

Enfermeir@s

Revista do Colexio Oficial de Enfermaría de Lugo

Número 42

Xaneiro 2024





El Colegio de Enfermería de Lugo contrata la póliza de Responsabilidad Civil Profesional con A.M.A.

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS, LÍDER DEL SECTOR, LLEVA **MÁS DE 20 AÑOS ASEGURANDO EL EJERCICIO PROFESIONAL DE QUIENES EJERCEN LA SANIDAD, ENTRE ELLOS LA MAYORÍA DEL COLECTIVO DE ENFERMERÍA.**

- ✓ Se mantiene el capital asegurado por siniestro y anualidad de seguro a 3,5 millones de euros.
- ✓ Al ser una póliza que se contrata a través del Colegio, aumenta la capacidad anual para el colectivo.
- ✓ Garantías a asegurar:
 - Responsabilidad Civil Profesional de los colegiados
 - R.C. de Explotación y Locativa
 - Defensa Jurídica y Fianzas judiciales
 - Asistencia jurídica por agresión
- ✓ El Subsidio por Inhabilitación pasa de 1.500 € y 18 meses (anterior compañía) a 4.000 € y 24 meses.

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES POR PARTE DEL COLEGIADO/A

Se realizarán a través del Colegio Profesional, o a través de la oficina de A.M.A. en Lugo, quienes facilitarán al Colegio el modelo de parte de siniestros a rellenar al efecto.

El colegiado deberá comunicar inmediatamente cualquier reclamación que reciba, que antes de realizar manifestaciones al respecto es importante que se asesore por su Colegio o por A.M.A., y que para poder estar asegurado en la póliza debe de estar colegiado en el Colegio de Lugo y al corriente de las cuotas de colegiación.

A.M.A. LUGO

Raiña, 1-27001 Lugo

Tfno.: 982252107 - Fax 982252204

lugo@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com 902 30 30 10

Índice

EDITORIAL	5
ACTUALIDAD	
- Ruta enfermeira.....	6
- Pensando en bioética. A práctica enfermeira está ligada á ética.....	9
- Experiencia y participación en el ICN 2023, Congreso del Consejo Internacional de Enfermería. "Las enfermeras unidas: una fuerza para la salud global.....	13
- Nuevas experiencias, nuevas formas	15
CURSOS	
- Contención al paciente agitado	16
- Vendajes funcionales.....	17
OPINIÓN	
- Encrucillada.....	18
SALUD MENTAL	
- Reír es un asunto serio. La risoterapia como intervención de enfermería	20
ENFERMERÍA COMUNITARIA	
- Adherencia terapéutica: La base para alcanzar el éxito	25
ESCUELA DE HERIDAS	
- Buenas prácticas en el manejo de las infecciones en heridas	30
- Que hacer y que no hacer. Antisépticos	39
ENFERMERÍA DEL TRABAJO	
- Higiene postural y Ergonomía en el ámbito laboral sanitario	40
ENFERMERÍA PEDIÁTRICA	
- Humanización de los cuidados de la Enfermería Pediátrica con la realidad virtual	45
- Poster. Humanización de los cuidados de enfermería pediátrica con la realidad virtual. Primer premio otorgado por el Colegio Oficial de Enfermería de Lugo	49
ENFERMERÍA GERIÁTRICA	
- Protocolo de entrenamiento en ABVD para mantenimiento de la autonomía en el adulto mayor con deterioro funcional hospitalario al alta	50
INDICACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS	
- Enfermería e o uso dos medicamentos: entrevista a D ^a Blanca Cimadevila	55
INVESTIGACIÓN	
- Análisis de las prácticas de restricción física a través de la contención mecánica en casos de urgencia psiquiátrica. Revisión de la literatura	60
- Resultado funcional a través del índice de Barthel en pacientes con Ictus Isquémico durante la pandemia de Sars-CoV-2. Estudio descriptivo	68
- El ageismo en ancianos durante la pandemia por covid-19. Revisión de la literatura	77
- Enfermedades inflamatorias intestinales: dieta y probióticos.....	87
INVESTIGACIÓN: OBSTETRICIA - GINECOLOGÍA	
- Calidad de vida relacionada con la salud durante el primer trimestre de gestación en función del estado civil.....	97
INFOGRAFÍAS ÚTILES PARA ENFERMEIR@S	
- Catéteres intravenosos.....	102

DIRECCION

Nazaret Gómez González

Enfermera. Experta universitaria
Enfermería Escolar
Master Educación USC
CE Dermatología HULA

CONSEJO DE REDACCIÓN

Alejandra Marín Ramos

Enfermera Especialista en
Pediatria. HULA. Lugo

Beatriz Muñoz López

Enfermera especialista en
Pediatria. Tutora EIR Enfermería
Pediátrica de la Comisión Docente
del HULA. Lugo

Cristian Martin Vázquez

Matrona. Grupo de Innovación
Docente CUHUSAL-BPS. Ayudante
Dto. Enfermería y Fisioterapia-
Área de enfermería. Facultad de
Ciencias de la Salud. Universidad
de León (Campus Ponferrada)

Diana Polido Caloto

Enfermera Especialista en
Pediatria. HULA. Lugo

Eva M^a Guimarey Espiño

Enfermera Especialista Enfermería
Familiar y Comunitaria. Centro de
Salud Praza do Ferrol. Lugo.

Fátima Penas Escariz

Enfermera Especialista
en Enfermería Familiar y
Comunitaria. Centro de Salud de
Illas Canarias. Lugo

Héctor Castiñeira López

Enfermero, escritor y divulgador
en medios de comunicación.

Inés Rivas Fernández

Enfermera especialista
en Enfermería familiar y
comunitaria. Profesora Escuela
Universitaria Enfermería de Lugo.
Centro adscrito a la USC

Iria Ferreiro López

Enfermera Especialista en
Enfermería del Trabajo. Servicio
Prevención de Riesgos Laborales.
HULA

Isidoro Rodríguez Pérez

Enfermero. Presidente Academia
Galega Enfermaría. Profesor
Escola Universitaria Enfermería
Lugo. Centro adscrito a la USC

Jenifer Souto Pérez

Graduada en Enfermería y
Psicología. Funcionaria docente
en CIFF Politécnico de Lugo.
Doctoranda en Psicología y Salud

María Rodríguez Trigo

Especialista en Enfermería
Familiar Comunitaria. Especialista
en metodología de los Procesos
Correctores Comunitarios. Hospital
Público de Monforte.

M^a José Ferreiro López

Enfermera Especialista en
Enfermería del Trabajo. Servicio
riesgos laborales. Diputación
Provincial de Lugo.

Marta Gómez López

Enfermera Unidad Psiquiatría
HULA

Mirian Casas López

Enfermera Hospital Público de
Monforte.

Natalia López Morán

Enfermera. Master universitario
en deterioro de la integridad
cutánea, úlceras y heridas.
Especialista universitaria en pie
diabético. Referente en heridas de
Sergas. HULA

Natalia Sánchez Noya

Especialista en Enfermería
Geriátrica. HULA

Laura Rosón Matilla

Enfermera especialista en
Obstetricia. H.U. El Bierzo

Lucía González López

Enfermera especialista en Salud
Mental. Unidad de Hospitalización
de Agudos de Psiquiatría. HULA

Sara Penas Busto

Enfermera especialista en
Enfermería Salud Mental. HULA





Enfermeir@s

REVISTA ENFERMEIR@S DE DIVULGACIÓN Y CIENTÍFICA

Comienza su divulgación de formato papel en el año 2001 y en el año 2013 comienza a ser también digital.

Su contenido es de actualidad, opinión, contenidos de todas las especialidades y científico.

Su principal objetivo es comunicar temas relacionados con el desarrollo de las ciencias de la salud, con el fin de compartir el conocimiento y despertar el interés e inquietud de las enfermeir@s.

REVISORES

David Peña Otero. Enfermero. Director Formación. Instructor Plan Nacional de RCP. Asesor de Gestión Sanitaria.

Emilio Rubén Pego Pérez. Enfermero. MSc. Profesor PhD. Departamento Psicología, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina. USC. Hestia La Robleda Hospital.

José M^a Rumbo Prieto. Enfermero. Supervisor de cuidados, investigación e innovación, Área Sanitaria de Ferrol. Profesor asociado Departamento de Ciencias de la Salud (UDC)

Luis Arantón Areosa. Enfermero. Centro de Salud de Narón. Área Sanitaria de Ferrol. SERGAS.

SERVICIOS

Asesoría Jurídica

García abogados (Pilar García Vilar)

Secretaría

Cristina Lage Suárez
Patricia Carballeira López

Maquetación e imprime

Unicopia Artes Gáficas
Avda. de Madrid, 13
27002 Lugo

Edita

Colexio Oficial de Enfermaría de Lugo

Depósito Legal

LU-330/2001

I.S.S.N.

1888-4830

FOTO PORTADA: Pixabay



Instagram Revista Enfermeir@s: [revista_enfermeirxs](https://www.instagram.com/revista_enfermeirxs)

Revista indexada en base de datos EBSCO que incluye CINAHL

Esta revista pódese descargar en formato PDF en:

www.enfermerialugo.org



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

Esta revista está subvencionada por el Consejo General de Enfermería dentro del programa de promoción de la investigación enfermera.

Editorial

Nazaret Gómez González · nazalugo@gmail.com



Humanización significa conferir carácter más humano, hacerlo más amable o justo, menos riguroso... Se ha puesto de moda la humanización, humanizar los cuidados, humanizar los hospitales...

La humanización de la salud es el conjunto de prácticas orientadas a lograr mejor atención y mayor cuidado.

Humanización de la asistencia sanitaria es la que une la técnica con el apoyo empático a nivel psicológico y a nivel de sentimientos con el enfermo.

¿Y cuándo se humaniza el trato al personal?

Pues:

- Mejor conocimiento de los empleados desde un principio.
- Realizar las medidas de conciliación de la vida laboral y familiar.
- Detección temprana y resolución de conflictos entre trabajadores.
- Recordar que detrás de la ejecución de protocolos también hay personas.

Quando se sienten valorados, apreciados y apoyados, dan lo mejor de su trabajo. La clave es tener un ambiente de trabajo positivo, motivador, donde las enfermeras se sientan valoradas y apreciadas.

Escucho a mucho personal: Esto no es vida, todos los días pendientes del teléfono, no veo a mis hijos, cada día en un sitio, llego y pasan de mí, trabajo en unidades con experiencia para nada, no hay el mismo trato para todos...

No solo hablo del personal eventual, el personal fijo no se valora como hay que hacerlo, ¿por qué no se valora más méritos que el tiempo trabajado? ¿la investigación y la docencia?

¿Cuál es la solución? HUMANIZAR EL TRATO AL PERSONAL de una vez.



Ruta enfermeira

Redacción.

Os pasados días 20, 21 e 22 de setembro aparcou na Praza Horta do Seminario de Lugo o tráiler da "ruta enfermeira", tráiler que está a percorrer toda España coa maior campaña de promoción da saúde e visibilidade dos cuidados enfermeiros que nunca fora posta en marcha, no Estado español. Este proxecto está impulsado dende o "Consello Xeral de Enfermería" e os colexios provinciais.

No acto de apertura interviñeron: a Excm. Sra. Presidenta do Colexio de Enfermería de Lugo D^a Lourdes Bermello López; o Excmo. Sr. Presidente da Academia de Enfermería de Galicia Dr. D. Isidoro Rodríguez Pérez; D. Ramón Ares Rico, Xerente da Área Sanitaria Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos; D^a. Olga López Racamonde Concelleira de Benestar Social e Persoas Maioras do Concello de Lugo e D. Miguel Fernández Méndez Deputado de Formación, Ensino e Economía do coñecemento da Deputación de Lugo; de entre outras moitas autoridades que nos acompañaron ese día.

O mundo do deporte tamén quixo apoiar a nosa iniciativa, os Clubs de Baloncesto Breogán e o Ensino Lugo, visitaron o tráiler e compartiron con nós a motivación para fomentar hábitos saudables entre eles o deporte.

O Colexio Oficial de Enfermería de Lugo, tivo como obxectivo con este proxecto por unha banda educar en saúde, potenciar o autocoidado e fomentar os hábitos saudables entre as persoas de todas as idades, e por outra dar a coñecer a profesión enfermeira e sensibilizar a poboación sobre a labor esencial de enfermeiras e enfermeiros en todas as etapas da vida.

Para esta finalidade o tráiler contou con diferentes espazos:

Un espazo exterior, no que se levaron a cabo 39 charlas e talleres sobre un amplo abanico de temas de saúde que abarcaron tanto a patoloxía crónica coma a promoción de estilos de vida saudables, que foron impartidas por enfermeiras especializadas neses eidos: matronas, enfermeiras especialistas en saúde mental, en enfermía familiar e comunitaria, en enfermía do traballo, en pediatría... acompañáronnos durante eses tres días para







falarnos da deshabitación ao tabaco, do uso correcto de inhaladores, dos estilos de vida saudables, da educación diabetolóxica, da lactación materna, do porteo ergonómico, das consultas frecuentes na idade infantil, de hixiene postural, da xestión de estrés, de RCP e atragantamento, do climaterio e do ictus.

Ademais, neste espazo exterior tamén contamos cun “xogo da oca” especial, con cincuenta casillas para que os máis pequenos puideran aprender sobre saúde mentres xogaban.

Por outra banda no seu interior o tráiler tiña pantallas con contidos interactivos e didácticos, como infografías animadas, vídeos con consellos saudables e ou contidos propios do COE de Lugo (Enfermería escolar: programa de educación e saúde na escola e na familia; breve biografía de Elvira López Mourín; Obstetrix: a matrona dende Roma ata hoxe e un sobre o noso COE), tamén contaba cun xogo de trivial cunha versión para profesionais sanitario e outra para a poboación xeral; ademais dos contidos interactivos o tráiler tamén dispoñía dun auto test de saúde e dun espazo destinado para a prevención do ictus, “pulso vital”, tratábase dun tótem que detecta a presenza de fibrilación auricular, arritmia que é causa máis frecuente dos ictus isquémicos de orixe cardioembólico. A raíz dos resultados que reflexaba o auto test de saúde e das conversacións coas asistentes, Marta

e María, as dúas enfermeiras que viaxan co tráiler, dispoñíase de dúas consultas de enfermería onde se realizaron distintas probas diagnósticas, como espirometrías, determinacións da hemoglobina glicada, cooximetrías e índices nocello-brazo.

Durante estes tres días moitas foron as persoas que se acercaron a visitarnos, preto de setecentas, entre as que destacamos a Escola Universitaria de Enfermería de Lugo, e os centros de educación secundaria: IES Muralla Romana, Colexio Diocesano San Lorenzo, Colexio Fingoi, IES Lucus Augusti e CPI de Formación Profesional Politécnico que colaboraron neste proxecto permitindo-nos educar en saúde e en promoción de hábitos de vida saudables a uns 500 alumnos de secundaria, facéndose de esta maneira visible a necesidade da implantación da enfermeira escolar en todos os centros educativos.

Baixo o lema “Coidámoste toda a vida” este gran proxecto permitiunos acercar a nosa profesión a todos os lucense, mostrando a nosa especialización, as nosas competencias avanzadas e o noso potencial científico.

Non podemos esquecer o esforzo organizativo que supuxo este proxecto no que estiveron involucradas : Marta Otero, Silvia Gómez e as nosas secretarías Cristina Lage e Patricia Rodríguez, baixo a dirección e responsabilidade de Eva Gómez.



Pensando en bioética. A práctica enfermeira está ligada á ética

Mónica Álvarez Álvarez, Lucía Balea Vázquez, Candela Fraga González, Eva Gómez Fernández. Enfermeiras do Comité de Ética Asistencial da Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Desde que iniciamos as nosas primeiras prácticas como alumnos/as de Enfermaría enfrontámonos a dilemas e desafíos éticos no coidado das persoas: ao principio e fin da vida, os avances tecnolóxicos, o multiculturalismo, a privacidade da persoa... son cuestións que se nos presentan e nas que en ocasións se deben tomar decisións difíciles.

Pero, ¿que entendemos por Ética e Bioética? Ética é en definición o conxunto de normas morais que rexen a conduta da persoa en calquera ámbito da vida, a teoría ou ciencia do comportamento moral (1). Entrelazada coa Ética está a Bioética que non é máis que a aplicación destas normas morais ás ciencias da vida, e que xorde da necesidade de axuntar ao coñecemento biolóxico co coñecemento dos sistemas de valores humanos (2).

Nas últimas décadas asistimos a unha evolución e desenvolvemento na asistencia sanitaria que obriga a unha reflexión ética máis coidadosa, motivo polo que se produce a creación de órganos capaces de establecer criterios para que a toma de decisións na práctica clínica sexan axeitadas dende un punto de vista técnico e por suposto ético.

Neste contexto iníciase os primeiros Comités de Ética Asistencial (CEA) en EEUU a mediados do século XX. Entre os anos 70 e 80 créanse distintos CEA coa finalidade de resolver dilemas éticos no ámbito asistencial, para despois xurdir os Comités de Ética da Investigación, que paulatinamente se foron incorporando aos hospitais norteamericanos. Nos anos 90 comezou a ser unha esixencia de calidade que as institucións hospitalarias contasen con mecanismos establecidos para a resolución de problemas éticos na asistencia sanitaria: así o esixía, por

exemplo, a acreditación de calidade da *Joint Commission* (3).

A primeira regulación dos CEA no ámbito nacional do Estado español foi no Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) no ano 1995. A nivel autonómico, os pioneiros foron Cataluña e o País Vasco, detrás seguiron outras comunidades como Galicia, Navarra, Castela e León... Porén, hai que mencionar que foron regulados con normativas de distinto rango e diferentes denominacións (4).

Os CEA nacen, no noso país, ao amparo do Decreto 177/2000 do 22 de xuño, definíndose como un órgano consultivo, interdisciplinario e independente, ao servizo dos profesionais e usuarios dos centros sanitarios, constituído para analizar e asesorar na resolución de conflitos éticos que se dan como consecuencia da labor asistencial. Así, o seu obxectivo final non é outro que mellorar a dimensión ética da práctica clínica e a calidade da asistencia sanitaria (5).

O Comité de Ética Asistencial da Área Sanitaria de Lugo, a Mariña e Monforte de Lemos emerge coa ilusión por parte das persoas que o impulsaron e crearon, para poder dar resposta aos conflitos éticos da práctica clínica diaria, dentro da área na que presta os servizos. O seu carácter multidisciplinario confírelle riqueza e pluralidade contando neste momento con profesións socio-sanitarias (traballo social, enfermaría e medicina, entre outras), así como unha persoa con coñecementos xurídicos e unha persoa allea ao mundo sanitario.

Para coñecer máis a fondo a experiencia da Enfermaría que forma parte do Comité de Ética Asistencial, falamos con catro enfermeiras que actualmente pertencen ao



Comité: por unha banda, Mónica Álvarez Álvarez e Lucía Balea Vázquez, enfermeiras veteranas no Comité; e, por outra, Candela Fraga González e Eva Gómez Fernández, enfermeiras de recente incorporación.

- Cal é a vosa experiencia laboral?

Eva: Empecei como todos, facendo substitucións en infinidade de servizos, pero a miña maior bagaxe laboral desenvolveuse en UCI-REA, e dende fai sete anos na unidade de hospitalización de Neuroloxía/Neurociruxía

Mónica: Os primeiros anos da miña carreira profesional leváronme por diferentes servizos do Hospital de Lugo así como por algún Centro de Atención Primaria. Dende o 2003 son enfermeira asistencial do 061 na Base de Ourense, tamén fun cooperante internacional con Médicos sen Fronteiras entre os anos 2007 e 2015.

Candela: Rematei a carreira no 2013 e traballei en moitos servizos, tanto hospitalarios como en centros de saúde, desta Área Sanitaria e incluso doutras, pero a miña bagaxe profesional localízase principalmente na Atención Primaria, Urxencias e Medicina Interna.

Hai pouco máis de un ano que estou como Enfermeira de Familia e Comunitaria no Centro de Saúde da Milagrosa e xestora de casos do mesmo. Neste período tamén colaborei coa unidade de Insuficiencia Cardíaca do Hospital Comarcal de Monforte, impulsando a figura da Enfermeira Xestora de Casos na devandita consulta.

Lucía: Rematei os meus estudos de Enfermaría en 1995, tras dun breve paso por distintos servizos hospitalarios e de atención primaria, comecei a traballar na área cirúrxica ata o ano 2013. Foi neste momento cando me embarquei no proxecto de poñer en funcionamento o Servizo Hospitalización a Domicilio (HADO) no Hospital dá Mariña e foi tamén un punto de inflexión na miña visión sobre a asistencia sanitaria, a miña angueira e sobre todo o labor cotiá.

- Tiñades relación co Comité de Ética? Que motivo te levou a formar parte del?

E: Persoalmente descoñecía a súa existencia ata que recibín o correo electrónico que se enviou desde o CEA a todos os traballadores da Área Sanitaria convidándonos a formar parte del. A miña motivación, un pouco foi a curiosidade e outro pouco que xa entrara en con-

tacto coa bioética nalgún curso e con algunha materia dun mestrado que cursei estas circunstancias levábanme a reflexionar sobre o que se chegou a considerar como honesto na práctica de cote, e a darme conta do necesario que é protexer a dignidade, integridade, dereitos e liberdades das persoas no exercicio do meu traballo como enfermeira.

M: Hai uns anos comecei a formarme no campo da bioética. Foi así como souben da existencia dos Comités de Ética Asistencial, así como dos de Ética da Investigación. Fun ampliando a miña formación xa que cada vez era máis consciente da importancia da ética nunha profesión do coidado como a nosa. Hai catro anos unha compañeira animoume a presentar a miña candidatura e pareceume importante participar e dar visibilidade á profesión enfermeira no Comité.

C: Comecei a formarme en Bioética por un compañeiro de profesión co que compartía servizo. Fun optando por pequenos cursos de formación que me fixeron reflexionar sobre actitudes e aptitudes que temos a diario no desempeño da nosa profesión, coas persoas que coidamos e coas súas familias. Unha ética asistencial necesaria, ineludible e obrigatoria coa nosa profesión.

Un día recibín un correo corporativo, enviado en cadea, cunha convocatoria aberta para formar parte do CEA da Área Sanitaria de Lugo, a Mariña e Monforte de Lemos. Ao primeiro vía isto como algo moi lonxe a min, pensaba que pouco podía aportar pero, presenteime, ao fin aceptaron a miña solicitude e brindáronme a oportunidade de representar a Enfermaría como un membro máis dentro do conxunto interdisciplinario que rodea ao paciente na súa atención sanitaria.

L: Para poder poñer en funcionamento a unidade de HADO en Burela contactei coas compañeiras de HADO de Lugo, da súa man iniciamos o funcionamento da unidade e con elas tamén da súa man descubrí a Bioética. O meu traballo de Hado/paliativos levoume a facer un curso de experto en paliativos, iso fixo afianzoume na miña idea, de que cada día no noso traballo relacionámonos cos valores dos pacientes, que non teñen por que coincidir cos nosos propios, coa fragilidade, a dependencia, a vida, a morte... Despois de 20 anos de profesión deime conta de que non coñecía a base do coidado, o meu selo de identidade como enfermeira que son. Dedicara moito esforzo para ser tecnicamente unha boa profesional e esquecera a súa esencia.



Imagem de Freepik.

Decidín facer a formación en Bioética que ofrecía o Servicio Galego de Saúde (SERGAS), un curso dun ano de duración, moi intenso e igualmente revelador. Desá mesma man amiga, cunha amplísima formación en ética, seguíñ avanzando e decidín presentar o meu currículo para entrar a formar parte do Comité.

- Por que credes que é importante a presenza da Enfermaría no Comité?

E: A heteroxeneidade nos membros do CEA paréceme fundamental para esa visión plural e integradora, a Enfermaría ten que estar presente no Comité para achegar a súa perspectiva do coidado, ao final as enfermeiras/os somos profesionais que temos un contacto continuo coas persoas e que estamos presentes en todas as súas etapas vitais.

M: O Comité de Ética é un órgano multidisciplinario e esa é unha das súas características fundamentais. Velar polos dereitos do paciente e dar soporte aos profesionais e ás institucións, achegando unha perspectiva ética, iso é algo que só se pode facer se nos procesos deliberativos participan diferentes perfís. A enfermeira está presente desde o comezo ata o final da vida dos pacientes, por tanto a visión holística da persoa, que ten a enfermaría, é fundamental no momento da toma de decisións vitais.

C: Creo que a nosa figura é importante, por ser a base e tamén fundamental. Se a Enfermaría non estivese representada estaríamos ante un gran erro. A nosa profesión é un dos piares esenciais do coidado das persoas. Ademais é a profesión que acompaña á persoa durante todas as etapas da súa vida, prestando coidados, moi necesarios en cada unha das distintas fases, por iso é relevante o papel da Ética Asistencial no noso traballo cotiá.

L: Coincido totalmente coas miñas compañeiras, o coidado é a base de toda a atención sanitaria, e ademais a “marca” da profesión enfermeira. É nese coidado onde máis se poden vulnerar os valores do ser humano. Así que debemos estar e temos que estar, para así garantir que ese coidado sexa ético, en todos e cada un dos momentos da vida dunha persoa, é dicir en cada momento do proceso asistencial.

- Que vos achegou a o voso traballo de cote o estar a traballar no CEA? Credes que a ética do coidado é importante na vosa actividade asistencial?

E: Destes poucos meses que levo no CEA, quedo co proceso deliberativo que prima, en todas as reunións, e máis co deber de construír valores que representa a ética, a vez que trato de integralo na miña práctica do coidado decotío.



M: Pertencer ao CEA deume a oportunidade de escoitar a outros compañeiros e por tanto aprender de todas as visións, tanto as que coinciden coas miñas, como sobre todo as que non o fan. Considero que a ética do coidado debe de ser un alicerce fundamental no exercicio da nosa profesión. Só téndoa presente cada vez que nos achegamos a un paciente, poderemos garantir uns coidados de calidade.

C: Todos os membros do Comité traballamos e reunímonos á costa dun esforzo individual máis aló do noso traballo no terreo asistencial e persoal. Esta é unha carreira de fondo onde aínda queda moito traballo por facer, ata o de agora síntome media expectante, deixando falar aos máis veterano, facendo algunha breve intervención, penso que é algo para o que se precisa unha formación continúa e unha bagaxe que só o tempo, a formación, mailo contacto cos compañeiros nos dá.

L: Pertencer ao Comité levoume sen dúbida de novo a volver a centrarme, podería dicir, mesmo na vida... quero dicir con isto que de novo fíxome descubrir que a deliberación, a prudencia e o respecto son as bases da relación dentro do CEA e deberían ser tamén en todas as nosas relacións humanas.

Teño que confesar que sigo tendo moitas dúbidas, necesidade de moita máis formación, pero paso a paso, isto é unha carreira de fondo e pertencer este grupo de traballo só é o punto de partida.

Gustaríame aproveitar a ocasión para animar aos profesionais da enfermaría a participar no Comité de Ética, sobre todo que nunca esquezan que é unha obriga estar ben formados tecnicamente, pero esta obriga leva implícita "o bo facer durante a técnica", o que en esencia é, a ética de coidar.

Así pois, a nosa profesión, a disciplina do coidado, a que salienta as relacións humanas, o vínculo de axuda e o autocoidado, mediante a promoción da saúde, a pre-

vención das enfermidades e o coidado á persoa, á familia e/ou á sociedade. Somos nós, as enfermeiras/os, as que acompañamos da man ás persoas, dende a súa chegada a este mundo, até o seu pasamento.

Valorando a nosa profesionalidade, a nosa dedicación e especialmente a nosa vocación nos coidados aos que máis o precisan, facémonos imprescindibles tamén nun comité coma este. Así mesmo debemos facernos valer, que os organismos que lles compete recoñezan a nosa labor e nos ofrezan o trato e respecto que a profesión merece.

Por iso, inverter en Enfermaría é directamente proporcional a garantir e respectar os dereitos humanos, unicamente así conseguiremos salvagardar a sanidade global.

1. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.6 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [19/10/23].
2. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.6 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [19/10/23].
3. Echemendía Tocabens, B. La regulación ética de las investigaciones biomédicas y los comités de ética de la investigación. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2014; 52 (1): 120-42.
4. Herreros Ruiz- Valdepeñas, B., Bandrés Moya, F. *Historia Ilustrada de la Bioética*. Serie Humanidades médicas. Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés. Fundación Tejerina. 2015.
5. González-Bermejo D, Solano MD, Polache J, Mulet A, Barreda D, Soler- Company E. Los comités de Ética Asistencial y los Comités de Ética de la Investigación en España: organización, regulación y funciones. *Rev OFIL-ILAPHAR*. 2020;30(3): 206-211.



Experiencia y participación en el ICN 2023, Congreso del Consejo Internacional de Enfermería. “Las enfermeras unidas: una fuerza para la salud global”

Inés Rivas Fernández • inesrivaslugo@gmail.com

El Congreso del Consejo Internacional de Enfermería se celebró en Montreal (Canadá) del 1 al 5 de julio, durante esos días participe de la experiencia de compartir conocimientos e innovación con enfermeras/os de todo el mundo, y desde este número de la Revista Enfermeir@s realizo una crónica para los lectores de la misma.

Voy a empezar mostrando las cifras de este evento, para intuir el impacto que tienen los congresos del ICN.

Se llevó a cabo a 5.528 km de Madrid, a los que hay que sumar los 500 km de Lugo a Madrid; es un hecho, está lejos, lejísimos de nuestra ciudad, y también de la mayor parte de los lugares de donde procedían los miles de participantes.

El número de personas inscritas al mismo es, así mismo, muy importante, más de 6.000. Estuvieron representados 126 países, de España concurrimos 95 enfermeras y enfermeros, y de Lugo fuimos dos enfermeras.

El evento tuvo lugar en el Palacio de Congresos de Montreal, un edificio ultramoderno y sofisticado, que es el centro de un diseño arquitectónico internacionalmente aclamado cuya característica principal es la abundancia de luz natural. La belleza y atracción del lugar lo convierten en algo más que un espacio para recibir invitados. Con docenas de obras de arte, impresionantes esculturas y una icónica fachada de cristal que figura en la lista de Mark Irving sobre los 1.001 edificios que hay que ver antes de morir, los visitantes del Palacio se quedan admirados.



Mi presencia en el congreso se materializó con 3 trabajos de investigación, con los que paseé el nombre de Lugo y del Hospital Universitario Lucos Augusti tan lejos y ante tantas personas, motivo de satisfacción y emoción; en uno de ellos compartí la autoría con Laura Fernández, en otro de los mismos con Luisa Croas y Nur Uzun; este hecho me enorgullece, poder participar en un foro mundial con trabajos de calidad que realizamos en nuestra ciudad, y además participar con compañeras siempre es mejor.

No sólo de reuniones científicas formales se alimenta el espíritu y el intelecto; así la conversación, la puesta en común durante las comidas o los cafés de trabajo, de actuaciones asistenciales, de gestión o de otras índoles, que realizamos en el desarrollo de la profesión, enriquecen la experiencia y son parte inseparable de este acontecimiento; y desde luego conocer profesionales enfermeros y de otras disciplinas, que ya forman parte proyectos comunes, son otras ganancias de este congreso para mí.



Entre los objetivos del congreso estaba aprender, divulgar estudios y experiencias, crear redes, así mismo concentrar la poderosa fuerza de los 28 millones de enfermeras de todo el mundo, con una finalidad esencial: ofrecer un futuro mejor a las enfermeras y a nuestros sistemas sanitarios, por lo tanto a la población de nuestros pueblos y ciudades.

Se llevaron a cabo ponencias y reuniones donde se analizó el aprovechamiento de las lecciones aprendidas durante la pandemia del COVID 19, desde la protección de los derechos de las enfermeras, la garantía de unas condiciones de trabajo dignas, la optimización del ámbito de la práctica de las enfermeras y una remuneración justa, igualmente se trató el impulso del liderazgo de la enfermería, el respeto a la profesión y un mayor impacto en las políticas sanitarias a todos los niveles; el evento también puso de relieve la importancia de la unidad, de la solidaridad, la colaboración y la influencia al unirnos las enfermeras como fuerza para la Salud Pública.

Nos recibieron a las enfermeras de todo el mundo la Dra Pamela F. Cipriano, presidenta del Consejo Internacional de Enfermería y el Dr Sylvain Brousseau, presidente de la Asociación de Enfermeras de Canadá; quedo inaugurado el día 1 a las 17 horas en una ceremonia de apertura multitudinaria y colorida, donde las distintas asociaciones mundiales de enfermería se presentaban; entre otras autoridades participó la princesa Muna Al-Hussein de Jordania.

En los días posteriores se desarrollaron simposios diversos, ponencias y presentación de e-posters. Participaron distintos líderes, ministros, dirigentes de la OMS, y el últi-

mo día el primer ministro canadiense Justin Trudeau, que era el encargado de clausurar el evento.

Trudeau manifestaba que: "Durante la pandemia, dedicamos mucho tiempo a decirles a ustedes que eran héroes, porque ustedes son verdaderos héroes. Pero los cumplidos, por muy bonitos que sean, no pagan el alquiler. No les dan más autonomía ni evitan que se agoten". Sabemos que en Canadá están trabajando para resolver dificultades de la profesión, y así nombraron en agosto de 2022 a una Enfermera Jefe, cargo administrativo destacado, y crearon un **Coalicón para la acción para los profesionales sanitarios**. Según el primer ministro esta enfermera y su equipo proporcionan asesoramiento estratégico, entre otros aspectos en la planificación de la fuerza laboral, cuidados prolongados, atención a domicilio, cuidados paliativos, salud mental, consumo de sustancias y en otros ámbitos de la práctica profesional. También hizo notar el primer ministro las habilidades de comunicación de las enfermeras, la ayuda que han prestado a las familias de pacientes, su conocimiento holístico y capacidad de promover la salud y el bienestar de las personas y comunidades, e insistía en que nos merecemos más que elogios por nuestros esfuerzos. Realmente fue inspirador el discurso y acompañamiento del primer ministro de Canadá.

Quedó patente la fuerza, energía, trabajo y entusiasmo que movilizamos las/os enfermeras/os de todo el mundo, y quedamos convocadas en Helsinki dentro de 2 años; si no hay inconveniente de fuerza mayor allí cuento estar, si es posible junto a compañeras y compañeros de esta pequeña/gran ciudad, y también de alumnas/os de nuestra Escuela Universitaria de Enfermería de Lugo.



Nuevas experiencias, nuevas formas

Jenifer Souto Pérez • Jenifer.souto@hotmail.com

Siempre me ha encantado el dicho 'hay una primera vez para todo'. Y quien me iba a decir a mí, hace unos años cuando estaba en el hospital, entre cama y cama que algún día podría tener esta maravillosa experiencia que ahora os voy a contar y... entre nosotros, a veces los sueños se hacen realidad.

Hace unos meses tuve la gran suerte de visitar por primera vez los estudios de Radio Lugo Ser para participar en el programa de Hoy por Hoy de Lugo con Sara Meijide.

El proyecto era estupendo, Marta mi compañera psicóloga y yo podríamos tener un pequeño espacio dentro del Programa de Hoy por Hoy Lugo con una sección de Salud Mental cada lunes así que, con toda la ilusión nos pusimos a pensar un título, fue bastante sencillo hacerlo,

dicen que la ilusión mueve montañas y surgió 'Querida Mente'. El título nada lejos de la realidad, nuestro objetivo primordial era poder acercar y difundir la importancia del cuidado de la salud mental, de tratar bien a nuestra mente, a nuestra Querida Mente.

Y con mucho corazón y mucha razón, tratamos desde hace ya unos meses cada lunes diversos aspectos en pequeñas píldoras que ayudan en el día a día, y que están hechas para los más pequeños, los no tan pequeños y los mayores de la casa. Para todos. Porque la salud mental debe ser para todos y por eso, os invitamos a que sintonicéis cada lunes Radio Ser Lugo a partir de la 13.30. Y, si no puedes hacerlo en directo, puedes encontrar los podcast de cada programa en la página web.

Prioriza en tu salud. Prioriza en tu salud mental.





Curso "Contención al paciente agitado"

Redacción.

Realizado en Lugo, Monforte y Burela el curso "Contención al paciente agitado" impartido por Carla López López.





Curso “Vendajes funcionales”

Redacción.

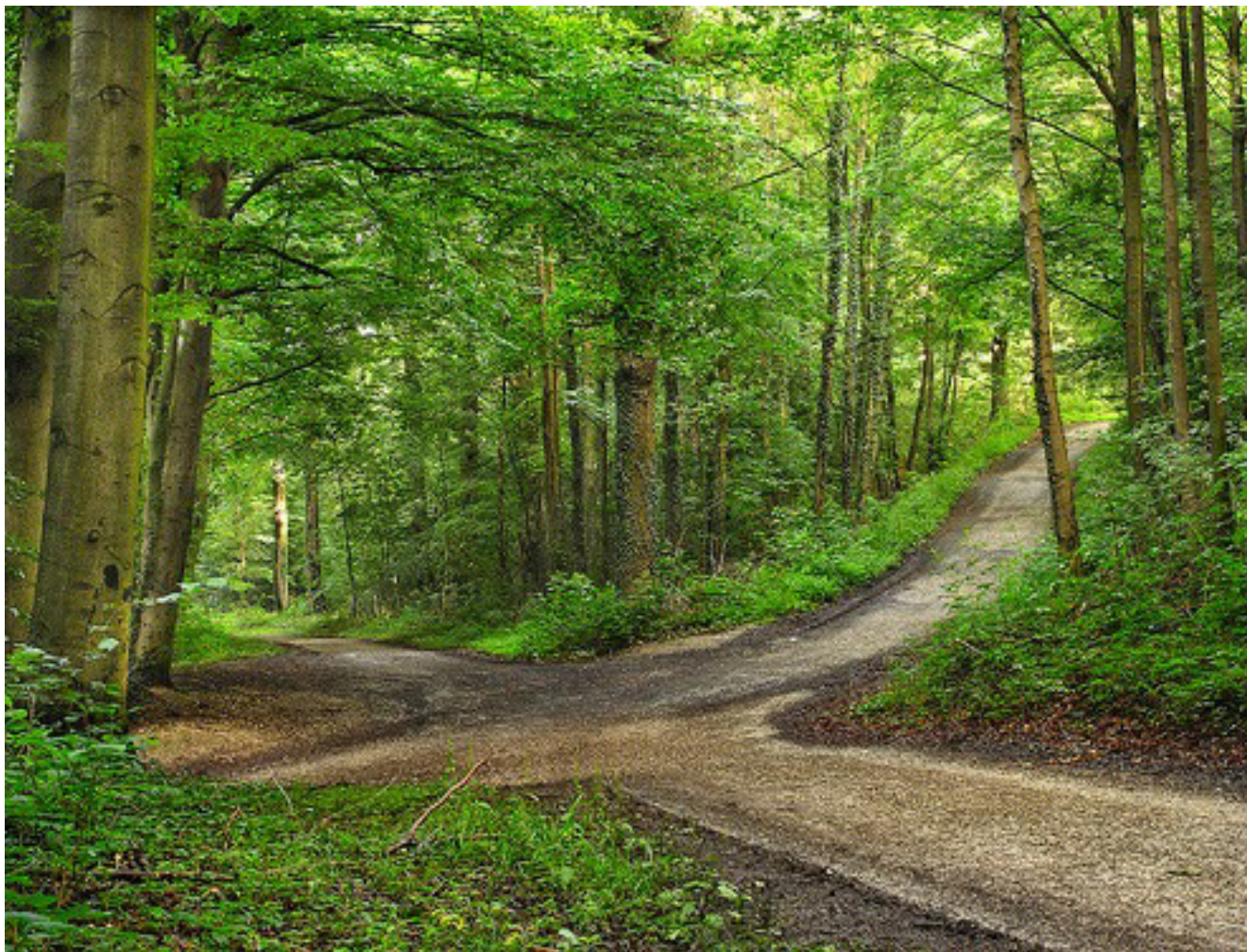
Curso de “Vendajes funcionales” impartido por Manolo Mallo Romero en Lugo.





Encrucillada

María Rodríguez Trigo • mrtrigo1977@gmail.com



Lembro perfectamente aquel día no que se cruzaron os camiños. Estaba contenta, con 33 anos acababa de escoller un destino. Puiden ir á planta de Especialidades onde había enfermeiras coas que coincidín no PAC no período de interinidade, unha fermosa época. Estaba entrando en persoal cando vin a compañeir@s que asinaban o traslado para saír dese lugar, para ir a un PAC ou a un centro de saúde. Parecían felices, liberad@s, cun brillo especial nos seus ollos. Eran aquela e aquel que coñecín cando empecei a traballar no hospital. Persoas das que tanto aprendín e admirei. Tiñan vinte anos máis ca min e no seu traslado, 53 máis ou menos. Agora teño 46 anos, e entendo perfectamente como se sentiron, ou iso creo. Ela retirouse e el xa non está aquí, pero per-

manece nos recordos. Coñecemos moit@s compañeir@s durante a nosa vida laboral, pero unhas/uns marcan máis que outr@s. Como nos cruzamos as distintas xeracións. E como sentimos e entendemos. En certo modo somos nómades. Poño a mirada n@s que se incorporan, están a sentir o que eu sentín?. Evolucionamos ou estamos reproducindo sempre as mesmas vivencias?

Este ano tocoume marchar recoller a insignia de prata que nos entrega o Colexio Oficial de Enfermaría de Lugo cando cumprimos 25 anos de adhesión. Lembro perfectamente @s compañeir@s que ían recibir esa distinción cando comecei a traballar nesta profesión. Para min era unha festa un tanto formal daquela. Pasaron os



anos e paréceme axeitada. Nese lugar volvéronse cruzar os nosos camiños. Aquel compañeiro co que debatía retírase, eu estou un pouco máis al3 da metade do camiño. Vinte anos sepáranos e sinto que sempre valorei o que deron pero non tanto o que xa fixeran antes de que eu chegara, quizais por ignorancia. Que importante é darnos o relevo do que conseguimos. Reconstruír a memoria. Nestes tempos nos que a atención plena nos di estar no presente con consciencia, eu tamén reclamo ser consciente do camiño percorrido e do que andaron @s anteriores.

