarios irónicos y descalificadores referidos por el personal de salud.³⁸ En el escenario de este estudio, algunas informantes también manifestaron insatisfacción por el trato recibido durante la atención del parto, considerando que el personal de salud no brindaba un trato respetuoso y digno en un momento tan importante como el nacimiento de su hijo.

Estudios realizados en las unidades de ginecoobstetricia muestran como las mujeres durante el trabajo de parto, solicitan ayuda y orientación sobre cómo manejar el estrés de la labor de parto y otras situaciones presentadas durante el nacimiento de su hijo⁴⁰; el personal de salud muchas veces desconoce la importancia que este proceso representa para la mujer y olvida que es ella la verdadera protagonista de esta experiencia.⁴¹ Desde hace muchos años en diversos países del mundo, comenzaron a surgir las doulas, que son mujeres que brindan acompañamiento personalizado a la mujer durante el trabajo de parto y buscan evitar experiencias traumáticas y disminuir el estrés generado ante esta situación.⁴²

Otros autores como Soto, afirman que el acompañamiento de una doula durante el embarazo, trabajo de parto y nacimiento, facilita las condiciones para que estos procesos tengan desenlaces favorables para la diada madre e hijo.⁴³ En la investigación propuesta por este autor, las mujeres que recibieron apoyo continuo durante el parto, tuvieron resultados significativos en términos de una mayor reducción en las tasas de cesárea y partos instrumentados, menor uso de analgesia, menor práctica de episiotomía, menor uso de oxitocina y mayor tiempo de apego materno al recién nacido.⁴⁴

Recordar a los profesionales de la salud que realizan la atención del parto, la necesidad de devolver a la mujer su protagonismo durante el proceso del nacimiento.

El personal de salud debe mantener una interacción respetuosa con la mujer durante el trabajo de parto y parto, brindar un cuidado humanizado, cálido y acorde a sus necesidades. Así mismo, brindar un cuidado integral que aborde los aspectos psicológicos de la madre con el mismo interés que los fisiológicos.

En este estudio, no se identificó el actuar de enfermería en la prevención de la violencia obstétrica o falta de respeto a la mujer durante la atención del parto, por esta razón se invita a realizar estudios cualitativos que permitan profundizar desde la disciplina el fenómeno de estudio.

CONCLUSIONES

Unas de las revelaciones ocultas de violencia obstétrica durante la atención fueron las manifestaciones de irrespeto e indiferencia hacia la mujer durante el trabajo de parto y el parto; el personal de salud se mostró frío, distante e insensible a la condición de la mujer.

Esta investigación brinda aportes a la descripción y comprensión del fenómeno de estudio de la violencia obstétrica (VO) reorientando el cuidado de enfermería que está en un entorno social que día a día deja de reconocer a la mujer como verdadera protagonista de la atención del parto.

Para la práctica de enfermería es fundamental conocer las revelaciones de violencia obstétrica ocultas durante la atención del parto, porque esta información permitirá fortalecer el cuidado humanizado en el proceso del nacimiento, haciendo que el parto sea una experiencia única y gratificante para la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. 2014. [Consulta: 21-01-2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=337E83EF2CE4E59312EEDF6FD882CEF5?sequence=1
2. Bellón Sánchez S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*. 2015;7(18):93-111.
3. Teran P, Castellano C, González Blanco M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2013;73(3):171-180.
4. Struminger B. Violencia obstétrica: mujeres maltratadas en la soledad de la sala de parto. Octubre de 2015. Nota periodística. Diario La Nación. [Consulta: 08-03-19]. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/1836454-violencia-obstetrica>
5. Molina García L, Ponce Cornejo L, Arredondo López B, Hidalgo Ruiz M. Kristeller: la maniobra invisible. Póster. [Consulta: 21-01-2019]. Disponible en: https://www.easp.es/comunicacionesjsp2017/modules/request.php?module=oc_proceedings&action=view.php&id=278&file=1/278.pdf&
6. República Bolivariana de Venezuela. Asamblea Nacional. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. 2006. [Consulta: 24-01-2019]. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2014_ven_feminicidio_ley_organica_sobre_derecho_de_mujeres_a_una_vida_libre_de_violencia_25_11_14-1.pdf.
7. Ley N° 25929. Ley de parto Humanizado de la República de Argentina. [Consulta: 24-01-2019]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf
8. Krippendorff K. Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Ediciones Paidós. Barcelona.1990. P. 28.
9. Navarro P, Díaz C. Análisis de contenido. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. 1999. Editorial Síntesis. Madrid. P. 178.
10. Castillo E, Vásquez ML. Rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med*. 2003; 34 (3):164-167.