Borrando correos dos 4000 que tiña dende 2003 atopei o dun compañeiro que me enviaba no 2009:

“Posiblemente teñamos a opción de falar disto, ou iso espero, dentro duns anos, pero adiántoche que todos os pensamentos sofren unha evolución- ou involución, non sei- e isto xa me soa. Cando cheguei 3 Hospital de Monforte, fun dos primeiriños, escollín para traballar M. I. que, ben sabes, non é o lugar máis cómodo para estar, pero necesitaba aprender.. .Daquela, hai anos, tivemos un curso que nos daba un rapaz que era moito maior ca nós. O conflito das especialidades, coma outros, xa existía e o tema foi tocado de pasada. Mantivemos que os que tiñan que liderar as reivindicacións eran os que estaban no cumio da pirámide. Contestounos que eles xa fixeran abondo, conseguiran a Diplomatura e non sei

que máis cousas, e agora era o tempo dos máis novos. Quero dicir con isto que non es a primeira en idealizar nin en considerar logros. É máis, necesítase xente coma ti e eu estou seguro que a hai, pero a carreira de Enfermaría evolucionou moito co paso do tempo e ti aínda non estabas...porque es moi nova. Mira, a curto prazo poderemos prescribir, comezaremos cun Ibuprofeno, pero conseguirase máis, e iso foi grazas 3 xente que demostrou, co seu traballo diario, que era posible. Que os enfermeiros tiñan a base para poder facelo. ”.

Non estou en desacordo con el. Entendín que en todas as etapas da nosa profesión había e hai persoas que, deixando de lado as queixas, se atreven a moverse para cambiar o que non funciona coa intención de mellorar polo ben d@s profesionais e d@s pacientes. Tamén é certo que son moit@s @s que seguen queixándose e non levantan nin un dedo para facer cambios que melloren a organización no traballo. Outra parte están centrad@s nas súas vidas e case non dedican tempo a pensar nos temas laborais. É moi importante recuperar a memoria do conseguido coa intención de non dar pasos atrás. Non perder dereitos acadados pol@s nos@s antecesor@s nin aceptar propostas que nos leven a peor. Aplaudo a aqueles colectivos que actúan para mellorar o lugar onde están a traballar. Os de antes, os de agora e os que virán. Forza para tod@s, a por tod@s e vémonos en calquera encrucillada.



Reír es un asunto serio. La risoterapia como intervención de enfermería

Jenifer Souto Pérez • Jenifer.souto@hotmail.com

RESUMEN

En los últimos años, el humor y la risa se enmarcan como estrategias útiles para la mejora del bienestar físico, psíquico y social, provocando un cuidado holístico del paciente. Mejorar el estado de ánimo, reducir estrés, ansiedad o depresión, mejorar las relaciones sociales o disminuir la percepción de dolor, son algunos de los muchos beneficios que aportan los últimos estudios científicos. Su inclusión en los planes de cuidados requiere de una valoración inicial, así como su

idoneidad en función de las circunstancias que se presenten para posteriormente fomentar las aplicaciones relacionadas que lleven a integrar el humor con éxito en la intervención enfermera.

Palabras clave: humor, risoterapia, enfermería, medicina complementaria- alternativa.

ABSTRACT

In recent years, humor and laughter have been framed as useful strategies for improving physical, mental and social well-being, provoking holistic patient care. Improving mood, reducing stress, anxiety or depression, improving social relationships or reducing the perception of pain are some of the many benefits provided by the latest scientific studies. Its inclusion in care plans requi-

res an initial assessment as well as its suitability based on the circumstances that arise in order to subsequently promote related interventions that lead to successfully integrating humor into the nursing intervention.

Keywords: humor, laughter therapy, nursing, complementary- alternative medicine

INTRODUCCIÓN

La risa es una respuesta fisiológica al humor que se produce como expresión de una emoción básica, la alegría. La risa está caracterizada por movimientos faciales e incluso en ocasiones genera ruido fruto de la contracción del diafragma. Se trata de un lenguaje universal, innata, que nos diferencia del resto de animales y que cuenta de un gran potencial para la comunicación.

Si nos remontamos siglos atrás, la risa ya era utilizada en muchas culturas, hace 4000 años, en la India o en China, existían templos sagrados donde la civilización se reunía para reírse. Filósofos como Aristóteles que decía que al nacer no somos personas hasta que no reímos, o Platón quien hablaba de la relación del humor en el transcurso de enfermedad, por tanto, su relación con la

salud. Es en la década de los años 80 cuando, gracias a Hunter Patch Adams, considerado el fundador de la risoterapia fundó el instituto Gesundheit, un hospital sin ánimo de lucro, al servicio de los más necesitados y donde se empleaba el humor como base fundamental para la recuperación de enfermedades (Plaza & Martínez, 2015).

En la sociedad multicultural en la que vivimos son muchas las personas que tienen un concepto diferente de la vida y de la salud y de ahí a que los métodos que se puedan emplear para tratar la enfermedad puedan ser múltiples. La medicina holística aparece como reacción a los excesos del especialismo de la medicina convencional, medicina que durante años trabajaba bajo un método



mecanicista y especialmente organicista, eliminando el hecho de cómo los aspectos psicológicos pueden influir en la esfera más física. Sin embargo, la medicina holística entiende el organismo como un todo y de ese modo surge un tipo de medicina denominada complementaria y alternativa (CAM) de unión mente y cuerpo que engloba entre otras muchas, la risoterapia. La terapia de la risa tiene como objetivo terapéutico implícito, emplear los beneficios que produce la risa.

En los últimos años las CAM se han popularizado y en España alrededor de un 24% afirman haber empleado en alguna ocasión este tipo de terapia, fruto en muchas ocasiones de la preocupación de los efectos adversos de los fármacos. Mientras que para muchos profesionales de la salud, sin embargo, son considerados con poco valor terapéutico por la escasez de estudios empíricos de ellos frente a los de fármacos (López, Román & Cortés, 2016).

Si atendemos al Código Deontológico de la Enfermería, en su artículo 6 se dice que ' En ejercicio de sus funciones, las enfermeras/os están obligadas a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta' así como en el artículo 73 'La enfermera/o debe procurar investigar sistemáticamente, en el campo de su actividad profesional con el fin de mejorar los cuidados de Enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional', por ello es conveniente que el personal de enfermería conozca cualquier tipo de tratamiento, sea o no convencional, siempre y cuando no se incumpla el principio de la maleficencia y si se cumpla el principio de la beneficencia y que el uso de las mismas se base en estudios clínicos previos que demuestren su eficacia (Código Deontológico de la Enfermería Española, 1989).

Fisiología de la Risa

En el siglo XX, Bradford Cannon fisiólogo y científico de la Universidad de Harvard, y Philip Bard, fisiólogo estadounidense, crearon una teoría, la conocida como Cannon-Bard a través de la cual descubrieron los centros emocionales en la base del cerebro, así como sus conexiones (Ruiz et al, 2005). La expresión de la risa parece depender de dos vías neuronales independientes, la primera de carácter involuntaria, que implica zonas de la amígdala, áreas de tálamo e hipotálamo; la segunda más voluntaria y con origen en áreas premotoras y frontales.

Antes de que el humor se manifieste como risa y carcajadas se activa en primer lugar el hemisferio izquierdo y posteriormente el derecho.

Beneficios del humor

A día de hoy, hay una gran cantidad de estudios (Sultanoff, 1999; Berk, 2001; Balick y Lee, 2003; Mora y Quintana, 2010), donde se constata que la risa genera beneficios y cambios emocionales en múltiples esferas como son la reducción de la ansiedad o del estrés, de la depresión o de la soledad; produce aumento de la autoestima y aceptación, de la esperanza, la tranquilidad y/o la seguridad (Fernández, et al. 2017).

Según afirma uno de los expertos de Psicología Positiva, Martin Seligman, el humor provoca el bienestar del individuo, siendo una de las fortalezas del ser humano, y el sentido del humor consigue mantener un buen estado de ánimo. En el entorno clínico, el humor aporta beneficios en la salud que podemos dividirlos en físicos, psíquicos y sociales.

Atendiendo a los **beneficios físicos**, cabe decir que funciona como un buen analgésico en enfermedades crónicas pues la risa provoca la distracción más allá del dolor, generando a su vez secreción de sustancias analgésicas como son las encefalinas o la serotonina. En cuanto al sistema inmunológico, sale reforzado ya que se aumentan los anticuerpos, tanto la Inmunoglobulina A y linfocitos T, encargados de neutralizar bacterias o virus. Cabe decir que también se produce un aumento de las llamadas células asesinas naturales (NK, natural Cell Killers) que provocan ataques a las células virales o cancerosas, actuando como instrumento preventivo del cáncer (Toledo, 2010).

Con cada carcajada en torno a 400 músculos se ponen a funcionar, músculos de la cara, tórax, abdomen o estómago salen ejercitados. Se estimula también el bazo, eliminando toxinas; junto con el movimiento del diafragma se facilita la digestión ya que su movimiento interno provoca vibraciones en el hígado, reduciéndose ácidos grasos y sustancias tóxicas. Es por ello que, gracias a la risa, los órganos resisten mejor a enfermedades por la mejora en su ejecución.

Si atendemos a los **beneficios psicológicos**, diferentes estudios establecen la relación de la risa con la mejora de la autoestima y del optimismo, ayudando en



la superación de situaciones depresivas y reduciendo la ansiedad en procesos de hospitalización. La risa genera sensación de bienestar debido a que con la acción de reír se liberan endorfinas, cadenas de proteínas elaboradas por el propio cuerpo que se encargan de estimular zonas cerebrales que producen placer o calma. La risa genera mecanismos de alivio de la realidad percibida como negativa y por tanto evita caer en miedos o fobias. En 2014 se llevó a cabo un estudio con catorce voluntarios sanos, donde se analizaban los efectos de la risa. Cada participante veía vídeos aleatorios con situaciones de angustia o bien de humor alrededor de veinte minutos. Los resultados fueron que, la risa generaba un efecto similar al del ejercicio físico moderado, reduciendo el estrés, la angustia, ansiedad, e incluso estimulando el apetito (Plaza & Martínez, 2015).

En cuanto a los **beneficios sociales**, la risa puede ser contagiosa, genera un mensaje positivo a los que están presentes, favorece también la comunicación, y si se traslada a la relación enfermera-paciente, provoca una mejora de la confianza entre ellos que aumentará el bienestar durante la hospitalización junto con el resto de beneficios comentados.

Enfermería y humor

El humor como intervención enfermera, requiere de una valoración, planificación y evaluación continua que debe estar integrado dentro de los planes de cuidados, no debiendo ser considerada como una intervención aislada. Debe además adaptarse siempre a las necesidades y características de cada paciente, evaluando su receptividad y su reacción al humor.

Es necesario que el equipo de enfermería conozca los principios de la risa para poder incluirlos en su ámbito de trabajo. Atendiendo al Plan de Cuidados y, empezando por la valoración, con el fin de facilitar al profesional enfermero la recogida de datos sobre aspectos del humor, se pueden emplear diferentes preguntas incluidas en los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon (Tabla 1).

Como parte importante de la valoración es también el empleo de instrumentos para medir el humor del paciente (Carbelo, 2005).. En la actualidad destaca una gran variedad de escalas que pueden generar datos importantes a la valoración enfermera. Alguna de las que se pueden emplear son:

- Escala de adaptación al humor (CHS) (Coping Humor Scale) de Martin y Lefcour. Se trata de un cuestionario breve que valora la forma de emplear el humor en situaciones estresantes.
- Escala multidimensional del sentido del humor (MHSH) (Multidimensional Humor Sense Scale) de Thorson y Powell. En esta escala se valora el humor de la persona desde distintos puntos de vista.
- Cuestionario de Estilos de Humor (HSQ) de Martin que mide el uso del humor de la persona en su vida diaria.

Atendiendo los problemas y necesidades que se identifican en los pacientes, sería conveniente incluir la intervención del humor en los cuidados enfermeros. Bulechek y colaboradores mediante los vínculos entre los diagnósticos enfermeros, NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 2021) y los criterios de resultados proponen al humor como intervención sugerida, nunca como principal y que, para poder valorar el éxito de dicha intervención, como de cualquier otra se debe de emplear como criterio de evaluación los resultados del paciente, en la Clasificación de Resultados de Enfermería, NOC, (Bulecheck, 2021).

Por otro lado, se hace necesario valorar el momento idóneo para su uso, pues depende de la persona, circunstancias y no debe de incluirse en situaciones de agonía o de gran ansiedad, en la comunicación de diagnósticos o durante el cuidado de pacientes psiquiátricos (Ruiz, 2005).

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) define humor como la acción de “facilitar que el paciente perciba, aprecie y exprese lo que es divertido, gracioso o absurdo al efecto de establecer relaciones, aliviar tensiones, liberar sentimientos de ira, facilitar la enseñanza o enfrentarse a sentimientos dolorosos”. Uno de los pilares básicos para que una intervención sea considerada necesaria y oportuna, es el momento de la valoración, por ello una de las actividades que propone la NIC ‘determinar los tipos de humor apreciados por el paciente’, valorado mediante escalas y las preguntas planteadas previamente y poder así, “determinar la respuesta típica del paciente al humor (risa o sonrisas)” (Bulechek et al, 2021).

El humor se puede contemplar de varias formas, el humor verbal, al contar chistes o anécdotas; el humor audi-



PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON	PREGUNTAS
Actividad- Ejercicio	¿Suele estar de buen humor? ¿Cómo influye su enfermedad en su ánimo?
Afrontamiento- Tolerancia estrés	¿Qué técnicas conoce para combatir el estrés? ¿Ha habido algún cambio importante en su vida que le haya disminuido su sentido del humor?
Auto percepción- Autoconcepto	¿El sentido del humor es una fortaleza o debilidad para usted? ¿Se considera una persona positiva, alegre? ¿Expresa con facilidad sus sentimientos?
Cognitivo- Perceptual	¿Tiende a buscar un método de distracción para apartar la atención del dolor? Cuando está contento, ¿su percepción del dolor cambia?
Percepción- Manejo de Salud	¿Conoce los múltiples beneficios que tiene el buen humor y la risa? ¿Con qué actitud vive sus problemas y ansiedades?
Reposo- Sueño	¿Qué estrategias utiliza para descansar mejor? ¿Suele pensar cosas agradables y positivas antes de irse a dormir?
Rol relaciones	¿Cuándo está con su familia o amigos tiende a reírse más? ¿Intenta rodearse de gente optimista?
Valores- Creencias	¿Qué valor tiene la risa y el humor en su vida? ¿Ve al humor como un medio para alcanzar su objetivo?

Tabla 1. Patrones de Marjory Gordon y preguntas relacionadas para valoración.

tivo, empleando imitaciones o audios; visual a través de cortos o películas o bien en formato figurativo mediante empleo de cómics, revistas o libros.

Igualmente es importante generar un ambiente propicio para su efectividad, siendo necesario apartar barreras ambientales que impidan o disminuyan la estrategia de humor, de esta manera además las estrategias serán diferentes si el paciente recibe atención hospitalizada, primaria o domiciliaria. Se debe de atender también a la hora del día en a que el paciente es más receptivo y asegurar que el humor es compartido con el paciente. Lo ideal es empezar con pequeñas dosis de humor para poder observar las reacciones y evitar siempre contenidos que sean sensibles para el usuario. Como se puede observar es importante hacer un uso del humor que se adapte al propio paciente teniendo en cuenta esa valoración inicial evitar su uso en las situaciones que anteriormente se describían (Carbelo, 2005).

Para intentar evitar la frialdad y rutina del hospital, podrían incorporarse talleres de humor con cierta periodicidad, algo que ya se está empleando en programas

con niños hospitalizado, obteniendo resultados exitosos. También se podría fomentar el uso de paneles para compartir dibujos, fotos o anécdotas que amenizasen el día a día en la hospitalización. La organización de reuniones entre pacientes-familias donde la risa sea el tema central, siempre informando previamente de los beneficios de la risa en la evolución del proceso enfermedad. En esta situación el humor se concibe como una herramienta efectiva también para el cuidador principal de forma que pueda contribuir al bienestar de su familiar y sentirse también útil a lo largo del proceso.

En relación a los profesionales de enfermería, una de las mejores estrategias es su entrenamiento, es decir, la formación. Que se promueva el humor como estrategia para mejorar la calidad asistencial y por tanto la calidad de vida de los pacientes, cambiando la percepción fría y triste de los hospitales.

CONCLUSIONES

Los profesionales sanitarios tienen un papel fundamental en la mejora de la calidad de vida de los pacientes,



en concreto la enfermera, uno de los profesionales que comparte con ellos más tiempo y establece importantes vínculos terapéuticos.

El humor, dado los beneficios físicos, psicológicos y sociales que produce, constituye una estrategia indispensable en el cuidado enfermero y que resulta importante difundir para poder aplicarlo en condiciones reales. Las actitudes positivas generan que los pacientes se vuelvan más positivos ante tratamientos, hospitalizaciones o enfermedades.

La inclusión de la risa como terapia complementaria y alternativa necesita ser aprendida y practicada como cualquier otro tipo de intervención. Además, resulta imprescindible hacer una valoración, planificación y eva-

luación para poder ser integrada dentro de los Planes de Cuidados y por supuesto, que sea individualizado, adaptado a cada paciente, pues no existen las mismas reacciones ante el humor.

El humor, debido a los beneficios planteados, se convierte en una estrategia fundamental en el cuidado enfermero y con un papel importante para difundirlos en la práctica clínica y aplicarla en condiciones reales.

A pesar de las grandes evidencias que avalan este tipo de terapia, todavía supone un gran desafío para la comunidad científica, por tanto, las futuras líneas de investigación pueden encaminarse a generar estudios donde se analicen las diferentes variables presentes en los pacientes que puedan potenciar o entorpecer dicha intervención.

REFERENCIAS

- Bains G., Berk L., Daher N., Lohman E., Schwab E., Petrofsky J. & Deshpande P. (2015) Humors Effect on Short-term Memory in Healthy and Diabetic Older Adults. *Altern Ther Health Med*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26026141>
- Bulechek GM., Butcher HK., McCloskey-Dochterman J. (2021). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 12ª ed. Madrid: Elsevier.
- Carbelo B. (2005). El humor en la relación con el paciente. Una guía para los profesionales de la salud. Barcelona. Masson
- Fernández Hawrylak, M. et al. (2017). Uso del humor como método de intervención terapéutica en menores afectados por procesos oncológicos. *Revista de enseñanza e investigación educativa*, vol. 23, pp. 91+.
- North American Nursing Diagnosis Association (2021). Diagnósticos de Enfermería. Recuperado de: <https://nanda.org/>
- López Rodríguez M., Román López P., Cortés Rodríguez A. (2016). Técnicas Complementarias en los Cuidados de Enfermería. Vol. 12. Almería: Editorial Universidad de Almería.
- Organización Colegial de Enfermería. Consejo General de Colegios de Enfermería de España. Código Deontológico de la Enfermería Española. Resolución 32/1989 y 2/1998.
- Plaza Carmona M, Martínez Gonzalez L. (2015). La risoterapia como complemento a otras terapias médicas. *Rev. Enferm. CyL*. Recuperado de: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/140/126>
- Ruiz Gómez MC., Rojo Pascual C., Ferrer Pascual MA., Jiménez Navascués L., Ballesteros García M. (2005). Terapias complementarias en los cuidados: Humor y risoterapia. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100008&lng=es.
- Toledo M, García V.(2010). El humor desde la psicología positiva. *Revista de Psicología* 1: 111-118. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/72045737.pdf>



Adherencia Terapéutica: La base para alcanzar el éxito

Guimarey Espiño, Eva María¹ • Eva.Maria.Guimarey.Espino@sergas.es

Penas Escariz, Fátima² • Fatima.Penas.Escariz@sergas.es

Colaboradora: Gómez Novo, Sonia³

¹Centro de Salud Praza do Ferrol. Lugo. España.

²Centro de Salud Illas Canarias. Lugo. España

³Centro de Salud San Roque. Lugo. España

RESUMEN

La OMS define adherencia terapéutica como *“el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”*.¹

En los países desarrollados, las tasas de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50%. Así, el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios esperados de los medicamentos o las medidas higiénico-dietéticas pautadas. La adherencia terapéutica

es uno de los aspectos fundamentales para el manejo de enfermedades cardiometabólicas como la diabetes, hipertensión arterial u otras enfermedades crónicas²

Además de tener en cuenta los factores que pueden influir en un mal cumplimiento como la enfermedad, el fármaco o el entorno sociofamiliar, la relación enfermera-paciente es un aspecto clave en el manejo de la adherencia.

Palabras clave: Adherencia terapéutica; enfermedades crónicas; atención primaria; hábitos de vida saludables.

ABSTRACT

The WHO defines the therapy adherence as *“the grade in which the patient's behaviour, related to taking the medication, following a diet or changing their lifestyle habits, is coherent according to the agreed recommendations with the health professional.”*¹

In the developed countries, the therapy adherence rate for chronic disease are situated among the 50%. In this terms the non-compliance with therapy is the principal reason to not obtaining all of the expected benefits of the medicine or the a scheduled hygienic-dietetic rule.

The therapy adherence is one of the fundamental aspects of handling chronic diseases such as diabetes, arterial hypertension or other chronich disease.²

Furthermore, considering the factors that could influence a bad accomplishment as the disease, the drug or the socio-familiar enviroment, the relationship between the nurse and the patient us an elemental aspect to the approach of the adherence.

Keywords: Therapy adherence; chronic disease; primary care; healthy lifestyle habits.

INTRODUCCIÓN

Hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus... ¿les suena de algo? Podríamos decir que es la triada clásica de gran parte de los pacientes que vemos a diario en nuestras consultas de Atención Primaria. Los estudios

nos dicen que apenas en la mitad de los casos existe una buena adherencia terapéutica y, por tanto, una mayor probabilidad de éxito en el control de estas enfermedades crónicas.



A menudo sobrestimamos el cumplimiento que nuestros pacientes hacen tanto de las prescripciones farmacológicas como de las medidas higiénico-dietéticas que les indicamos, por ello es importante dedicar en consulta el tiempo necesario para establecer una buena relación enfermera-paciente, para que éste comprenda de forma adecuada la enfermedad que padece y participe activamente en la toma de decisiones, así como en los objetivos propuestos en salud.

Con el caso clínico propuesto, queremos poner en valor la importancia de este tema y las consecuencias que acarrea la falta de adherencia al tratamiento, el no control de factores agravantes o precipitantes de estas enfermedades y el inadecuado seguimiento por parte del sistema sanitario, especialmente desde Atención Primaria y la consulta de la enfermera de familia, lugar que debe incidir en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud.

OBJETIVOS

- Dar a conocer las posibles consecuencias de la falta de adherencia terapéutica a través de un caso clínico real.

- Promover una mayor concienciación entre la población y los profesionales sobre el problema que representa la falta de cumplimiento.
- Mostrar las posibles herramientas que podemos utilizar desde nuestra consulta de Atención Primaria para poder hacer una valoración del grado de cumplimiento o adherencia terapéutica, así como métodos de prevención.

MATERIAL Y MÉTODO

- Revisión bibliográfica en bases de datos indexadas acerca de la adherencia terapéutica, causas de la misma, estrategias para mejorarla y técnicas para su valoración.
- Captación del caso clínico en septiembre de 2022 en la Consulta de Enfermería de Cirugía Vascular del Hospital Universitario Lucus Augusti. Se informa a la paciente y se solicita su consentimiento informado para el acceso y publicación de datos de salud como caso clínico. Realizamos un seguimiento de la historia clínica electrónica de la paciente desde el año 2010 hasta el noviembre de 2022.

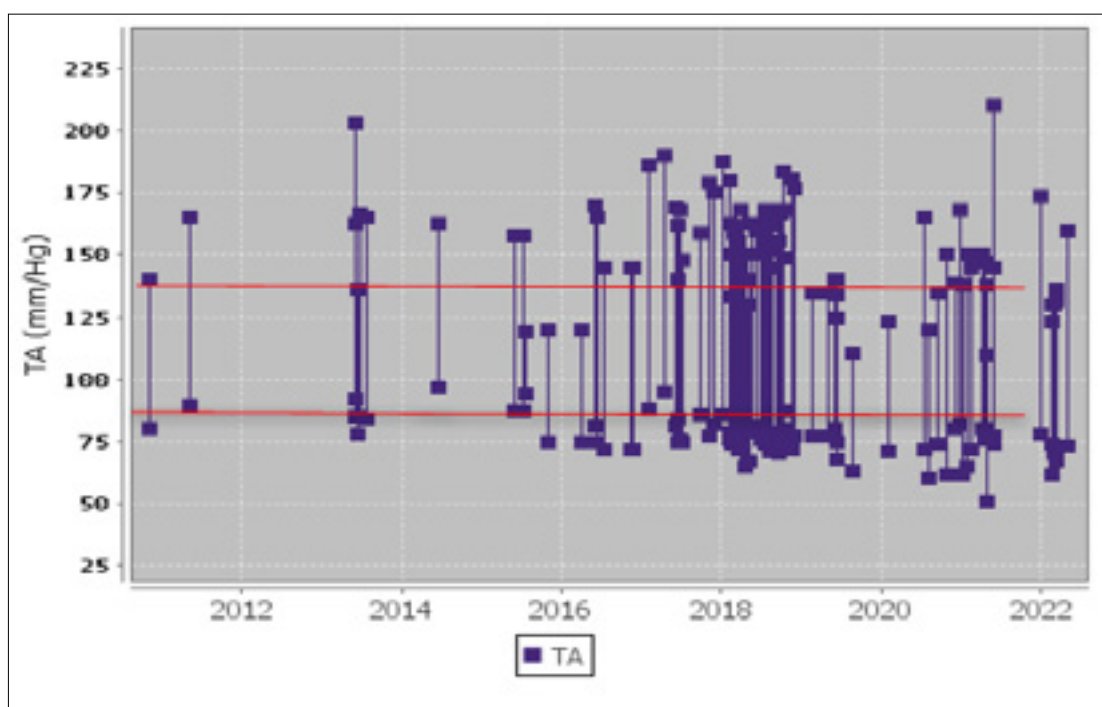


Imagen 1. Valores de Tensión Arterial.

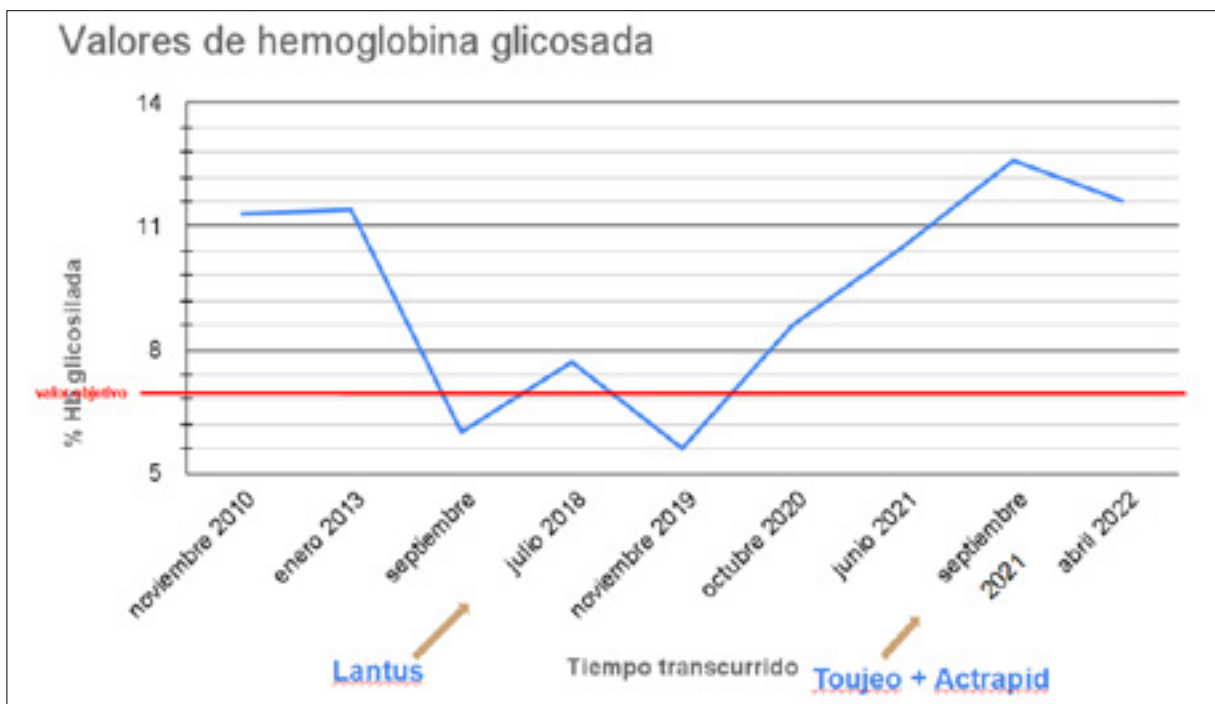


Imagen 2. Valores de Hemoglobina Glicosilada

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

RESULTADOS

En el análisis de la historia clínica vemos reflejados más de 10 años de evolución desfavorable de la situación clínica de nuestra paciente teniendo como consecuencia, entre otras cosas, una úlcera vascular de tipo mixto de gran tamaño en el miembro inferior derecho.

La úlcera y sus consecuencias, como el riesgo de amputación, fueron lo que más nos llamó la atención en un primer momento. Sería más tarde, analizando la etiología, tratamiento, cuidados y evolución cuando nos damos cuenta de que la adherencia terapéutica por parte de la paciente tanto al tratamiento como a las medidas higiénico-dietéticas prescritas no fue la adecuada.

En este tipo de úlceras es imprescindible un buen control de la tensión arterial además de mantener unos niveles de HbA1c en objetivo. Como vemos en la imagen 1 y 2, y a pesar de estar con tratamiento médico, las cifras obtenidas estaban muy por encima de lo esperado llegando a presentar una HbA1c por encima del 12%.

Una mejor coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y un seguimiento más estrecho con una

mejora de la adherencia terapéutica, nos podría haber llevado a otro resultado en su estado de salud.

Para que un paciente mejore su adherencia debe adquirir un papel activo en el proceso de gestión de su enfermedad, aumentar su autonomía e incrementar su capacidad de autocuidado. Es necesario que conozca la enfermedad y la entienda, así como el tratamiento prescrito y la importancia de cumplirlo.

Por ello, consideramos clave que exista una relación con la enfermera de familia, y el resto de profesionales sanitarios, basada en la confianza y el diálogo, facilitando la participación del paciente y sus familiares en la toma de decisiones.

La Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria recoge en su Plan de Adherencia al Tratamiento los factores más relevantes en la falta de adherencia³. (Imagen 3)

Valoración de la adherencia terapéutica

Durante las consultas de enfermería de seguimiento al paciente crónico contamos con numerosas herramientas

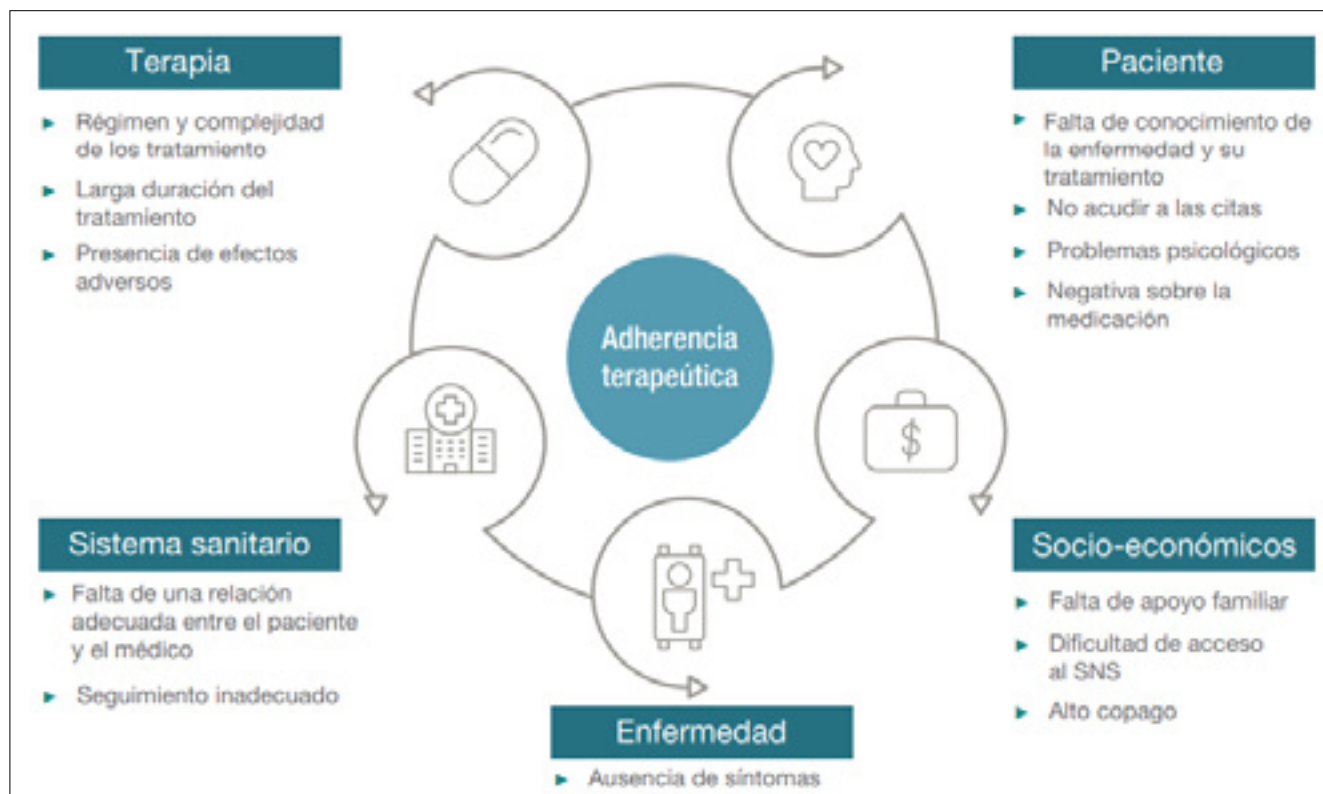


Imagen 3. Falta adherencia terapéutica.

para valorar la adherencia terapéutica. Los más utilizados son los cuestionarios para conocer la adherencia autocomunicada por parte del propio paciente. Entre los inconvenientes que nos podemos encontrar con este tipo de métodos están la posibilidad de que el paciente mienta, olvide datos sobre la toma de medicación o piense que hace correctamente el tratamiento cuando en realidad no es así, lo que conocemos como falta de adherencia involuntaria⁴.

Uno de los cuestionarios más conocidos y utilizados en la práctica clínica es el test de Morinsky-Green donde realizamos al paciente cuatro preguntas de respuesta dicotómica "sí" o "no" sobre la actitud de este ante su medicación.

El cuestionario ARMS-e es adecuado para medir la adherencia en pacientes pluripatológicos. Se analiza de forma multidimensional y consta de 12 preguntas donde se asigna un valor de 1 a 4 de acuerdo a una escala tipo Likert obteniendo menor grado de adherencia ante menor puntuación.

Estrategias para promover el cumplimiento terapéutico

Las actuaciones que llevaremos a cabo para mejorar la adherencia terapéutica serán individualizadas para cada paciente a partir de los resultados obtenidos en los cuestionarios realizados y elegidas en función de las barreras detectadas.

- **Intervención técnica:** Dirigidas a simplificar el régimen terapéutico usando un esquema terapéutico sencillo, de fácil comprensión y ejecución, reduciendo el número de tomas diarias y evitando hacer cambios constantes de tratamiento.
- **Intervención educativa y conductual:** La información debe ser personal, individualizada y adaptada a la situación de cada paciente utilizando recursos tanto orales como escritos. Son útiles los sistemas de recordatorios como alarmas, llamadas o los sistemas informatizados para recordatorios de citas. Podemos reforzar dicha información con sesiones educativas grupales, visitas domiciliarias. Es fundamental el conocimiento del paciente sobre su enfermedad, beneficios esperados y efectos adversos que puedan aparecer.



Estrategia de apoyo familiar o social: El tratamiento debe ser integral con la implicación de la familia lo que nos aportará apoyo y consejo al paciente en todo momento.

- Estrategia para el profesional sanitario: Basadas en campañas de salud y enseñanza al profesional sanitario con actualización constante ante nuevos tratamientos y modos de administración.

CONCLUSIONES

La falta de la adherencia en los tratamientos crónicos es un problema universal y real que afecta a la efectividad de éstos y se traduce en unos resultados peores en salud con un impacto negativo en el gasto sanitario.

La información es un factor clave para favorecer el compromiso y la implicación de los pacientes; sin embar-

go, en ocasiones la limitación de tiempo en las consultas puede llegar a suponer una barrera importante para transmitir los mensajes necesarios y realizar estrategias de refuerzo adecuadas en pacientes con riesgo de incumplimiento.

En pacientes crónicos, existe un grupo de factores de riesgo conocidos, prevenibles y modificables. Se requiere que los pacientes entiendan el impacto de dichos factores en su enfermedad, así como la convicción de incorporar hábitos saludables en sus vidas.

Una planificación adecuada de las consultas de enfermería de familia supondrá la mejora de los niveles de cumplimiento por parte de los pacientes. El papel del equipo multidisciplinar es clave para alcanzar los objetivos deseados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. [Internet] 2009 [Acceso en octubre de 2023] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>
2. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda OA, Óscar Adrián, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta médica. Grupo Ángeles, 16 (3), 226-232. [Internet] 2018 [Acceso en octubre de 2023] Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&lng=es)
3. Plan de Adherencia al Tratamiento. Uso responsable del medicamento. SEFAC [Internet] 2016 [Acceso en octubre de 2023] Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf
4. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharmaceutica (Internet), 59 (3), 163-172. [Internet] 2020 [Acceso en octubre de 2023] Disponible en: <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>



Buenas prácticas en el manejo de las infecciones en heridas

Natalia López Moran • nlopez76@hotmail.es

Marta Gómez López • mgomlop@hotmail.com

LAS INFECCIONES

Las infecciones de heridas representan todavía un gran reto, en el cual, la prevención, la detección y el tratamiento de la infección, siguen siendo una preocupación primordial para los profesionales de la salud de todo el mundo.

El manejo adecuado de las heridas también incluye el cuidado de la piel circundante y la implementación de medidas preventivas, como el lavado de manos y el uso de barreras protectoras, para evitar la contaminación y la propagación de microorganismos.

El uso de antisépticos para prevenir y tratar la infección de heridas se está explorando cada vez más, debido a la rápida propagación de la resistencia a los antimicrobianos (RAM) y a la creciente aparición de bacterias multi-resistentes, como el *Staphylococcus aureus*.

Es importante destacar que no todos los antisépticos son igualmente efectivos y seguros para su uso en heridas. La elección del antiséptico adecuado debe basarse en varios factores, como el tipo de herida, el grado de contaminación, la presencia de microorganismos específicos y las características individuales del paciente.

Además, es fundamental seguir las recomendaciones y pautas establecidas para el uso correcto de los antisépticos, incluyendo la dilución y el tiempo de exposición adecuados, para garantizar su eficacia y minimizar los riesgos de toxicidad y resistencia.

El uso de antisépticos en el cuidado de heridas puede desempeñar un papel importante en la prevención y tratamiento de las infecciones, especialmente en un contexto de creciente resistencia a los antimicrobianos. Sin embargo, es necesario tener en cuenta diversos factores y seguir las pautas adecuadas para garantizar su eficacia y seguridad.

ESPECTRO DE LA INFECCIÓN DE HERIDAS DEL INTERNATIONAL WOUND INFECTION INSTITUTE (IWII)

El espectro se divide en diferentes etapas, desde la infección superficial hasta la infección profunda. En la etapa de infección superficial, los microorganismos se encuentran en la superficie de la piel y no han penetrado en los tejidos subyacentes. Esto puede manifestarse como enrojecimiento, calor y dolor en la herida.

En la siguiente etapa, la infección localizada, los microorganismos han ingresado a los tejidos subyacentes y la infección se ha propagado en un área limitada. Esto puede resultar en la formación de abscesos o tejido muerto en la herida.

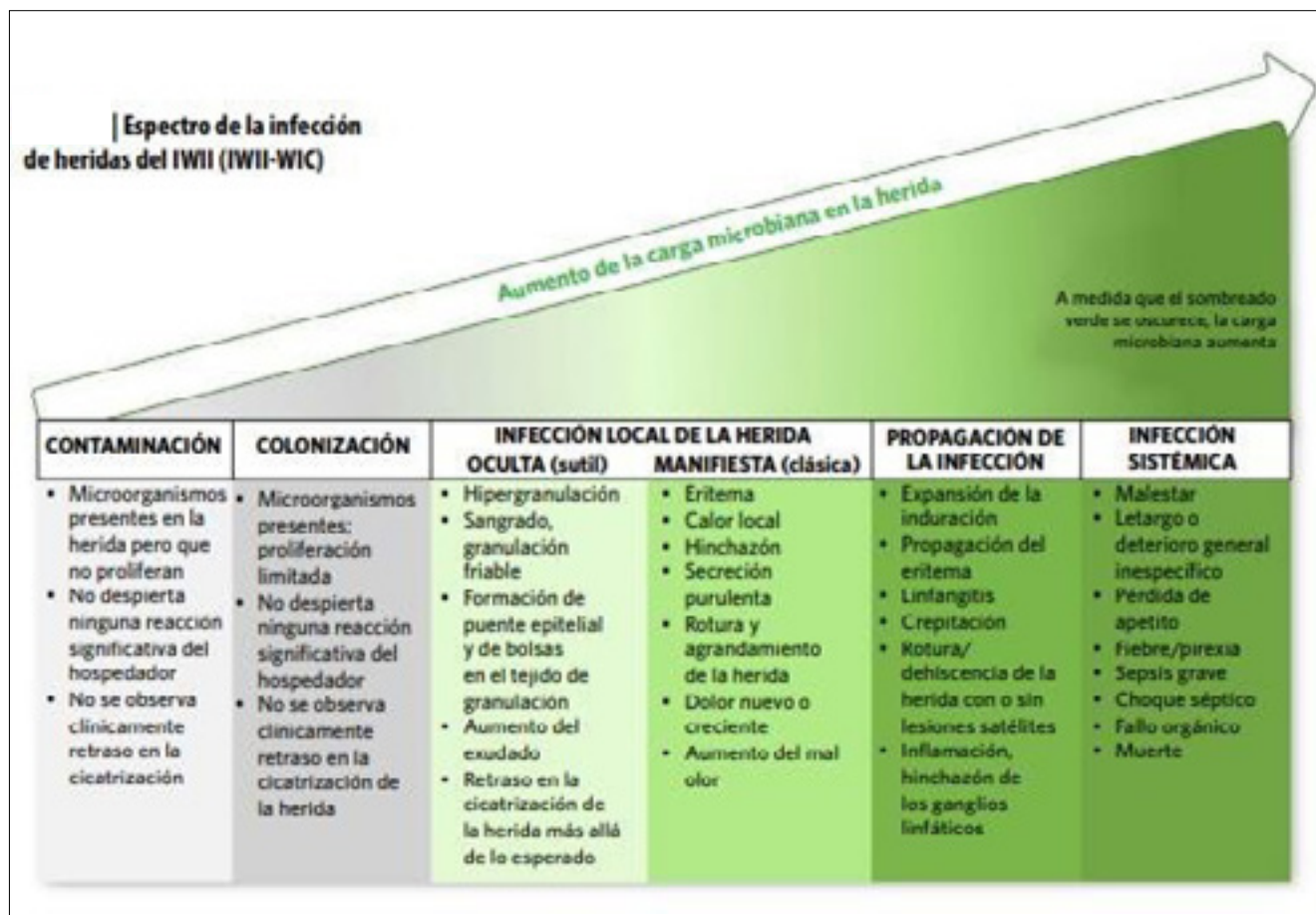
En la etapa de infección profunda, los microorganismos se han diseminado más extensamente y puede afectar los tejidos más profundos, como los músculos o los huesos. Esto puede resultar en complicaciones graves, como osteomielitis o sepsis.

El IWII-WIC (wound infection continuum) ofrece una forma estructurada de evaluar y clasificar las infecciones de heridas, lo que puede ayudar a los profesionales de la salud a tomar decisiones informadas

sobre el tratamiento. Sin embargo, es importante tener en cuenta que este es solo un marco conceptual y que la evaluación clínica individualizada de cada herida es fundamental para determinar el tratamiento adecuado.

El IWII-WIC se divide en cinco etapas conceptuales:

- Contaminación
- Colonización
- Infección local (etapas ocultas y manifiesta)
- Propagación de la infección
- Infección sistémica



Fuente: International Wound Infection Institute (IWII). La infección de las heridas en la práctica clínica. Wounds International. 2022.

ETIOLOGIA

La etiología de la herida se debe tener en cuenta a la hora de evaluar tanto el riesgo de infección como la forma en que puede presentarse.

En general, las heridas pueden tener diferentes etiologías, como traumáticas, quirúrgicas, vasculares... Es importante considerar factores como la causa, el mecanismo de producción, la localización y la profundidad, ya que estos pueden influir en el riesgo de infección. Por ejemplo, una herida causada por un objeto sucio o una mordedura de animal presenta un mayor riesgo de infección que una herida causada por un objeto limpio.

Además, existen factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de que una herida se infecte, independientemente de su origen. Algunos de estos factores incluyen la presencia de comorbilidades, como

diabetes o enfermedades vasculares, la edad avanzada, la inmunosupresión, la malnutrición, el tabaquismo y la obesidad.

En personas mayores o inmunodeprimidas, las infecciones de heridas pueden presentarse de forma más sutil, con síntomas menos evidentes o atípicos. Esto puede dificultar el diagnóstico y el tratamiento oportuno, lo que a su vez puede llevar a un retraso en la curación de la herida y a la propagación de la infección.

En resumen, la etiología de la herida y los factores de riesgo asociados deben tenerse en cuenta tanto para evaluar el riesgo de infección como para determinar la forma en que esta puede presentarse. El conocimiento de estos factores es fundamental para realizar un adecuado manejo y tratamiento de las heridas, especialmente en personas vulnerables.



BIOPELÍCULAS

Estudios recientes confirman que casi el 80% de las heridas crónicas contienen biopelícula, pero no se conoce del todo cómo contribuyen exactamente los microorganismos en general y las biopelículas en particular al proceso de cicatrización de las heridas.

Los microorganismos presentes en las biopelículas pueden producir sustancias que inhiben la cicatrización, como enzimas proteolíticas que degradan la matriz extracelular y factores de virulencia que evitan la respuesta inmunológica, por ello, se recomienda seguir estrategias de desbridamiento y complementarlas con la limpieza terapéutica por medio de soluciones tópicas tensioactivas y antisépticas y el uso de apósitos antimicrobianos, creando un entorno que impida o retrase la nueva formación de biopelícula.

Por otro lado, se ha demostrado que algunos microorganismos presentes en las biopelículas pueden estimular la cicatrización de heridas. Por ejemplo, las bacterias probióticas han mostrado efectos positivos en la promoción de la cicatrización, probablemente a través de la estimulación de la producción de factores de crecimiento.

En general, es necesario seguir investigando para comprender mejor cómo contribuyen las biopelículas y los microorganismos en la cicatrización de heridas. Esto permitirá desarrollar estrategias más efectivas para el tratamiento de heridas crónicas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Criterios que indican la posible presencia de biopelículas:

- Retraso en la cicatrización a pesar del tratamiento óptimo de la herida.
- Tejido de granulación friable.
- Hipergranulación.
- Aumento del exudado.
- Eritema.
- Inflamación crónica.

LA HIGIENE DE LA HERIDA

El término higiene de la herida, implica limpiar y acondicionar el lecho y bordes de la herida, así como el tejido perilesional.

Soluciones de limpieza:

No existe una solución de limpieza ideal, pero podemos tener en cuenta una serie de aspectos para su elección, como pueden ser:

- Etiología y localización anatómica de la herida.
- Riesgo de infección.
- Presencia de signos clínicos de infección.
- Tipo de microorganismos presentes en la herida.

ANTIMICROBIANOS TÓPICOS

Conceptos:

Colonización: se refiere a la presencia de microorganismos en la herida que experimentan una proliferación limitada. No suscita ninguna reacción destacada en el hospedador y no se observa clínicamente ningún retraso en la cicatrización de la herida

Contaminación: presencia en la herida de microorganismos que no proliferan. No suscita ninguna reacción destacada en el hospedador y no se observa clínicamente ningún retraso en la cicatrización de la herida

Herida contaminada: Cuando el número de microorganismos es < 100.000 colonias por gramo de tejido y no existen signos clínicos de infección local.

Herida infectada: Los microorganismos de la herida invaden los tejidos que rodean la lesión: Existen signos de infección.

Bactericida: Sustancia química que produce la muerte de las bacterias. Acción irreversible

Bacteriostático: Agente que inhibe el desarrollo de las bacterias y se basa en los mecanismos de defensa del huésped para la erradicación final de la infección. Mientras dura su acción.

Desinfección: proceso químico que mata o erradica los microorganismos sin discriminación en superficies inanimadas o inertes.

Citotoxicidad: efecto tóxico de una sustancia sobre una función celular importante. En el contexto de las heridas, la citotoxicidad normalmente se refiere al posible efecto adverso que destruye las células que participan en la cicatrización de los tejidos, entre ellas los fibroblastos,



SOLUCIÓN	OBSERVACIONES	CARACTERÍSTICAS
Agua potable del grifo	No citotóxica No estéril Hipotónica	Efecto mecánico de limpeza
Agua estéril	No citotóxica Hipotónica	Efecto mecánico de limpeza
Suero fisiológico 0.9%	No citotóxico Estéril Isotónico	Efecto mecánico de limpeza
Soluciones tensioactivas. Dihidrocloreto de octenidina (DHO) o la polihexametilenbiguanida (PHMB)	Baja citotoxicidad para queratinocitos y fibroblastos Tensioactivo	Se suelen combinar con antimicrobianos/ agentes con conservantes antimicrobianos, entre ellos el dihidrocloreto de octenidina (DHO) o la polihexametilenbiguanida (PHMB). Eliminan las bacterias sin dañar los tejidos de la herida en proceso de cicatrización
Soluciones superoxidadas (contienen los conservantes antimicrobianos ácido hipocloroso e hipoclorito de sodio)	Hipotónico	Contienen agentes hipotónicos y oxidantes de origen natural. La acción antimicrobiana y antibiopelícula
Povidona yodada	Antiséptica Yodófora	El efecto citotóxico depende de la dosis. Acción antimicrobiana de amplio espectro y antibiopelícula.

FUENTE: Documento técnico GNEAUPP N° XVII. Limpieza de las heridas: soluciones, presión y técnicas utilizadas.

los macrófagos y los neutrófilos. Puede representar un riesgo a la hora de aplicar sustancias a las heridas.

Resistencia a los antimicrobianos: se produce cuando los microorganismos cambian con el tiempo de tal manera que los medicamentos utilizados para tratar las infecciones que causan pasan a ser ineficaces.

Uso prudente de antimicrobianos: uso supervisado y organizado de los antimicrobianos destinado a disminuir la propagación de las infecciones causadas por organismos multirresistentes y a mejorar los resultados clínicos al fomentar el uso adecuado y optimizado de todos los antimicrobianos.

Antiseptia: Destrucción de microorganismos patógenos en tejidos vivos mediante productos químicos denominados antisépticos.

Antiséptico: agente tópico con actividad de amplio espectro que inhibe la multiplicación de los microorganismos o a veces los mata. Dependiendo de la concentración, los antisépticos pueden tener un efecto tóxico

en las células humanas. El desarrollo de resistencia a los antisépticos tópicos es poco frecuente.

Para elegir el antimicrobiano tópico adecuado, es necesario considerar varios factores, entre ellos:

1. Tipo de microorganismo presente en la herida: Es fundamental conocer el agente infeccioso causante de la infección en la herida. Esto puede determinarse mediante el cultivo y la prueba de sensibilidad, que proporcionará información sobre qué antimicrobianos son eficaces contra ese microorganismo específico.
2. Sensibilidad antimicrobiana: Una vez identificado el agente infeccioso, se debe considerar la susceptibilidad del microorganismo a los diferentes antimicrobianos disponibles. Esto permitirá seleccionar el antimicrobiano más eficaz para tratar la infección.
3. Posibles resistencias antimicrobianas: En la elección del antimicrobiano tópico, es importante considerar si existe resistencia a ciertos antimicrobianos en la



zona geográfica en la que se encuentra el paciente. Esto puede deberse al uso excesivo o inadecuado de antimicrobianos en esa área, lo que ha llevado al desarrollo de resistencias. En estos casos, se debe seleccionar un antimicrobiano al que el microorganismo no haya desarrollado resistencia.

4. Características de la herida: Es necesario evaluar la gravedad y características de la herida, como el grado de contaminación, el tamaño, la profundidad y el estado de la piel circundante. Esto ayudará a determinar si se necesita un antimicrobiano más potente o si es suficiente con uno de amplio espectro.

5. Contraindicaciones y efectos adversos: Se deben tener en cuenta las contraindicaciones y los posibles efectos adversos del antimicrobiano tópico seleccionado. Algunos antimicrobianos pueden tener efectos secundarios locales, como irritación, reacciones alérgicas o dermatitis de contacto. Además, es necesario considerar si el paciente tiene alguna alergia conocida a algún antimicrobiano.

Al tener en cuenta estos factores, se puede seleccionar el antimicrobiano tópico adecuado para lograr los resultados deseados en la herida y el paciente, prevenir efectos adversos y promover el uso prudente de antimicrobianos. Es importante recordar que el uso indiscriminado

de antimicrobianos puede contribuir al desarrollo de resistencias antimicrobianas.

Los antimicrobianos de nueva generación suelen ser nada o poco citotóxicos esto puede lograrse mediante la utilización de tecnologías de liberación controlada, como hidrogeles o apósitos impregnados con el antiséptico. Estos productos permiten una liberación gradual del antiséptico a lo largo del tiempo, manteniendo una concentración efectiva pero segura.

Además, los antisépticos de nueva generación suelen tener otras ventajas en comparación con los antiguos. Por ejemplo, pueden tener un espectro ampliado de actividad antimicrobiana, lo que significa que son efectivos contra una mayor variedad de microorganismos. También pueden tener propiedades adicionales, como la capacidad de actuar contra biofilms bacterianos, que son comunidades de bacterias adheridas a una superficie y protegidas por una matriz extracelular.

En resumen, los antisépticos de nueva generación son menos citotóxicos que los antiguos y se recomiendan en la mayoría de las situaciones clínicas. Sin embargo, en entornos con pocos recursos, los antisépticos antiguos pueden ser utilizados siempre y cuando se respeten las concentraciones mínimas necesarias y se interrumpa el uso una vez que la herida responda.

PRINCIPALES ANTIMICROBIANOS					
SOLUCIÓN	IN VITRO/LABORATORIO	USOS EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS Limpia/Irrigar	USOS EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS Tópico	USOS EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CHBB	OBSERVACIONES
Alginogel	<ul style="list-style-type: none"> Actividad de amplio espectro contra bacterias gramnegativas y grampositivas Previene la formación de biopelícula a una concentración de $\leq 0,5\%$ Inhíbe que se consolide el crecimiento de la biopelícula a concentraciones $> 0,5\%$ 		✓		<ul style="list-style-type: none"> Gel de alginato con dos enzimas: lactoperoxidasa y glucosa oxidasa Disponible en concentraciones del 3% y del 5%; la elección se basa en los niveles de exudado de la herida No es tóxico para los queratinocitos o los fibroblastos
Geles tensioactivos concentrados (por ejemplo, tensioactivo PMM)	<ul style="list-style-type: none"> Activo contra <i>P. aeruginosa</i>, <i>Enterococcus spp.</i>, <i>S. epidermidis</i>, <i>S. aureus</i> y biopelículas de <i>S. aureus</i> resistente a la meticilina (SARM) 	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Tensioactivo a base de poloxámero que forma un gel cuando se calienta sobre el tejido



PRINCIPALES ANTIMICROBIANOS					
SOLUCIÓN	IN VITRO/LABORATORIO	USOS EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS Limpiar/Irrigar	USOS EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS Tópico	USOS EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CHBB	OBSERVACIONES
Cobre (nanopartículas de cobre metálico, óxido cúprico y óxido cuproso)	<ul style="list-style-type: none"> Actividad contra bacterias gramnegativas y grampositivas, entre ellas <i>S. aureus</i>, <i>P. aeruginosa</i>, <i>E. coli</i>. y SARM en modelos <i>in vitro</i> 		✓		<ul style="list-style-type: none"> Disponible en forma de tensioactivo e impregnado en apósitos Tóxico para las células humanas, aunque la toxicidad es menor con los preparados de nanopartículas
Cloruro de dialquilcarbamoilo (DACC)	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad para unirse a una serie de bacterias, entre ellas <i>S. aureus</i> y SARM sin que se produzca una multiplicación bacteriana posterior Capacidad de unión con biopelículas de <i>P. aeruginosa</i>, <i>S. aureus</i>, <i>S. epidermidis</i> y ARMS 		✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Apósito con fibras recubiertas de un derivado hidrófobo de ácidos grasos; las bacterias se adhieren al apósito y se retiran al sustituirlo El efecto antimicrobiano se consigue gracias a las características mecánicas
Miel (de uso médico)	<ul style="list-style-type: none"> Eficaz contra bacterias grampositivas y gramnegativas, entre ellas <i>E. coli</i>, <i>P. aeruginosa</i>, <i>S. aureus</i>, <i>Acinetobacter</i>, <i>Stenotrophomonas</i>, SARM y enterococos resistentes a la vancomicina (ERV) Inhibe la actividad de las biopelículas, incluidas las de <i>Pseudomonas</i> 	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Solución azucarada ácida e hiperosmolar disponible en forma de pasta o apósitos (por ejemplo, hidrocoloides, alginatos, tul) El efecto antimicrobiano se debe a la producción de peróxido de hidrógeno por parte de una enzima presente en la miel Favorece el desbridamiento autolítico Se deben seleccionar productos previamente irradiados con rayos gamma
Yodóforos (povidona yodada)	<ul style="list-style-type: none"> Actividad de amplio espectro contra bacterias gramnegativas y grampositivas, hongos, esporas, protozoos y virus Penetra y altera las biopelículas, incluidas las de <i>P. aeruginosa</i> y <i>S. aureus</i> a una concentración del 1% Erradica las biopelículas de <i>S. aureus</i>, <i>K. pneumoniae</i>, <i>P. aeruginosa</i> y <i>C. albicans</i> a una concentración del 0,25% 	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Antimicrobiano con halógeno 185 disponible en forma de pomada, gel, líquido, tensioactivo y apósito para heridas Tiene efectos antiinflamatorios adicionales No se tiene constancia de resistencia bacteriana o cruzada Efecto citotóxico dependiente de la dosis en osteoblastos, mioblastos y fibroblastos Las fórmulas de liberación rápida pueden requerir de 2 a 3 aplicaciones diarias para que el efecto sea óptimo Contraindicada en neonatos y en caso de sensibilidad al yodo, trastornos tiroideos o renales y quemaduras extensas



PRINCIPALES ANTIMICROBIANOS					
SOLUCIÓN	IN VITRO/LABORATORIO	USOS EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS Limpia/Irrigar	USOS EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS Tópico	USOS EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CHBB	OBSERVACIONES
Yodóforos (yodo cadexómero)	<ul style="list-style-type: none"> Actividad de amplio espectro contra bacterias gramnegativas y grampositivas, hongos, esporas, protozoos y virus Reduce la carga microbiana complicada por la biopelícula a una concentración del 0,9% 		✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Antimicrobiano con halógeno disponible en polvo, pasta, solución y apósitos Efecto citotóxico dependiente de la dosis en queratocitos y fibroblastos Contraindicado en niños menores de 12 años y en caso de sensibilidad al yodo, trastornos tiroideos o renales y quemaduras extensas
Yodóforos (espuma a base de alcohol polivinílico [APV])	<ul style="list-style-type: none"> Actividad de amplio espectro contra bacterias gramnegativas y grampositivas, hongos, esporas, protozoos y virus Activa contra las biopelículas de <i>P. aeruginosa</i> y <i>S. aureus</i> 		✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Antimicrobiano con halógeno disponible en forma de apósito Bajo nivel de citotoxicidad en la mayoría de los productos Se ha observado toxicidad dependiente de la dosis con el apósito de espuma impregnado de yodo
Dihidrocloruro de octenidina (DHO)	<ul style="list-style-type: none"> Acción de amplio espectro contra bacterias grampositivas y gramnegativas, SARM y hongos Erradica la biopelícula Bacteriana durante un máximo de 72 horas 	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Disponible en forma de preparados de gel, irrigación y tensoactivos No promueve la resistencia bacteriana Se ha demostrado que los tejidos lo toleran bien y que no altera la cicatrización Anafilaxia y respuesta alérgica raramente observadas
Polihexametil-biguanida (PHMB)	<ul style="list-style-type: none"> Eficaz contra bacterias grampositivas, bacterias gramnegativas, hongos y virus Eficaz contra <i>P. aeruginosa</i>, <i>S. aureus</i>, SARM y biopelículas de especies mixtas 	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Disponible en forma de preparados de gel, irrigación y tensoactivos No promueve la resistencia bacteriana Baja citotoxicidad <i>in vitro</i> Ecceema o anafilaxia raramente observados
Plata (sales y compuestos, entre ellos sulfadiazina, óxidos, fosfatos, sulfatos y cloruros)	<ul style="list-style-type: none"> Efecto dependiente de la concentración a la hora de erradicar biopelículas maduras de <i>P. aeruginosa</i> y <i>S. aureus</i> Reduce las cargas bacterianas complicadas por la biopelícula Los apósitos de plata/iones de liberación lenta tienen una actividad de amplio espectro, incluso contra SARM y ERV 		✓		<ul style="list-style-type: none"> Disponible en forma de pomada, gel y apósito Efectos citotóxicos dependientes de la dosis y el tiempo sobre los fibroblastos, los queratinocitos y las células endoteliales de los humanos; puede retrasar la epitelización La resistencia antimicrobiana parece poco común pero se ha notificado con algunas colonias
Plata (elemental [metálica y nanocrystalina])	<ul style="list-style-type: none"> Actividad de amplio espectro contra bacterias gramnegativas y grampositivas, entre ellas <i>P. aeruginosa</i>, <i>E. coli</i> y <i>S. aureus</i> Inhibe la formación de biopelícula 		✓		<ul style="list-style-type: none"> Disponible en forma de apósito Ningún efecto citotóxico dependiente de la Concentración o efecto leve sobre los fibroblastos



PRINCIPALES ANTIMICROBIANOS					
SOLUCIÓN	IN VITRO/LABORATORIO	USOS EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS Limpiar/Irrigar	USOS EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS Tópico	USOS EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CHBB	OBSERVACIONES
Plata con mecanismos antibiopelícula	<ul style="list-style-type: none"> Acción antimicrobiana de amplio espectro Previene la formación de biopelícula 		✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Disponible en forma de apósito impregnado de plata iónica al 1,2% y potenciado con EDTA (un agente quelante que también ejerce actividad antimicrobiana y antibiopelícula de amplio espectro) y cloruro de bencetonio (CB, un tensioactivo)
Soluciones superoxidadas (conservante antimicrobiano: hipoclorito de sodio [NaOCl])	<ul style="list-style-type: none"> Erradican P. aeruginosa y MRSA, pero la respuesta depende del tiempo 	✓	✓		<ul style="list-style-type: none"> Antiséptico oxidante de origen natural que a veces se presenta mezclado con ácido hipocloroso (HOCl) Citotoxicidad para los queratinocitos y los fibroblastos dependiente de la dosis y del tiempo; los preparados más antiguos (por ejemplo, la tradicional solución de Dakin al 0,4-0,5%) presentan una elevada citotoxicidad tisular
Soluciones superoxidadas (conservante antimicrobiano: ácido hipocloroso [HOCl])	<ul style="list-style-type: none"> Acción de amplio espectro contra bacterias, virus y hongos, incluso MRSA Erradican las biopelículas bacterianas y fúngicas 	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> A veces disponibles mezcladas con NaOCl Tienen un efecto antiinflamatorio al reducir la actividad de las histaminas, las metaloproteinasas de la matriz, los mastocitos y la actividad de las citoquinas Citotoxicidad dependiente de la dosis, pero no citotóxicas a concentraciones que logran la acción antimicrobiana

FUENTE: International Wound Infection Institute (IWII) La infección de heridas en la práctica clínica. Wounds International. 2022

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ANTIMICROBIANOS TÓPICOS

La duración del uso de los antisépticos tópicos debe ser personalizada y basada en el examen periódico de la herida. Se recomienda un periodo de prueba de 2 semanas, pero en algunos casos puede ser necesario un tratamiento de hasta 4 semanas. Además, se ha generalizado la práctica de alternar o rotar los tratamientos antisépticos tópicos, utilizando diferentes antisépticos durante un periodo de 2 o 4 semanas, en presencia de biopelícula puede verse superado este tiempo. Esta estrategia se basa en la premisa de que diferentes antisépticos pueden eliminar diferentes microorganismos y ayudar a restablecer el equilibrio microbiano en la herida. Sin embargo, se requiere realizar más investigaciones para respaldar esta práctica clínica.

ANTIBIÓTICOS Y ANTIFÚNGICOS TÓPICOS

El microbiota de las heridas es un campo de estudio en constante evolución, y se ha descubierto que la presencia de ciertas bacterias beneficiosas puede ayudar en el proceso de cicatrización. El uso indiscriminado de antibióticos tópicos puede alterar esta microbiota y provocar la proliferación de bacterias resistentes.

Es importante tener en cuenta que el uso de antibióticos tópicos debe ser guiado por la experiencia médica y la evaluación de la gravedad de la infección. En casos de heridas infectadas, los antibióticos tópicos pueden ser una opción efectiva para combatir la infección localmente. Sin embargo, en heridas no infectadas o con una infección leve, el uso de antisépticos puede ser suficiente para prevenir la infección y promover la cicatrización.



En resumen, el uso de antibióticos tópicos para el tratamiento de heridas debe ser cuidadosamente considerado y reservado para casos específicos de infección. Es importante balancear los beneficios potenciales de los antibióticos tópicos con el riesgo de promover la resistencia bacteriana. Alternativas como el uso de antisépticos deben ser consideradas en primer lugar, siempre bajo la supervisión de profesionales con experiencia en la materia.

Respecto a los antifúngicos;

- El tratamiento antifúngico tópico puede usarse junto con las mejores prácticas de cuidado de heridas para combatir la proliferación de hongos.
- Es importante identificar correctamente los hongos presentes en la herida para seleccionar el tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFIA

- International Wound Infection Institute (IWII) La infección de heridas en la práctica clínica. Wounds International. 2022
- Nair HKR et al (2023) International Consensus Document: Use of wound antiseptics in practice. Wounds International. Available online at www.woundsinternational.com
- Documento técnico GNEAUPP N° XVII Limpieza de las heridas: soluciones, presión y técnicas utilizadas. 1ª Edición-Mayo de 2023
- Las heridas crónicas con biopelícula asociada a hongos tienen perfiles microbianos únicos que requieren un enfoque personalizado.
- Los tratamientos antifúngicos tópicos, como el micónazol, pueden ser adecuados; sin embargo, su penetración a través de la biopelícula puede ser limitada, lo que aumenta el riesgo de desarrollo de resistencia.
- En casos de infección fúngica en personas con quemaduras, se recomienda un tratamiento sistémico más agresivo debido a la asociación con una mayor tasa de mortalidad.



QUE HACER Y QUE NO HACER

ANTISEPTICOS

HACER

NO HACER

Tener en cuenta las alergias y el nivel de tolerancia del paciente al seleccionar un antiséptico

No abusos de los antisépticos y utilízalos sólo cuando esté clínicamente indicado.

Lávese bien las manos y siga los procedimientos de control de infecciones al aplicar antisépticos.

No ignore los signos de reacciones adversas a un antiséptico y asegúrese de ajustar el tratamiento según sea necesario.

Utilice guantes y utilice equipo estéril y técnica aséptica

No utilice antisépticos como sustitutos de la limpieza y el desbridamiento adecuados de la herida.

Supervise el progreso de la herida y ajuste tratamiento según sea necesario.

No mezcle diferentes antisépticos, ya que esto puede provocar reacciones adversas o una eficacia reducida

Referencias

Nair HKR et al (2023) International Consensus Document: Use of wound antiseptics in practice. Wounds International. Available online at www.woundsinternational.com



Higiene postural y Ergonomía en el ámbito laboral sanitario

Ferreiro López, Iria • i.ferreiro.lopez28@gmail.com

Enfermera Especialista en Enfermería del Trabajo

Ferreiro López, María José • mjferreirolopez@yahoo.es

Enfermera Especialista en Enfermería del Trabajo

INTRODUCCIÓN

Los trabajadores sanitarios se enfrentan a demandas físicas particulares en su trabajo diario, las cuales pueden incluir el manejo y traslado de pacientes, largos períodos de pie, y la realización de procedimientos que requieren precisión y a veces posturas forzadas. Estas actividades aumentan el riesgo de desarrollar lesiones musculoesqueléticas si no se practica una buena higiene postural.

RELACIÓN ENTRE HIGIENE POSTURAL Y ERGONOMÍA

En 1995, Tercedor Sánchez, catedrático de la Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Granada, definió la higiene postural como “el conjunto de normas y recomendaciones que tienen como fin educar al individuo, y en especial al trabajador, en relación con las posturas adecuadas para llevar a cabo cada tipo de actividad, tanto en movimiento como en reposo, con el objetivo de permitir una buena alienación de todo el cuerpo, sometiendo sus partes a la menor sobrecarga posible, con el fin de prevenir la aparición de lesiones”.

La higiene postural, por tanto, es fundamental para reducir el riesgo de lesiones y dolores crónicos, especialmente musculoesqueléticos en columna lumbar, cervical y hombros.

En el ámbito laboral, la higiene postural va a estar íntimamente relacionada con la ergonomía, disciplina que se encarga del diseño de lugares de trabajo, herramientas y tareas, de modo que coincidan con las características fisiológicas, anatómicas, psicológicas y las capacida-

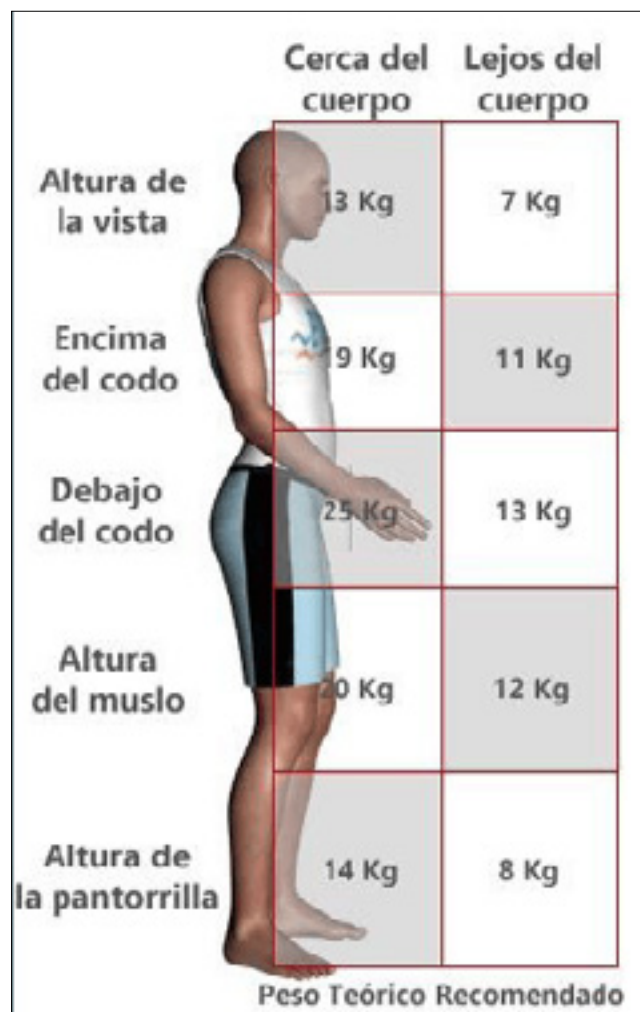


Figura 2: Peso teórico recomendado para manipulación de cargas.

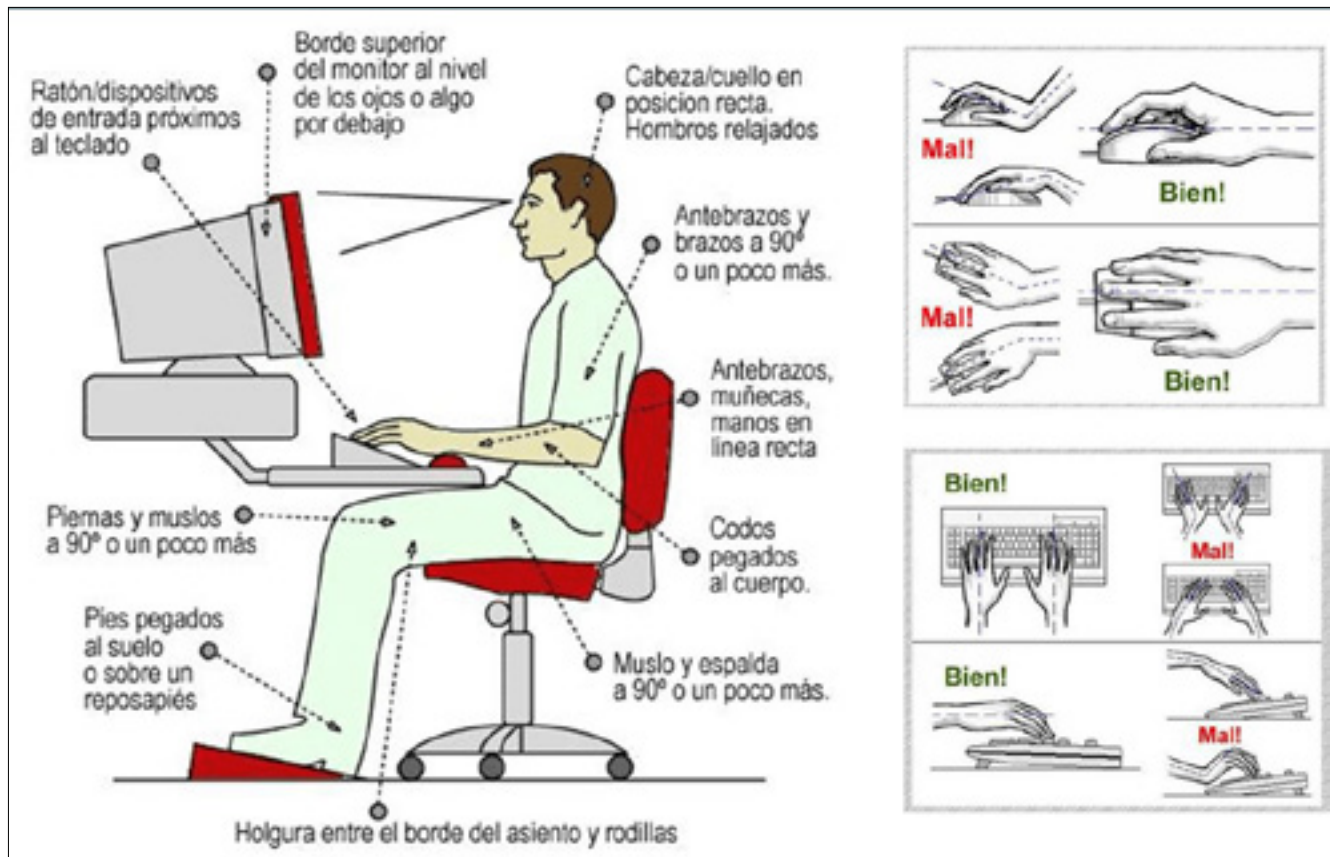


Figura 1: Postura adecuada frente al ordenador.

des de los trabajadores que se verán involucrados, ya que el diseño del puesto de trabajo va a influir en la postura adoptada a lo largo de la jornada trabajo.

Se podría decir, que tanto la higiene postural como la ergonomía buscan mejorar la salud, seguridad y eficiencia de los individuos en su entorno laboral y en la vida diaria. Ambas disciplinas constituyen un enfoque integral para la salud ocupacional y general de las personas.

La ergonomía tiene como objetivo adaptar el entorno de trabajo, los utensilios y las herramientas a las capacidades y limitaciones del cuerpo humano, mientras que la higiene postural se enfoca en la manera en que el individuo interactúa con este entorno adaptado. La combinación de ambos asegura que se minimice el riesgo de lesiones por esfuerzo repetitivo, posturas forzadas o accidentes relacionados con el manejo de cargas.

El mantenimiento de una buena postura y un diseño ergonómico del lugar de trabajo va a contribuir a la mejora de la eficiencia y productividad, puesto que cuando los trabajadores están cómodos y libres de dolor, pueden

concentrarse mejor en sus tareas y desempeñar sus funciones de manera más efectiva.

Así mismo, un ambiente laboral diseñado ergonómicamente y con una buena educación en higiene postural disminuye la fatiga y el malestar, que muchas veces conduce a errores o a un bajo rendimiento, así como al absentismo laboral secundario a lesiones musculoesqueléticas relacionadas con posturas inadecuadas, contribuyendo por tanto a promover la salud y el bienestar a largo plazo de los individuos.

RECOMENDACIONES CLAVE PARA EL CUIDADO CORPORAL Y LA ERGONOMÍA EN EL ÁMBITO LABORAL

1. Se recomienda realizar actividad física frecuente y de forma continuada con calentamiento previo a la realización del ejercicio físico y al terminar la actividad.
2. Procurar un estilo de vida saludable evitando tóxicos como alcohol o tabaco, así como la corrección de posturas inadecuadas para prevenir lesiones princi-



palmente de espalda y articulaciones de extremidades inferiores y superiores.

3. Analizar riesgos ergonómicos y adoptar posturas adecuadas durante largos periodos, especialmente en jornadas laborales.
4. Considerar los aspectos emocionales de los trabajadores porque van a influir en la postura y la tensión muscular.
5. Mientras se mantenga la posición de sedestación, la columna vertebral debe estar apoyada en el respaldo de la silla, por lo que en la parte inferior de la misma se recomienda, en caso de sillas no ergonómicas el uso de un cojín de apoyo. El asiento de la misma,

debe ser de consistencia firme y con una base se apoyo suficientemente larga que permita apoyar la parte superior de las extremidades inferiores; por último, es recomendable que sea regulable en altura y que disponga de reposabrazos (Figura1).

6. Durante la deambulación es importante mantener la columna vertebral recta, de tal forma que el tórax y la cabeza, se encuentren alineados.
7. La manipulación de cargas es otro de los puntos más frágiles en la ergonomía.

En la figura 2 se puede observar el peso de las cargas que se recomienda manipular según la altura de manipulación, mientras que en las figuras

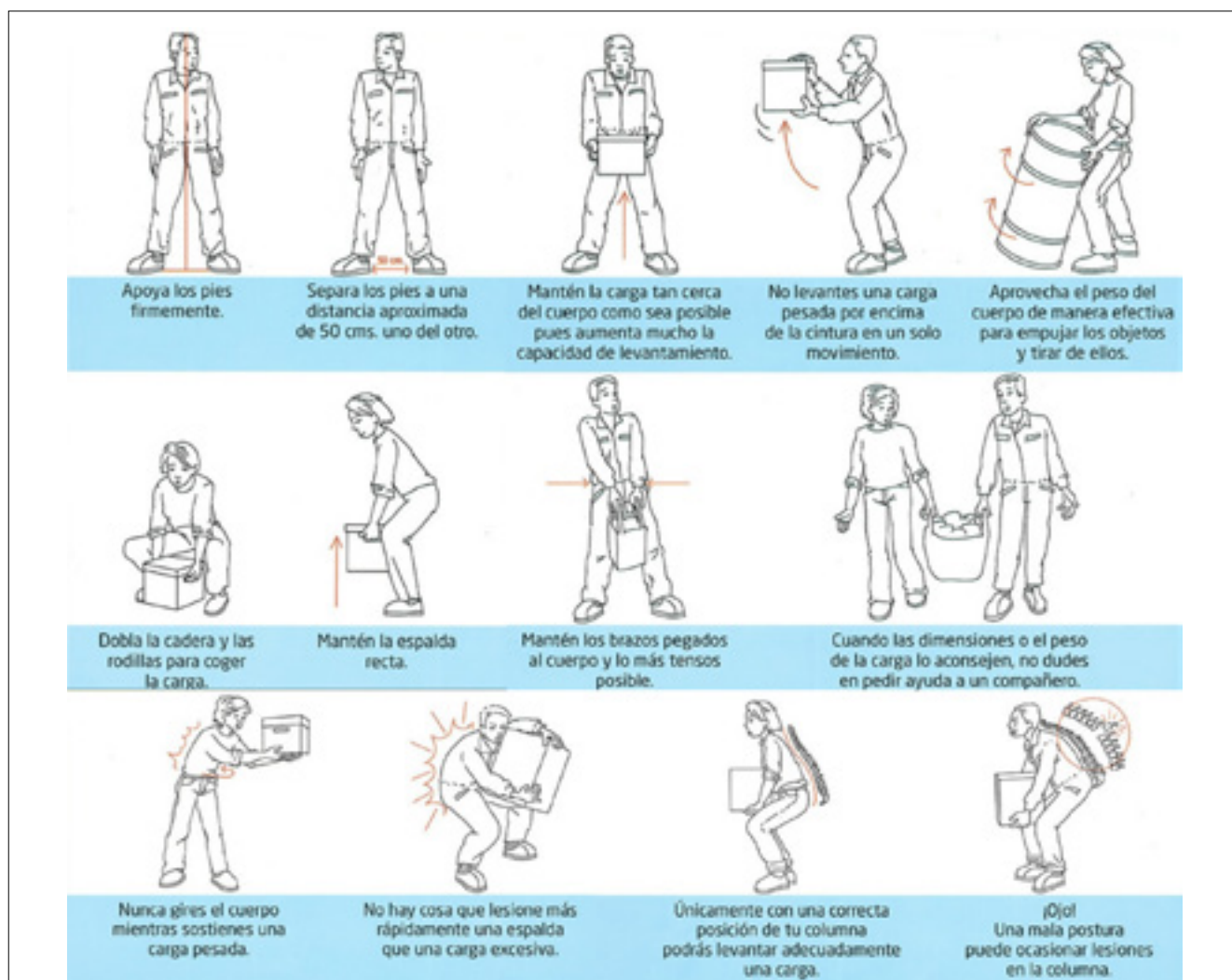
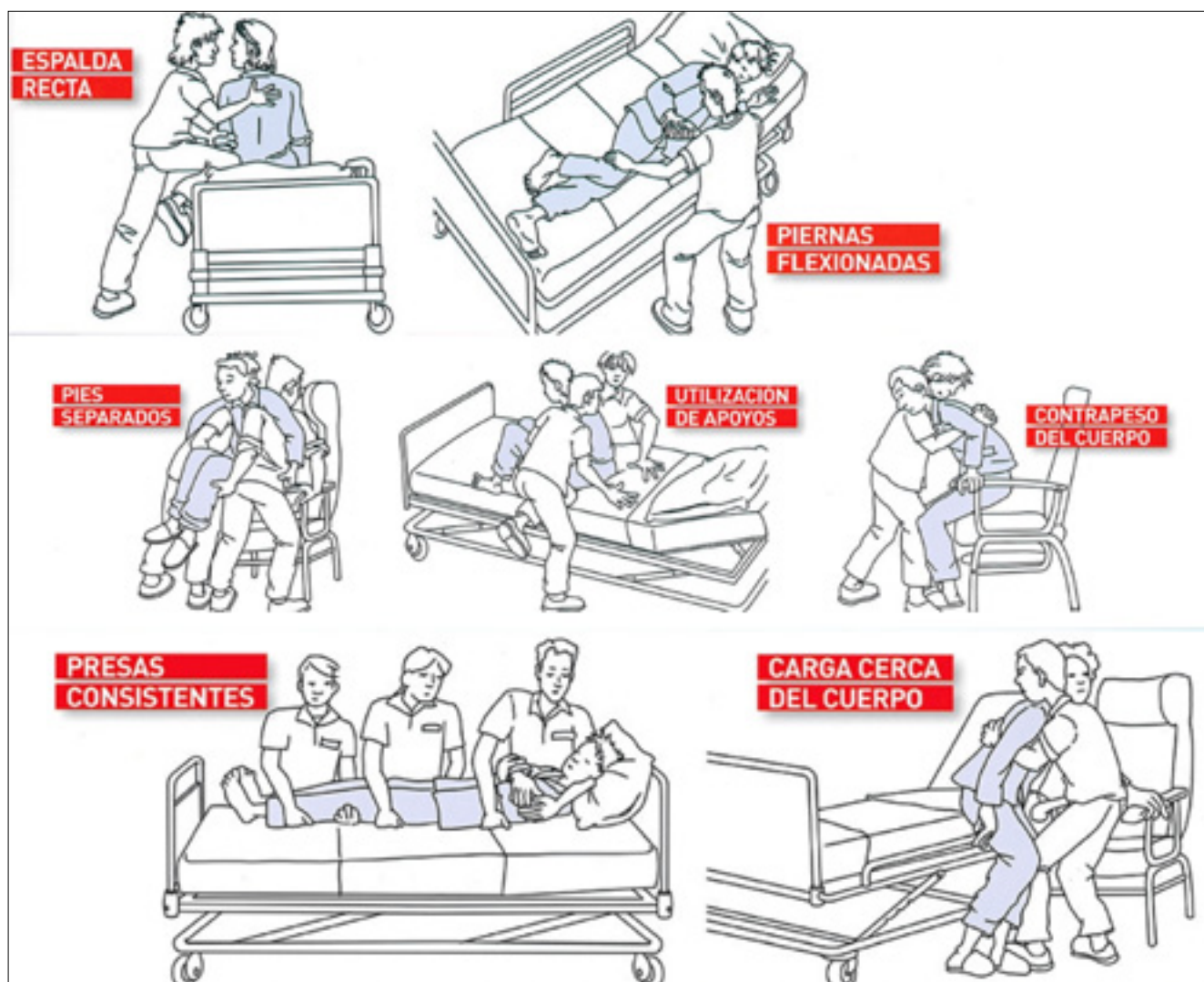


Figura 3: Recomendaciones para manipulación manual de cargas
Fuente ilustraciones: Instituto Nacional de la Seguridad e Higiene en el Trabajo.