11. Almaguer González JA, García Ramírez HJ, Vargas Vite V. La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las instituciones de salud. *Género y Salud*. 2010;8(3):4-20.
12. do Nascimento A, dos Santos MG, Pereira Soares dos Santos FA, Miranda de Holanda CS, et al. Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora. *Revista Enfermería Global*. 2016; 15(44):452-464.
13. Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM). Marques de Aguiar J, Hotimsky SN, Venturi Jr G. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado. 2010. [Consulta: 24-01-2019]. Disponible en: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/detalhes.asp?cod_dados=1733
14. Sánchez OA. Violencia patriarcal contra las mujeres. Una mirada retrospectiva. En: Revista En Otras Palabras. Grupo Mujer y Sociedad. Número 8. Páginas 93 – 103. Ene- Jul, 2001. Bogotá D.C.
15. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. UNESCO. *Revista Redbioética*. Año 4. 2013;1(7):25-34.
16. Valdez Santiago R, Hidalgo Solórzano E, Mojarro Iñiguez M, Arenas Monreal LM. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Rev CONAMED*. 2013;18(1):14-20.
17. Monroy Muñoz SA. El continuo ginecobstétrico. Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá. Tesis. 2012. [Consulta: 07-03-19]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7805/1/soniaandreamonroymu%C3%B1oz.2012.pdf>
18. Secretaría Distrital de Salud. Guía de cuidado de enfermería a la familia gestante durante el trabajo de parto y el parto. Enfermería basada en la evidencia (EBE). Documento controlado de Provisión de Servicios de Salud. Colombia. Bogotá. ISBN: 978-958-8313-67-2. Impresión. Imprenta Distrital DDDI. [Consulta: 07-03-19]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20Sala%20de%20partos.pdf>
19. Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Unidad de Investigación y Estudios de Género “Bellacarla Jiron Camacaro”. Núcleo Aragua. Maracay – Venezuela. Enero 2000. [Consulta: 07-03-2019]. Disponible en: http://repositorio.gire.org.mx/bitstream/123456789/1455/1/Experiencia_parto.pdf
20. Giberti E. Portarse bien durante el parto. Texto publicado en el Suplemento Nº 2 de la colección Escuela para Padres. Página 12, 1999. [Consulta: 07-03-2019]. Disponible en: <https://evagiberti.com/portarse-bien-durante-el-parto/>
21. Fernández Guillén F. Cosas que pueden ocurrir en el hospital. En Mujeres y Salud, Dossier 11. 2003. [Consulta: 20-09-2018]. Disponible en: www.mys.matriz.net/mys-1112/dossier/doss_1112_05.html.
22. Diniz CS. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2005;10(3):627-637.
23. Obituario. Colliere MF.(1930-2005). *Rev Cubana Enfermer*. 2005; 21(1):1-1. [Consulta: 24-01-2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100013&lng=es
24. Medina G. Violencia obstétrica. *Revista de Derecho y Familia de las Personas*. 2009; (4). [Consulta: 24-01-019]. Disponible en: <http://www.graciamedina.com/violencia-obst-trica>.
25. Castro Peralta A. Violencia obstétrica. Estudio de caso en Altotonga Veracruz. Universidad Veracruzana. Tesis. Facultad De Enfermería Región Xalapa. Diciembre 1987. [Consulta: 24-01-2019]. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/46446/CastroPeraltaAdriana.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
26. Rodríguez Ramos PA, Aguilera Ávila L. La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *Musas* 2017;(2): 56-74. [Consulta: 24-01-2019]. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num2.4>.