RECOMENDACIONES PARA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES



Cuando se trata de pacientes totalmente dependientes se recomienda la movilización entre varias personas y/o usar dispositivos mecánicos para la manipulación.

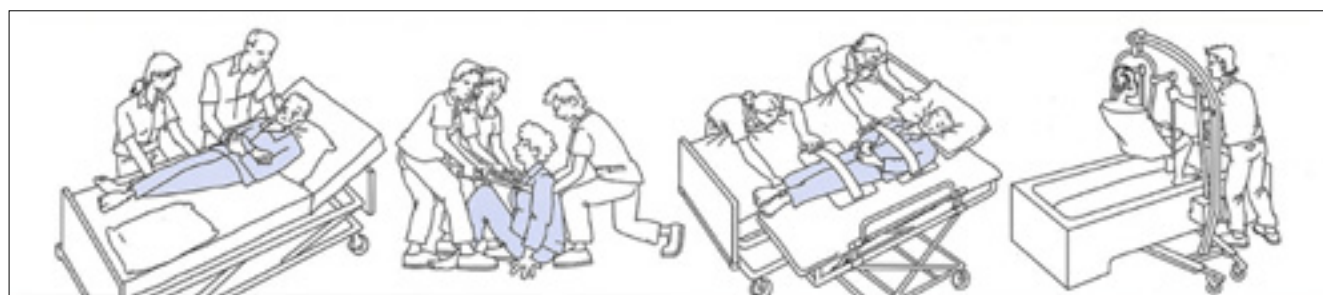


Figura 4: Medidas de prevención en la manipulación de pacientes.



BIBLIOGRAFÍA

- Lidia Ruiz Calatrava, L. H. (2017). Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud. En *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud* (págs. 111-116). Asunivep.
- Lorenzo Benito, N., Martín Carbó, E., & Lucas Navas, M. I. (2023). Higiene postural en enfermería. *Revista Rol enferm*, 46-56.
- Pública., C. d. (1999). Protocolo de vigilancia sanitaria específica. *Manipulación manual de cargas*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Trabajo, I. N. (2003). Guía técnica. Manipulación Manual de Cargas. Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Trabajo, I. N. (2012). Cartel. *Movilización de pacientes NIPO 272-12-002-1*.
- Trabajo, I. N. (2012). Cartel. *Manipulación manual de cargas Nipo 272-12-002-1*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.



Humanización de los cuidados de la Enfermería Pediátrica con la realidad virtual

Rocío Martín López R2 • rocio.martin.lopez@sergas.es

Enfermería Pediátrica del Hospital Universitario Lucus Augusti

Revisoras: Diana Polido Caloto • Enfermera especialista en Pediatría

Beatriz Muñoz López • Enfermera especialista en Pediatría

Alejandra Marín Ramos • Enfermera especialista en Pediatría

La realidad virtual (RV) es la creación de un entorno digital que simula al real, para convencer al usuario o paciente, de que está físicamente en ese entorno irreal. De esta forma consigue “engañar” al cerebro mediante estímulos visuales, auditivos e incluso olfativos mediante un dispositivo electrónico en forma de gafas normalmente.

La realidad virtual y la aumentada tienen muchos usos en la Medicina: simuladores de entrenamiento en cirugía, tratamiento de enfermedades mentales como las fobias, en la rehabilitación vestibular o en la gestión del dolor en pacientes oncológicos, ya que desvían su atención y disminuyen su respuesta a las señales del dolor, debido a que su interés está lejos del estímulo doloroso, como se explica en los modelos de atención cognitiva y afectiva.¹⁻³

La Enfermería Pediátrica surgió de la necesidad de proporcionar unos cuidados especializados en niños y adolescentes. Entre las responsabilidades de la Enfermería se encuentran el manejo del dolor y la ansiedad que les producen nuestros procedimientos a los pacientes, que en diversas ocasiones son invasivos, durante las visitas o estancias en centros hospitalarios. Con frecuencia, la hospitalización en la edad infantil produce un desequilibrio emocional y conductual debido a la percepción del dolor, la modificación del entorno, la ruptura de su rutina, la tensión familiar o la pérdida de autonomía. Es por ello por lo que debemos pensar en los Derechos del Niño Hospitalizado para evitar aquel sufrimiento físico o moral que pueda derivarse de nuestra atención. Se conoce que la ansiedad

preoperatoria puede reducir la calidad de la anestesia y aumentar las demandas de la misma durante la cirugía debido a su repercusión hemodinámica, por lo que hay que tener especial atención en los niños, ya que influye en su disconfort y tiene un impacto negativo en su recuperación posterior.⁴



Ilustración de Rocío Martín López.



Para reducir este malestar que le provocan las distintas técnicas, las enfermeras pediátricas cuentan con distintos métodos, que pueden clasificarse en farmacológicos o no. Siendo de especial interés los métodos no farmacológicos, que se caracterizan por ser sencillos, entre los que se encuentran el acompañamiento familiar, leer libros, ver vídeos, la distracción mediante cartas, la aplicación de frío o vibración, además de la realidad virtual.^{2,5,6}

Los beneficios del uso de esta tecnología se han podido recoger en múltiples estudios mediante la medición de la frecuencia cardíaca o la presión arterial, que pueden verse aumentadas por la ansiedad y las limitaciones propias de la edad para resolver estas situaciones de estrés. Para su evaluación se han administrado escalas de valoración del dolor, la ansiedad, la tensión o de aceptación del tratamiento como la escala analógica visual, la escala de caras de Wong Baker (Imagen 1), la Symptom Distress Scale (SDS), la FLACC, la PASS, la escala de Frankl o la Groningen Distress Rating Scale (GDRS) (Imagen 2).²⁻⁵

Hace un año, la Sociedad Internacional de Diabetes Pediátrica y del Adolescentes (ISPAD) afirmó que los fac-

tores psicológicos son los que más influyen en el manejo de la Diabetes tipo I, ya que es una enfermedad compleja y requiere de un esfuerzo importante por las familias y sus hijos.

Esta patología requiere múltiples punciones a diario, y debido a las emociones que experimentan los niños durante las mismas, intentan retrasar de forma periódica por no enfrentarse de nuevo a esa situación, lo cual repercute negativamente en sus valores glucémicos, por tanto, en su salud.

Un reciente estudio ha comparado el miedo, la ansiedad, la adherencia al tratamiento y el índice glucémico, así como la frecuencia cardíaca, los patrones del sueño y los cambios de sistemas de infusión en pacientes pediátricos con Diabetes tipo I. En este estudio compararon dos grupos, aplicando en ambas dos intervenciones: realidad virtual y audio, de forma separada. Se encontraron mejores valores de glucemia, disminución de un 33% del dolor y un 15% la ansiedad en los grupos que utilizaron la realidad virtual. Destacando, que las diferencias económicas influenciaron en las cifras de glucosa de forma



Imagen 1.

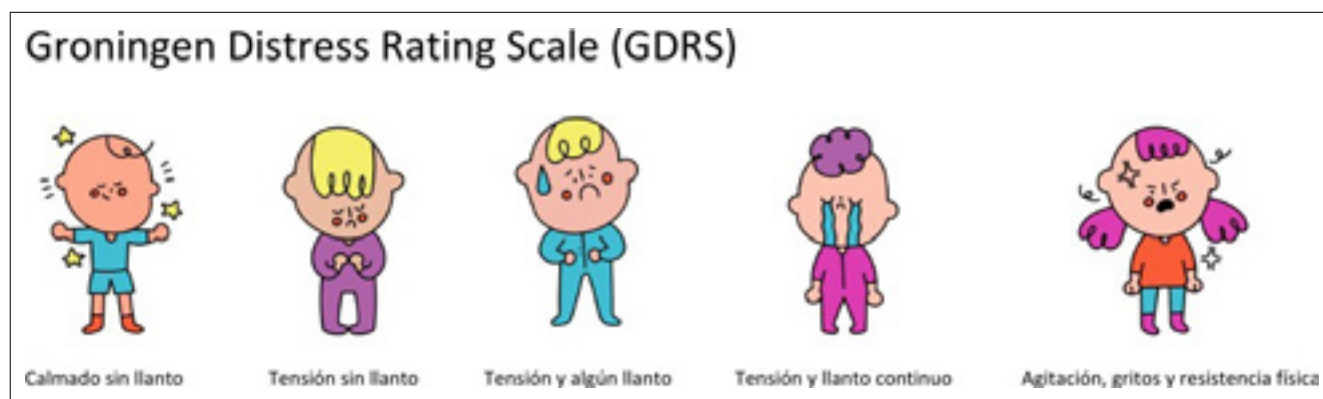


Imagen 2.



negativa ya que, a menor nivel económico, mayores valores de glucosa, pudiendo correlacionarse con una menor accesibilidad a las nuevas tecnologías.⁷

En otros estudios, también se han analizado la percepción del dolor y la ansiedad, objetivándose que disminuye conjuntamente con la frecuencia cardiaca en aquellos pacientes que se benefician de la RV frente a los que no, incluso en los que se encuentran en las unidades de cuidados intensivos pediátricos.

En relación a las complicaciones derivadas de su uso, de forma excepcional, se observan náuseas, cefalea, visión borrosa y malestar.^{3,6,8}

Las intervenciones realizadas con RV frente a técnicas de distracción habituales, así como la aplicación de cremas con lidocaína se asocian con una menor puntuación en las escalas del dolor y ansiedad.^{5,9}

Las profesionales de Enfermería perciben esta tecnología como una opción válida para la canalización venosa con un alto porcentaje de éxito al primer intento, y para disminuir el estrés y sus consecuencias en las intervenciones de los pacientes pediátricos. Además, se puede mejorar la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes con la atención que se les brinda.^{6,10}

Los pacientes verbalizan que el uso de esta terapia hace más divertido el procedimiento, así como sus familias se muestran agradecidas por la incorporación de este método por la disminución del miedo que produce el en-

torno hospitalario a sus hijos, siendo mayor su colaboración en las técnicas y, por tanto, apoyando positivamente la relación terapéutica.

Por otra parte, esta incorporación tecnológica colabora en la eficiencia, la reducción de tiempo de intervención y costes para la sanidad.³

La mejora de la destreza manual, del equilibrio, del movimiento articular, de la adherencia al tratamiento y de la capacitación para realización de actividades de la vida diaria son otros beneficios conocidos de la realidad virtual en Pediatría y que se aplica en áreas de rehabilitación, terapia ocupacional y fisioterapia, para la rehabilitación cognitiva y física en pacientes con daño cerebral y/o trastorno del espectro autista.¹¹⁻¹³

También se ha comprobado su utilidad en la esfera cognitiva y en las habilidades de aprendizaje como la atención visual, la lectura y la organización de ideas en los niños con trastornos específicos del aprendizaje. Este entrenamiento les proporciona seguridad, lo cual le permite trasladar estas capacitaciones a distintos escenarios.¹⁴

Asimismo, las visitas al dentista son propicias a generar miedo y ansiedad, más si cabe si hay que realizar alguna intervención invasiva (infiltración de anestesia, remover piezas dentales, empaste) por lo que los odontólogos se pueden apoyar también en estos dispositivos, siendo ya evaluados y corroborando su eficacia durante estos procedimientos.¹⁵⁻¹⁷

BIBLIOGRAFÍA

1. Cárdenas JN. Aplicaciones de la realidad virtual y aumentada para la asistencia en medicina Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación [Internet]. Universidad de Jaén; 2020. Disponible en: https://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/1253/1/Memoria_compendio_10-03-2021-RUJA.pdf
2. Psicooncología 2022; 19(1): 45-6145 Efectividad de la Realidad Virtual (RV) en la disminución del distrés de niños y adolescentes con cáncer: Revisión sistemática
3. Gómez Gamboa E, Gómez Rodríguez A, Valls Esteve A. Realidad virtual en la Consulta enfermera de cirugía ortopédica traumatología en la retirada del yeso. *Enferm. antes. – reanim. ter dolor* (Internet) 2017;2(2):1-15. Disponible en: <http://www.aseedartd.org/articulo/172>
4. Dehghan F, Jalali R, Bashiri H. The effect of virtual reality technology on preoperative anxiety in children: a Solomon four-group randomized clinical trial. *Perioper Med (Lond)* [Internet]. 2019;8(1):5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13741-019-0116-0>
5. Toledo del Castillo B, Pérez Torres JA, Morente Sánchez L, Escobar Castellanos M, Escobar Fernández L, González Sánchez MI, et al. Disminuyendo el dolor en los procedimientos invasivos durante la hospitalización pediátrica: ¿ficción, realidad o realidad vir-



- tual? *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2019;91(2):80–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.10.019>
6. Merino Lobato C. Realidad virtual vs. Buzzy®: Manejo del dolor y la ansiedad durante la venopunción pediátrica. *Hygia de Enfermería*. 2023; 40(1): 12-20. Disponible en: <https://revistahygia.es/pdf/40-1/Hygiade-Enfermeria-2023-volumen-40-tomo-1-pp-12-20.pdf>
 7. Gruber N, Shemesh-Iron M, Kraft E, Mitelberg K, Mauda E, Ben-Ami M, et al. Virtual reality's impact on children with type 1 diabetes: a proof-of-concept randomized cross-over trial on anxiety, pain, adherence, and glycemic control. *Acta Diabetol* [Internet]. 2023; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00592-023-02195-9>
 8. Badke CM, Krogh-Jespersen S, Flynn RM, Shukla A, Essner BS, Malakooti MR. Virtual reality in the Pediatric Intensive Care Unit: Patient emotional and physiologic responses. *Front Digit Health* [Internet]. 2022;4:867961. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fdgth.2022.867961>
 9. Martín Valbuena S, Fernández Fernández I, Varela Robla M, Valcárcel Vega IB, Gordo Ruiz T, Fernández Fernández JA. Eficacia de una intervención enfermera con realidad virtual en urgencias pediátricas: un ensayo clínico aleatorizado. *Revista Española de la Asociación Española de Enfermería y Salud* [Internet]. 2º semestre 2018;1(5):32–7. Disponible en : <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/issue/view/1>
 10. Ahmadpour N, Keep M, Janssen A, Rouf AS, Marthick M. Design strategies for virtual reality interventions for managing pain and anxiety in children and adolescents: Scoping review. *JMIR Serious Games* [Internet]. 2020;8(1):e14565. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2196/14565>
 11. Choi JY, Yi S-H, Ao L, Tang X, Xu X, Shim D, et al. Virtual reality rehabilitation in children with brain injury: a randomized controlled trial. *Dev Med Child Neurol* [Internet]. 2021;63(4):480–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/dmcn.14762>
 12. Liu C, Wang X, Chen R, Zhang J. The effects of virtual reality training on balance, gross motor function, and daily living ability in children with cerebral palsy: Systematic review and meta-analysis. *JMIR Serious Games* [Internet]. 2022;10(4):e38972. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2196/38972>
 13. Liang P, Xu H, Li S, Ren L, Zhao X. Virtual reality-based sensory stimulation for pediatric disorders of consciousness: A pilot study. *Front Pediatr* [Internet]. 2022; 10:879422. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fped.2022.879422>
 14. Di Giusto V, Purpura G, Zorzi CF, Blonda R, Brazzoli E, Meriggi P, et al. Virtual reality rehabilitation program on executive functions of children with specific learning disorders: a pilot study. *Front Psychol* [Internet]. 2023; 14:1241860. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1241860>
 15. Zaidman L, Lusky G, Shmueli A, Halperson E, Moskovitz M, Ram D, et al. Distraction with virtual reality goggles in paediatric dental treatment: A randomised controlled trial. *Int Dent J* [Internet]. 2023;73(1):108–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.identj.2022.06.003>
 16. Custódio NB, Costa FDS, Cademartori MG, da Costa VPP, Goettems ML. Effectiveness of virtual reality glasses as a distraction for children during dental care. *Pediatr Dent*. 2020;42(2):93–102.
 17. Yan X, Yan Y, Cao M, Xie W, O'Connor S, Lee JJ, et al. Effectiveness of virtual reality distraction interventions to reduce dental anxiety in paediatric patients: A systematic review and meta-analysis. *J Dent* [Internet]. 2023;132(104455):104455. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2023.104455>

Imágenes elaboradas por Beatriz Muñoz López y Rocío Martín López en Canva.



HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA CON LA REALIDAD VIRTUAL



Rocío Martín López Residente de Enfermería Pediátrica Hospital Universitario Lucus Augusti
 Beatriz Muñoz López Tutora y Enfermera especialista en Pediatría Hospital Universitario Lucus Augusti

INTRODUCCIÓN

La realidad virtual consiste en crear un entorno digital simulando al real, intentando convencer al cerebro del usuario que está en ese escenario mediante estímulos visuales, auditivos y/o olfativos. Esta tecnología es útil para el desarrollo de proyectos en distintos ámbitos profesionales, entre los que se incluye la Enfermería Pediátrica. Los diferentes procedimientos de Enfermería cómo pueden ser la extracción de sangre, la administración de fármacos o el sondaje vesical, son técnicas que producen dolor y/o ansiedad en los pacientes pediátricos y sus familias. Siendo los métodos no farmacológicos como la realidad virtual de gran utilidad para reducir estos síntomas y mejorar la confianza entre sanitarios, pacientes y familias.

OBJETIVO

Conocer los beneficios del uso de la realidad virtual durante las técnicas de Enfermería en los pacientes pediátricos y sus familias.



METODOLOGÍA

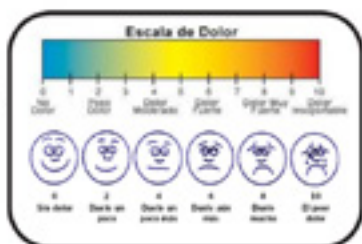


PALABRAS CLAVE



RESULTADOS

En la mayoría de estudios encontraron disminución del dolor y la ansiedad durante los procedimientos de Enfermería percibida tanto por los pacientes, familiares y profesionales sanitarios usando la realidad virtual junto con la aplicación o no de otros métodos no farmacológicos. Estos resultados fueron obtenidos tras la aplicación de escalas de valoración del dolor y ansiedad adaptadas por edad.



CONCLUSIÓN

Debemos como profesionales de Enfermería conocer todos los métodos no farmacológicos disponibles para mejorar los cuidados de los pacientes pediátricos y así respetar los derechos del Niño Hospitalizado en el que se protegerá de todo sufrimiento físico o moral derivado de nuestra atención.



BIBLIOGRAFÍA

Primer premio otorgado por el Colegio Oficial de Enfermería de Lugo en categoría poster, presentado en VII Jornadas de Enfermería de Área Sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos.



SERVIZO GALEGO DE SAÚDE
 ÁREA SANITARIA DE LUGO, A MARIÑA E MONFORTE DE LEMOS



Protocolo de entrenamiento en ABVD para mantenimiento de la autonomía en el adulto mayor con deterioro funcional hospitalario al alta

Natalia Sánchez Noya • nataliasancheznoya@gmail.com

Enfermera especialista en geriatría en Hospital Universitario Lucus Augusti

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Al menos un 10% de los adultos mayores viven anualmente un episodio de hospitalización por un proceso agudo. Entre otras, una de las consecuencias para este grupo de edad es la aparición de un deterioro funcional hospitalario (DFH) (1).

El DFH es definido como la pérdida de la capacidad para llevar a cabo al menos una de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) respecto al estado basal del paciente 2 semanas previas al inicio de la patología aguda. Este deterioro viene condicionado, más que por la gravedad de la enfermedad aguda, por determinadas características intrínsecas al adulto mayor y al proceso de hospitalización (1,2).

Inherentes a la senectud van asociados ciertos cambios fisiológicos no modificables, como son la disminución de la masa ósea y muscular, la disminución del gasto cardíaco y de la ventilación pulmonar y la aparición de alteraciones neurosensoriales, con una marcada tendencia a la afectación de los órganos de los sentidos (2,3).

En cuanto a la hospitalización, el principal factor de riesgo asociado al DFH, susceptible de ser modificado, es la inmovilidad, entendiendo ésta como la permanencia en cama o una única sedestación diaria en sillón. Sus principales consecuencias son una rápida pérdida de la masa muscular y una disminución de la reserva funcional y de la capacidad aeróbica. Estas alteraciones afectan ante todo a miembros inferiores, principal condicionante del impacto negativo sobre la funcionalidad. Tal es así,

que numerosos estudios demuestran la relación directa existente entre el tiempo de encamamiento y una disminución en la puntuación total del Barthel. Asimismo, se ha visto que individuos autónomos para la deambulación pasan de un 73 a un 83% del tiempo de ingreso en cama. Otras cuestiones a tener en cuenta son las rutinas hospitalarias y sus peculiaridades (camas altas y barandillas subidas, aislamiento, no uso de gafas o audífonos, sujeciones...), la polimedicación (implicada en el desarrollo de DFH en un 20-25%) y el riesgo de delirium. Además, se ha observado un riesgo de deterioro asociado al servicio, de tal forma que las unidades de geriatría juegan con menores cifras de pérdida funcional (1,2,3,4).

Aunque existe una gran variabilidad dadas las características heterogéneas de las poblaciones a estudio, se ha evidenciado que la prevalencia aproximada de DFH es del 35 al 70% para los mayores de 60 años. La persistencia de DFH al egreso es directamente proporcional a la edad, de tal forma que se estima una prevalencia del 46% para mayores de 70 años y del 88% para mayores de 90 años. Además, diferentes estudios de seguimiento han revelado un deterioro mantenido en alguna ABVD a los 3 meses en un 19% de los casos y al año en un 28% (1,2,3).

Una buena situación basal supone un 2,5 más de probabilidades de recuperación funcional, mientras que los pacientes con una puntuación en el índice de Barthel inferior a 60, es decir, aquellas que presentan una dependencia moderada, tienen mayor riesgo de padecer un DFH persistente en el tiempo (1).



En este punto entra en juego la importancia de la enfermería geriátrica, entre cuyas competencias están la rehabilitación física y mental y la promoción de actividades que permitan alcanzar un envejecimiento activo marcado por la independencia y la dignidad, y de la terapia ocupacional, cuyo objetivo primordial reside en lograr el mayor nivel de autonomía posible (2,5,6).

2. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

- **Hipótesis nula (H0):** Una intervención multidisciplinar reduce la prevalencia de deterioro funcional hospitalario gracias al entrenamiento en ABVD al alta hospitalaria.
- **Hipótesis alternativa (H1):** Una intervención multidisciplinar no reduce la prevalencia de deterioro funcional hospitalario gracias a entrenamiento en ABVD al alta hospitalaria

3. OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Disminuir la prevalencia de DFH al alta tras un proceso agudo a través de un programa de entrenamiento en ABVD.

Objetivos secundarios:

- Determinar si existe relación entre la realización de actividad física en la recuperación de funciones.
- Determinar si la eficacia de la intervención es mantenida a lo largo del tiempo.
- Evaluar el grado de satisfacción de los participantes.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño del estudio

Estudio cuasi experimental pre-post, prospectivo, longitudinal y no aleatorizado.

4.2. Ámbito de estudio

Pacientes con diagnóstico de DFH derivados a la enfermera gestora de geriatría del HULA.

4.3. Planificación

Todo paciente ingresado a cargo de geriatría con diagnóstico de DFH al alta que cumpla los criterios de inclusión será derivado a la enfermera gestora de casos de geriatría del HULA. Una vez incluido en el programa, se llevará a cabo una primera visita en el domicilio del paciente con el fin de realizar una valoración geriátrica integral (VGI) que nos indique la situación de partida, además de un estudio de las características del hogar por si fuera necesario, trabajando de forma coordinada con la trabajadora social de su centro de atención primaria de referencia, efectuar modificaciones o adaptaciones en el medio. Las sesiones de entrenamiento en ABVD serán impartidas por parte de un terapeuta ocupacional incluido en el programa.

4.4. Muestra

Todo paciente ingresado a cargo de geriatría con diagnóstico de DFH al alta que cumpla los criterios de inclusión y sea derivado a consulta de enfermera gestora de Lugo.

4.5. Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión:
 - Pérdida de la capacidad para llevar a cabo al menos una de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) respecto al estado basal del paciente 2 semanas previas al inicio de la patología aguda.
 - Dependencia leve (puntuación índice de Barthel ≥ 60).
- Criterios de exclusión:
 - Pérdida de capacidad previa a inicio de patología aguda e ingreso.
 - Dependencia moderada-grave (puntuación índice de Barthel ≤ 60).

4.6. Variables del estudio

- *Variable principal:* deterioro funcional hospitalario.
- *Variables secundarias:* variables clínicas y grado de satisfacción del paciente tras la intervención.



4.7. Instrumentos de medida

La valoración geriátrica integral (VGI) se trata de una de las principales herramientas utilizadas en el adulto mayor, ya que ofrece un diagnóstico multidimensional aproximado de las diferentes esferas (funcional y psicosocial), con el fin de orientar adecuadamente los cuidados. A través de las siguientes escalas validadas en el grupo etario de interés, es posible realizar un detección, cuantificación y seguimiento de problemas.

- Índice de Barthel: Instrumento ampliamente utilizado que mide la capacidad de la persona para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (comer, aseo personal, vestido, uso de WC, control de esfínteres, desplazamiento, subir/bajar escaleras), imprescindibles para que pueda subsistir de forma autónoma, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.
- *Escala de Lawton y Brody*: Mide la independencia de la persona para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (uso de teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de ropa, utilización de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía), tareas más complejas que las ABVD que implican la capacidad de tomar decisiones y las interacciones con el medio.
- *Short Physical Performance Battery (SPPB)*: Prueba de ejecución objetiva que valora la capacidad funcional, validada y fiable para la detección de fragilidad y buen predictor para la discapacidad en el adulto mayor. Consiste en la realización de tres pruebas: equilibrio (en tres posiciones: pies juntos, semitándem y tándem), velocidad de la marcha (sobre 2,4 ó 4 metros) y levantarse y sentarse en una silla cinco veces.
- *Mini Mental de Folstein (MMSE)*: Herramienta que permite la detección de deterioro cognitivo, así como realizar un seguimiento de su evolución. Se valoran cinco parámetros: orientación, fijación, cálculo y atención, memoria y lenguaje y praxis.
- *Mini Nutritional Assessment (MNA)*: Método simple y rápido que permite identificar personas ancianas en riesgo de desnutrición o desnutridas. Se analizan 6 ítems: pérdida de apetito, pérdida de peso reciente, movilidad, presencia de enfermedad aguda o estrés

psicológico en los tres últimos meses, presencia de problemas neuropsicológicos, IMC.

- *Escala de Gijón*: Detección de situaciones de riesgo o problemática sociofamiliar, analizando la situación familiar y económica, las características de la vivienda y las relaciones sociales.
- Índice de fragilidad (VIG): Establece el grado de vulnerabilidad ante diversos factores estresantes que pueden condicionar la fragilidad del adulto mayor.

4.8. Recogida de datos

Los datos recopilados a través de la anamnesis y VGI serán registrados en la historia clínica electrónica IANUS. Asimismo, se hará un registro de variables pre y post-intervención en una tabla de Excel para posteriormente analizar resultados en programa estadístico SPSS.

4.9. Descripción de la intervención

El terapeuta ocupacional realizará 10 sesiones de 2 horas de duración en el domicilio del paciente. Inicialmente, se darán 5 sesiones, de tal forma que cada día se incida sobre una actividad básica de la vida diaria. Las 5 sesiones posteriores serán una repetición de las anteriores, comprobando que se ha adquirido un hábito y reforzando los puntos débiles encontrados.

• 1ª sesión: alimentación.

Se trabajará en todos los momentos que engloban el proceso de alimentación, desde cómo coger los cubiertos, hasta cómo pinchar el alimento, partirlo y llevarlo a la boca, así como la ingesta de líquidos. Para entrenar el acto de comer se empezará trabajando el uso del tenedor, ya que se trata del cubierto más sencillo, para a continuación pasar a la cuchara y, por último, al cuchillo. También se realizarán ejercicios para mantener una coordinación viso-manual y postura adecuadas.

Si el paciente lo precisa, será posible incorporar productos de apoyo que nos acerquen a la autonomía procurada.

– Plato: Existen adaptaciones que cuentan con una base antideslizante o ventosa que permiten su fijación a la mesa, así como platos en los que se utilizan



materiales pesados para lograr una mayor estabilidad. Además, algunos modelos incluyen bordes elevados que evitan que se vierta su contenido.

- Vaso adaptado: Vasos con escotadura que evitan la hiperextensión del cuello, con asas para facilitar el agarre y con tetina para aquellos pacientes con problemas de coordinación.
- Cubiertos: Existe un amplio catálogo de variaciones según las necesidades del paciente, desde mangos más engrosados para un mejor agarre, hasta curvaturas, coberturas con materiales pesados que ofrecen una mayor estabilidad y utensilios con doble función, sobre todo para aquellos pacientes que solo pueden utilizar una mano (tenedor-cuchara y tenedor-cuchillo).

• 2ª sesión: aseo y ducha personal.

Se tratará de establecer una rutina diaria. Se incidirá sobre el lavado de cara y manos, lavado de dientes/cuidado de la dentadura, peinarse, afeitarse/maquillarse y cortarse las uñas. Para la ducha se practicarán tareas como preparar la ropa limpia y las toallas, conocer los productos de aseo y su utilización, desnudarse, enjabonarse y enjuagarse, secarse y recoger el baño.

En pacientes con bañera, con intervención de la trabajadora social si no pueden asumir el gasto, se solicitará silla giratoria. En caso de plato de ducha no adaptado, se recomendará el uso de asiento y agarreras para una mayor seguridad e independencia. Para acceder a zonas donde la persona no llega, como la espalda, se podrían usar esponjas con mango.

• 3ª sesión: vestido.

El entrenamiento comenzará con ejercicios de repetición centrados en meter y sacar brazos y piernas de la ropa, abotonar y desabotonar, atar y desatar cordones, subir y bajar cremalleras, uso de velcro/corchetes, etc. Ya que es más fácil, se empezará practicando el momento de desvestirse, para posteriormente pasar al vestido.

Siempre que se considere oportuno, se podrá complementar esta actividad con uso de dispositivos de ayuda, tales como calzador tanto para zapatos como medias,

abrochador para los botones, priorizar uso de calzado cerrado sin cordones, etc.

• 4ª sesión: control de esfínteres y WC.

El entrenamiento va dirigido a que la persona reconozca sus señales corporales y lleve a cabo adecuadamente acciones como limpiarse, vestirse, tirar de la cadena, etc.

Existen dispositivos de apoyo que podrían utilizarse, como asideros o elevadores para el borde del inodoro, que facilitan la sedestación e incorporación.

• 5ª sesión: movilización y deambulación.

Sin una deambulación adecuada, se imposibilitaría la realización adecuada de cualquiera de las demás ABVD, por lo que su rehabilitación y reforzamiento constituyen uno de los ejes principales de la terapia ocupacional.

Además de sobre la deambulación autónoma, se incidirá en la movilidad en cama (volteos, desplazamientos en decúbito, levantarse y sentarse al borde de la cama y desplazamientos en sedestación por el borde la cama) y transferencias (equilibrio en sedestación y bipedestación, paso de sedestación a bipedestación y a la inversa).

Si resulta necesario, se podrán utilizar dispositivos de apoyo, como bastón, muleta o andador.

A las dos semanas de finalizar las sesiones de entrenamiento, tendrá lugar una segunda visita domiciliar por parte de la enfermera gestora de geriatría. Se realizará una VGI post-intervención para medir la efectividad del programa y el grado de satisfacción del paciente.

4.10. Análisis de datos

Se realizará una comparativa entre la valoración geriátrica integral (VGI) pre y post intervención. Al tratarse de variables ordinales de tipo cualitativo los resultados se expresarán como frecuencia y porcentaje.

4.11. Limitaciones y dificultades

Ningún estudio está libre de caer en sesgos y el presente proyecto se podría incurrir en los siguientes.



- **Sesgo de selección:** Podrían producirse errores a la hora de seleccionar a los individuos de interés, ya que no se trata de un muestreo probabilístico, la población diana es seleccionada si cumple los criterios de selección.
- **Sesgo de confusión:** Podría no existir una asociación entre la causa de aparición del DFH y patología aguda debido a la existencia de una tercera variable desconocida.

5. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El estudio se realizará en conformidad con el protocolo y con la Declaración de Helsinki.

El consentimiento informado y la confidencialidad de los datos se registrarán conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 03/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Así, con el fin de respetar la intimidad de los participan-

tes, para el análisis de los datos resultantes cada paciente tendrá asignado un número que lo identifique y preserve su anonimato. Previa firma de consentimiento informado, se explicará toda la información de su interés relativa al proyecto.

El acceso a la historia clínica electrónica de los pacientes, necesario en la anamnesis realizada en la VGI, se registrará por lo dispuesto en el Real Decreto 164/2013 de octubre y el Real Decreto 29/2009 de 5 de febrero por lo que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica.

El Comité de Ética de la Investigación revisará toda la documentación del estudio con el fin de salvaguardar los derechos, la seguridad y el bienestar de los pacientes.

6. MEMORIA ECONÓMICA Y FINANCIACIÓN

Este proyecto carece de financiación externa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pacheco B., Venegas-Sanabria L.C., Chavarro-Carvajal D.A. Deterioro funcional hospitalario y posibles intervenciones desde la actividad física, una revisión de la literatura. Arch Med Deporte 2020;37(6):430-435 http://archivosdemedicinadeldeporte.com/articulos/upload/rev02_pacheco.pdf
2. Lozano Rengifo, M. J., Chavarro-Carvajal D.A. Deterioro funcional hospitalario. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a mejorar la calidad de atención del anciano. Universitas Médica, 2017; vol. 58, núm. 3 <https://www.redalyc.org/journal/2310/231053755008/231053755008.pdf>
3. Orden SAS/3225/2009. «BOE» núm. 288, páginas 101976 a 101992. (30-11-2009). https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-19139
4. Osuna-Pozo CM, Ortiz-Alonso J, et al. Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49:77-89.
5. Vidán Astiz M.T, Elisabeth Sánchez García, Alonso Armesto M., Montero Errasquin B., Martínez de la Casa A., Javier Ortiz F. et al. Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 43 (3). Páginas 133-138 <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-deterioro-funcional-durante-hospitalizacion-ancianos-S0211139X08711727#:~:text=el%20deterioro%20funcional%20durante%20la,que%20su%20ingreso%20en%20MI>.
6. Carreño Acebo M.E, Cañarte Mero, S.B, Delgado Bravo W.M. El terapeuta ocupacional y su rol con pacientes geriátricos. Dom. Cien. Vol. 2, núm. 4, oct., 2016, pp. 60-71 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761631>
7. Geiskens L, Jeuris A, Deschodt M, Van Grootven B, Gielen E, Flamaing J. Patient-related risk factors for in-hospital functional decline in older adults: A systematic review and meta-analysis. 2022 Feb 2;51(2): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35165688/>



Enfermería e o uso dos medicamentos: entrevista a D^a Blanca Cimadevila

Indicación, uso e autorización de dispensación de medicamentos suxeitos a prescripción médica por parte das/os enfermeiras/os.

Inés Rivas Fernández • inesrivaslugo@gmail.com

Visito en Santiago de Compostela a Blanca Cimadevila, recíbeme en San Lázaro, na Consellería de Sanidade, lugar dende o que leva a cabo as súas funcións como Xefa do Servizo de Integración Asistencial do Servizo Galego de Saúde.

O motivo da entrevista é saber de primeira man como foron os inicios da regulación para que as/os enfermeiras/os poidamos a día de hoxe levar a cabo a indicación, uso e autorización de dispensación de medicamentos suxeitos a prescripción médica, así mesmo cal é a situación actual e tamén que nos depara o futuro inmediato neste aspecto.

Blanca forma parte do grupo de traballo da Comisión Permanente de Farmacia do *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*; este grupo de traballo está constituído por as Comunidades Autónomas, o Ministerio de Sanidade, Defensa, Mutualidades (ISFAS, MUGEJU e MUFACE), *Consejo general de Enfermería*, *Consejo General de Médicos*.

Blanca en xaneiro do vindeiro ano 2024, pasará a ser a coordinadora de este grupo de traballo, motivo para darlle a noraboa.

Inicio a conversa preguntándoches por a túa experiencia laboral, ¿qué destacarías ti cómo o máis importante da mesma?

O primeiro que quería comentar da miña experiencia laboral é que tiven a sorte de formar parte da primeira promoción de diplomados en Enfermería da Universida-

de de Santiago de Compostela; no ano 1977 entrei na Escola de Enfermería de Santiago e nela fixen a carreira, a partir de ahí fun traballando tanto na Atención Primaria como no hospital, pero principalmente a miña experiencia é en Atención Primaria, en concreto estiven no Centro de Saúde de Ribeira durante sete anos e medio, despois traballei en urxencias, no Complexo Hospitalario de Santiago. Dende ahí dei un salto, porque a vez que traballaba estiven estudando Medicina e, pasei a traballar como médico de familia.

Como médico de familia traballei primeiro no Centro de Saúde dos Tilos, a continuación no Centro de Saúde de Bertamirans e logo xa no Centro de Saúde de Caldas de Reis, cando estaba no Centro de Caldas de Reis déronme a oportunidade de vir para Servizos Centrais e pareceume interesante, viña por un ano e levo xa 14 anos.

Dentro dos proxectos que fixemos e facemos no Servizo de Integración Asistencial eu creo que implementamos cousas útiles a nivel tanto de enfermería como doutros profesionais.

Gustárame destacar a posta en marcha no ano 2013 da consulta telefónica, e nese mesmo ano un programa que considero fundamental, CONECTA 72, unha ferramenta esencial, dende a miña perspectiva, e así mo transmiten as compañeiras enfermeiras. Tampouco quero esquecer outros proxectos fundamentais como FEMORA, Úlceras Fóra, o inicio de Telea, que agora xa é un elemento primordial para a asistencia sanitaria na nosa Comunidade. Tamén participamos en proxectos europeos, neste momento temos dous en marcha: un de



diabetes e outro no que estamos a colaborar con Suecia e Italia na posta en marcha de TELEA nos seus países.

Así, en liñas xerais, eu destacaríaa estes proxectos.

¿Cómo foi o proceso de elaboración das guías de indicación, uso e autorización de dispensación de medicamentos suxeitos a prescripción médica por parte das/os enfermeiras/os?

Quería comentar que cando saíu a primeira resolución no Boletín Oficial do Estado con respecto a indicación e dispensación de medicamentos e produtos sanitarios por parte de enfermería, ahí xa falaba que a enfermería podía indicar e dispensar produtos sanitarios e medicamentos non suxeitos a prescripción médica; en canto os medicamentos suxeitos a prescripción médica indicaba que tiña que haber unha guía, cando me refiro as guías estou a falar unicamente de medicamentos suxeitos a prescripción médica, xa que os produtos sanitarios e os medicamentos non suxeitos a prescripción médica xa podían ser indicados pola enfermería en Galicia dende que saíu a resolución da nosa CCAA .

Como se recollía no Boletín Oficial do Estado, onde se publicou a resolución para poder levar a cabo a indicación e dispensación de medicamentos por parte das enfermeiras, había que elaborar unha serie de guías, dispoñía a norma que quen as tiña que formular era o grupo de traballo da Comisión Permanente de Farmacia.

O Ministerio deu a oportunidade a unha serie de Comunidades e de outras entidades de participar na elaboración destas guías, e así poñer en marcha o camiño para levar a cabo o proceso de indicación, uso e dispensación de medicamentos suxeitos a prescripción médica por parte das/os enfermeiras/os; entre as Comunidades que foron invitadas estivo a nosa comunidade, Galicia, e tiven a sorte de que se me propuxera estar nesa Comisión. Esta comisión está formada por profesionais do Ministerio de Sanidade, concretamente Comisión Permanente de Farmacia, ademáis CCAA e Mutualidades, hai representación de Defensa e así mesmo do *Consejo General de Enfermería* e *Consejo General de Médicos*; estas entidades constitúen este grupo de traballo que elaborou as guías publicadas ata agora e que está a desenvolver outras que se irán publicando a medida que se finalicen.

Para levar a cabo estas guías estableceuse que se debía iniciar polas que se consideraron mais importantes,

a continuación cada unha das CCAA ou representantes do grupo de traballo escolliamos unha das guías propostas, concretamente a primeira guía que se fixo foi a de Feridas e foi a nosa Comunidade quen a escolleu para realizala.

Unha vez escollida esa guía, nos, na nosa Comunidade, o que fixemos foi buscar un grupo de expertos, en feridas, neste caso; pero cada un faino como considera mellor, é dicir, as Comunidades ou organismos que creamos as guías temos diversas opcións para levalas a cabo.

En Galicia hai un grupo de profesionais sanitarios no ámbito das feridas que nos permiten ser un referente nesta materia, polo tanto non podíamos deixar de facer esta guía, considerámolo así no grupo de feridas que temos no SERGAS, en consecuencia constituímos un grupo de traballo formado por expertos recoñecidos pola súa implicación e a súa actividade relativa ás feridas, como podemos comprobar, xa que están todos referenciados na guía de feridas.

Previamente a elaboración das guías, na Comisión Permanente de Farmacia, deseñamos un esquema con cada unha das partes que tiñan que aparecer nelas; así constan dos seguintes apartados: introdución, marco de referencia, criterios específicos, listado de medicamentos, indicadores de seguimento e bibliografía.

Na introdución explicamos o porqué a enfermería pode facer estas receitas, así mesmo tamén aparecen as resolucións publicadas no Boletín Oficial do Estado, que dan lugar ao desenvolvemento desta acción por parte dos/as enfermeiros/as.

As guías son a base que establece o marco de referencia das enfermeiras para a realización das actuacións relacionadas coa medicación en determinados tratamentos de diversas patoloxías. A partir de ahí establécense uns criterios xerais, por qué se fan estas guías, cal é a importancia que ten para enfermería; normalmente son medicamentos que xa a enfermería manexa no día a día, e parécenos interesantes darlles esa base legal para que os poida seguir utilizando, e lle permita facer a indicación e dispensación por medio da receita.

A continuación aparecen os criterios específicos onde se inclúen definicións, cal é a poboación diana a que vai dirixida a guía, procesos asistenciais, patoloxías ou situacións clínicas relacionados con eses medicamentos, por



suposto o tipo de intervención que realizan os enfermeiros; o tipo de intervencións con respecto á enfermía contempla as seguintes opcións: si pode iniciar esa dispensación, se a pode continuar, si a pode modificar ou si a pode finalizar.

Seguidamente o que aparece nas guías é o listado de medicamentos.

E por último, poñemos un indicador de seguimento, este indicador consiste na realización dun protocolo por parte de cada entidade (CCAA, mutuas, exercito,...) que desenvolve a guía publicada e posta a disposición das distintas CCAA e organismos implicados.

Por suposto aparece a bibliografía, e todo o proceso de elaboración das guías esta baseado na da evidencia científica.

As guías, como quedou indicado, publícanse oficialmente no BOE. Así mesmo, o que describen as guías son as bases, simplemente as bases, para o desenvolvemento da acción de indicación e dispensación de medicamentos suxeitos a prescripción médica por parte das enfermeiras; a continuación tense que realizar en cada unha das CCAA ou por parte das Mutualidades o protocolo de cada unha delas.

O motivo para que os fagan estes organismos é porque si nós nos poñemos a facer os protocolos dende a Comisión Permanente de Farmacia, cada un deles levaríanos moitísimo tempo e non avanzaríamos neste proceso, entón o que se decidiu no grupo é que nós fariamos a primeira guía de cada entidade clínica, que constitúe a base, e a continuación cada CCAA, Mutualidades ou outros organismos ían a desenvolver o seu protocolo, máis ou menos extenso, o que considere cada un, desta forma consideramos que avanzábase moito mais rápido

Unha das cousas mais importantes é que estes grupos de traballo para a creación das guías están formados por diversos profesionais de distintas disciplinas; está enfermía, pero queremos acompañarnos dos profesionais médicos, profesionais farmacéuticos e de todos aqueles que consideramos que son importantes e que poden aportar na creación das guías, e o mesmo nos protocolos.

Os grupos que constituímos en Galicia, para facer os protocolos, queremos que sexan multidisciplinares, normalmente temos enfermía de Atención Primaria e

de hospital, médicos de Atención Primaria, médicos de Atención Especializada, farmacéuticos; os protocolos que creamos dende a Consellería de Sanidade son para os profesionais do SERGAS.

¿De qué maneira se fixo a posta en marcha deste proceso en Galicia?

Dende o 09/07/2021 coa publicación da Orde quedou regulada a acreditación e a formación para poder levar a cabo a autorización, uso e indicación de dispensación enfermeira, polo que xa está totalmente regulado e aberto en Galicia esta función para as enfermeiras.

Estamos falando de medicamentos suxeitos a prescripción médica os outros xa están regulados sen problema ningún pero para estes si se necesita unha acreditación. Esta acreditación pode facerse de dúas maneiras: unha, si se ten un ano de traballo, estamos falando de 365 días, automaticamente xa se ten a acreditación, e por outro lado, as enfermeiras que non teñan ese tempo necesitan facer un curso, dende a Consellería de Sanidade elabórase, a través do Servizo de Integración Asistencial, unha acción formativa para poder levar a cabo esta tarefa.

O tempo de residencia para as enfermeiras que están facendo a especialidade vía EIR é válido para esta acreditación; así mesmo a acreditación non soamente serve para o SERGAS, senón que tamén pode ser utilizada por enfermeiros que traballen nos centros privados, nas mutuas ou en Defensa, acredita tanto os nosos profesionais como os profesionais de outras CCAA e outros organismos, sívelles para poder levar a cabo esta tarefa nos seus postos de traballo; e válida para toda o territorio español, a acreditación pode xerarse en galego e castelán.

¿Cantas guías están publicadas?

Esta acreditación da lugar ao acceso para poder dispensar os medicamentos que aparecen nas guías publicadas no BOE, neste momento: as de feridas, diabetes e HTA, queimaduras, estomas e anticoagulantes orais.

De estas cinco guías tres foron realizadas por os profesionais de Galicia: feridas, queimaduras e estomas.

Estas guías xa están publicadas, o que nos dá acceso a facer as receitas dos medicamentos que aí aparecen. Tamén se necesita un protocolo, neste momento Galicia xa ten feito os de feridas e queimaduras, o de estomas



está terminado e a punto de ser publicado, así mesmo temos elaborado o de diabetes e hipertensión, e estamos realizando o de anticoagulación oral.

Con respecto os medicamentos que referencian as guías de feridas, queimaduras, estomas e incluso o de anticoagulación oral, xa se pode facer a indicación dos medicamentos que aparecen nelas a día de hoxe.

Para poder realizar a indicación destes medicamentos tivemos que facer unha serie de cambios a nivel de e-receita, coa colaboración da Subdirección de Sistemas e Tecnoloxías da Información, Subdirección que nos apoiou na posta en marcha de esta tarefa e grazas a este apoio puidemos levar a cabo eses cambios sen problema ningún, o que fai que a nivel do SERGAS, neste momento xa temos todos estes medicamentos perfectamente accesibles para que os profesionais poidan receitalos; o de diabetes e HTA de momento non están accesible porque esta guía está recurrida polo *Consejo General de Médicos*, estamos esperando a resolución para solventalo e que os enfermeiros poidan facer a receita dos mesmos.

¿Cómo se realiza a indicación destes medicamentos suxeitos a prescripción médica?

En AP está xa dispoñíbel para todos os profesionais dende **e-receita** en IANUS, pódense facer xa perfectamente todas as que se necesitan con respecto a estas guías, se se trata dun medicamento suxeito a prescripción médica o sistema vai preguntar a qué guía está asociada esa indicación e temos que sinalalo, no sistema tamén aparecen as guías as que pode estar asociado; pola contra si se trata de indicar un produto sanitario ou un medicamento non suxeito a prescripción médica, o sistema non vai solicitar nada e pódese facer directamente a receita.

Estou a falar dos profesionais que traballan no SERGAS, non sei exactamente como o teñen habilitado os centros privados, as mutualidades ou Defensa, pero repito no SERGAS aparece a guía, prememos nela e xa inmediatamente nos deixa facer a receita, sen problema ningún.

En canto os hospitais, neste momento as receitas que se crean nas consultas e que se van dispensar nas oficinas de farmacia, é dicir nas farmacias comunitarias, non hai problema ningún, está totalmente habilitado, xéranse de igual maneira que na AP, en canto a hospitalización estamos organizando o proceso, pois é un pouco mais complexo, non está aberto aínda, pero estamos traba-

llando coa Subdirección de Sistemas e Tecnoloxías e coa Subdirección de Farmacia, que tamén colabora con nos neste tema. Estamos organizando para levalo a cabo na hospitalización, que será a través de SILICON, é un proceso mais complexo, e está a levarnos un pouco mais de tempo a súa posta en marcha.

¿De qué datos dispoñedes acerca da indicación por parte das enfermeiras?

Temos algúns datos sobre a indicación na AP, son cifras importantes tanto en número de profesionais como en receitas feitas, non podo dar datos concretos, porque en canto a este aspecto a Subdirección de Sistemas e Tecnoloxías da información está tratando de facernos un cadro de mandos, unha sistemática na que nos poidamos actualizar directamente; estamos traballando neste ámbito, e igualmente comprobando que os datos sexan os correctos.

Como comentario, non podo dar datos concretos, o que si, as cifras que vin son importantes tanto en produtos sanitarios como en medicamentos sen prescripción médica e medicamentos con prescripción médica.

Seguramente a información para levar a cabo este cometido non chegou a todo o mundo, esperamos seguir mellorando para que sexa accesible a todos, pero apreciamos que os compañeiros xa se están animando a facer este tipo de indicación.

¿Contades con información sobre dificultades á hora de por en marcha esta actividade por parte dos enfermeiros?

Cando puxemos en marcha a indicación de medicamentos con prescripción médica por parte dos enfermeiros había un grupo de profesionais co cal contactabamos para que nos indicaran as dificultades que xurdían, así algunhas das suxerencias que nos pasaron transmitímolos á Subdirección de Sistemas e Tecnoloxías ou á Subdirección de Farmacia para poder solventalas, foron moi útiles.

Aparte diso hai un buzón na Subdirección de Farmacia, en servicios centrais, a cal poden dirixir todos aqueles problemas, dúbidas, preguntas,...

Ao principio había sobre todo problemas do tipo ter acreditación pero non permitir facer as receitas, fomos vendo caso por caso; entre farmacia, informática e nos,



en principio esas situacións resolveronse; neste momento non nos está chegando ningún, e traballamos para que o proceso vaia sempre a mellor.

O que si queremos facer é mais difusión da indicación enfermeira, é evidente que se fai, pero como ocorre en tódolos ámbitos do traballo as veces a comunicación, por moito que un faga, non chega a todo o mundo; polo que é un aspecto que temos que seguir traballando, e nós estaremos encantados de todo aquel que nos pida información ir a contarllo, sen problema.

Podo apreciar que Galicia ten un papel protagonista no desenvolvemento deste reto profesional para os/as enfermeiros/as, ¿cal é a túa opinión como experta?

Si, podo dicir que en reunións con outras CCAA poucas Comunidades hai que teñan todas as guías xa accesibles para os profesionais, coa excepción da de HTA e diabetes pola situación comentada anteriormente, que teñan o sistema de realización de receitas xa preparado, e que poidan facelo a través da historia clínica electrónica, como dispoñemos aquí, en Galicia. Eu apostaría a que somos dos primeiros neste aspecto; é mais comentar tamén que outras Comunidades, como Cataluña ou Andalucía, pedíronnos que lles facilitásemos os nosos protocolos para poder avanzar eles cos seus, coméntanme que lles gustan moitos os que nos elaboramos e queren utilízalos de modelos.

¿Cales son as próximas actuacións neste ámbito que ides realizar?

No *Consejo Permanente de Farmacia* seguimos a traballar na elaboración de mais guías. Así está a punto de

ser publicada no BOE a de febre, moi avanzada a de deshabitación tabáquica, e iniciando as de ITU, anestésicos locais e gastroenterite.

A nosa idea é elaborar 5 guías o ano, como mínimo; pero, isto non depende só do noso grupo de traballo, xa que unha vez elaboradas teñen que ser aprobadas pola *Comisión Permanente de Farmacia* e a *Dirección General de Salud Pública*, o que as veces enlentece a súa publicación no BOE.

E por último, ¿cómo pensas que debemos formar nesta actuación enfermeira ao alumnado das nosas Facultades e Escolas Universitarias de Enfermería?

Inda quen non existe unha formación regrada neste sentido, nos estaremos encantados de colaborar e participar nas accións formativas que nos propoñan dende as Universidades. Así o ano pasado, a Directora da Escola de Enfermería de Lugo convidounos a dar unha charla ao alumnado de 4º curso sobre a indicación e dispensación enfermeira, e as ferramentas das que dispoñemos no SERGAS. Para nos foi unha magnífica e gratificante experiencia e que espero teña sido útil para os alumnos.

De igual modo eu animo ás escolas e facultades de enfermería a que inclúan formación neste sentido, cando se incorporen ao SERGAS xa o verán directamente, pero esta formación universitaria apórtalles coñecementos teóricos desta actividade fundamental para o desenvolvemento da profesión e para a mellora da atención ao paciente.

Blanca so me queda agradecerche o teu tempo e a túa disposición a atendernos para esta entrevista e darche a noraboa por o esforzo e os logros conseguidos neste ámbito da asistencia sanitaria.



"Primer Premio Muralla Categoría científica"

Análisis de las prácticas de restricción física a través de la contención mecánica en casos de urgencia psiquiátrica. Revisión de la literatura



Vázquez Corveiras, Camilo José • Hospital Público da MARIÑA. Burela. Lugo. España

Pena Valiño, Hugo Antonio • Fundación Pública Urxencias Sanitarias O61 de Galicia-Foz. Lugo. España

RESUMEN

Objetivo: Analizar la adecuación, eficacia y conveniencia de las prácticas de restricción física, en concreto la contención mecánica, en pacientes psiquiátricos en situaciones de urgencia.

Metodología: Revisión narrativa mediante consulta de las bases de datos PubMed, SciELO, Web Of Science y Redalyc. Selección de artículos de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Selección de 8 artículos científicos, cuyos resultados señalan que la contención mecánica pone de relieve una cuestión ético-legal que podría no respetar los derechos fundamentales del paciente, deteriorando

la relación médico-paciente por una pérdida de confianza. Además, provoca miedo y ansiedad dificultando la comunicación entre el paciente y los sanitarios, y empeorando los resultados del tratamiento.

Conclusión: Se concluye en la necesidad de seguir investigando sobre posibles alternativas eficaces que sustituyan esta práctica y promuevan la formación de los/las enfermeros/as en la humanización del cuidado y la asistencia en urgencias psiquiátricas.

Palabras clave: Contención mecánica, Psiquiatría, Urgencias, Restricción física, Humanización.

ABSTRACT

Objective: To analyze the adequacy, effectiveness and convenience of physical restraint practices, specifically mechanical restraint, in psychiatric patients in emergency situations.

Methodology: Narrative review through consultation of the PubMed, SciELO, Web Of Science and Redalyc databases. Selection of articles according to the inclusion and exclusion criteria.

Results: Selection of 8 scientific articles, whose results indicate that mechanical restraint highlights an ethical-legal issue that could not respect the fundamental rights of the

patient, deteriorating the doctor-patient relationship due to a loss of trust. In addition, it causes fear and anxiety, making communication between the patient and healthcare professionals difficult, and worsening treatment results.

Conclusion: It is concluded that there is a need to continue researching possible effective alternatives that replace this practice and promote the training of nurses in the humanization of care and assistance in psychiatric emergencies.

Keywords: Mechanical Restraint, Psychiatry, Emergencies, Physical restraint, Humanization.



INTRODUCCIÓN

La contención mecánica de pacientes psiquiátricos ha sido una práctica muy extendida en las urgencias hospitalarias en aras de salvaguardar la salud del usuario y de los sanitarios a cargo¹. La limitación intencionada de las capacidades físicas del paciente constituye una intervención forzosa a través de la cual se condiciona total o parcialmente su libertad de movimientos².

Las técnicas y métodos de contención mecánica en pacientes psiquiátricos se basan en el uso de sábanas de inmovilización, cinturones abdominales, muñequeras y tobilleras sujetas a la cama, así como el uso de pijamas de inmovilización o chalecos de sujeción al tronco². Los diferentes sistemas y herramientas de contención física hacen que esta práctica pueda llegar a ser muy heterogénea, al igual que lo son sus tasas de utilización³. La evidencia científica sitúa a España como uno de los países en los que más se utiliza la contención mecánica de pacientes psiquiátricos, con tasas del 40% frente al 9% en Japón, el 15% en Suecia o el 20% en Francia e Italia⁴⁻⁶.

Pese a lo extendida que se encuentra esta práctica en España, la evolución en la humanización en el cuidado y la protección de los derechos de los pacientes ha puesto de relieve las consecuencias negativas de esta técnica y según las Naciones Unidas supone una violación de los artículos 12 y 17 definidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad⁷.

Los estudios más relevantes en torno a estas prácticas señalan el impacto negativo de la contención mecánica para el paciente, especialmente en urgencias hospitalarias, donde el paciente acude por una crisis siendo el momento en el que requiere una mayor atención y acompañamiento psicológico⁸⁻¹⁰. Ante esta situación la evidencia científica señala que la contención mecánica deteriora gravemente la relación médico-paciente ya que se pierde la confianza en el sanitario. Además, puede provocar confusión, miedo, ira y conductas desadaptativas que podrían interferir en el tratamiento⁹.

Estas consecuencias no se encuentran en consonancia con las prácticas de humanización en el cuidado, centradas en el acompañamiento emocional y en el diseño y práctica de cambios metodológicos que eliminen las restricciones físicas como formas de contención, siendo estas sustituidas por recursos basados en la dedicación de tiempo de calidad a la asistencia psicológica del pa-

ciente¹¹⁻¹³. Sin embargo, la implementación de prácticas respetuosas podría requerir la formación continua del equipo de sanitarios y un aumento del personal de psiquiatría, especialmente en enfermería, lo que a día de hoy compromete los presupuestos de la sanidad pública en España¹⁴.

El base a lo expuesto con anterioridad los objetivos de esta revisión de carácter narrativo son los siguientes:

- Estudiar en qué situaciones se utiliza en España la contención mecánica en urgencias psiquiátricas.
- Conocer cuál es el impacto de la contención mecánica en la salud física y emocional del paciente psiquiátrico.
- Analizar la situación actual en la que se encuentra el diseño y la implementación de métodos alternativos basados en la humanización en el cuidado y el respeto a los derechos fundamentales de los pacientes con enfermedades mentales dentro de urgencias hospitalarias.

MATERIAL O MÉTODO

Para satisfacer los objetivos del estudio y abordar las consecuencias de la contención mecánica en pacientes psiquiátricos se llevó a cabo una estrategia de búsqueda bibliográfica dentro de las bases de datos PubMed, SciELO, Web of Science (WoS) y Redalyc. Las palabras clave utilizadas, en inglés y en castellano, junto con los operadores booleanos AND y OR fueron: contención mecánica, paciente psiquiátrico, restricción física, urgencias psiquiátricas, humanización, consecuencias negativas y problemas derivados. Los campos de búsqueda fueron por título y resumen. Si las palabras clave no eran contenidas en estos campos, los artículos fueron rechazados. A continuación, se presentan en una tabla (Tabla 1) las estrategias de búsqueda seguidas en cada base de datos.

La selección de los estudios llevó consigo el establecimiento de un conjunto de criterios de inclusión: artículos de los últimos diez años (2012-2022), estudios observacionales y experimentales y pacientes psiquiátricos adultos. Los criterios de exclusión fueron: revisiones sistemáticas y artículos relacionados con la humanización en el cuidado sin abordar la contención mecánica en situaciones de urgencia.



Tabla 1. Estrategia de búsqueda	
Estrategia de búsqueda	Artículos recuperados
PubMed	
#1 (Psychiatric emergencies) AND (Mechanical restraint OR Reduced physical restraint) AND humanization	2
#2 (Psychiatric patient) AND (Mechanical restraint OR Reduced physical restraint) AND (Negative consequences OR Derived problems)	13
#3 Psychiatric emergencies AND (Mechanical restraint OR Reduced physical restraint)	5
SciELO	
#1 (Paciente psiquiátrico OR Trastorno mental) AND (Contención mecánica OR Reducción de restricción física OR Disminución de limitación física) AND humanización	5
#2 (Psychiatric emergencies) AND (Contención mecánica OR Reducción de restricción física OR Disminución de limitación física) AND (Consecuencias negativas OR Problemas derivados)	2
#3 Paciente psiquiátrico AND Contención mecánica AND humanization	1
Web Of Science (WoS)	
#1 (Psychiatric patient) AND (Mechanical restraint OR Reduced physical restraint) AND humanization	12
#2 (Psychiatric patient) AND (Mechanical restraint OR Reduced physical restraint) AND (Negative consequences OR Derived problems)	10
Redalyc	
#1 (Psychiatric emergencies) AND (Mechanical restraint OR Reduced physical restraint) AND humanization	152
#2 Psychiatric patient AND Mechanical restraint AND (Negative consequences OR Derived problems)	31

Finalmente, con los resultados obtenido se hizo una síntesis narrativa y una evaluación de la calidad de los artículos según la escala SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de los artículos seleccionados en la revisión narrativa de acuerdo con sus objetivos, tipo de paciente psiquiátrico y metodología seguida en la contención mecánica.

En la imagen 1 se describe el flujograma PRISMA de selección de la evidencia científica de la que parten los resultados de este estudio. Se obtuvieron 233 registros de las bases de datos anteriormente expuestas, más tres registros provenientes de Google Académico. Tras este cribado, se dispone de 44 artículos sometidos a una revisión exhaustiva del artículo de los que se eliminaron 29 por criterios de elegibilidad por lo que fueron 8 las publicaciones científicas que formaron parte de este estudio.

Los niveles de evidencia de los artículos seleccionados en esta revisión narrativa se resumen en la Tabla 2, según la escala SIGN.

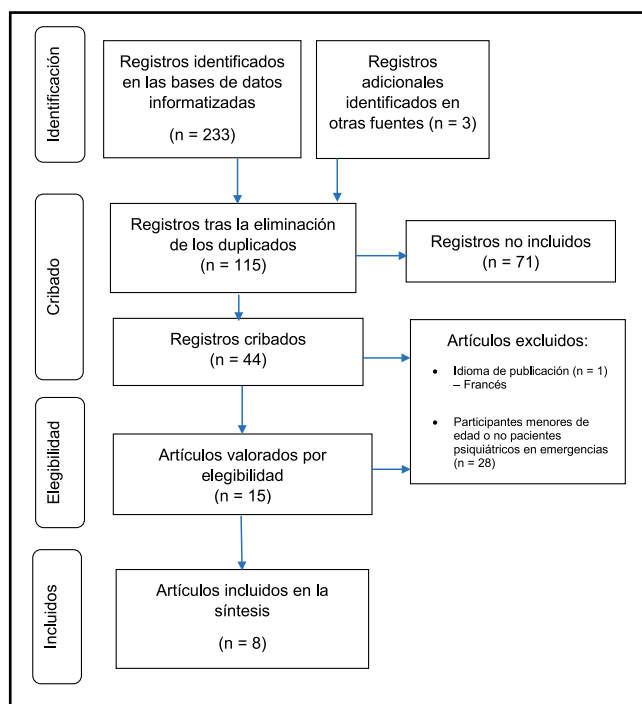


Figura 1. Flujograma PRISMA.



Tabla 2. Nivel de evidencia de los estudios revisados.

Referencia				Sign	
Cita	Autores	Año	Idioma	Ne	Gr
15	Hadi et al.	2015	Inglés	2+	C
16	Araújo et al.	2017	Inglés	2-	C
17	Goulet y Larue	2017	Inglés	3	D
18	Kinner et al.	2017	Inglés	2+	C
19	Wilson et al.	2017	Inglés	4	D
20	Asikainen et al.	2020	Inglés	2+	C
21	Tölli et al.	2020	Inglés	3	D
22	Manzano-Bort et al.	2021	Inglés	4	D

Nota: NE-nivel evidencia; GR – Grados de recomendación de acuerdo con la escala SIGN.

Las características de los estudios se recogen en la Tabla 3, en ella se especifican sus objetivos, sus resultados y las conclusiones más relevantes.

DISCUSIÓN

En primer lugar, es importante destacar que los artículos seleccionados son bastante recientes, siendo el más antiguo publicado en 2015.

Esta circunstancia, junto con la limitada cantidad de artículos obtenidos de cada base de datos, indica que se trata de un tema sobre el cual los profesionales de la salud y la asistencia social están reflexionando y debatiendo en la actualidad. Esto sugiere que no existe una larga historia de autorreflexión y evaluación de las prácticas de restricción física en el contexto de urgencias psiquiátricas entre estos profesionales. El número reducido de artículos identificados en las bases de datos es una excepción en el caso de Redalyc, donde se encontró un gran número de artículos relacionados con el tema. Sin embargo, dentro de esta gran cantidad, se observa un

alto porcentaje de documentos que no se ajustan a la búsqueda definida y, por lo tanto, no pueden considerarse representativos de la investigación en este campo.

Otro indicador del actual interés en este tema y de la falta de una extensa historia de investigación es el nivel de calidad (SIGN) de los artículos recuperados. En su mayoría, estos artículos poseen niveles de evidencia bajos (entre 1+ y 4) y un grado de recomendación correspondientemente bajo (entre B y D, con la mayoría calificada como C y D). Esto significa que la mayoría de los trabajos encontrados se basan en estudios de caso, análisis cualitativos o estudios piloto, que proporcionan una cierta evidencia científica sobre el tema en cuestión. Estas publicaciones son típicas en las etapas iniciales de la investigación sobre un tema específico y suelen preceder a investigaciones más profundas, como ensayos clínicos aleatorizados controlados a doble ciego, estudios multicéntricos o metaanálisis. Además, es relevante mencionar que todos los artículos recuperados están escritos en inglés, lo que subraya la importancia de este idioma como medio de comunicación en el ámbito científico a nivel global.

Durante la búsqueda de artículos, también se identificaron dos documentos que realizaban revisiones bibliográficas. Aunque estos documentos fueron excluidos de la muestra final del estudio, se utilizaron como punto de referencia para realizar un análisis comparativo entre las evidencias presentadas en los artículos seleccionados y las que se presentaban en dichas revisiones.

En cuanto a las aportaciones de los artículos recuperados, cabe destacar que existen perfiles de pacientes con un mayor riesgo de ser sometidos a restricciones mecánicas, especialmente aquellos que presentan comportamientos violentos y trastornos psicóticos o bipolares (referencia). En términos generales, la decisión de recurrir a prácticas de contención mecánica se asocia con la necesidad de controlar mejor los movimientos, garantizar la seguridad tanto del paciente como de otros usuarios y profesionales y se considera como una medida de último recurso cuando el nivel de conciencia, agitación y/o desorientación es significativamente alto. Estos criterios de actuación a través de la contención mecánica se han documentado en varios estudios (referencias).

A pesar de la finalidad de aumentar el control que se asocia a estas prácticas, varios autores argumentan que existen medidas alternativas más adecuadas que los pro-



Tabla 3

AUTORES	TIPO INVESTIGACIÓN	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Hadi et al. ¹⁵	Estudio retrospectivo, 607 pacientes.	Identificar los pacientes que se someten más frecuentemente a sujeciones en urgencias psiquiátricas para limitar su uso.	No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los datos demográficos de los dos grupos. Aquellos pacientes violentos con trastorno psicótico por metanfetamina o trastorno bipolar I tenían mayor probabilidad de ser retenidos. Se asoció la contención a mayor duración de hospitalización y de estancia en la sala de urgencias.	Los profesionales sociosanitarios deben valorar medidas especiales para pacientes de riesgo de ser retenidos, entre las que se incluye mayor frecuencia de visitas y educación eficaz de pautas para reducir retención.
Araújo et al. ¹⁶	Estudio descriptivo exploratorio, 85 profesionales enfermeros	Analizar los criterios de utilización de la restricción física en pacientes en UCI.	Se justifica la utilización de la contención mecánica del paciente tras la comprobación del nivel de conciencia, agitación y/o desorientación, siendo estos tres los criterios de uso para controlar al paciente. Se controla la integridad de la piel del paciente, pero los conocimientos de los profesionales sobre los instrumentos de evaluación eran superficiales.	Se identifican como debilidades los criterios de seguimiento y uso de contención física y la falta de protocolos definidos para su aplicación.
Goulet y Larue ¹⁷	Estudio de caso, 17 pacientes.	Comprender el contexto en el que se aplican prácticas de aislamiento y contención en pabellón psiquiátrico.	Tanto las normas explícitas (protocolo) como implícitas influyen en la reclusión y restricción de movimientos. También las características del paciente (etiología de violencia o experiencias difíciles) y del personal (sentimientos de seguridad y racionalización del uso de la reclusión) influyen en la toma de decisiones.	Se señala la posibilidad de desarrollar un protocolo de revisión tras un aislamiento o contención para analizar la realidad tanto del paciente como del personal.
Kinner et al. ¹⁸	Estudio mixto con encuesta online (1150 participantes)	Comparar las actitudes de los usuarios, cuidadores y profesionales de la salud mental hacia la reclusión y restricción del paciente en emergencias psiquiátricas	Gran parte de los participantes considera que estas prácticas pueden causar daños, violar los derechos humanos y comprometer la confianza o desencadenar traumas pasados. Los usuarios eran más propensos a considerar perjudiciales estas prácticas y la mayor parte de los participantes señalan que es deseable y factible eliminar dicha práctica, aunque algunos participantes (profesionales) justifican beneficios relativos a la seguridad tanto para el paciente como para el personal.	Todos los grupos de participantes coinciden en señalar que se trata de una práctica que viola los derechos humanos, dañina y que compromete la relación de confianza y terapéutica, pese a que los profesionales identifican beneficios relacionados con la seguridad.
Wilson et al. ¹⁹	Estudio cualitativo (entrevistas), 13 pacientes y 22 profesionales.	Mejorar la comprensión de la experiencia de sujeción en pacientes en emergencias psiquiátricas y personal.	Se enfatiza la idea de que "nunca es agradable" (pero es un mal necesario). Estos resultados se demuestran también a nivel emocional y relacional (miedo, angustia, deshumanización, impacto negativo en las relaciones paciente-personal, reducción de satisfacción en el trabajo).	Se concluye la aplicación como último recurso y por motivos de seguridad. Se advierte la presión política para reducir la contención sobre los profesionales.
Asikainen et al. ²⁰	Investigación descriptiva cualitativa cualitativa descriptiva, en 65 pabellones psiquiátricos	Determinar qué métodos de desescalada para reducir la violencia en pabellones psiquiátricos se utilizan en emergencias psiquiátricas	Se detecta la aplicación tanto de los modelos Safewards como del modelo Six Core Strategies, a través de los cuales reducir la violencia y el uso de prácticas restrictivas con los pacientes. La mayor parte de los hospitales combinan ambas intervenciones.	Los métodos de prevención de violencia distintos a la contención mecánica se utilizan en los centros de salud mental finlandeses abarcando modificaciones de organización y liderazgo de acuerdo con las cuales se mejora la seguridad y se disminuyen las acciones coercitivas de los pabellones psiquiátricos.
Tölli et al. ²¹	Investigación descriptiva exploratoria y cualitativa, 31 enfermeras de 6 centros de corta y media estancia	Describir las percepciones y experiencias vividas por pacientes psiquiátricos sobre su propio comportamiento y el de los profesionales enfermeros en la gestión de conductas desafiantes.	Se identifican distintas razones para los comportamientos problemáticos de los pacientes hacia los enfermeros y personal del centro. Se advierte la importancia de atender las necesidades básicas de los pacientes lo que se traslada a las implicaciones prácticas de la utilización de la restricción mecánica como estrategia para reducir al paciente.	Se advierte de la necesidad de aplicar otras intervenciones compatibles con la competencia del personal.
Manzano-Bort et al. ²²	Estudio cualitativo, pacientes psiquiátricos (12), sanitarios (15) y directores (6) de pabellones psiquiátricos en Suecia	Explorar las experiencias de enfermeras de la salud mental en el manejo del paciente con agitación psicomotriz y los factores que influyen en la decisión de utilizar la contención mecánica en emergencias psiquiátricas	Se identificaron cuatro temas: <ul style="list-style-type: none"> • Percepciones de las enfermeras sobre los métodos de contención • Factores que influyen en la toma de decisiones • Consecuencias para los profesionales • Alternativas a la contención mecánica. 	Se identifica la importancia del trabajo en equipo, la disonancia cognitiva entre el conflicto ético y las barreras para retirar estas medidas y la toma de decisiones de los profesionales en salud mental. Se requieren más investigaciones para comprender las consecuencias negativas de la contención mecánica y la importancia de eliminar dichas sujeciones.



fesionales sociosanitarios pueden tomar en situaciones de atención integral al paciente¹⁵⁻¹⁹. Estas acciones especiales incluyen visitas más frecuentes por parte de los profesionales a pacientes de alto riesgo y una formación más efectiva para abordar situaciones de urgencia psiquiátrica²¹.

Es importante señalar que tanto los trabajadores como los propios pacientes han denunciado que la aplicación de restricciones mecánicas conlleva un alto daño, visible tanto en la prolongación del tiempo que los pacientes pasan en la sala de urgencias y su tiempo total de hospitalización como en daños físicos, psicológicos y en las relaciones, socavando la confianza entre el paciente y el profesional¹⁶⁻²². En respuesta a estas preocupaciones, se ha propuesto el desarrollo de protocolos de revisión posteriores a aislamientos o restricciones mecánicas para evaluar su impacto en los pacientes y en la relación con el personal de salud que los atiende¹⁷. Estos protocolos están diseñados para influir en la toma de decisiones de los profesionales y evaluar en qué medida las características de los pacientes y los profesionales influyen en la decisión de aplicar una restricción mecánica¹⁸.

La filosofía subyacente a la práctica de restricción mecánica se centra en la protección tanto del paciente como de su entorno, lo que incluye a los profesionales sociosanitarios y otros pacientes del centro de atención. Sin embargo, se ha argumentado que esta protección, mediante el uso de restricciones mecánicas, puede entrar en conflicto con la protección de otros aspectos de la vida del paciente, como su salud mental, y puede resultar en un trato inhumano, degradante y una violación de los derechos humanos, incluyendo el derecho a vivir libre de tortura y el derecho a la privacidad¹⁶⁻¹⁸.

Por ello, los usuarios sometidos a contención mecánica habitualmente son personas con adicción a sustancias, trastornos bipolares o esquizofrenia¹⁵⁻¹⁷, además, otros autores señalan que personas con intentos de suicidio graves también pueden ser contenidas físicamente, habitualmente con muñequeras fijadas a la cama^{1,3,23-25}.

Los resultados de la investigación señalan que las altas tasas de inmovilización de pacientes psiquiátricos en España pueden deberse a la facilidad con la que se garantiza la integridad física del paciente y de los enfermeros, reduciendo el tiempo de cuidado y supervisión. Lo anterior también es potenciado por los altos ratios de enfermera-paciente y la escasez de personal sanitario especializado en salud mental en las urgencias hospitalarias²⁴⁻²⁶.

Estas afirmaciones se encuentran en consonancia con los resultados de este estudio donde la evidencia científica pone de manifiesto la deshumanización en el cuidado de pacientes psiquiátricos, violando sus derechos fundamentales, especialmente el derecho a la integridad y seguridad personal, a la dignidad y a la intimidad, y virviendo en un dilema ético para el equipo de enfermería²¹, así como en consecuencias físicas y emocionales para el usuario, que pierde la confianza en el sistema sanitario y se empeora su recuperación^{1,19,20,23,25,26}.

Las consecuencias de la contención mecánica en pacientes psiquiátricos en situación de urgencia han sido ampliamente estudiadas y se centran principalmente en lesiones más o menos graves a nivel físico, así como en miedo, vergüenza y angustia a nivel emocional¹⁷⁻²⁰. La contención mecánica, según los sanitarios que, aunque reconocen su impacto, la justifican, asegura que el paciente no se lesione y no haga daño a los enfermeros. Las alternativas a este recurso están siendo estudiadas, pero aún se requiere de más investigaciones que concluyan en el diseño de recursos y alternativas viables para asegurar un tratamiento humanizado del paciente psiquiátrico. Los principales motivos son que, a nivel internacional, los países desarrollados tienen tasas bajas de utilización, así como una normativa que prohíbe la técnica por vulnerar los derechos humanos fundamentales¹²⁻¹⁵.

En España, la humanización en el cuidado del paciente, se centran, primeramente, en la formación continua de personal especializado, así como en distracciones lúdicas, conversaciones familiares guiadas, medidas de acompañamiento ante cuadros de desorganización conductual o aislamiento terapéutico temporal y controlado^{1,2,9,11,24}.

LIMITACIONES

Las limitaciones de este estudio se centran en varios aspectos. En primer lugar, no se llevó a cabo un estudio experimental u observacional para recopilar datos directamente a partir de la aplicación de restricciones mecánicas en pacientes psiquiátricos en situaciones de urgencia. Esto significa que los hallazgos se basan en la revisión de investigaciones existentes y en la recopilación de datos ya publicados:

En segundo lugar, este estudio no incluyó entrevistas a pacientes y profesionales de la salud que han experimentado o aplicado restricciones mecánicas. Estas entrevistas podrían haber proporcionado una perspectiva más



profunda sobre la experiencia y las percepciones de las personas involucradas en el uso de estas prácticas. La ausencia de estas entrevistas puede limitar la comprensión completa de los impactos de las restricciones mecánicas en pacientes y profesionales.

Además, se debe señalar que la búsqueda de literatura se centró en un conjunto específico de bases de datos, incluyendo PubMed, SciELO, Web Of Science y Redalyc, pero no se revisaron otras bases de datos que podrían haber contenido investigaciones relevantes sobre el tema. Esto podría haber limitado la cantidad de artículos científicos disponibles para su inclusión en el estudio.

Nuevas vías de investigación e intervención deben estar en consonancia con un marco normativo sólido y centrado en proteger los derechos del paciente, centrándose en un acompañamiento psicológico y familiar activo. Esto requiere plantearse la contratación de más personal sanitario y su formación continua y efectiva en salud mental.

CONCLUSIONES

En relación con el primer objetivo de este estudio, se concluye que existe un perfil de paciente psiquiátrico

más susceptible a ser contenido mecánicamente durante una emergencia psiquiátrica. Los factores que determinan la contención son la conducta agresiva del paciente y la seguridad de este y de los sanitarios.

En relación con el segundo de los objetivos, se puede concluir que las consecuencias de la contención mecánica en pacientes psiquiátricos en situación de urgencia se centran principalmente en lesiones más o menos graves a nivel físico, así como en miedo, vergüenza y angustia a nivel emocional. Hay sanitarios que siguen justificando esta práctica y ello evita que el propio paciente reconozca el carácter transitorio de su crisis.

En España, las iniciativas comprometidas con la humanización en el cuidado del paciente, se centran, primeramente, en la formación continua de personal especializado, así como en distracciones lúdicas, conversaciones familiares guiadas y medidas de acompañamiento, entre otras.

Se precisa de la necesidad de seguir investigando sobre posibles alternativas eficaces que sustituyan esta práctica y promuevan la formación de los/las enfermeros/as en la humanización del cuidado y la asistencia en urgencias psiquiátricas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernandez-Costa D, Gomez-Salgado J, Fagundo-Rivera J, Martin-Pereira J, Prieto-Callejero B, Garcia-Iglesias JJ. Alternatives to the use of mechanical restraints in the management of agitation or aggressions of psychiatric patients: a scoping review. *J Clin Med*. 2020 Sep;9(9):2791.
2. Briones M A, Rodriguez B. Efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir las sujeciones físicas en personas mayores de 65 años institucionalizadas: una revisión sistemática. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017; 52(2): 93–101.
3. Manzano Y, Mir R, Falcó A. La contención mecánica en los cuidados de pacientes con trastorno mental: una aproximación conceptual y crítica. *Rev Port Enferm de Saúde Mental*. 2019; 22: 41-48.
4. Sridharan A, Katram B, Pingali S. Study of factors influencing caregiver use of mechanical restraints on patients presenting to acute psychiatric emergency. *Indian J Psychiatry*. 2017 Jan;59(6):S211-S211.
5. Rubio Domínguez J. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. *Rev Calid Asist*. 2017 Jul;32(3):172-177.
6. Kodal JS, Kjaer JN, Larsen ER. Mechanical restraint and characteristics of patient, staff and shifts in a psychiatric ward. *Nord J Psychiatry*. 2018;72(2):103-108.
7. Kohn Y, Barash I, Lubin G. Commentary: seclusion and mechanical restraint of psychiatric patients in Israel - an update. *Isr J Health Policy Res*. 2019 Oct 14;8(1):71.
8. Lyng MC, Dixen ST, Johansen KS, During SW, U-Parnas A, Nordgaard J. Patients' experiences with physical holding and mechanical restraint in psychiatric care: an interview study. *Nordic J.of Psychiatry*. 2019 Nov; 23(1):26-32.
9. Miranda Ruiz E, Gonzalez A, Samos P, Bellsola M, Sabate A, Leon J, et al. Use of verbal de-escalation in re-



- ducing need for mechanical restraint in patients with psychotic disorders during non-voluntary transfers from home to the psychiatric emergency department. *Eur Psychiatry*. 2022 Jun;65:S589-S589.
10. Tingleff EB, Hounsgaard L, Bradley SK, Gildberg FA. Forensic psychiatric patients' perceptions of situations associated with mechanical restraint: A qualitative interview study. *International J Mental H Nursing*. 2019 Apr;28(2):468-479.
 11. Angelats M, Pujol L, Brown A, Mas A, Perez V, Salgado P, et al. Mechanical restraint in the acute psychiatric unit of hospital del Mar, Barcelona. *European Psychiatry*. 2018 Mar;48:S159-S159.
 12. Birkeland S. Threats and violence in the lead-up to psychiatric mechanical restraint - a Danish complaints audit. *J Foren Psychia Psycho*. 2016 Jan; 33(1): S281.
 13. Birkeland S. Mechanical vs. Medical Restraint in Psychiatric Complaint Cases. *Scandinavian J Foren Sci*. 217 Feb; 23(1): 1-9.
 14. Dinamarca F, Galindo L, Grifell M, Perez E, Chavarria V, Salgado P, et al. The agitated patient; need for mechanical restraint and prevention measures in relation to psychiatric diagnosis. *Eur Psychiatry*. 2016; 33: S281.
 15. Hadi F, Khosravi T, Vahid Shariat S, Jalali Nadoushan AH. Predictors of physical restraint in a psychiatric emergency setting. *Med J Islam Repub Iran (MJIRI)*. 2015 Jan; 29(296): 1-8.
 16. Araújo Andrade Donato T, Rocha Pires L, Chaves Pedreira Silva L, Cajé Moura LV, de Andrade Santos A, Farias Souza L. Physical restraint in patients in intensive care units: exploratory – a descriptive study. *Brazilian J Nurs*. 2017 Jul; 16(1): 83-93.
 17. Goulet MH, Larue C. A case study: seclusion and restraint in psychiatric care. *Clin Nurs Research*. 2017 Jun; 1 (1): 1-18.
 18. Kinner SA, Harvey C, Hamilton B, Brophy L, Roper C, McSherry B, Young JT. Attitudes towards seclusion and restraint in mental health settings: findings from a large, community-based survey of consumers, carers and mental health professionals. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017 Feb; 26:535-544.
 19. Wilson C, Rouse L, Rae S, Kar Ray M. Is restraint a "necessary evil" in mental health care? Mental health inpatients' and staff members' experience of physical restraint. *Int J Mental Health Nurs*. 2017 Jan; 26: 500-512.
 20. Asikainen J, Louheranta O, Vehiviläinen-Julkunen K, Repo-Tiihonen E. Use of coercion prevention tools in Finnish psychiatric wards. *Arch Psychiatr Nurs*. 2020 Oct;34(5):412-420.
 21. Tölli S, Kontio R, Partanem P, Häggman-Laitila A. Patient safety and staff competence in managing challenging behavior based on feedback from former psychiatric patients. *Perspect Psychiatr Care*. 2020 Jan; 12(5):1-12.
 22. Manzano-Bort Y, Mir-Abellán R, Vía-Clavero G, Llopis-Cañameras J, Escuté-Amat M, Falcó-Pegueroles A. Experience of mental health nurses regarding mechanical restraint in patients with psychomotor agitation: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2021 Feb; 1: 1-12
 23. El-Abidi K, Moreno-Poyato AR, Toll Privat A, Corcoles Martinez D, Acena-Dominguez R, Perez-Sola V, et al. Determinants of mechanical restraint in an acute psychiatric care unit. *World J Psychiatry*. 2021 Oct 19 ;11(10):854-863.
 24. Giacchero Vedana KG, da Silva DM, Arena Ventura CA, Ciccone Giacom BC, Guidorizzi Zanetti AC, Miasso AI, et al. Physical and mechanical restraint in psychiatric units: Perceptions and experiences of nursing staff. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018 Jun;32(3):367-372
 25. Gordon H, Hindley N, Marsden A, Shivayogi M. The use of mechanical restraint in the management of psychiatric patients: is it ever appropriate? *J Forensic Psychiatry*. 1999 Apr;10(1):173-186.
 26. Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Pino-Benitez I, Alba-Vallejo M, Mayoral-Cleries F. Effects of a Regulatory Protocol for Mechanical Restraint and Coercion in a Spanish Psychiatric Ward. *Perspect Psychiatr Care*. 2015 Oct;51(4):260-267.