27. Ayesta Olivos CB, Vásquez Delgado AL. Violencia obstétrica: Vivencias durante el proceso de atención del nacimiento en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – 2016. Tesis de grado. [Consulta: 24-01-19]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USSS_33589220b847c-c1ec92f11160cfc8916
28. Pozzio MR. La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica. *Rev Estud Fem. (on line)* 2016;24(1):101-117. [Consulta: 24-01-2019]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>.
29. Villanueva Egan LA. El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Rev CONAMED.* 2010;15(3):147-151.
30. Fernández Moreno SY. La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: Afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2007, Bogotá (Colombia); 6(12):52-76.
31. Observatorios de Violencia Obstétrica (OVO). Declaración conjunta. 8 de marzo de 2016. [Consulta: 28-01-2019]. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/20150408comunicacion/declaracion_ovo.pdf
32. Bellón Sánchez S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *DILEMATA.* 2015;(18): 93-111. [Consulta: 28-01-2019]. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>.
33. Quevedo P. Violencia obstétrica: Una manifestación oculta de la desigualdad de género. Tesis. República de Argentina. Universidad Nacional de Cuyo. 2012. [Consulta: 28-01-2019]. Disponible en: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf
34. Almaguer González JA, García Ramírez HJ, Vargas Vite V. La violencia obstétrica: Una forma de patriarcado en las Instituciones de Salud. *Género y Salud.* 2010; 8(3):4-20.
35. Cobo Gutiérrez C. La violencia obstétrica. Tesis de grado. España. Universidad de Cantabria. 2016. [Consulta: 28-01-2019]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8917/Cobo%20Gutierrez%20C..pdf?sequence=4>
36. Garay Núñez JR. Violencia obstétrica: una mirada desde el interaccionismo simbólico y la etnoenfermería. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa.* 2017;4(7):1-20. [Consulta: 28-01-2019]. Disponible en: <http://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/654/811>
37. Restrepo Sánchez A, Rodríguez Martínez D, Torres Castro NM. “Me des-cuidaron el parto”: la violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto. Tesis de grado. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. Bogotá. 2016. [Consulta: 28-01-2019]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/20447>
38. Canevari MC, Tarducci M. Las prácticas médicas y la subalternización de las mujeres. Derechos, autonomía y violencia. Tesis. Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires. 2017. [Consulta: 28-01-2019]. Disponible en: <http://repositorio.filo.uba.ar/xmlui/handle/filodigital/4340>
39. Terán P, Castellano C, González Blanco M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2013; 73(3):171-180.
40. Soto Toussaint LH. Violencia obstétrica: Aspectos médico-legales en la práctica de la anestesia. *Rev Mex Anest.* 2016;39 (S1): S55-S60.
41. Basso JF, Monticelli M. Las expectativas de participación de mujeres embarazadas y sus acompañantes para realizar un parto humanizado. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010;18(3):99-107. [Consulta: 28-01-2019]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae.

42. Massari BR. Identificar el cumplimiento de la ley de parto respetado por el equipo de salud. Tesis de grado. Universidad Nacional de Córdoba. 2014. [Consulta: 28-01-2019]. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/massari_brenda.pdf
 43. Oliveira SMJV, Miquiline EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev Esc Enferm da USP*. 2005;39(3):288-95.
 44. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Jul 6;(7):CD007123.
-

COMENTARIO DEL ARTÍCULO

Son demasiados los que abandonan a las “segundas víctimas” de los errores médicos

Too many abandon the “second victims” of medical errors

Grissinger M.

P T. 2014;39(9):591–592

Comentado por: Mg. Victoria Brunelli°

RESUMEN

Kimberly era una enfermera con 27 años de antigüedad en la profesión, que se suicidó meses después de haber cometido un error de medicación por el que falleció su pequeño paciente. El artículo expone la realidad de las segundas víctimas reconociendo que la industria del cuidado de la salud no ha comunicado o implementado mecanismos de apoyo efectivos para abordar las crisis personales, sociales, espirituales y profesionales que experimentan a menudo quienes están involucrados en un error. Describe el sufrimiento que experimentan estos profesionales y las necesidades de apoyo a los mismos.

COMENTARIO DEL ARTÍCULO

Mg. Victoria Brunelli°

Probablemente muchos de los que han leído el artículo piensen que ellos pueden ser Kimberly o que tal vez, por suerte, aun no les ocurrió una situación similar. Otros, pueden cuestionar cómo cometió semejante error, que además le costó la vida a su paciente.