"Primer Premio Muralla Categoría publicación científica"

Resultado funcional a través del índice de Barthel en pacientes con ictus isquémico durante la pandemia de SARS-CoV-2. Estudio descriptivo



Pego Pérez, E.R., Bermello López, L., Marín Arnés, M.R., Gómez Fernández, E., Núñez Hernández, M.I., Rodríguez Pérez, I. Autonomy Outcomes Measured with Barthel Index in Patients with Ischaemic Stroke during SARS-CoV-2 Pandemic. A Descriptive Study. Open Access Journal of Neurology and Neurosurgery. 2022, 17 (3): 555961. DOI: 10.19080/OAJNN.2022.17.555961. Disponible en: <https://juniperpublishers.com/oajnn/OAJNN.MS.ID.555961.php>

Emilio Rubén Pego Pérez^{1*}, Lourdes Bermello López², María del Rosario Marín Arnés², Eva Gómez Fernández², María Irene Núñez Hernández² and Isidoro Rodríguez Pérez³

¹Department of Psychiatry, Radiology, Public Health, Nursing and Medicine, University of Santiago de Compostela, Spain Faculty of Nursing, Avenida Xoán XXIII s/n, 15704, Santiago de Compostela, Spain Hospital Hestia La Robleda. Mental Health Department, O Pino, Spain

Research group GI Dependence, Gerontology and Geriatrics, University of Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Spain

²Nursing staff of neurology area of Lucus Augusti University Hospital, Spain

³Nursing School of Lugo, University of Santiago de Compostela, Spain

Submission: July 08, 2022 Published: July 26, 2022

*Corresponding author: **Emilio Rubén Pego Pérez**, Department of Psychiatry, Radiology, Public Health, Nursing and Medicine, University of Santiago de Compostela, Spain

RESUMEN

Introducción: El ictus agudo es la 3ª causa de mortalidad y la 1ª en discapacidad en población adulta. Los estudios centrados en la fase subaguda del ictus son poco frecuentes y los que se centran en la evolución a largo plazo son raros.

Objetivo: determinar el resultado funcional en pacientes con ictus isquémico durante la pandemia por SARS-CoV-2.

Métodos: estudio cualitativo y retrospectivo con una muestra de 674 pacientes con ictus isquémico agudo. Los resultados se midieron con el índice de Barthel.

Resultados: resultados se midieron con el índice de Barthel.

Resultados: La distribución en los grados moderado y severo han sido mayores para el año 2020, en los grados

independiente y leve han sido mayor en los años 2019 y 2021, para el grado de dependencia total ha sido mayor en los años 2019 y 2021. No se encontró correlación significativa entre la edad y el resultado de la escala de Barthel o entre el año en que ocurrió el ictus y el resultado de la escala de Barthel.

Conclusión: No se observa ninguna relación entre la pandemia por SARS-CoV-2 y el empeoramiento en la funcionalidad. Los cambios estructurales durante la pandemia y la reducción de personal no han afectado al diagnóstico ni a la funcionalidad tras sufrir ictus isquémico. El esfuerzo del personal, para mantener una atención adecuada, ha sido decisivo en los resultados funcionales de los pacientes.

Palabras clave: Acute ischaemic stroke; ABVD; Autonomy; Barthel index; Nursing; Outcomes; Quality of Life; Rehabilitation; Quality Improvement; SARS-CoV-2.



INTRODUCCIÓN

El ictus es una de las principales causas de discapacidad y la segunda en mortalidad [1]. El ictus agudo es la 3ª causa de mortalidad, la 1ª en discapacidad en la población adulta de los países desarrollados y la 2ª en demencia. Su incidencia aumenta según la edad, siendo su aumento directamente proporcional al envejecimiento de la población, alcanzando los 280 episodios/100.000 habitantes/año en >20 años [2].

Con la disminución de la mortalidad por ictus isquémico en todos los grupos de edad, la prevalencia de este continúa aumentando [3]. La tendencia hacia una incidencia creciente de ictus isquémico en la población más joven se suma al gran número de sobrevivientes que vivirán muchos años con discapacidades relacionadas con el evento isquémico [4].

A los 6 meses de seguimiento, el 26,1% de los pacientes fallecen, el 41,5% logra una vida independiente y el 32,4% son dependientes. De los independientes aproximadamente el 44% sufre al menos una dependencia funcional [5].

Por otro lado, de las 1.113.626 personas dependientes mayores de 65 años, el 73% (es decir, 811.746) son atribuibles al ictus, desarrollando un tercio de ellas una dependencia leve, la mitad de una situación de dependencia moderada y un 16% dependencia severa. Entre los déficits más frecuentes se encuentran la parálisis, las alteraciones de la marcha y del lenguaje, las alteraciones visuales, las alteraciones cognitivas, entre otras [5].

En relación con el sexo, parece tener un efecto significativo sobre la mortalidad hospitalaria después del ictus, y los hombres tienden a tener peores resultados. Aunque hay controversias, ya que algunos estudios han encontrado un mayor riesgo de mortalidad por ictus entre las mujeres. La investigación ha demostrado que este mayor riesgo en la mortalidad existe solo en pacientes con hemorragia subaracnoidea. Se postula que el ictus agudo es un predictor independiente de resultados deficientes a largo plazo [5].

En relación con los costes directos, el tratamiento, la prevención y el diagnóstico del ictus consumen entre el 3-4% del gasto sanitario público en nuestro país, el 76% es atribuible especialmente al gasto en el proceso de hospitalización. Este dato cobra mayor relevancia teniendo en cuenta que anualmente se calculan alrededor de 1.288.010 estancias hospitalarias por ictus (más que las causadas por cardiopatía isquémica) en nuestro país. Por

otro lado, el coste del ictus durante el primer año ronda los 20.000-30.000 euros [5].

Por último, se destaca que el ictus no solo tiene costes atribuibles al propio proceso de la enfermedad, sino que es de especial mención, el coste en los cuidadores informales, que se sitúa entre 801,7-1.243,9 millones de euros y las comorbilidades desarrolladas ascienden a gastar 1.125,3-1.746,0 millones de euros. Con alrededor del 50% de los sobrevivientes de ictus que regresan directamente a casa tras la atención al episodio agudo, los cuidadores familiares desempeñan un papel central en el apoyo a medida que hacen la transición a través de la rehabilitación y regresan a la vida comunitaria [6].

En relación con el segundo punto, los costes indirectos, el ictus en Europa es responsable del 6,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), ocupando el segundo lugar por delante de la demencia y el Alzheimer, este último en el 5º lugar. En España, de cada 100 AVAD por ictus, el 62,1% significará muerte y el 37,9% serán años vividos con discapacidad [7].

La evolución funcional del paciente tras un ictus se establece clásicamente en tres periodos. Un periodo agudo que va desde el inicio de los síntomas hasta el alta hospitalaria, un periodo subagudo en el que hay una mejora funcional progresiva, que continúa en la mayoría de los casos durante los primeros 3-6 meses y finalmente una fase crónica o de estabilización funcional. Algunos autores postulan una mejoría funcional progresiva más allá de los 12 meses cuando se acompaña de un tratamiento de rehabilitación, y por el contrario un deterioro funcional progresivo en ausencia de una terapia de rehabilitación específica [5].

La mayor parte de la atención a los pacientes con ictus se ha centrado comúnmente en la fase aguda, donde los esfuerzos recientes y los avances médicos han logrado reducir la morbilidad y la mortalidad. Sin embargo, los estudios centrados en la fase subaguda son menos frecuentes, y los que se centran en la evolución a largo plazo son raros [5].

Para determinar el resultado funcional, clásicamente se utilizan una amplia variedad de escalas de evaluación de las actividades básicas de la vida diaria, entre ellas el Índice de Barthel (BI), el BI modificado (MBI), la Medida de Independencia Funcional (FIM), el Conjunto de Evaluación del Deterioro del Accidente Cerebrovascular (SIAS) y la Escala de Rankin modificada (mRS) [8].



El síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) se identificó en diciembre del 2019 y causó una pandemia mundial de enfermedad por coronavirus (COVID-19) [9]. A principios del 2021, más de 110 millones de personas habían sido infectadas, con más de 60 millones recuperadas y casi 2,5 millones de fallecidos [10,11].

Además, se identificaron factores de investigación para los profesionales de la salud mental en más del 90% de los enfermeros, afectando su estado psicológico con sentimientos de agotamiento y sobrecarga emocional [12].

Se suspendieron todas las actividades clínicas no urgentes, como intervenciones quirúrgicas, seguimientos, tratamientos, pruebas. Los quirófanos se convirtieron en unidades de cuidados intensivos y varios profesionales de la salud se trasladaron a salas COVID para apoyar a sus colegas, el personal jubilado regresó al trabajo para superar la escasez de personal, varios profesionales de la salud se mudaron de sus hogares, aun así, muchos de ellos se infectaron o incluso murieron [11].

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es determinar la repercusión funcional en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico durante la pandemia de SARS-CoV-2.

MÉTODOS

Diseño del estudio

Se trata de un estudio retrospectivo en el que se seleccionaron a pacientes con ictus isquémico tratados en nuestra institución entre enero de 2019 y mayo de 2021.

Selección de pacientes

Los criterios de inclusión fueron oclusión cerebral aguda de circulación anterior o posterior, edad > 18 años, con NIHSS \geq 6. Todos los pacientes recibieron trombólisis intravenosa antes de la intervención y < 4,5 horas desde el inicio de los síntomas, siguiendo las directrices de la Sociedad Española de Neurología. Por lo tanto, el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al hospital fue < de 4,5 horas.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: (a) presencia de hemorragia intracraneal, (b) pacientes embarazadas.

Variables y recogida de datos

Demográficos: edad; sexo; fecha de inicio del estudio (dd/mm/aaaa) e índice de Barthel.

Evaluación por imágenes

Al ingreso y después de una evaluación clínica por un neurólogo, la mayoría de los pacientes se sometieron a una tomografía computarizada basal, angiografía por tomografía computarizada supraaórtica y cerebral, y tomografía computarizada de perfusión cerebral. Los otros pacientes se sometieron a resonancia magnética, se utilizó la secuencia DWI para determinar la puntuación de ASPECTS.

El ASPECTS se realizó en dos secciones axiales del TAC, la primera a nivel del tálamo y la base de los ganglios (plano A) y la segunda adyacente al borde superior de los ganglios de la base, sin visualizarla (plano B). En ambos planos, el territorio de la arteria cerebral media se divide en 10 regiones, cada una valorando 1 punto (M1-M10). Cada área afectada resta 1 punto y el valor de "normalidad" se establece en 10 puntos.

Medidas de desenlace

El resultado funcional se midió con el índice de Barthel considerando: incapaz de realizar la tarea (<20 puntos), intentos de realización de la tarea pero inseguros (20-35 puntos), ayuda moderada requerida (40-55 puntos), ayuda mínima requerida (60-95 puntos) y totalmente independiente (100 puntos).

Análisis estadístico y de datos

Se realizó un análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central (media (M)) y dispersión (desviación estándar (DE) cuando se consideró apropiado para variables cuantitativas, y porcentajes para variables cualitativas). Para analizar las diferencias entre los grupos, se utilizó la prueba de Chi² para las variables cualitativas. Se eligió un nivel de significación de 0,05 para seleccionar las variables finalmente incluidas en el modelo de regresión logística binaria. Todos los análisis y cálculos se realizaron utilizando el paquete estadístico PASW (v. 24.0; SPSS Inc., Chicago, Illinois).

RESULTADOS

El número total de ingresos por accidente cerebrovascular isquémico en 2019 fue de 225 pacientes; en 2020 fue de 261 y de enero al 31 de mayo de 2021 fueron 121 pacientes. Durante los meses de marzo, abril y mayo de 2019, 15, 18 y 18 pacientes fueron hospitalizados, respectivamente; en 2020 fueron 16, 14 y 15 pacientes, en 2021 fueron 30, 15 y 24 pacientes. Para observar las características de la muestra se realizó una tabla de contingencia (tabla 1).



Table 1: Contingency table

VARIABLES	FREQUENCY	PERCENTAGE	MEAN	SD	MIN	MAX	Q1	Q2	Q3
Year									
March-May 2019	225	33.4							
2020	260	38.6							
2021	189	28							
Age									
<65	143	21.2							
65-80	293	43.5	73.99	11.69	28	97	66	76	83
>80	238	35.3							
SEX									
Male	384	57							
Female	290	43							
Barthel Score									
Unable to perform task (<20 points)	58	8.6							
Attempts task but unsafe (20-35 points)	31	4.6							
Moderate help required (40-55 points)	48	7.1							
Minimal help required (60-95 points)	218	32.3	76.15	30.61	0	100	60	90	100
Fully independent (100 points)	305	45.3							
No dates	14	2.1							
Total	674	100							

La distribución en los grados moderados y severos ha sido mayor para el año 2020, en los grados independientes y leves ha sido mayor en los años 2019 y 2021, para el grado de dependencia total ha sido mayor en los años 2019 y 2021.

No se encontró correlación significativa entre la edad y el resultado de la escala de Barthel o entre el año en que ocurrió el accidente cerebrovascular y el resultado de la escala de Barthel (tabla 2).

DISCUSIÓN

En este estudio, el número total de ingresos por accidente cerebrovascular isquémico en 2019 fue de 225 pacientes; en 2020 fue de 261 pacientes y de enero al 31 de mayo de 2021 fue de 121 pacientes. Durante 2021 se ha producido un aumento en el número de pacientes

hospitalizados, probablemente relacionado con los efectos derivados de la infección por SARS-CoV-2.

En las últimas dos décadas, el número absoluto de personas que experimentan un primer episodio de accidente cerebrovascular, el número de sobrevivientes después de sufrir un accidente cerebrovascular y el número de años de vida perdidos han aumentado. En consecuencia, los sobrevivientes necesitan y utilizan numerosos recursos de salud, incluidos cuidados intensivos, rehabilitación, servicios sociales y comunitarios [13,14].

Con el envejecimiento progresivo de la población, la magnitud del problema y sus consecuencias están aumentando [15,16]. La implementación de sistemas regionales y nacionales de atención y calidad del accidente cerebrovascular y las iniciativas de mejora tienen un impacto significativo en la reducción de la morbilidad y mortalidad re-

Table 2: Correlation table applying Chi² test

	YEAR			P-VALUE
	2019	2020	2021	
Age (n)				0.374
<65 (143)	48 (33.6)	55 (38.5)	40 (28)	
65-80 (293)	87 (29.7)	122 (41.6)	84 (28.7)	
>80 (238)	90 (37.8)	83 (34.9)	65 (27.3)	
n= 674	225 (33.4)	260 (38.6)	189 (28)	
Sex (n)				0.522
Male (384)	126 (32.8)	155 (40.4)	103 (26.8)	
Female (290)	99 (34.1)	105 (36.2)	86 (29.7)	
n= 674	225 (33.4)	260 (38.6)	189 (28)	
Barthel (n)				0.598
<20 points (58)	17 (29.3)	24 (41.4)	17 (29.3)	
20-35 points (31)	9 (29)	13 (41.9)	9 (29)	
40-55 points (48)	13 (27.1)	20 (41.7)	15 (31.3)	
60-95 points (218)	87 (39.9)	75 (34.4)	56 (25.7)	
100 points (305)	96 (31.5)	125 (41)	84 (27.5)	
n= 660	222 (33.6)	257 (38.9)	181 (27.4)	

lacionadas con el accidente cerebrovascular y en la mejora de los resultados [5,17].

La edad media en este estudio fue de 73,99 años (DE: 11,69 años). La distribución por grupos ha sido de 140 pacientes durante <65 años; de 286 pacientes para el grupo de 65-80 años y de 234 pacientes para el grupo de >80 años. Los resultados en relación con la edad en comparación con otros estudios son muy similares. Dura Mata et al. [18] determinó una edad media de 72,44 años con una desviación estándar de 10,1 años; Sajobi et al. [19] observó que la edad promedio fue de 68,1 años; Queralt-Tomas [16] de 71,9 años con una desviación estándar de 12,3 años y Kaesmacher et al. [20] determinaron una edad de 72,9 años con una desviación estándar de 13,9 años [2, 1 6,19].

La edad media en los ECA principales oscila entre 66-71 años, intervalo en el que también se situó nuestra muestra [21-2 6].

La edad se asoció de forma independiente con el resultado en la cohorte general, aunque esta asociación no siempre se pudo identificar después de ajustar por otras variables predictivas, resultados consistentes con la evidencia científica actual [2,27].

La funcionalidad del paciente después del accidente cerebrovascular se asocia significativamente con la probabilidad de reingreso hospitalario y es un resultado importante a considerar en el accidente cerebrovascular, especialmente teniendo en cuenta las recientes políticas de readmisión evitable de Medicare. Los pacientes con mal funcionamiento, en el momento del alta, también tienen más probabilidades de necesitar cuidados a largo plazo y planes de rehabilitación intensiva, lo que implica un mayor impacto financiero y consecuencias más graves para la familia del superviviente del accidente cerebrovascular [28].

En relación con la fase subaguda, la evaluación del estado funcional de la ABVD se registra en sólo el 24,6% de los casos al alta y durante seis meses después del episodio en la base de datos de atención primaria; El estado funcional después del accidente cerebrovascular es un predictor de mortalidad a largo plazo [23].

Se ha encontrado que la autonomía es una condición previa fundamental para la participación efectiva. Investigaciones anteriores han descrito la autonomía como la capacidad de tomar decisiones, sentirse en control de las actividades en las que participar y cómo se llevan a cabo estas actividades, es importante considerar este concepto



ya que el objetivo era capturar la calidad de la participación en lugar de solo la frecuencia en las actividades [29].

Los primeros seis meses después del accidente cerebrovascular son críticos para la rehabilitación con el objetivo final de devolver al individuo a un nivel satisfactorio de participación [5].

La funcionalidad se ha convertido en un término amplio que incluye la interacción de aspectos positivos entre los 3 componentes principales de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF): funciones y estructuras corporales; actividad y participación; y factores ambientales y personales. Con este modelo, el entorno es visto como un facilitador o una barrera para la recuperación funcional [30].

Los autores encontraron que el 48% de los estudios solo evaluaron las funciones corporales, el 1% evaluaron las estructuras corporales, el 45% solo evaluaron la actividad y / o participación, y el 7% evaluaron los factores ambientales. Estos hallazgos demuestran que la funcionalidad posterior al accidente cerebrovascular aún no se ha evaluado exhaustivamente, como recomienda la ICF [30].

En una muestra de 237 sobrevivientes de accidente cerebrovascular con un accidente cerebrovascular predominantemente leve al inicio del estudio, un estudio encontró que más de una cuarta parte de los sobrevivientes después de siete años permanecieron inactivos en muchos artículos relacionados con las tareas domésticas. Cerca de 91,5% vivían de forma independiente sin la ayuda de servicios comunitarios, sin embargo, los participantes dependían de otras personas de referencia para actividades como preparar comidas, lavar la ropa o hacer tareas domésticas. Tener que depender de otros para las actividades de la vida diaria afecta no solo a los sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares, sino también al cuidador principal [4].

Teasdale & Walsh [31] reportaron cambios y restricciones en las actividades de ocio en el 60% de sus muestras. Sveen et al. [32] han sugerido que una posible explicación para esto es que estas actividades requerirían mayores habilidades cognitivas y sociales que las actividades llevadas a cabo dentro del entorno familiar.

En comparación con otros estudios, los resultados funcionales al alta son similares, por ejemplo, Törnbohm et al. [29] coloca en su muestra el 38% con discapacidad leve o moderada y el 41% con discapacidad grave (valor 3-5 de la mRS).

En este estudio, la media de la puntuación de la escala de Barthel fue de 76,15 puntos (DE: 30,62 puntos). La distribución ha sido de 58 pacientes por dependencia total (<20 puntos); de 31 pacientes por dependencia grave (20-35 puntos); de 48 pacientes por dependencia moderada (40-55 puntos); de 218 pacientes por dependencia leve (50-95 puntos) y 305 pacientes por independencia (100 puntos), resultados similares a los estudios mencionados anteriormente.

En cuanto al resultado funcional, se calculó el valor medio de la escala de Barthel al alta, siendo de 71,16 puntos para 2019, 77 puntos para 2020 y 73,71 puntos para 2021. Las frecuencias por grados de afección fueron para el año 2019 independientes 37,3%, dependencia leve 38,09%, dependencia moderada 7,93%, dependencia severa 4,76% y dependencia total 4,76%. Para el año 2020 fue independiente 47.82%, dependencia leve 28.98%, dependencia moderada 10.14%, dependencia severa 10.14% y dependencia total 8.69%. Finalmente, para el año 2021 fue independiente para 40.9%, dependencia leve para 36.36%, dependencia moderada para 7.27%, dependencia severa para 2.73% y dependencia total para 12.72%. La distribución en los grados moderados y severos ha sido mayor para el año 2020, en los grados independientes y leves ha sido mayor en los años 2019 y 2021, para el grado de dependencia total ha sido mayor en los años 2019 y 2021.

En comparación con otros estudios, los resultados son similares. Jagini y Suresh [33] determinaron un grado de discapacidad asintomático-leve en 75% de su muestra e incapacidad moderada-grave en 25% a los tres meses. Otro estudio determinó que el 25% de su muestra mejoró sus valores de mRS en uno o más grados entre 3 meses y 1 año [34].

En el estudio DEFUSE 3, alrededor del 50% mostró grado 0-1 en la escala mRS y alrededor del 80% grado 0-2. Por otro lado, en el metanálisis HERMES, se demostró en 25%-10% (intervención vs alteplasa sola) grado 0-1 y 46%-25% (intervención vs control) grado 0-2. Los resultados de nuestro estudio son similares a los mostrados en los principales ECA, aunque existen diferencias significativas si los comparamos con los avances recientes desarrollados en el estudio DEFUSE 3 [26,35].

Sánchez Lozano et al. [36] no determinaron deterioro funcional en un tercio de su muestra, discapacidad leve en



la mitad de la muestra y deterioro moderado-severo en la proporción restante a los 6 meses.

Ganesh et al. [34] predijeron independientemente la demencia a los 5 años y la institucionalización al determinar el valor de la mRS entre 3-5 como mayor riesgo de demencia en comparación con los otros grados, además, cada paso en la escala mRS se asoció con un salto en el riesgo de demencia y la posterior institucionalización del paciente.

En España, se han publicado resultados tras la rehabilitación de pacientes con pérdida inicial moderada a muy grave y discapacidad. Entre el 60 y el 75% de estos pacientes con afectación moderada a muy severa recupera la capacidad de caminar de forma independiente, y un porcentaje cercano al 50% recupera niveles de independencia funcional en las actividades de la vida diaria, obteniendo ganancias funcionales con el tratamiento rehabilitador multidisciplinario en fase aguda y subaguda, superior a 50 puntos en la escala de Barthel [36].

Los artículos sugirieron que una puntuación de BI ≥ 90 con mRS ≤ 2 como la puntuación de corte óptima para definir un resultado favorable, pero artículos recientes han informado que BI ≥ 75 y mRS ≤ 2 podrían usarse para definir un resultado favorable en pacientes con accidente cerebrovascular agudo [37]. Las puntuaciones medias de la fuerza muscular de las extremidades superiores e inferiores afectadas fueron $2,3 \pm 1,7$ y $2,9 \pm 1,5$, respectivamente [8].

Tras el primer ictus, el 44,9% de los supervivientes de ictus se van directamente a casa y el porcentaje de pacientes en cada grado de dependencia se triplica con una mayor pérdida en la puntuación Barthel anterior entre las mujeres (7,3) que en los hombres (3,6) [16].

Las evaluaciones de movilidad e independencia en ABVD siguen siendo las medidas más utilizadas en los estudios de rehabilitación. Con una tendencia hacia un aumento en el número de sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares que regresan a la vida independiente, estas medidas probablemente sean insuficientes para captar las demandas de la vida cotidiana [5].

Al describir la ABVD como una medida del resultado del accidente cerebrovascular a largo plazo, es importante separar la capacidad de realizar ABVD, como alimentarse, vestirse y manejar la higiene personal, de la capacidad de participar en actividades más complejas, como tareas domésticas, actividades sociales y trabajo

remunerado, llamadas actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) [4].

IADL aborda un nivel claramente más alto de ABVD y consiste en las tareas diarias más complejas que deben realizarse para que el sobreviviente de accidente cerebrovascular continúe viviendo en la comunidad. Explorar la integración de la comunidad y las necesidades a largo plazo hasta cinco años después del accidente cerebrovascular [5].

Queralt-Tomas [16] propone que los profesionales de enfermería realicen intervenciones de acuerdo con la práctica general para proporcionar continuidad de la atención a los pacientes con accidente cerebrovascular a lo largo de la trayectoria de recuperación del accidente cerebrovascular y también apoyo a los cuidadores mayores. más allá de la duración de la estancia hospitalaria del paciente. La atención integrada es deseable y constituye un modelo de referencia para todas las situaciones consideradas.

La enseñanza y la planificación del alta pueden ayudar a las familias de los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular a hacer arreglos a largo plazo específicos para el resultado funcional esperado. Las familias pueden necesitar modificaciones en el entorno del hogar, como rampas, barras de apoyo en la ducha y camas de fácil acceso. Cuanto antes se implementen estos planes, más pronto se podrá dar de alta a un paciente con accidente cerebrovascular impedido, lo que reducirá la duración de la estadia hospitalaria de un paciente [28].

Las enfermeras deben participar en la investigación sobre los resultados en la funcionalidad de los pacientes, agregar servicios basados en nuevas tecnologías, liderar grupos de apoyo y recursos educativos, y administrar la supervisión de la teleasistencia para realizar una atención integral, mientras que se minimizaría el uso de recursos y se mejoraría la accesibilidad [16].

Aun así, el conocimiento de los resultados a largo plazo del accidente cerebrovascular, es decir, más allá del primer año, es escaso. Con el aumento de la carga mundial del accidente cerebrovascular, las estimaciones de los resultados a largo plazo y la evaluación de los factores pronósticos son cada vez más importantes para planificar los recursos de los servicios de salud, proporcionar rehabilitación basada en la evidencia después de los entornos de atención aguda y también ofrecer información para los sobrevivientes y sus familias [4,7].



CONCLUSIÓN

En este estudio, se observa un aumento progresivo de los ingresos por ictus isquémico a lo largo de los 3 años secuenciados, no hay evidencia de que este factor se deba a la pandemia, podría estar relacionado con el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida. No se observa ninguna relación entre la pandemia de SARS-CoV-2 y el empeoramiento de la funcionalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., et al. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(9995), 743-800. doi:10.1016/S0140-6736(15)60692-4
- Pego Perez, E. R., Fernández, I., Pumar, J. M. (2021). Functional outcomes of patients with stroke treated with thrombectomy by aspiration. *Brain Injury*, 35(4), 476-483.
- Vila Córcoles, Á., Satué Gracia, E., Ochoa Gondar, O., Diego Cabanes, C. D., Vila Rovira, Á., et al. (2014). Incidencia y letalidad del ictus isquémico en la población mayor de 60 años del área de Tarragona, España (2008-2011). *Rev. neurol.* (Ed. impr.), 490-496.
- Blomgren, C., Jood, K., Jern, C., Holmegaard, L., Redfors, P., et al. (2018). Long-term performance of instrumental activities of daily living (IADL) in young and middle-aged stroke survivors: Results from SAHLIS outcome. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 25(2), 119-126. Doi: <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1329343>
- Pego-Pérez, E. R., Fernández-Rodríguez, I., Pumar-Cebreiro, J. M. (2019). National Institutes of Health Stroke Scale, modified Rankin Scale, and modified Thrombolysis in Cerebral Infarction as autonomy predictive tools for stroke patients. *Reviews in the neurosciences*, 30(7), 701-708.
- Magalhães, R., Abreu, P., Correia, M., Whiteley, W., Silva, M. C., et al. (2014). Functional status three months after the first ischemic stroke is associated with long-term outcome: data from a community-based cohort. *Cerebrovascular diseases*, 38(1), 46-54.
- Pego Pérez, E.R., Fernández Rodríguez, I., Pumar Cebreiro, J.M. (2021). Autonomy results in post-mechanical thrombectomy applied to patients with stroke a retrospective study. *Open access journal of Neurology and Neurosurgery*, 16(1):1-8. DOI: 10.19080/OAJNN.2021.16.555928.
- Yang, H., Chen, Y., Wang, J., Wei, H., Chen, Y., et al. (2021). Activities of daily living measurement after ischemic stroke: Rasch analysis of the modified Barthel Index. *Medicine*, 100(9).
- Bardenheier, B.H., Gravenstein, S., Blackman, C., Gutman, R., Sarkar, I.N., et al. Adverse events following mRNA SARS-CoV-2 vaccination among US nursing home residents. *Vaccine*. 2021;39(29):3844-3851. doi: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.05.088>.
- Chen, M., Yuan, Y., Zhou, Y., Deng, Z., Zhao, et al. Safety of SARS-CoV-2 vaccines: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Infectious diseases of poverty*. 2021;10(1):1-12. doi: <https://doi.org/10.1186/s40249-021-00878-5>.
- Della Monica, A., Ferrara, P., Dal Mas, F., Cobiauchi, L., Scannapieco, F., et al. The impact of Covid-19 healthcare emergency on the psychological well-being of health professionals: a review of literature. *Ann Ig.* 2022;34(1):27-44. doi: 10.7416/ai.2021.2445.
- Del Pozo-Herce, P., Garrido-García, R., Santolalla-Arnedo, I., Gea-Caballero, V., García-Molina, P., et al. Psychological impact on the nursing professionals of the rioja health service (Spain) due to the SARS-CoV-2 virus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(2):580. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18020580>.
- Feigin, V. L., Forouzanfar, M. H., Krishnamurthi, R., Mensah, G. A., Connor, M., et al. (2014). Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 383(9913), 245-255.
- Ma, V. Y., Chan, L., Carruthers, K. J. (2014). Incidence, prevalence, costs, and impact on disability of common conditions requiring rehabilitation in the United States: stroke, spinal cord injury, traumatic brain injury, multiple sclerosis, osteoarthritis, rheumatoid arthritis, limb loss, and back pain. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 95(5), 986-995. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2013.10.032>



15. Serrano-Villar, S., Fresco, G., Ruiz-Artacho, P., Bravo, A., Valencia, C., et al. (2012). Stroke in the very old: myths and realities. *Medicina Clínica*, 140(2), 53-58.
16. Queralt-Tomas L. (2015). Coordination strategies of care across stroke recovery: Proposals for nursing interventions in primary care. *Clinical Nursing Studies*, 3(2), 81-89.
17. Rost, N. S., Bottle, A., Lee, J. M., Randall, M., Middleton, S., et al. (2016). Stroke severity is a crucial predictor of outcome: an international prospective validation study. *Journal of the American Heart Association*, 5(1), e002433. Doi:10.1161/JAHA.115.002433
18. Durà Mata M.J., Molleda Marzo M., García Almazán C., Mallol Badellino J., Calderón Padilla V. (2011). Factores pronósticos en el ictus. De la fase aguda a los tres años. *Rehabilitación (Madr)*, 45(1), 18-23.
19. Sajobi, T. T., Menon, B. K., Wang, M., Lawal, O., Shuaib, A., et al. (2017). Early trajectory of stroke severity predicts long-term functional outcomes in ischemic stroke subjects: results from the ESCAPE Trial (Endovascular Treatment for Small Core and Anterior Circulation Proximal Occlusion With Emphasis on Minimizing CT to Recanalization Times). *Stroke*, 48(1), 105-110.
20. Kaesmacher J., Kleine J.F. (2018). Bridging Therapy with i.v. rtPA in MCA Occlusion Prior to Endovascular Thrombectomy: a Double-Edged Sword? *Clin Neuroradiol*, 28(1), 81-89. doi: 10.1007/s00062-016-0533-0.
21. Berkhemer, O. A., Fransen, P. S., Beumer, D., Van Den Berg, L. A., Lingsma, H. F., et al. (2015). A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. *n Engl J Med*, 372 (1), 11-20.
22. Campbell, B. C., Mitchell, P. J., Kleinig, T. J., Dewey, H. M., Churilov, L., et al. (2015). Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection. *New England Journal of Medicine*, 372(11), 1009-1018.
23. Goyal, M., Demchuk, A. M., Menon, B. K., Eesa, M., Rempel, J. L., et al. (2015). Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. *New England Journal of Medicine*, 372(11), 1019-1030.
24. Jovin, T. G., Chamorro, A., Cobo, E., de Miquel, M. A., Molina, C. A., et al. (2015). Thrombectomy within 8 hours after symptom onset in ischemic stroke. *New England Journal of Medicine*, 372(24), 2296-2306.
25. Saver, J.L., Goyal, M., Bonafe, A., Diener, H.C., Levy, E.I., et al. (2015). Stent-retriever thrombectomy after intravenous t-PA vs. t-PA alone in stroke. *New England Journal of Medicine*, 372(24), 2285-2295.
26. Lansberg, M. G., Mlynash, M., Hamilton, S., Yeatts, S. D., Christensen, S., et al. (2019). Association of thrombectomy with stroke outcomes among patient subgroups: secondary analyses of the DEFUSE 3 randomized clinical trial. *JAMA neurology*, 76(4), 447-453.
27. Wouters, A., Nysten, C., Thijs, V., Lemmens, R. (2018). Prediction of outcome in patients with acute ischemic stroke based on initial severity and improvement in the first 24 h. *Frontiers in neurology*, 308.
28. Nichols, C., Carrozzella, J., Yeatts, S., Tomsick, T., Broderick, J., et al. (2018). Is periprocedural sedation during acute stroke therapy associated with poorer functional outcomes?. *Journal of neurointerventional surgery*, 10(Suppl 1), i40-i43.
29. Törnborn, K., Hadartz, K., Sunnerhagen, K. S. (2018). Self-perceived participation and autonomy at 1-year post stroke: a part of the stroke arm longitudinal study at the University of Gothenburg (SALGOT Study). *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27(4), 1115-1122.
30. Silva, S. M., Corrêa, F. I., de Moraes Faria, C. D. C., Buchalla, C. M., da Costa Silva, P. F., et al. (2015). Evaluation of post-stroke functionality based on the International Classification of Functioning, Disability, and Health: a proposal for use of assessment tools. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(6), 1665-1670.
31. Walsh, M.E., Galvin, R., Loughnane, C., Macey, C., Horgan, N.F. (2015). Community re-integration and long-term need in the first five years after stroke: results from a national survey. *Disability and rehabilitation*, 37(20), 1834-1838.
32. Svein, U., Thommessen, B., Bautz-Holter, E., Wyller, T. B., Laake, K. (2004). Well-being and instrumental activities of daily living after stroke. *Clinical rehabilitation*, 18(3), 267-274.
33. Jagini, S. P., Suresh, I. (2018). Clinical profile of patients with acute ischemic stroke receiving intravenous thrombolysis (rtPA-alteplase). *International Journal of Advances in Medicine*, 5(1), 164-169
34. Ganesh, A., Luengo-Fernandez, R., Wharton, R. M., Gutnikov, S. A., Silver, L. E., et al. (2017). Time-course of functional recovery after acute ischaemic stroke and its relationship to cause-specific mortality: implications for follow-up of stroke trials. *Neurology*, 88(16):S19-004
35. Goyal, M., Menon, B. K., van Zwam, W. H., Dippel, D. W., Mitchell, P. J., et al. (2016). Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *The Lancet*, 387(10029), 1723-1731.
36. Sánchez Lozano, A., PandoTorres, R., de la Maza Martínez, J., González Alba, G., Bernal Valladares, E., et al. (2018). Calidad de vida de pacientes a los 6 meses de un ictus isquémico. *Revista Finlay*, 8(1), 18-25.
37. Zhou, M., Liu, X., Zha, F., Liu, F., Zhou, J., et al. (2021). Stroke outcome assessment: Optimizing cutoff scores for the Longshi Scale, modified Rankin Scale and Barthel Index. *Plos one*, 16(5), e0251103.



El ageismo en ancianos durante la pandemia por covid-19. Revisión de la literatura



Ageism in elderly during the covid-19 pandemic. Literature review

Nataly Silvana Lozano-Jiménez¹; José María Rumbo-Prieto²

¹ Grado en Enfermería.

² PhD, MSc, BSN. Departamento Ciencias de la Salud, Universidad de A Coruña. Área Sanitaria de Ferrol. Grupo de Investigación ESVITER Universidad de Vigo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2085-4551>

RESUMEN

Objetivo: Investigar la discriminación por edad en personas mayores durante la pandemia COVID-19 y las intervenciones realizadas.

Método: Revisión bibliográfica en tres bases de datos PubMed, Scopus, y Web of Science (Wos). Aplicación de la metodología PRISMA, de criterios de inclusión y exclusión. Evaluación de la calidad según la escala JBI (Joanna Briggs Institute).

Resultados: Se obtuvieron 20 referencias bibliográficas seleccionándose 9 por su relevancia. Se observó un aumento significativo del edadismo durante la Covid-19 por la aplicación de medidas utilitaristas por criterio de

edad. Entre las medidas de intervención positiva destacar la alfabetización digital y líneas de ayuda sociosanitaria específicas para este grupo de edad. La calidad de los estudios fue de nivel bajo.

Conclusión: Los ancianos durante la pandemia estuvieron sometidos a una sobreexposición de ageismo y los datos reportados por la literatura nos indican que están infravalorados. Se recoge como medida más efectiva para mantener la autonomía e información de salud a la alfabetización digital, entre otras.

Palabras clave: Ageísmo, Discriminación por edad, Persona mayor, Sars-CoV-2, COVID-19.

ABSTRACT

Objective: To investigate age discrimination in older people during the COVID-19 pandemic and the interventions carried out.

Method: Bibliographic review in three databases PubMed, Scopus, and Web of Science (Wos). Application of the PRISMA methodology, inclusion and exclusion criteria. Quality evaluation according to the JBI scale (Joanna Briggs Institute).

Results: 20 bibliographic references were obtained, 9 selected for their relevance. A significant increase in ageism was observed during Covid-19 due to the application of utilitarian measures based on age criteria. Among the positive intervention measures, digital literacy and specific social and health help lines for this age group stand out. The quality of the studies was of low level.



Conclusion: The elderly during the pandemic were subjected to an overexposure of ageism and the data reported in the literature indicates that they are undervalued. Digital literacy, among others, is considered

the most effective measure to maintain autonomy and health information.

Keywords: Ageism, Age discrimination, Older person, Sars-CoV-2, COVID-19.

INTRODUCCIÓN

El año 2020 nos vimos afectados a nivel mundial por una pandemia, a causa del COVID-19, cuyo origen fue en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei (China), ocasionando un síndrome respiratorio agudo muy severo (Sars-CoV-2). En los casos más graves, causó neumonía, síndrome respiratorio agudo severo, insuficiencia renal e incluso, la muerte. Siendo la edad media de los/as pacientes afectados/as entre 50-80 años, con predominio de varones^(1,2).

El término edadismo, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, es la "Discriminación por razón de edad, especialmente de las personas mayores o ancianas"⁽³⁾, por otro lado, para la OMS el Edadismo se refiere a la forma de pensar (estereotipos), sentir (prejuicios) y actuar (discriminación) con respecto a los demás o a nosotros mismo por razón de edad⁽⁴⁾.

El edadismo afecta a todos a partir de los cuatro años, cuando los/as niños/as empiezan a ser conscientes de los estereotipos de edad de su cultura e interiorizan y utilizan esos estereotipos para encauzar sus sentimientos y comportamiento hacia personas de distintas edades a veces de manera despectiva⁽⁴⁻⁶⁾.

Además, el edadismo está en todas partes: en nuestras instituciones, en nuestras relaciones, en nosotros mismos⁽⁴⁾. En tiempos de la pandemia Covid-19 se vieron reflejados incluso en las recomendaciones éticas para la toma de decisiones en las unidades de cuidados intensivos (UCI) en las que hay indicaciones donde una de las características para el acceso o no a la ventilación mecánica fue la edad⁽⁵⁻⁷⁾.

Debemos tener en cuenta que en Europa existe una discriminación transgeneracional sobre todo negativa a diferencia de otros países donde sus mayores son respetados y valorados. Cabe recalcar que esta situación se debe, a que ahora las personas mayores son consideradas un estorbo para las familias. Estas se encargan de ellos no por el bien del/la anciano/a, sino porque pueden

obtener un beneficio (cobrar su jubilación, cuidado de menores de forma gratuita, etc.) a favor del familiar y se observa una desvinculación de los cuidados de sus familiares mayores entrando en juego los valores bioéticos^(8,9).

Hay tres estrategias que funcionan para reducir o eliminar el edadismo: las políticas y la legislación, las actividades educativas y las intervenciones intergeneracionales⁽⁴⁾. Las medidas políticas y legislativas pueden hacer frente a la discriminación y la desigualdad por motivos de edad y proteger los derechos humanos de todos, en cualquier lugar. Las actividades educativas pueden fomentar la empatía, disipar las ideas erróneas sobre los diferentes grupos de edad y reducir los prejuicios al proporcionar información precisa y ejemplos contrarios a los estereotipos. Las intervenciones intergeneracionales, por las que se reúnen personas de distintas generaciones, pueden contribuir a reducir los prejuicios y estereotipos entre distintos grupos de edad.

Con este trabajo de revisión queríamos investigar tales conductas edadistas (ageismo) se han visto exacerbadas en el periodo de pandemia de Covid-19. Por tanto, el objetivo fue realizar una revisión de la literatura para conocer si hubo discriminación por edad en personas mayores; así como, identificar las causas de ageísmo en ancianos y saber que actuaciones o recomendaciones se describen en la literatura para solventar dichas actitudes durante esta pandemia.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Este trabajo se fundamentó en una revisión bibliográfica de tipo narrativo basada en los resultados de artículos sobre el tema de estudio. La finalidad fue llevar a cabo una síntesis y posterior análisis descriptivo de las investigaciones disponibles en la literatura, para obtener conocimientos la situación actual del edadismo en ancianos durante la pandemia del Covid-19.



Descriptorios, bases de datos y fuentes documentales.

La búsqueda de la información se realizó entre los meses de febrero y marzo de 2023. Para llevar a cabo dicha búsqueda bibliográfica, se consultaron 3 de las principales bases de datos electrónicas relacionadas con las Ciencias de la Salud: PubMed, Scopus y Web of Science (WoS). Además, con el propósito de llevar a cabo una búsqueda definida y delimitada se emplearon los siguientes descriptorios y texto libre (Tabla 1), agrupados entre sí a través de los operadores booleanos "AND" y "OR".

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda, según la base de datos, se describe en la Tabla 2.

3.4. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Los artículos deben tratar sobre la discriminación por edad hacia los adultos mayores ("adulto mayor" se define como 60 años o más).
- Los artículos y documentos de revisión deben incluir el período de la pandemia por la COVID – 19.
- Los artículos deberán ser estudios de revisión en idioma español, portugués o o inglés.
- Los artículos deben incluir resultados sobre envejecimiento y aportar recomendaciones o intervenciones para reducir el envejecimiento.

Criterios de exclusión:

- Artículos sin acceso al texto completo de forma libre.
- No cumplir alguno de los criterios de inclusión.

3.5. Análisis de los documentos seleccionados

Para la búsqueda de artículos y referencias se siguieron las fases propuestas en el método del Diagrama de Flujo PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, Flow Diagram 2020). Las fases fueron:

1. Identificación de las referencias bibliográficas según la estrategia de búsqueda usada en cada base de datos y eliminación de duplicados.
2. Cribado por título y/o resumen de las referencias identificadas, tomando como base de legibilidad los criterios de inclusión descritos
3. Cribado por texto completo de los estudios preseleccionados en la fase anterior, según los criterios de inclusión.
4. Búsqueda inversa de posibles estudios relevantes, a través de las referencias bibliográficas de los estudios del segundo cribado.

3.6. Valoración de la calidad

La calidad metodológica de los estudios seleccionados fue evaluada por un solo revisor según la escala de niveles

Tabla 1: descriptorios empleados en la estrategia de búsqueda

DESCRIPTORIOS	1#	2#	3#
DeCS	Ageísmo Discriminación Etaria Discriminación por Edad Discriminación por la Edad Edadismo Etarismo	"Persona mayor" Anciano Adulto Mayor Ancianos Persona Mayor Persona de Edad Personas Mayores Personas de Edad	Sars - CoV-2 COVID - 19
MeSH	Ageism	Age Discrimination	SARS CoV 2 Infection COVID-19
Texto libre		Aged Elder Senior Old man	Coronavirus



Tabla 2: Estrategias de búsqueda	
PUBMED	RESULTADOS
1# Ageism 2# Age Discrimination OR Aged OR Elder OR Senior OR Old man 3# COVID-19 OR SARS CoV 2 Infection Search: 1# AND 2# AND 3# ((Ageism[Title/Abstract]) AND (Age Discrimination[Title/Abstract] OR Aged[Title/Abstract] OR Elder[Title/Abstract] OR Senior[Title/Abstract] OR Old man[Title/Abstract])) AND (COVID-19[Title/Abstract] OR SARS CoV 2 Infection[Title/Abstract])	44
Filters: Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Review	5
SCOPUS	RESULTADOS
ageism AND age AND discrimination AND covid-19	58
Filtro: Revisión	5
WEB OF SCIENCE	RESULTADOS
1# Ageism 2# Age Discrimination OR Aged OR Elder OR Senior OR Old man 3# COVID-19 OR SARS CoV 2 Infection Search: 1# AND 2# AND 3# ((AB=(Ageism)) AND AB=(Age Discrimination OR Aged OR Elder OR Senior OR Old man)) AND AB=(COVID-19 OR SARS CoV 2 Infection)	158
Filtros: Revisión, acceso libre	10 (6)

de evidencia y grados de recomendación de la JBI (Joanna Briggs Institute). Teniendo en cuenta el tipo de artículo se identificó la metodología empleada y se asignó un nivel.

Síntesis de los resultados

Los artículos seleccionados serán sometidos a una lectura crítica narrativa, describiendo sus principales características y obteniendo los resultados que den respuesta a los objetivos planteados.

RESULTADOS

Siguiendo el diagrama de flujo PRISMA, se llevó a cabo una recopilación de 20 estudios provenientes de las bases de datos consultadas. Después de un proceso de depuración, donde se eliminaron los duplicados y se aplicaron los criterios de inclusión, se logró llegar a una selección de 9 artículos (Figura 1). En las Tabla 3 se describen las características principales de los estudios y sus resultados. En la Tabla 4 se identifican los artículos excluidos.

Los 9 artículos seleccionados eran revisiones de la literatura, la mayoría revisiones descriptivas o bibliográficas (90%), y una de ellas era una revisión de alcance (revisión sistemática). Por países, 2 eran de la India, 2 de Canadá y 2 de Irán, el resto de Brasil, Colombia y España.

Atendiendo al nivel de evidencia y grado de recomendación de la escala JBI, las revisiones narrativas eran de nivel 5a (revisión basada en opiniones de expertos) y una de nivel 4a (revisión basada en estudios descriptivos). A nivel global el grado de recomendación es B (recomendación "débil") lo que supone que los resultados de esta revisión se deben considerar que son adecuados teniendo en cuenta: 1) si los efectos parecen superar los efectos indeseables de la estrategia, aunque esto no está tan claro; 2) existe evidencia que respalda su uso, aunque ésta no sea de alta calidad; 3) hay un beneficio, ningún impacto o un impacto mínimo en el uso de recursos, y 4) los valores, preferencias y la experiencia del paciente puede o no haberse tenido en cuenta.

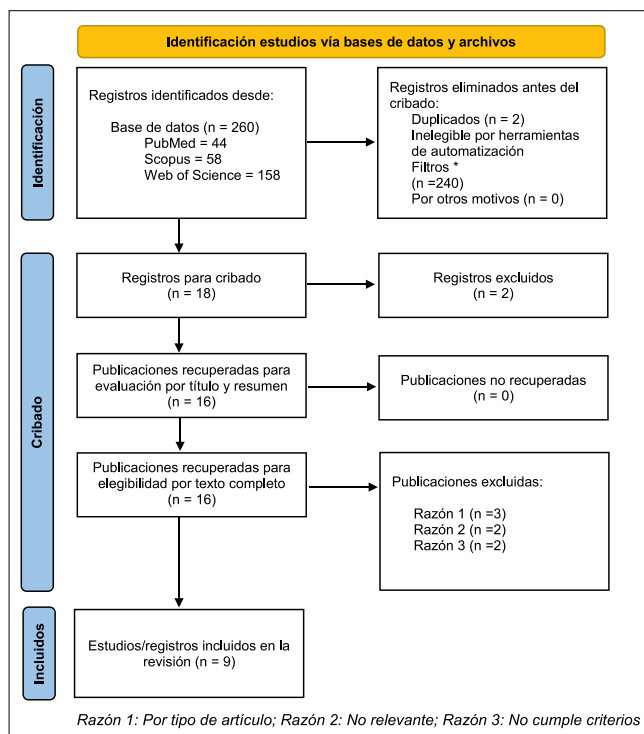


Figura I. Diagrama de flujo PRISMA 2020: selección de artículos.

DISCUSIÓN

Tras la realización del estudio y con el fin de dar respuesta al objetivo de esta revisión narrativa, se discuten los resultados estructurados según los resultados obtenidos:

1- Presencia de ageismo durante la Pandemia

La abundante evidencia encontrada en la literatura apunta a un aumento de la discriminación por edad hacia los adultos mayores desde el inicio de la pandemia. Estudios como el de Lebrasseur A, et al. ⁽¹⁰⁾ destaca la presencia de síntomas psicológicos (ansiedad) y la disminución de las interacciones sociales debido a las medidas de aislamiento que se decretó durante la pandemia para evitar la propagación del virus, llevando así a un aislamiento social a los ancianos/as. Con respecto al uso redes sociales, internet y productos electrónicos, existe información variada, unos estudios indican que hubo un aumento en el uso de internet por parte de los mayores y otros indican que hubo nulo acceso a internet lo que provocó la desinformación. Por lo tanto, el estudio concluye que la discriminación por edad se vio exacerbada afectando negativamente a los mayores debido a que no tenían acceso a la información necesaria, a los servicios de atención médica y el bajo

o nulo apoyo a los cuidadores informales. También que se produce un aumento en el deterioro de las condiciones físicas entre las poblaciones de adultos mayores durante la pandemia debido a las restricciones a la hora de realizar actividades físicas y a que los servicios de rehabilitación se vieron interrumpidas debido a las restricciones impuestas.

Mobasseri J, et al. ⁽¹¹⁾ pone en manifiesto la falta de estudios centrados en los derechos de los adultos mayores, así como la inexistencia de la mortalidad no documentada de los adultos mayores en Francia.

Moreno A, et al. ⁽¹²⁾ comenta que los/as ancianos/as adultos LGBTQIA+, siempre han sufrido una discriminación continua debido a su orientación sexual, también son un grupo resiliente ya que han sido testigos/participes de una pandemia que aún sigue vigente, pero que tuvo sus inicios en la década de los 80, a causa del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA).

Silva MF, et al. ⁽¹³⁾ demuestra que la discriminación de edad durante la pandemia en redes sociales o en el acceso a la atención en las UCI. Demuestra que a pesar de haber discriminación durante la pandemia cree que rara vez se hace intencionalmente, sin embargo, puede afectar negativamente la vida de las personas mayores.

Tarazona-Santabalbina FJ, et al. ⁽¹⁴⁾ evidencia que existió discriminación por edad durante la pandemia haciendo mención a los estudios de Jiménez-Sotomayor MR, et al., referente a un análisis cualitativo de la discriminación que hubo en Twitter (ahora X), donde se encontró que una cuarta parte de los tuits analizados implicaban que la vida de los adultos mayores era menos valiosa o restaban importancia a la COVID-19 debido a que afecta principalmente a los adultos mayores. Dichos tuits podrían considerarse discriminatorios, ya sea porque incluían bromas o burlas dirigidas a los adultos mayores o porque su contenido minimizaba la relevancia del COVID-19 y/o implicaba que la vida de los adultos mayores era menos valiosa. Por otro lado, también cita a Cesari y Proietti, que argumentaron que uno de los criterios de exclusión para el acceso a la UCI era la edad.

Danieli SS, et al. ⁽¹⁵⁾ observan que la discriminación por edad contra las personas mayores influye en las decisiones que se toman al respecto. A la llegada de los ancianos a los servicios de emergencia y triaje, se les daba la menor prioridad para recibir servicios y utilizar las instala-



ciones médicas, lo que se debía a la exclusión de estos de los protocolos de atención e incluso a la falta de atención a los ancianos residentes en residencias. La falta de acceso al tratamiento para los ancianos en el hospital y la falta de equipos y personal en el hogar de ancianos fueron otras medidas que llevaron al aumento de la tasa de mortalidad de los ancianos en los hogares de ancianos.

D'cruz M, et al.⁽¹⁷⁾ comenta que servicios de atención médica no esenciales pertinentes a las personas mayores se han interrumpido para reasignar recursos de salud para la pandemia. Estos incluyen psicoterapia, entrenamiento para trastornos neurocognitivos, fisioterapia, terapia ocupacional, cuidado dental, ayudas visuales, audífonos, cirugías electivas y cuidados paliativos, en algunas regiones se prohibió que los adultos mayores salgan de su casa.

Tabla 3. Nivel de evidencia de los estudios según la escala JBI

AUTOR/AÑO/PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	RESULTADOS/CONCLUSIONES	NIVEL EVIDENCIA
Lebrasseur A, et al. 2020 Canadá	Revisión	Concluye que hay un aumento en la discriminación por edad y deterioro físico de las poblaciones ancianas durante la pandemia.	5a
Mobasser J, et al. 2020 Irán	Revisión	Destaca la importancia de los problemas y desafíos de los adultos mayores durante la pandemia de COVID-19 y sugieren intervenciones para mejorar la salud física y mental de los adultos.	5a
Moreno A, et al. 2023 Canadá	Revisión	Concluye que la salud de los adultos mayores LGBTQIA+ se ha visto afectada de manera desproporcionada durante la pandemia.	5a
Silva MF, et al 2021 Brasil	Revisión	Destacan los impactos del aislamiento social, el uso de tecnologías y redes sociales, y las relaciones intergeneracionales dentro del escenario COVID - 19. Los principales hallazgos indican críticas en cuanto a la asignación de recursos y cuidados intensivos basados exclusivamente en la edad	5a
Tarazona - Santabalbina FJ, et al. 2020 España	Revisión	Resaltan el sentido cívico y social de los adultos mayores, su capacidad de ayudar a la comunidad, a pesar del riesgo de infección. Esta actitud contrastó con su vulnerabilidad ante la enfermedad y las actitudes de edadistas.	5a
Danieli SS, et al 2020 Irán	Revisión de alcance	Concluye que la edad es una variable inadecuada y de muy mala orientación para considerarse un criterio en la prestación de servicios de atención médica y se requiere atender las necesidades de salud de las personas mayores y adoptar una perspectiva superindividual al respecto.	4a
Ramírez L, et al 2019 Colombia	Revisión sistemática	Los resultados de este estudio subrayan que la discriminación por edad se cruza con otros ismos de maneras profundamente negativas y que las intersecciones de la discriminación por edad y otros ismos están poco estudiadas, lo que requiere más esfuerzos de investigación e intervención.	5a
D'cruz M, et al 2020 India	Revisión	Los autores sugieren posibles recomendaciones para mitigar esta marginación en línea con el concepto de envejecimiento saludable de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ONU), para abordar la marginación de los adultos mayores durante la pandemia de COVID-19.	5a
Beaulieu M, et al 2020 India	Revisión	Los participantes revelaron una serie de violaciones de derechos como la discriminación por edad, la pérdida de la dignidad, la negación de los derechos civiles, la prohibición de visitas y falta de información a los familiares. Dichas medidas deberían ser eliminadas o evaluadas para evaluar sus consecuencias durante la pandemia.	5a



Beaulieu M, et al.⁽¹⁸⁾: describe exemplos de discriminación por idade, mochos de los cuales demuestran la invisibilidad de las personas maiores. En algunos países, las autoridades demoraron o nunca revelaron los niveles de personas maiores infectadas con COVID-19 o muertes relacionadas, ni por grupo de idade ni por entorno residencial. En Francia, las autoridades de salud pública tardaron en registrar el número de muertes, mientras que, en Gran

Bretaña y Perú, los números nunca se registraron. Además, en ciertos países, el exceso de mortalidad por COVID-19 entre las personas maiores se presentó como el orden natural de las cosas, una forma de selección casi natural.

2- Intervenciones para reducir el ageismo durante la Pandemia

Tarazona-Santabalbina FJ, et al.⁽¹⁴⁾ proponen una batería de medidas para garantizar el bienestar psicológico de los adultos, entre las que destacan: garantizar las medidas de precaución adecuadas según las sugerencias de la Organización Mundial de la Salud, la conexión social con los seres queridos y la integración social, la teleasistencia para las consultas médicas, prevenir la percepción de desinformación..., y realiza seis propuestas contra el edadismo en general:

- Los adultos maiores son muy heterogéneos.
- Los límites de idade para cuidados intensivos y otras formas de atención médica son inapropiados y poco éticos. La idade cronológica es una «variable vacía» y una guía extremadamente pobre para predecir con precisión el comportamiento, las necesidades y el rendimiento de los adultos maiores.
- Las opiniones sobre el déficit masivo presentes en la vejez son peligrosas para los ciudadanos maiores y las sociedades en general. Todos los actores implicados deben alinearse en sus declaraciones con respecto a los adultos maiores y la COVID-19 con el reconocimiento de que las personas maiores son un grupo extremadamente diverso de gran importancia para nuestra comunidad.
- Es importante combatir actitudes paternalistas hacia los adultos maiores en la crisis.
- La crisis provocada por la COVID-19 exige fomentar el uso de tecnologías modernas de información y comunicación entre los adultos maiores. En este momento, los medios de información y comunicación ocupan un lugar crucial en nuestra sociedad. No pueden decir que los adultos maiores no son capaces
- La crisis de COVID-19 no solo exige lo mejor de la virología, sino también lo mejor de la gerontología para la orientación política y la comprensión de las consecuencias de la crisis en general.

Tabla 4. Artículos excluidos tras lectura completa

ARTÍCULO	MOTIVO
Gallistl V, Bohrn K, Rohner R, Kolland F. Doing Vulnerability: Soziale Konstruktionen des Alter(n)s während der COVID-19 Pandemie. Z Gerontol Geriatr. 2023 Feb;56(1):18-22. German. Doi: 10.1007/s00391-022-02143-2	Por tipo de artículo
Piccoli M, Tannou T, Hernandorena I, Koeberle S. Une approche éthique de la question du confinement des personnes âgées en contexte de pandémie COVID-19 : la prévention des fragilités face au risque de vulnérabilité. Ethics Med Public Health. 2020 Jul-Sep;14:100539. French. doi: 10.1016/j.jemep.2020.100539..	Por tipo de artículo
Fletcher, J. Chronological quarantine and ageism: COVID-19 and gerontology's relationship with age categorisation. Ageing & Society. 41(3), 2021; 479-492. Disponible en: https://doi.org/10.1017/S0144686X20001324	Por tipo de artículo
Moradi M, Navab E, Sharifi F, Namadi B, Rahimidoost M. The Effects of the COVID-19 Pandemic on the Elderly: A Systematic Review. Salmand: Iranian J Ageing.2021; 16(1):2-29. doi: 10.32598/sija.16.1.3106.1	No cumple criterios/ idioma
Ramesh A, Issac TG, Mukku SSR, Sivakumar PT. Companionship and Sexual Issues in the Aging Population. Indian Journal of Psychological Medicine. 2021; 43 (5 suppl): S71-S77. https://doi.org/10.1177/02537176211045622	No relevante
Flett GL, Heisel MJ. Aging and Feeling Valued Versus Expendable During the COVID-19 Pandemic and Beyond: a Review and Commentary of Why Mattering Is Fundamental to the Health and Well-Being of Older Adults. Intern J Mental Health and Addiction. 2021; 19: 2443-2469. https://doi.org/10.1007/s11469-020-00339-4	No relevante
Campbell F, Wheat R, Rogers M, Sutton A, Robinson-Carter E, Barlow J, Sharpe R, Cohen E, Wolstenholme L, Thompson-Coon J. Cambell Systematic Reviews. 2023; 19 (1). https://doi.org/10.1002/cl2.1306	No cumple criterios



Danielli SS, et al.⁽¹⁵⁾, considera que la edad es una variable inadecuada y de muy mala orientación para considerarla un criterio para la prestación de servicios de atención y tratamiento. Entre las medidas para proteger a las personas mayores durante el período del brote de COVID-19, se pueden mencionar las leyes de protección para las personas mayores, como la presencia de estas en los horarios menos concurridos para las tiendas, la desinfección completa de los lugares donde se encuentran las personas mayores y la entrega de sus bienes necesarios en sus hogares. Si bien la ley de distanciamiento social es útil para las personas mayores, sus consecuencias deben ser consideradas.

Ramírez L, et al.⁽¹⁶⁾ también sugiere políticas y leyes que pueden promover mejor la salud de los adultos mayores, como iniciativas de desarrollo sostenible que aumentan la salud y la longevidad. Habría que disminuir la brecha digital ya que interactuó con la edad, aumentando el aislamiento social y la marginación durante la pandemia.

D'cruz M, et al.⁽¹⁷⁾ nos indican que para solventar esa situación algunos países como Italia han iniciado la entrega a domicilio de medicamentos y alimentos a adultos mayores durante la pandemia. Si bien han surgido modelos alternativos para la prestación de servicios basados en la digitalización, el analfabetismo digital generalizado entre los adultos mayores ha significado que la penetración de los servicios sea deficiente a partir de los 60 años. También realizan las siguientes sugerencias de intervenciones para abordar la marginación de los adultos mayores durante la pandemia de COVID-19:

- Priorización de los adultos mayores en el cuidado de la salud: Atención Primaria y Hospitales de Día como principales recursos.
- Garantizar la continuidad de la prestación de atención médica: contacto telefónico, teleasistencia y dispensación farmacéutica ágil
- Contingencia para emergencias: La respuesta temprana y rápida a la emergencia médica en el adulto mayor reduciría en lugar de aumentar la carga sobre el sistema de atención de la salud.
- Seguridad alimentaria: La entrega puerta a puerta de alimentos, combustible, víveres y otras necesidades básicas.

- Líneas de ayuda social y psicológica.
- Alfabetización digital: La provisión de instrucciones escritas simples y/o mensajes grabados puede ayudar a los adultos mayores a transitar la transición a la digitalización de los servicios durante la pandemia.
- Comunicación virtual: Las llamadas telefónicas y videollamadas frecuentes de amigos, familiares y trabajadores sociales para controlar al adulto mayor contribuirían en gran medida a mitigar el aislamiento y los sentimientos de desconexión.
- Discusión de directivas de cuidado: Los protocolos de atención al final de la vida y COVID-19 que se deben seguir.
- Ética y COVID-19: Se debe mantener el respeto por el consentimiento (o asentimiento, según corresponda) en las poblaciones vulnerables.

Beaulieu M, et al.⁽¹⁸⁾: recoge las medidas que se implementaron para proteger a las personas mayores que viven en centros de atención residencial en 11 países. Algunos de estos eran restrictivos, como impedir que las personas mayores salgan, el encierro total o parcial en sus habitaciones o apartamentos y el distanciamiento físico. Otras medidas fueron excepcionales, como el apoyo financiero adicional, el hisopado obligatorio del personal cuidador antes de asumir funciones que compensaron la falta de personal sanitario. Los participantes revelaron una serie de violaciones de derechos como la discriminación por edad, la pérdida de la dignidad, la negación de los derechos civiles, la prohibición de visitas y falta de información a los familiares. Dichas medidas deberían ser eliminadas o evaluadas para evaluar sus consecuencias durante la pandemia.

A modo de conclusión, este estudio pone de manifiesto, por los artículos revisados, que sí hubo una alta discriminación por edad hacia los adultos mayores durante la pandemia por la COVID-19, y que muchos de los casos identificados podrían haberse evitado con una planificación sanitaria de emergencia y menos utilitarista, como finalmente se hizo casi al final de la misma.

Muchas de las recomendaciones que se observan en la literatura se podrían resumir en 4 escenarios de actuación, para poder solventar esta situación en futuras



pandemias, como bien lo definen D'cruz y Banerjee⁽¹⁷⁾, y que tienen una parte común con otros/as autores/as⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

1. Priorización de la salud de los adultos ancianos en torno a Atención primaria, atención domiciliaria/residencial, y hospitales de Día.
2. Garantizar la continuidad de los cuidados mediante servicios de teleasistencia y alfabetización digital de este tipo de población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Who.int [Sede Web]. Suiza: World Health Organization; 2023 (Acceso 24/04/2023). Organización Mundial de la Salud. Coronavirus. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
2. Ruiz-Bravo A, Jiménez-Valera M. SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). *Ars Pharmaceutica Scielo*. 2020; 61 (2): 63-79.
3. Fistera.com [Sede Web]: Elsevier España S.L.U.; 2023. (Acceso 24/04/2023). Fernández-Montells Rodríguez R, Núñez Vázquez A. Enfermedad por coronavirus 2019 (SARS-CoV-2). Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/covid-19/>
4. Diccionario de la Real Academia Española. "Ageismo". Disponible en: <https://dle.rae.es/edadismo>
5. Who.int [Sede Web]. Suiza: World Health Organization; 2023 (Acceso 24/04/2023). Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento: edadismo. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>
6. Soares T, Corradi-Perini C, Perez C, Vargas de Castro U. Covid-19 y edadismo: evaluación ética de la distribución de los recursos sanitarios. *Revista bioética*. 2021; 29 (2): 242-50.
7. Fernández-Ortega P, Díez de los Ríos de la Serna C. Componentes del edadismo o ageismo en la atención al paciente oncológico: una reflexión necesaria. *Enferm Clin (Barc)*. 2023; 33(1): 1-3.
8. Rubio O, Estellab A, Cabre L, Saralegui-Reta I, Martín MC, Zapata L, et al. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. *Med Intensiva*. 2020 Oct; 44(7): 439-45.
9. Barrantes-Monge M, Rodríguez E, Lama A. Relación médico-paciente: Derechos del adulto mayor. *Acta Bioeth*. 2009 Jan 1; 15(2): 216-221.
10. Lebrasseur A, Fortin-Bédard N, Lettre J, Raymond E, Bussières EL, Lapierre N, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on older adults: Rapid Review. *JMIR Aging*. 2021 Apr 12;4(2):e26474. doi: 10.2196/26474.
11. Mobasseri K, Azami-Aghdash S, Khanijahani A, Khodayari-Zarnaq R. The Main Issues and Challenges Older Adults Face in the SARS-CoV-2 Pandemic: A Scoping Review of Literature. *Iran J Public Health*. 2020; 49 (12): 2295-2307.
12. Moreno A, Belhouari S, Dussault A. A Systematic literature review of the impact of COVID-19 on the health of LGBTQIA+ Older Adults: Identification of Risk and Protective Health Factors and Development of a Model of Health and Disease. *J Homosex*. 2023; 28:1-35.
13. Silva MF, Silva DSM, Bacurau AGM, Francisco PMSB, Assumpção D, Neri AL, et al. Ageismo contra idosos no contexto da pandemia da COVID-19: uma revisão integrativa. *Revist Saude Publica*. 2021; 55 (4): 1-13.
14. Tarazona-Santabalbina FJ, de la Cámara de las Heras JM, Vidán MT, García JA. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y edadismo: revisión narrativa de



- la literatura. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2021; 56 (1): 47-53.
15. Danieli SS, Rahimi M, Salarvand S. Age discrimination in delivery of health services to old people during COVID-19 pandemic: a scoping review study. *J Gerontol Geriatr.* 2022; 70 (1): 68-82.
16. Ramirez L, Monahan C, Palacios-Espinosa X, Levy SR. Intersections of ageism toward older adults and other isms during the COVID-19 pandemic. *J Social Issues.* 2022; 78 (4): 965–990.
17. D’cruz M, Banerjee D. ‘An invisible human rights crisis’: The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic – An advocacy review. *Psychiatry Research.* 2020; 292. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113369
18. Beaulieu, M., Cadieux Genesse, J. and St-Martin, K. “COVID-19 and residential care facilities: issues and concerns identified by the international network prevention of elder abuse (INPEA). *J Adult Protect.* 2020; 22 (6): 385-389.



Enfermedades inflamatorias intestinales: dieta y probióticos



Suevia Balea Martín • sueviabalma@gmail.com. Enfermera

RESUMEN

La creciente prevalencia de enfermedades gastrointestinales crónicas, que no cuentan con un tratamiento farmacológico curativo y en muchos casos insuficiente para el control sintomático, como el Síndrome del Intestino Irritable, Colitis Ulcerosa y enfermedad de Crohn, hace que se pongan en marcha numerosas investigaciones para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Para ello, se ha observado la composición de la microbiota intestinal, dado que la pérdida de equilibrio entre los diferentes microorganismos que la componen, parece ser una de las causas que mayor impacto producen en la aparición de estas enfermedades.

ABSTRACT

The increasing prevalence of chronic gastrointestinal diseases, with no curative pharmacological treatment and in many cases not enough for the management of symptoms, has led to the launching of numerous research projects to control their symptoms and thus improve the quality of life of the population. For this purpose, the composition of the intestinal microbiota has been observed, since the loss of this balance between the different microorganisms seems to be one of the causes that have the greatest impact on the appearance of diseases such as Irritable Bowel Syndrome, Crohn's disease and

En los últimos años, se ha empezado a introducir en el tratamiento, suplementos a base de probióticos para restaurar y modificar la microbiota, creando un entorno favorable para las bacterias autóctonas e intentar reparar daños del epitelio intestinal. Esto, sumado a cambios en el estilo de vida y en la dieta, son la clave para conseguir un mayor control de estas patologías.

Palabras clave: Síndrome del intestino irritable, Enfermedad de Crohn, Colitis Ulcerosa, dieta, probióticos, microbioma gastrointestinal.

ulcerative colitis. In addition, in recent years, probiotic-based supplements have begun to be introduced in the treatment to restore and modify the microbiota, by creating a favorable environment for native bacteria, as well as to try to repair damage to the intestinal epithelium. All of this together, with changes in lifestyle and diet, are the key to achieving greater control of these pathologies.

Key words: Irritable bowel syndrome, crohn's disease, ulcerative colitis, diet, probiotics, gastrointestinal microbiome.

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades inflamatorias intestinales representan un porcentaje elevado de consultas sanitarias, ya que sus síntomas alteran el estilo de vida afectando, no solo a nivel físico sino también a nivel psico-social. Numerosos autores además revelan, que el intestino siente, es decir, cuando nos encontramos mal anímicamente esto puede afectarnos tanto al apetito como al agravio de los síntomas en caso de padecer un síndrome intestinal.

Esta conexión, provoca que el sujeto se vea envuelto en un círculo vicioso, para el cual el tratamiento farmacológico puede que no sea suficiente y se recurre a diversas estrategias tales como la dieta o el uso de probióticos como complemento. A esta relación, se la conoce como el eje intestino- cerebro, ya que el intestino forma lo conocido como el segundo cerebro, manteniendo una comunicación constante entre ambos a partir de mecanis-



mos como el sistema nervioso, sistema inmunológico y las hormonas (Castañeda-Sepúlveda, 2010). Asimismo, la microbiota intestinal participa también en este diálogo, siendo responsable de la aparición de alteraciones debido a un desequilibrio en su composición. Por ello, cabe mencionar la importancia de conocer la composición de la microbiota intestinal y el papel que tienen las alteraciones que ocurren a este nivel con la aparición de ciertas enfermedades.

1.1. La microbiota intestinal

La microbiota intestinal se define como un conjunto de microorganismos vivos que residen en el tracto gastrointestinal, especialmente en el intestino grueso (Padrón Pereira, 2019). Está compuesta por millones de microorganismos, tales como bacterias, hongos y virus que se encuentran en una situación de simbiosis, interviniendo en numerosas funciones tanto a nivel nutricional en la digestión de alimentos, como a nivel inmunológico, ofreciendo protección contra la invasión de microorganismos patógenos. Asimismo, está presente en el progreso, maduración y conservación de las funciones sensoriales y motrices gastrointestinales, la barrera intestinal y el sistema inmune de la mucosa (Padrón Pereira, 2019).

Los grupos bacterianos presentes pueden pertenecer al género *Bacteroides*, relacionados con dietas basadas en carne, las familias *Ruminococcaceae* y *Lachnospiraceae* con dietas ricas en polisacáridos complejos de plantas y el género *Prevotella* con dietas altas en azúcar, pero bajas en grasas y proteínas (Padrón Pereira, 2019).

Asimismo, el lugar de origen también es responsable de variaciones en la microbiota intestinal. Por ejemplo, la dieta que se consume en países occidentales está basada en grasas y proteínas animales y baja en fibra, lo que da lugar a un aumento en la prevalencia de enfermedades que afectan al tracto digestivo (Corsello y otros, 2020). Un ejemplo de ello es la comparativa entre estos países y los países africanos, donde la base de su dieta es la fibra. Esto se traduce, en una microbiota donde abundan las bacterias del grupo *Bacteroidetes*, que aportan mejoras en las funciones inmunológicas de la barrera intestinal.

A nivel empírico lo podemos ver reflejado en un escaso registro de alergias alimentarias en estas regiones del mundo (Icaza-Chávez, 2013). Sin embargo, cabe mencionar una excepción en esta regla, y es la dieta medi-

terránea, considerada por los expertos como una dieta sana y equilibrada, aportando mejoras con respecto a la obesidad, colesterol y enfermedades inflamatorias. Observándose una menor incidencia de casos de enfermedad de Crohn entre aquellas personas que consumen esta dieta (Padrón Pereira, 2019).

Por otro lado, una de las funciones más destacadas de este ecosistema es la inmunológica, donde podemos encontrar la "Teoría de la higiene". Se trata de una explicación de cómo afecta la limpieza y asepsia en etapas tempranas de la vida con respecto a la microbiota, es decir, las personas de países desarrollados cuentan con una menor carga bacteriana a nivel intestinal que, con lo visto anteriormente, también influyen en una menor protección ante la aparición de enfermedades inflamatorias y autoinmunes como las que vamos a tratar en el presente trabajo (Icaza-Chávez, 2013).

1.2. Síndrome intestino irritable

El síndrome del intestino irritable (SII o IBS) también conocido como colon irritable, es una patología con alta prevalencia, que afecta a un 5-10% de la población mundial, siendo igualmente frecuente en España afectando a un 8% de la población, especialmente a mujeres de entre 20-50 años (Fundación Española del Aparato Digestivo, 2022).

Esta se puede definir como un trastorno crónico que causa una sintomatología específica afectando a esta parte del aparato digestivo, siendo factores precipitantes ciertos estímulos, que serían normalmente aceptados en individuos normales, como pueden ser los gases (Lugli & Ventriglia, 2017). A pesar de la sencilla definición, el diagnóstico resulta más complejo, alargándose en la mayor parte de los casos a meses e incluso años, lo que provoca que el individuo acuda de manera repetida al especialista, llegando a representar un 50% de las consultas de digestivo, lo que se traduce en un gran impacto a nivel sociosanitario y económico (Llull Vila & Gayà Mascaró, 2022).

1.3. Enfermedad de Crohn

La enfermedad de Crohn (EC), es otra de las enfermedades inflamatorias crónicas a tratar, caracterizada por la inflamación transmural, generalmente del íleon y región proximal del colon, pudiendo presentar daños en cualquier parte del tubo digestivo desde la boca hasta el ano. Esta presenta mayor prevalencia entre los 15 y 35 años, sin diferencia reseñable entre ambos sexos, apareciendo



un aumento de casos en los últimos años (Encalada-Calero y otros, 2017).

Es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida, pero a pesar de ello se cree que numerosos factores ambientales y genéticos podrían estar implicados en su desarrollo. Siendo estos últimos responsables de variaciones genéticas observadas en la microbiota intestinal (Villegas Sequeira y otros, 2016).

Del mismo modo que en el SII, la sintomatología presentada en la EC puede dificultar y retrasar el diagnóstico, ya que la aparición de los mismos puede ser tardía e inespecífica, produciéndose una progresiva inflamación crónica, ulceración y engrosamiento de la pared intestinal (Encalada-Calero y otros, 2017).

Asimismo, esta patología también representa un importante impacto a nivel psicológico y social en la vida del paciente, ya que en gran medida presentan episodios de ansiedad y depresión, que a su vez agravan la sintomatología mencionada anteriormente, es decir, conlleva a un gran impacto negativo en la calidad de vida del paciente y en el curso de la enfermedad (Iglesias y otros, 2009).

1.4. Colitis Ulcerosa

Por último, nos encontramos con la Colitis Ulcerosa (CU), que junto con la anterior conforman el grupo de enfermedades inflamatorias intestinales (EII). Se trata de una enfermedad crónica de causas desconocidas que, a diferencia de la enfermedad de Crohn, esta afecta exclusivamente a la capa mucosa del colon (Barreiro-de Acosta, 2016).

La incidencia es elevada al igual que pudimos ver en las otras enfermedades tratadas, con una prevalencia mundial de entre 1,2 a 20,3 casos por cada 100000 personas/año, manteniéndose esta tendencia en España con una incidencia de 11 casos por cada 100000 personas/año; siendo la EII más frecuente (Figuroa, 2019).

1.5. Probióticos, prebióticos y simbióticos

En los últimos años, las investigaciones científicas aportaron nuevos suplementos para hacer frente al tratamiento sintomático de las enfermedades gastrointestinales. Se inició la búsqueda de alternativas farmacológicas, siendo uno de los más crecientes el empleo de probióticos o alimentos cuya base se sustenta en estos microorganismos. Es en 1965 cuando se emplea por primera vez el término probiótico de la mano de Lilly y

Stillwell (Organización Mundial de Gastroenterología, 2017). Aunque no es hasta el año 2001 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), definen el término probiótico como: "microorganismos vivos que, al administrarse en cantidades adecuadas, confieren un beneficio a la salud del huésped", convirtiéndose en la determinación más usada hasta la fecha (Guzmán Calderón y otros, 2012).

Por otro lado, debemos hacer una pequeña aclaración de los que se conoce como prebióticos, estas sustancias en muchos casos están englobados dentro de la misma determinación anteriormente presentada, es decir se les conoce igualmente como probióticos. Sin embargo, los prebióticos son sustancias no digeribles que proporcionan beneficios al huésped, en este caso, impulsando el crecimiento o la actividad de las bacterias autóctonas beneficiosas. De esta forma, intervienen en el equilibrio de la composición de la microflora intestinal, estimulando el desarrollo bacteriano fructuoso y atenuando a aquellas bacterias dañinas (Guzmán Calderón y otros, 2012).

Una vez que conocemos la diferencia entre ambas sustancias, uno de los usos que mayores beneficios aportan en los individuos es la combinación de ambas, lo que se conoce como simbióticos. Esta asociación de probióticos y prebióticos obtienen mejoras en algunas de las patologías intestinales a tratar, ya que aumentan la vida media y la actividad probiótica, además de estimular especies bacterianas como las Bifidobacterias y Lactobacilos propios de la flora bacteriana (Guzmán Calderón y otros, 2012).

1.6. Objetivos

El principal objetivo de la presente revisión bibliográfica es conocer el uso y la eficacia de la suplementación con probióticos y la implementación de una dieta adecuada en los síndromes intestinales inflamatorios. Para ello, nos planteamos los siguientes objetivos específicos:

1. Averiguar el manejo dietético llevado a cabo en los pacientes que sufren síndromes intestinales.
2. Estudiar los probióticos y su mecanismo de acción en el intestino.
3. Valorar el uso real de los probióticos en patologías intestinales.



2. MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica sobre las distintas enfermedades intestinales y la importancia de llevar a cabo un buen manejo dietético y la suplementación probiótica para el control sintomático y la consiguiente mejora en la calidad de vida de los pacientes. Para ello, se ha realizado una búsqueda a través de la base de datos PubMed, de portales bibliográficos como Dialnet Plus y de buscadores como Google Académico, donde se emplearon términos de búsqueda tales como: "irritable bowel syndrome", "diet", "probiotics", "gut microbiota", "Cronh's disease" y "Ulcerative colitis". Empleando el operador booleano "and" para acortar la búsqueda, especificando la enfermedad junto con el manejo dietético y uso de probióticos.

Los criterios de inclusión empleados para acortar la búsqueda fueron:

- Fecha de publicación, últimos seis años (2016-2022).

- Acceso gratuito a texto completo, por dificultad en el acceso a artículos de suscripción al no poder acudir en el periodo de revisión y búsqueda de información a bibliotecas con mayor acceso a material gratuito.
- Tipo de artículos: metaanálisis, revisión y revisión sistemática.
- Idioma: español e inglés.

También se descartaron aquellos artículos centrados exclusivamente en la edad pediátrica (menores de 18 años), ya que el diagnóstico de estas patologías suele ser en la mayoría de los casos pasados los 16 años.

Además, también se ha incluido información de publicaciones anteriores a dichas fechas, y se han hecho búsquedas alternativas puntuales para esclarecer ciertos datos y ampliar información.