Lo cierto es que, en la atención de salud, los profesionales nos enfrentamos a una gran paradoja. Por un

lado, es necesario que no cometamos errores, más aun cuando el destinatario de nuestro cuidado es un ser humano en situación vulnerable de salud.

En el extremo opuesto nos encontramos que los cuidados son administrados por profesionales que por más calificados que se encuentren, son personas, y el error es propio de la condición humana.

Potencialmente, los destinatarios de los cuidados esperan de los profesionales de la salud, un conocimiento técnico y calificado, pero también buscan calidez humana manifestada por su comprensión, empatía, respeto y contención. Todas estas situaciones son propias de la naturaleza humana. Por lo tanto, pareciera que es preciso que seamos, si se quiere, más humanos por un lado, pero que actuemos con un alto perfeccionismo sin ninguna posibilidad de error, lo que no es propio de las personas. Sin duda estamos frente a una encrucijada sobre la que debemos trabajar.

Tal vez por ello, la seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que velan por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de la atención de salud y/o de mitigar sus consecuencias.¹ Más aún, según la OMS, en el ámbito de la investigación en seguridad del paciente, uno de los grandes campos es el comprender las causas por las que ocurren, e identificar soluciones para evitarlos.² Estas afirmaciones ponen de manifiesto una primera

° Master en Ciencias de la Enfermería. Directora de la Carrera de Especialización en Enfermería Oncológica, Universidad Austral.

Contacto: VBRUNELL@austral.edu.ar

Recibido: 1 de junio de 2019.

Aceptado: 1 de julio de 2019.

realidad: los errores existen también en la atención de la salud. El error se define como un hecho en el que no se realiza una acción prevista según se pretendía o se aplica un plan incorrecto de forma involuntaria, que deriva en un incidente de seguridad.

El incidente es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente;² un evento adverso es aquel incidente que provoca lesión o daño no intencional al paciente, consecuencia del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma.¹

Reconocido este punto, los incidentes en seguridad del paciente ocurren: aproximadamente entre un 4 % y un 17 % de las admisiones hospitalarias están relacionadas con un evento adverso.³ Entonces, es crucial el desarrollo y aplicación de políticas institucionales que busquen, en primer lugar, minimizar las posibilidades de error y, en el caso de que este ocurra, contar con acciones para atender de forma inmediata los posibles daños que pueda producir el error. Efectivamente, ante un evento adverso la prioridad es atender las necesidades del paciente, que constituye la primera víctima.

Pero el evento adverso puede también cobrarse, entre otras, una segunda víctima: los profesionales de la salud. Se define segunda víctima a los profesionales de la salud que están involucrados en un evento adverso, un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente y se convierten en víctimas en el sentido que quedan traumatizados por el evento.⁴

Sin duda el impacto en los profesionales es grande y ha sido motivo de numerosos estudios desde los últimos años, especialmente en Estados Unidos, Canadá, Australia y varios países europeos.^{3,5,6} Un metanálisis recientemente publicado, informa 21 síntomas, entre los que se destacan problemas de memoria, ansiedad, ira, remordimiento, angustia, miedo a volver a cometer errores, vergüenza, culpa y frustración.³ En menor proporción, pero no por ello menos importante, se ha vinculado a estrés postraumático,³ depresión,^{3,5,6} *burnout*⁶ y alteraciones cognitivas como dificultad para concentrarse^{3,5} y consumo de drogas y alcohol.⁶ Pero también se encuentran efectos psicósomáticos como taquicardia, alteraciones en el sueño (insomnio, pesadillas) y cambios en el apetito entre otros.^{3,6}

Además de las respuestas emocionales, cognitivas y físicas que repercuten en los profesionales, también se observan reacciones de comportamiento relacionadas al evento. De este modo, algunos profesionales reflexionan sobre lo ocurrido, establecen su nivel de responsabilidad e intentan determinar cuáles son las situaciones que se pueden haber evitado.⁶ También

expresan que el evento les dio una oportunidad para la mejora de su trabajo, siendo más cautelosos y vigilantes en la atención que brindan.^{7,8} Sin embargo otros profesionales experimentan desmotivación y consideran la situación como una experiencia negativa de la que les es difícil sobreponerse.^{7,8}

Estas respuestas dan lugar a las etapas que puede atravesar la segunda víctima en el afrontamiento a la situación, definidas por Scott ante el proceso de recuperación: caos y respuesta inmediata al error, reflexión interna, restauración de la integridad personal, afrontamiento de la inquisición, obtención de los primeros auxilios emocionales y finalmente la etapa de movilización hacia la supervivencia del impacto que ha tenido cometer el error.⁹

En este sentido es importante que tanto los colegas como los distintos niveles directivos (supervisores, jefes de servicio, directores) acompañen a la segunda víctima en las afecciones que presentan, eviten sobre todo un entorno laboral punitivo que afecte aun más al profesional y no contribuye a minimizar el daño en el paciente.

Por ello es apropiado que reflexionen acerca del error, las causas del mismo y las posibles acciones a futuro⁶ para evitar nuevos eventos y mejorar así la calidad de la atención. Más aún, se encuentran guías, programas, recomendaciones de atención a la segunda víctima¹⁰⁻¹² que buscan ofrecerles el soporte necesario para afrontar la situación.

Efectivamente, se recomienda por parte del equipo y en relación a la segunda víctima, mantener una actitud positiva buscando un enfoque sistémico del error, brindar apoyo emocional al colega, intentar que otro profesional siga atendiendo a ese paciente las primeras horas posteriores al evento, evitar el rechazo por parte de los colegas, animar a realizar actividades saludables y recreativas, informar a la aseguradora de riesgos de trabajo, valorar la necesidad de atención psicológica y jurídica, mantener al profesional informado de lo que se va a comunicar al paciente y su familia y programar un seguimiento periódico para asegurarse que la segunda víctima afronta el desgaste emocional y profesional asociado al incidente.¹⁰

Todas estas acciones requieren planificación, así como la conformación de equipos de trabajo con abordaje integral y capacitación de los profesionales.¹² Más allá de las acciones institucionales, es importante que cada uno de los profesionales reflexione sobre esta situación y considere qué estrategias están a su alcance para minimizar el impacto de haber cometido un evento adverso en el propio profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sabio Paz V, Panattieri ND, Godioc C, Rattod ME, et al. Seguridad del paciente: glosario. *Arch Argent Pediatr*. 2015;113(5):469-72.
 2. OMS. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [Internet]. 2009. [Consulta: 29-04-2019]. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
 3. Busch I, Moretti F, Purgato M, Barbui C, et al. Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: a Systematic Review and Meta-Analysis. *J Patient Saf*. 2019 Mar 26. doi: 10.1097/PTS.0000000000000589. [Epub ahead of print].
 4. Wu AW, Shapiro J, Harrison R, Scott SD, et al. The Impact of Adverse Events on Clinicians: What's in a Name? *J Patient Saf*. 2017 Nov 4. doi: 10.1097/PTS.0000000000000256. [Epub ahead of print].
 5. Panella M, Rinaldi C, Vanhaecht K, Donnarumma C, et al. Second victims of medical errors: a systematic review of the literature. *Ig Sanita Pubbl*. 2014 Jan-Feb;70(1):9-28. Review. Italian.
 6. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof*. 2013;36(2):135-62.
 7. Estrada S, Brunelli MV, Celano MC, Quiroga A, Chattás G. El impacto del error de medicación en el profesional de enfermería. *Rev Iberoam Educ Investi Enferm*. 2018;8(2):40-5.
 8. Badruddin S, Gul R, Dias J, PirMuhammad K, et al. Health Care Professional as a Second Victim. *Med Clin Rev*. 4:2. doi: 10.21767/2471-299X.1000065.
 9. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, et al. The natural history of recovery for the healthcare provider «second victim» after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(5):325-30.
 10. Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas [Internet]. 2015. [Consulta: 15-03-2019]. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Guia-de-recomendaciones_sv-pdf.pdf
 11. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, Mc Coig M, et al. Caring for our own: deploying a system wide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010;36(5):233-40.
 12. MITSS. Tool Kit for Staff Support for Healthcare Organizations [Internet]. MITSS Tools. [Consulta: 1-07-2019]. Disponible en: <http://www.mitsstools.org/tool-kit-for-staff-support-for-healthcare-organizations.html>
-



www.fundasamin.org.ar