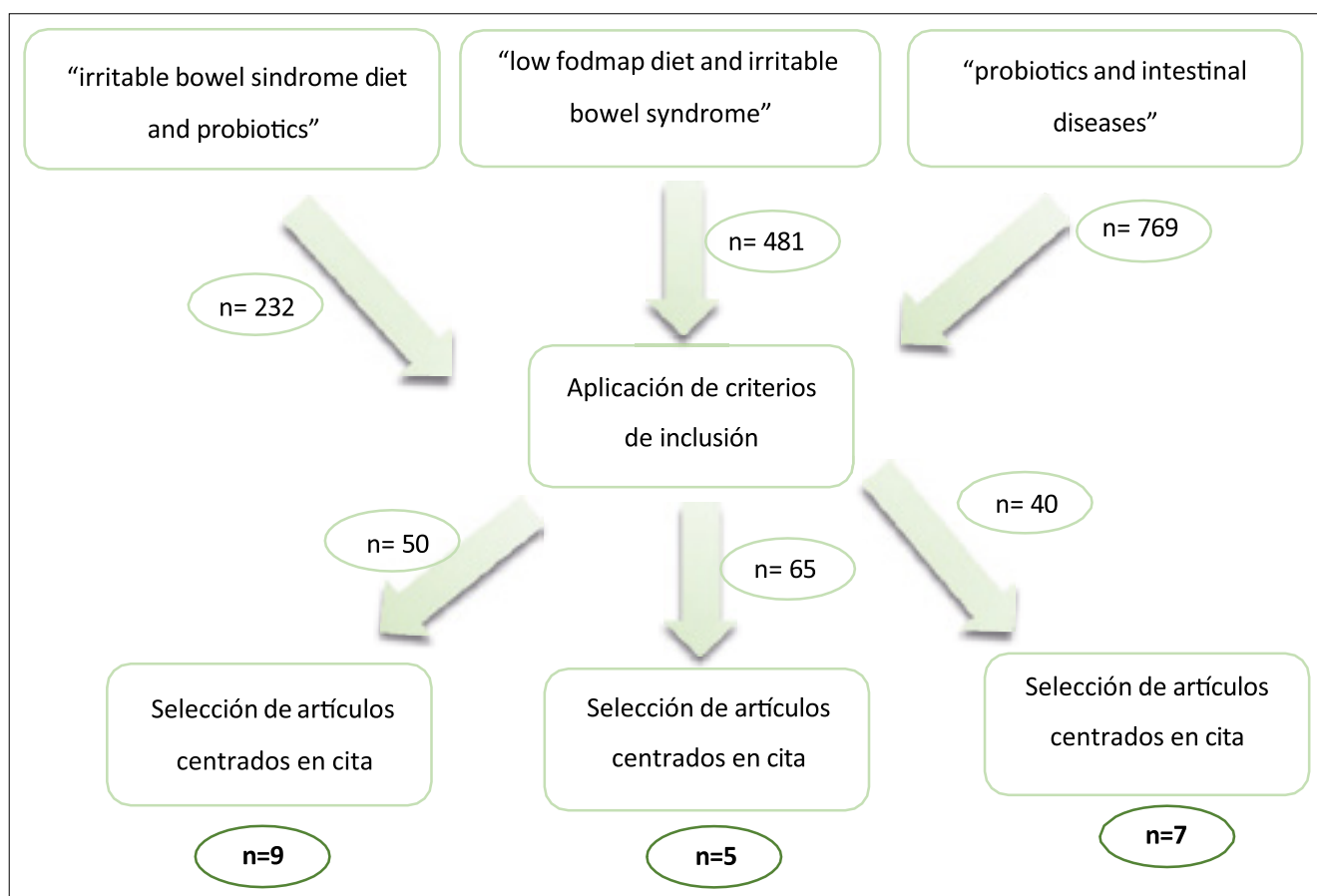


Fig.1: Diagrama de flujo resumen del método de búsqueda.



3. RESULTADOS

Una vez que conocemos ciertas características reseñables de las patologías inflamatorias intestinales, empezaremos a profundizar en el manejo de las mismas a nivel nutricional y en el empleo de probióticos como alternativa terapéutica ante la escasa respuesta farmacológica o como medida de apoyo adicional.

En un primer momento, debemos conocer cómo influye la microbiota intestinal en estas enfermedades. Con respecto al síndrome del intestino irritable, podemos encontrar especificidades en su microbiota en comparación con un individuo sano. Tras numerosos estudios se pudo comprobar la existencia de un microbioma más pobre a nivel de grupos bacterianos tales como *Lactobacillus* y *Bifidobacterium*. Estos microorganismos se adhieren a las células del epitelio intestinal creando una barrera de defensa ante organismos patógenos, en especial del *Clostridium*. Además, también son destacadas por su bajo nivel de producción de gas a la hora de fermentar los hidratos de carbono en comparación con otros grupos, por lo que estos pacientes presentan flatulencias y gases con mayor frecuencia. (Padrón Pereira, 2019)

Uno de esos gases excretados es el CH₄, el cual está presente en el intestino en aquellos que sufren estos síndromes en mayor cantidad, influyendo en el tránsito intestinal (provocando episodios de estreñimiento) y en la secreción de serotonina (eje intestino-cerebro) (Icaza- Chávez, 2013). Esta neurohormona intestinal envía la información de saciedad al cerebro, gracias a la comunicación del eje intestino-cerebro. Además, investigaciones realizadas señalan que cerca del 90% de la serotonina necesaria para ajustes en el estado de ánimo, comportamiento, sueño y otras funciones del Sistema Nervioso Central (SNC) es producida en el intestino (Sacristán Olivere, 2021).

En los pacientes con EI, también se pueden observar peculiaridades en su microbiota, donde existe una disminución de la tolerancia y una reacción inmunológica contra las bacterias que forman este ecosistema intestinal. En esta pérdida de equilibrio se puede ver una menor cantidad de bacterias autóctonas de especies como Firmicutes y Bacteroides, y un incremento de especies bacterianas potencialmente dañinas como las Enterobacteriaceae (Beltrán y otros, 2020).

3.1. Manejo dietético

El tratamiento dietético es uno de los factores a tener en cuenta en el manejo de estas enfermedades. La llega-

da de los nutrientes al intestino provoca la estimulación de los receptores celulares que, tras varios estudios, se observa que en los individuos con estas patologías causan una respuesta atípica. Esta reacción adversa ante la presencia de algunos alimentos desemboca en una inflamación intestinal de bajo grado, el incremento de la permeabilidad de la barrera epitelial y una hipersensibilidad visceral (Cozma-Petrut y otros, 2017).

Por ello, se ha de crear una historia clínica del paciente donde se reflejan aquellos alimentos que no tolera de manera adecuada, para así crear una dieta basada en la eliminación y aportación de aquellos productos beneficiosos.

Por lo general, los alimentos mal tolerados, y por lo tanto aquellos que se intentará prescindir o disminuir su consumo son los lácteos, trigo o alimentos productores de gas, los alimentos grasos o el café; lo que atribuye una mejora sintomática en un 50% de los pacientes (Castañeda- Sepúlveda, 2010)

Una vez llevado a cabo un manejo dietético en función de las necesidades de cada individuo, se debe realizar una valoración para conocer si estas medidas son eficaces, o si, por el contrario, debemos pasar a implementar la "2ª línea", la dieta LOW FODMAP. Estas siglas hacen referencia a oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables, que son carbohidratos de cadena corta. Estos carbohidratos, con alta osmolaridad, son difícilmente absorbidos por parte de la mucosa intestinal, lo que da lugar a un aumento de la retención de agua y del gas resultante de la fermentación llevada a cabo por las bacterias del colon. Esto se traducen en un aumento de la distensión luminal y empeoramiento de la sintomatología, como aumento de la hinchazón, el dolor, aparición de calambres y diarrea e hipersensibilidad visceral (Mansueto y otros, 2015).

A través de las investigaciones se descubrió que los FODMAP producen cambios en las células intestinales que se encargan de la secreción, sensibilidad, motilidad, absorción y apetito. Estos nutrientes se encuentran especialmente en ciertas frutas como la manzana o las ciruelas, derivados lácteos, legumbres y edulcorantes artificiales (Cozma-Petrut y otros, 2017).

Las investigaciones realizadas sobre el seguimiento de este tipo de dieta, concluyeron que proporcionan resultados beneficiosos en el manejo sintomático en especial de la hinchazón. A pesar de ello, la aplicación práctica



no está claramente definida en aspectos como el tipo de alimento a ingerir, así como las cantidades y los sustitutos a los que poder recurrir para evitar la aparición de carencias nutricionales.

Asimismo, estos pacientes deben seguir algunas de las recomendaciones dietéticas básicas y en el estilo de vida que aconseja la Fundación Española del Aparato Digestivo:

- Evitar realizar comidas copiosas y alimentos grasos.
- Realizar comidas pequeñas y frecuentes, evitando saltarse comidas.
- Realizar actividad física moderada diariamente, mejorando esta práctica el estreñimiento, la eliminación de gases y mejorando la sensación de hinchazón.
- Dedicar tiempo para comer, masticando bien los alimentos.
- Determinar horarios para comer e ir al baño.
- Identificar aquellos alimentos mal tolerados para poder retirarlos de la dieta, eliminándolos de la dieta durante un periodo no superior a tres semanas, y reintroducir de manera progresiva. De esta forma, se podrá conocer que alimentos deben evitar o en que cantidades son tolerables por el individuo, para evitar sufrir alteraciones en la microbiota intestinal y problemas de déficit de ciertos nutrientes (Asociación Española de Gastroenterología, 2020).
- Evitar el estreñimiento con la incorporación progresiva de alimentos ricos en fibra.
- Evitar comidas tardías por la noche, justo antes de acostarse.
- Mantener una ingesta de líquidos adecuada, siguiendo las recomendaciones para individuos sanos de 1,5/2 L al día, ya que esto puede favorecer la frecuencia deposicional.
- Limitar la ingesta de frutas frescas a 3 piezas al día (Cozma-Petrut y otros, 2017).

3.2. Los probióticos

Las recomendaciones anteriores, en muchos casos, no son suficientes para controlar los síntomas y es necesario

recurrir a suplementos o productos a base de probióticos para potenciar las mejoras obtenidas con los cambios en el estilo de vida y la dieta. A pesar del uso extendido de los probióticos para el manejo de diferentes patologías, la mayor evidencia clínica, debido a la creciente investigación, está relacionada con beneficios en la salud intestinal y la estimulación de la función inmunitaria (Organización Mundial de Gastroenterología, 2017).

Así pues, las funciones a nivel intestinal que realizan estos microorganismos para beneficio de las personas afectadas son (Castañeda-Sepúlveda, 2010):

- Alteran la cantidad de citoquinas con propiedades inflamatorias y antiinflamatorias, para que se encuentren en equilibrio.
- Modifican la excreción de sales biliares en el colon.
- Intervienen en la motilidad intestinal.
- Producen cambios en la composición de la microbiota intestinal del huésped.
- Aumentan la función de la barrera intestinal.
- Incrementa la secreción mucosa e inhiben la adherencia de bacterias patógenas.
- Producen bacteriocinas o biosurfactantes con actividad antimicrobiana para dificultar la adherencia bacteriana a las células intestinales (Moraes-Filho & Quigley, 2015).
- Cambian el pH intestinal para potenciar un ambiente tóxico para los microorganismos patógenos, limitando su colonización (Organización Mundial de Gastroenterología, 2017).

Sin embargo, el estudio de estos organismos difiere entre las miles de especies que existen, de las cuales apenas unas cuantas cepas fueron estudiadas e investigadas para conocer los beneficios. Las más conocidas son los *Lactobacillus*, *Bifidobacterias*, *Saccharomyces boulardii* y *Streptococcus thermophilus* (Guzmán Calderón y otros, 2012).

Pero, antes de hablar de estas especies, debemos conocer su nomenclatura. Estas se designan en primer lugar con el género, después la especie y por último una



designación numérica combinado con letras mayúsculas. Por ejemplo: *Lactobacillus casei* DN-114 001 (Organización Mundial de Gastroenterología, 2017).

La especificidad de cada una de las cepas para unirse a las células intestinales y mejorar la barrera intestinal, es el método de estudio empleado en numerosas investigaciones para el manejo y prevención de las enfermedades intestinales (Guglielmetti y otros, 2011). La mayor parte de las bacterias probióticas empleadas son lácticas, es decir, productoras de ácido láctico a partir de los azúcares de la dieta, siendo su medio natural el tracto digestivo (Moraes-Filho & Quigley, 2015).

A continuación, podemos ver un esquema de las cepas estudiadas y los beneficios observados en los diferentes ensayos:

El hecho de encontrarnos con una gran cantidad de especies y cepas, dificulta la elección individualizada del producto para el manejo sintomático, ya que esta eficacia difiere en función de la cepa y de los estudios accesibles para conocer las ventajas para cada uno de los síntomas y patologías que presentan (McFarland y otros, 2021). Así mismo, por ejemplo, el número de estudios disponibles hoy en día sobre el uso de probióticos en la Colitis Ulcerosa es escaso, y parece que la especie lactobacilos y la combinación VSL#3 sí que producen ventajas a la hora de proteger contra el daño celular y para el control de la enfermedad. Sin embargo, todo apunta a que el uso combinado de probióticos y prebióticos (simbióticos) es el abordaje más adecuado en esta patología (Coriat B. y otros, 2017).

Por último, cabe mencionar que la eficacia del empleo de probióticos está condicionada por la dosis administrada, la formulación, la viabilidad (fuera y dentro del intestino), el método de dosificación, las especies y cepas microbianas específicas que incluye, y el tiempo de consumo (Moraes-Filho & Quigley, 2015). Este periodo de tiempo irá en función de las recomendaciones del fabricante, siendo en la mayor parte de los casos de no menos de 4 semanas.

4. DISCUSIÓN

Al inicio de esta monografía nos planteábamos como podríamos llevar a cabo un abordaje dietético y un uso de sustancias probióticas ante ciertas enfermedades gastrointestinales.

A través del estudio realizado, gracias al empleo de numerosas bases de datos y artículos científicos, podemos comprobar que el uso de probióticos asociado a un buen manejo dietético obtiene claramente beneficios en la salud del huésped.

El conocimiento de las recomendaciones dietéticas y de los distintos tipos de probióticos por parte del personal de enfermería, es una herramienta clave para trasladar al día a día en la práctica clínica ante la creciente aparición de casos de patologías gastrointestinales como las mencionadas.

El aumento de los ensayos con diferentes cepas probióticas abre una puerta para que cada uno de los síndromes a tratar cuente con su correspondiente manejo a base de estas sustancias.

CEPA	DOSIS DIARIA	TIEMPO DE TRATAMIENTO	EFFECTOS EN EL INDIVIDUO
<i>Bifidobacterium bifidum</i> MIMBb75	1x10 ⁹ UFC 1 vez/día	4-12 semanas	Alivio sintomatología general en el SII.
<i>Bifidobacterium infantis</i> 35624	10 ⁸ UFC 1 vez/día	4 semanas	Mejora de la sintomatología general.
<i>Lactobacillus plantarum</i> 299v (DSM 9843)	10 mil millones de UFC una vez/día	4 semanas	Mejora de la gravedad del dolor abdominal.
VSL#3	4,5x10 ¹¹ UFC 2 veces/día	6 semanas	Disminución de la inflamación.
<i>Saccharomyces boulardii</i> CNCM I-745	5x10 ⁹ UFC 2 veces/día	4 semanas	Mejoras en el número de deposiciones y en el dolor abdominal en el SII.

Fig.2: Uso práctico de diferentes cepas de probióticos.



Uno de ellos es el estudio realizado en Dinamarca en el año 2014, Pedersen y colaboradores observan las mejoras obtenidas en el manejo del síndrome del intestino irritable al realizar una comparativa entre un manejo terapéutico combinado de una dieta Low FODMAP y el uso de probióticos en comparación con una dieta convencional para tratar el síndrome del intestino irritable (Pedersen, y otros, 2014).

Otros autores como de Wong, Jafari, Begtrup y Ki Cha también realizaron estudios, revelando que un uso combinado de varias cepas probióticas como es el VSL#3 confiere cambios en la microbiota intestinal, lo que se traduce en mejoras sintomáticas en un elevado porcentaje de los pacientes tratados (Wong, Yang, Song, Wong, & Ho, 2014).

Años más tarde, Jeanette Coriat B. junto a otros autores, ratifican esta idea ya que observaron, en su estudio publicado en la revista colombiana de gastroenterología, como el empleo de cepas probióticas de lactobacilos y bifidobacterias, disminuye el dolor abdominal al restablecer el equilibrio de la microflora intestinal, debido a sus propiedades de adherencia al epitelio intestinal y a la inhibición de proliferación de microorganismos patógenos (Coriat B, y otros, 2017).

A nivel práctico, los ensayos publicados por la Guía práctica para el uso de probióticos y prebióticos diseñada por la Organización Mundial de Gastroenterología puede convertirse en un material de apoyo y referencia en la práctica clínica, donde podemos observar el nivel de evidencia científica y así determinar la mejor cepa a utilizar en función de la clínica presentada por los pacientes.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Gastroenterología. (18 de Noviembre de 2020). *Diets empíricas para el tratamiento del Síndrome del Intestino Irritable*. Obtenido de Asociación Española de Gastroenterología.
- Barreiro-de Acosta, M. (2016). Colitis ulcerosa. *Medicine*, 12(5), 227-241. doi:<https://doi.org/10.1016/j.med.2016.02.019>
- Beltrán, B., Sáez-González, E., Mateos, B., & Moret, I. (2020). Enfermedad inflamatoria del tracto intestinal. Colitis ulcerosa. *Medicine*, 13(11), 591-602. doi:<https://doi.org/10.1016/j.med.2020.06.010>
- Brunser T., O. (2013). El desarrollo de la microbiota intestinal humana, el concepto de probiótico y su relación con la salud humana. *Revista Chilena de Nutrición*, 40(3), 283-289. doi:<https://doi.org/10.4067/S0717-75182013000300011>
- Caballero-Gutiérrez, L., & F. Gonzáles, G. (2016). Alimentos con efecto antiinflamatorio. *Acta Médica Peruana*, 33(1), 50-64. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000100009&lng=es&tlng=es.

A pesar de ello, se debe valorar a cada paciente de manera individualizada, teniendo en cuenta el estado de la enfermedad, el abordaje médico concomitante y los factores directamente relacionados con el paciente, tales como características de las lesiones intestinales, si ha presentado recaídas, antecedentes familiares y estilo de vida.

Por último, respecto a esta revisión, remarcar que entre las limitaciones de este estudio se encuentra la selección de artículos ya que, al basarse en el empleo de estudios de libre acceso y el empleo de palabras clave, podría haber excluido ciertas investigaciones que podrían enriquecer y esclarecer aspectos del presente estudio.

5. CONCLUSIONES

Un buen manejo dietético restringiendo el consumo de alimentos como el café, ciertas legumbres o alimentos grasos es el primer paso a llevar a cabo en estos pacientes para el control sintomático de las patologías gastrointestinales crónicas.

Además, el uso de sustancias probióticas confiere una mejora de la barrera intestinal e intervienen en el equilibrio de la microbiota intestinal del huésped, inhibiendo la colonización de microorganismos patógenos.

A pesar de que el uso real que hoy en día se da a estas sustancias es todavía limitado, gracias a la creciente investigación científica, se están empleando no tan solo en patologías que afectan al intestino, sino también en otras como son los trastornos mentales donde destaca la ansiedad, debido a la conexión existente entre el intestino-cerebro y la secreción de serotonina a nivel intestinal.



- Caio, G., Lungaro, L., Caputo, F., Zoli, E., Giancola, F., Chiarioni, G., & Zoli, G. (2021). Nutritional Treatment in Crohn's Disease. *Nutrients*, 13(5), 1628. doi:<https://doi.org/10.3390/nu13051628>
- Castañeda-Sepúlveda, R. (2010). Síndrome de intestino irritable. *Medicina Universitaria*, 12(46), 39-46. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-sindrome-intestino-irritable-X166557961050442X#:~:text=El%20s%C3%ADndrome%20de%20intestino%20irritable,cambios%20en%20el%20patr%C3%B3n%20evacuatorio>
- Coriat B, J., Azuero O, A., Gil Tamayo, S., Rueda Rodríguez, M., Castañeda Cardona, C., & Rosselli, D. (2017). Uso de probióticos en el síndrome de intestino irritable y enfermedad inflamatoria intestinal: una revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 32(2), 141-149. doi: <https://doi.org/10.22516/25007440.141>
- Corsello, A., Pugliese, D., Gasbarrini, A., & Armuzzi, A. (2020). Diet and Nutrients in Gastrointestinal Chronic Diseases. *Nutrients*, 12(9), 2693. doi:<https://doi.org/10.3390/nu12092693>
- Cozma-Petrut, A. L. (Junio de 2017). Diet in irritable bowel syndrome: What to recommend, not what to forbid to patients! *World Journal of Gastroenterology*, 23(21), 3771-3783. doi:<https://doi.org/10.3748/wjg.v23.i21.3771>
- Currò, D. I. (2017). Probiotics, fibre and herbal medicinal products for functional and inflammatory bowel disorders. *British Journal of Pharmacology*, 174(11), 1426–1449. doi:<https://doi.org/10.1111/bph.13632>
- Encalada-Calero, F. E.-D.-C. (2017). Enfermedad de Crohn. *Dominio de las Ciencias*, 3(3), 246- 258. doi:<https://doi.org/10.23857/dc.v3i3.474>
- Escaffi, M. J. (2021). Nutrición y enfermedad inflamatoria intestinal: posibles mecanismos en la incidencia y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(4), 491-501. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.01.013>
- Figueroa, C. (Septiembre de 2015). Dieta baja en FODMAP en el Síndrome de Intestino Irritable. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(5), 628-633. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2015.08.002>
- Figueroa, C. (2019). Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(4), 257-261. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.06.003>
- Fundación Española del Aparato Digestivo. . (2017). *Síndrome del Intestino Irritable. Recomendaciones Nutricionales*. Obtenido de Salud Digestivo: <https://www.saludigestivo.es/wp-content/uploads/2017/01/E-SII- Recomendaciones.pdf>
- Fundación Española del Aparato Digestivo. (2022). *Síndrome del Intestino Irritable*. Obtenido de Salud Digestivo: <https://www.saludigestivo.es/mes-saludigestivo/sindrome-intestino-irritable/sindrome-intestino-irritable-concepto/>
- Galindo, P. M. (Septiembre de 2016). *El pan biológico integral artesano con levadura madre, clave para la seguridad y soberanía alimentarias, la nutrición humana y la sostenibilidad de los agrosistemas*. Obtenido de <https://lagarbancitaecologica.org/wp-content/uploads/2019/06/pan-biol%C3%B3gico-integral-levadura-madre-sostenibilidad-agrosistemas-pilar-galindo-1.pdf>
- Guglielmetti, S. M. (2011). Randomised clinical trial: Bifidobacterium bifidum MIMBb75 significantly alleviates irritable bowel syndrome and improves quality of life — a double-blind, placebo-controlled study. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 33(10), 1123–1132. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2011.04633>
- Guzmán Calderón, E. M. (2012). Probióticos, prebióticos y simbióticos en el síndrome de intestino irritable. *Acta Médica Peruana*, 29(2), 92-98. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172012000200009
- Icaza-Chávez, M. (Noviembre de 2013). Microbiota intestinal en la salud y la enfermedad. *Revista de Gastroenterología de México*, 78(4), 240-248. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2013.04.004>
- Iglesias, M. B. (2009). Impacto psicológico de la enfermedad de Crohn en pacientes en remisión: riesgo de ansiedad y depresión. *Revista Española de Enfer-*



- medades Digestivas*, 101(4), 249-257. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000400003
- Kijimea. (2020). *Kijimea Colon Irritable PRO- una innovación para las molestias intestinales*. Obtenido de <https://kijimea.es/kijimea-colon-irritable-pro/>
 - Lull Vila, R. &. (18 de Enero de 2022). *Guía de Actuación Farmacéutica. Síndrome Intestino Irritable*. Obtenido de Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria: <https://www.sefac.org/documentos-para-profesionales-publicaciones-sefac/guia-de-actuacion-farmaceutica-pie-de-mostrador-3>
 - Lugli, A. &. (2017). *Colon Irritable ¿Cuál es el problema?* Sansepolcro, Italia: Aboca.
 - Mansueto, P. S. (Octubre de 2015). Role of FODMAPs in Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Nutrition in Clinical Practice*, 30(5), 665 –682. doi:<https://doi.org/10.1177/0884533615569886>
 - McFarland, L. K. (Octubre de 2021). Strain-specific and outcome-specific efficacy of probiotics for the treatment of irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 41, 101154. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101154>
 - Monteserín Fernández, D. (2016). *Guía de Alimentación en Enfermedad Inflamatoria Intestinal*. Obtenido de <https://www.eiivaldecilla.es/wp-content/uploads/Guia-alimentacion-EII-que-puedo-comer.pdf>
 - Moraes-Filho, J. &. (2015). The intestinal microbiota and the role of probiotics in IBS: a review. *Arquivos de gastroenterologia*, 52(4), 331–338. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-28032015000400015>
 - Organización Mundial de Gastroenterología. (Febrero de 2017). *Probióticos y prebióticos*. Obtenido de Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología: <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/probiotics-and-prebiotics/probiotics-and-prebiotics-spanish#:~:text=Los%20prebi%C3%B3ticos%20sirven%20como%20fuente,en%20la%20salud%20del%20hu%C3%A9sped.>
 - Padrón Pereira, C. A. (Julio de 2019). Microbiota intestinal humana y dieta. *Revista ciencia y tecnología*, 12(1), 31-42. doi:<https://doi.org/10.18779/cyt.v12i1.315>
 - Pedersen, N., Andersen, N., Végh, Z., Jensen, L., Ankersen, D., & Felding, M. (Noviembre de 2014). Low FODMAP diet vs Lactobacillus rhamnosus GG in irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, 20(43), 16215-16226. doi: 10.3748/wjg.v20.i43.16215
 - Sacristán Olivere, I. (2021). *Influencias de la microbiota en el eje intestino-cerebro y el desarrollo de enfermedades*. Obtenido de Universidad de Valladolid: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/48217/TFG-M-N2381.pdf;jsessionid=1145769F7B5C098BEBF149B3649FA70B?sequence=1>
 - Valdivia Correa, B. (Mayo de 2021). Manejo actualizado del síndrome del intestino irritable. *Medicus*, 2(11), 750-757. Obtenido de <https://revistamedicus.com/especial-11#dos>
 - Villegas Sequeira, L. R. (2016). Enfermedad de Crohn. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 73(619), 423-428. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162zn.pdf>
 - Wark, G. S.-B. (Diciembre de 2020). The Role of Diet in the Pathogenesis and Management of Inflammatory Bowel Disease: A Review. *Nutrients*, 13(1), 135. doi:<https://doi.org/10.3390/nu13010135>
 - Wong, R., Yang, C., Song, G.-H., Wong, J., & Ho, K.-Y. (2014). Melatonin Regulation as a Possible Mechanism for Probiotic (VSL#3) in Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Double-Blinded Placebo Study. *Digestive Diseases and Sciences*, 60, 186–194. doi:<https://doi.org/10.1007/s10620-014-3299-8>



Calidad de vida relacionada con la salud durante el primer trimestre de gestación en función del estado civil



Cristian Martín-Vázquez; Laura Rosón-Matilla; Enedina Quiroga-Sánchez¹; Rubén García Fernández¹; Natalia Calvo-Ayuso¹; Cristina Liébana-Presa¹

¹ Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Área de Enfermería.

² Servicio de Partos. Hospital del Bierzo. Ponferrada.

RESUMEN

Introducción: La calidad de vida (QoL) se conceptualiza como un concepto complejo y en constante evolución. Implica la percepción individual en la sociedad en relación con metas, expectativas, contexto cultural, normas y preocupaciones. El periodo del embarazo representa una etapa crucial llena de tensiones que tiene el potencial de influir en la calidad de vida de las mujeres. Se observa una tendencia creciente en España de familias monoparentales. El objetivo de la presente investigación se centra en analizar las diferencias de la calidad de vida entre las mujeres solteras/viudas y las mujeres casadas/cohabitando. Resultados: Se registró la presencia de 291

mujeres (81.1%) casadas o cohabitando con su pareja, mientras que 68 participantes (18.9%) manifestaron estar solteras o viudas. La media de edad de las participantes fue de 33,53 años (DE 4,80) y el rango entre 20 y 48 años. No se observan diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida entre los dos grupos. Conclusiones: el estado civil de la gestante puede no ser un factor determinante en la calidad de vida de las gestantes en primer trimestre.

Palabras clave: Embarazo, calidad de vida, SF-36, estado civil.

ABSTRACT

Quality of life (QoL) is conceptualized as a complex and ever-evolving concept, involving an individual's perception within society in relation to goals, expectations, cultural context, norms, and concerns. The pregnancy period represents a crucial stage filled with tensions that has the potential to influence the quality of life for women. There is a growing trend in Spain of single-parent families. The objective of this research focuses on analyzing the differences in quality of life between single/widowed women and married/cohabiting women. Results: The presence of 291 women (81.1%) married

or cohabiting with their partners was recorded, while 68 participants (18.9%) stated they were single or widowed. The participants' mean age was 33.53 years (SD 4.80), ranging from 20 to 48 years. No statistically significant differences in quality of life were observed between the two groups. Conclusions: The marital status of the pregnant woman may not be a determining factor in the quality of life during the first trimester of pregnancy.

Keywords: Pregnancy, quality of life, SF-36, marital status.



INTRODUCCIÓN

La calidad de vida perinatal se define como “concepto multidimensional que hace referencia a la percepción de la mujer sobre la influencia que tiene el embarazo, parto y postparto sobre su funcionamiento físico, mental, emocional y social”(1).

Clásicamente se ha definido por dos componentes esenciales, uno físico y otro mental y está influenciada por factores inherentes al ser humano y agentes externos que incluyen la propia salud física, la salud mental, el nivel de dependencia, las relaciones sociales y la relación con el entorno (2,3).

El embarazo como proceso fisiológico puede provocar manifestaciones clínicas que puedan influir negativamente en la percepción de calidad de vida de las mujeres; algunas de ellas como vómitos, cansancio, mastalgia o pirosis son específicas del primer trimestre (4).

Según un informe del Instituto Nacional de Estadística la QoL disminuyó en España en 2020 tras mejorar de forma ininterrumpidamente desde 2014 (5).

Según datos del INE se observa como desde el 2013 han aumentado el número de hogares con familias monoparentales en los que la mujer es la principal cuidadora (6). Esto junto a los nuevos modelos de familia y el aumento de los embarazos en mujeres sin pareja mediante técnicas de reproducción asistida hacen pertinente analizar la calidad de vida y su relación con el estado civil.

Como objetivos de la investigación se plantea describir y analizar la calidad de vida relacionada con la salud en todas sus dimensiones en las mujeres gestantes durante el primer trimestre de gestación. Por otro lado, también se plantea estudiar la variación de la calidad de vida en todas las dimensiones de acuerdo a su estado civil.

METODOLOGÍA

Muestra

Estudio descriptivo transversal. La población total la componen 588 mujeres de un área sanitaria de la comunidad autónoma de Castilla y León. Como criterios de inclusión debían ser mayores de edad y sin antecedentes personales de patología mental. Tras estos criterios de inclusión cumplieron los cuestionarios y completaron el estudio 369 mujeres.

Todos los sujetos a estudio prestaron de forma voluntaria su consentimiento informado, que se elaboró según la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013) y la Directiva de Buenas Prácticas Clínicas (Directiva 2005/28/CE) de la Unión Europea. El protocolo de investigación fue aprobado por Comité Ético de las Áreas de Salud de León y Bierzo (código de referencia 21124) y por el comité ético de la Universidad de León (ÉTICA-ULE-033-2021).

Instrumento

Los datos se recogieron mediante un cuestionario que incluía datos sociodemográficos (edad, estado civil, nacionalidad, zona en la que vive), obstétrico-ginecológicas (fecha de última regla, fórmula gestacional, antecedentes obstétricos, tipo de lactancia deseada y obtención del embarazo: espontáneo o artificial) y calidad de vida.

La calidad de vida relacionada con la salud se evaluó mediante el cuestionario de salud breve 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36v2), desarrollado en 1993 por Are y validado en España por Alonso et al. en 1995 (2,3,7)

Se trata de un instrumento genérico autoaplicado diseñado para evaluar el estado de salud percibido por el individuo y que incluye 36 ítems que analizan 8 dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental). Adicionalmente este cuestionario dispone de un ítem de transición en salud (no empleado para el cálculo de ninguna de las dimensiones) que proporciona información sobre cómo ha sido su salud en el último año.

Además de las 8 dimensiones anteriores, se pueden extraer dos componentes principales de salud: la componente resumen física (PCS) y la componente resumen mental (MCS). Para el cálculo de estas puntuaciones sumatorio es necesario realizar una serie de pasos estandarizados que permitan la extrapolación y comparación de los mismos con población de referencia.

Las puntuaciones de estas dimensiones van de 0 a 100. Valores por encima de 50 puntos indica una mejor condición de salud que la media de la población de referencia.

Las dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor estado de salud.



Análisis estadístico

Los datos fueron analizados con el programa informático SPSS versión 28. Se realizó un análisis descriptivo de las participantes de la muestra (frecuencias y porcentajes) y se analizó el nivel de percepción de calidad de vida en todas sus dimensiones y en los sumatorios físico y mental en ambos grupos. Para la comprobación de las distribuciones de las variables numéricas se empleó la prueba Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors detectando ausencia de normalidad en todas las variables a estudio. Posteriormente se analizaron las diferencias de QoL con las variables a estudio mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. El nivel de significación en este estudio se marcó en $p < 0,05$. Se observó una amplia consistencia interna del cuestionario con valores alfa de cronbach y omega de McDonald superiores a 0,85 en su puntuación general.

RESULTADOS

Se registró la presencia de 291 mujeres (81.1%) casadas o cohabitando con su pareja, mientras que 68 participantes (18.9%) manifestaron estar solteras o viudas (Imagen 1). La media de edad de las participantes fue de 33,53 años (DE 4,80) y el rango entre 20 y 48 años.

En la tabla 1 se pueden apreciar las puntuaciones medias y desviación estándar de las diferentes dimensiones de calidad de vida por grupo a estudio. Tanto las mujeres

casadas o cohabitando como las mujeres solteras o viudas obtienen puntuaciones en las dimensiones dolor corporal, vitalidad y componentes resumen físico y mental por debajo del percentil 50.

Por un lado, las mujeres solteras o viudas obtuvieron una media superior a 7 puntos en la dimensión rol físico en comparación con las mujeres casadas o cohabitando. Por el contrario, las mujeres en este último grupo obtuvieron puntuaciones medias superiores a 4 puntos en las dimensiones rol emocional y salud mental en comparación con aquellas mujeres solteras o viudas.

Las mujeres casadas o cohabitando con su pareja obtuvieron medias superiores en las dimensiones función física, dolor corporal, función social, rol emocional y salud mental. Por el contrario, las mujeres solteras o viudas obtuvieron puntuaciones superiores en las dimensiones rol físico, salud general, vitalidad y en los componentes resumen físico y mental.

En la imagen 2 se puede apreciar cómo se comporta cada dimensión de la calidad de vida según el estado civil.

En la tabla 1 y a través de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney se puede ver cómo no se observaron diferencias de medias estadísticamente significativas entre la calidad de vida en la gestación y el estado civil.

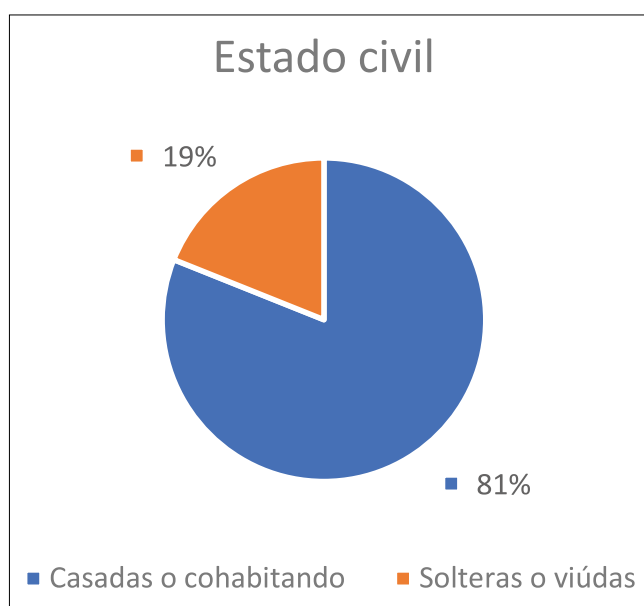


Imagen 1. Descriptivo estado civil.

Tabla 1. Calidad de vida y estado civil. U Mann-Whitney

	CASADAS O COHABITANDO	SOLTERAS O VIUDAS	P VALOR
Función física	84,55 (18,77)	81,47 (20,88)	0,19
Rol físico	50,60 (43,71)	57,72 (43,24)	0,24
Dolor corporal	49,17 (28,84)	46,21 (25,20)	0,55
Salud general	77,62 (17,65)	78,51 (17,12)	0,84
Vitalidad	44,03 (18,26)	44,12 (20,39)	0,80
Función social	63,79 (26,52)	62,50 (26,97)	0,65
Rol emocional	66,32 (43,10)	62,25 (43,82)	0,52
Salud mental	66,01 (18,60)	61,63 (19,05)	0,08
Resumen físico	46,17 (8,44)	47,98 (8,45)	0,46
Resumen mental	45,24 (7,29)	45,66 (7,46)	0,56

Nota: Media (Desviación estándar)

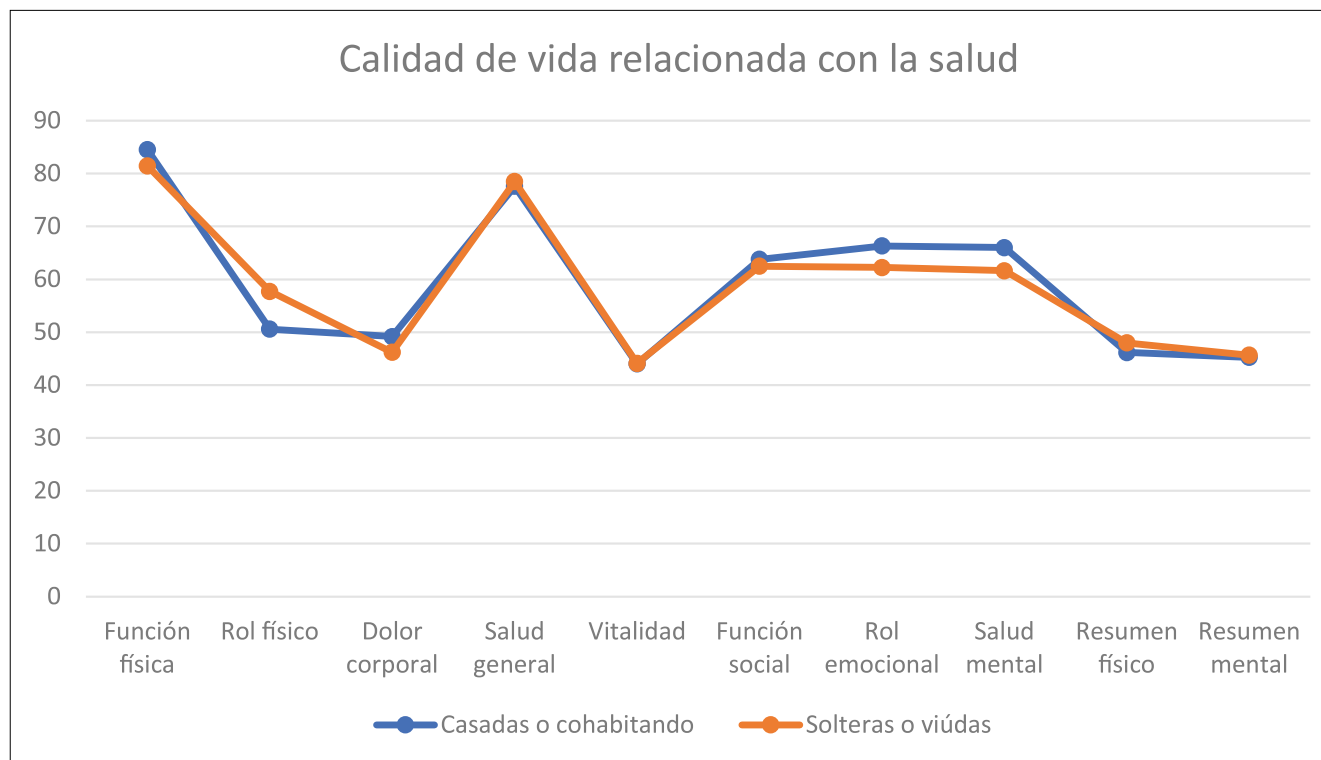


Imagen 2. Calidad de vida y estado civil

DISCUSIÓN

El presente estudio examinó la relación entre el estado civil de las gestantes y la calidad de vida durante la gestación en el primer trimestre. Los resultados revelaron que la mayoría de las mujeres participantes estaban casadas o cohabitaban con su pareja, mientras que una proporción significativamente menor manifestó estar soltera o viuda; este porcentaje concuerda con otros estudios consultados (9); por el contrario, otro estudio reciente que analizaba la calidad de vida en gestantes realizado en China arrojó una prevalencia de gestantes solteras o viudas menor al 1% (10).

Tanto las mujeres casadas o cohabitando como las mujeres solteras o viudas presentaron puntuaciones por debajo del percentil 50 en las dimensiones dolor corporal y vitalidad; así como en los componentes resumen físico y mental. Estos hallazgos sugieren que la calidad de vida de las participantes de la muestra es peor que la media y por lo tanto que experimentan más dolor, más cansancio y menor vitalidad. Una revisión sistemática y metaanálisis del año 2021 que analiza la calidad de vida en la gestación durante los años 2009 y 2017 concluyó que la puntuación media de estos resúmenes físico y mental era de 52.7 y 54.1, respectivamente. Esto concuerda con

nuestros resultados al observar incluso puntuaciones inferiores a estas (10).

En cuanto a las diferencias específicas entre los dos grupos se observó que a pesar de existir diferencias de medias entre solteras/viudas y casadas/cohabitando estas no fueron estadísticamente significativas por lo que no podemos afirmar que la calidad de vida dependa del estado civil de la gestante. Estos datos concuerdan con los arrojados por Robinson et al en 2011 evidenció que la calidad de vida de las gestantes casadas o cohabitando era superior (9). Por el contrario, otro estudio reciente realizado en China arrojó un resultado diferente al concluir que estar casada era un predictor negativo del componente resumen físico (11)

Es importante destacar que estos resultados deben interpretarse considerando las limitaciones del estudio. Una limitación importante del estudio es que se basó en datos recogidos de forma transversal y en una población específica de mujeres gestantes; por lo que los resultados pueden no ser generalizables a otras poblaciones o contextos. Sería beneficioso realizar investigaciones adicionales con muestras más grandes y diversas para validar y ampliar los hallazgos obtenidos en este estudio.



CONCLUSIONES

Este estudio examinó la relación entre el estado civil y la calidad de vida de las gestantes en primer trimestre. Aunque se observaron diferencias ligeras en las puntuaciones medias, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Estos hallazgos sugieren que el estado civil puede no ser un factor determinante en la calidad de vida de las gestantes en primer trimestre. Se necesitan más estudios en esta línea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herbert Rob. Practical evidence-based physiotherapy. Elsevier Butterworth Heinemann; 2005. 234 p.
2. McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* [Internet]. 1993 [cited 2023 Jan 26];31(3):247–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8450681/>
3. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* [Internet]. 1992 [cited 2023 Jan 26];30(6):473–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593914/>
4. Dolan LM, Deirdre AE, Ae W, Kaye SH, Ae M, Ae KT, et al. A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2009;88:378–85.
5. Instituto Nacional de Estadística (INE). Informe sobre el Indicador Multidimensional de Calidad de Vida (IMCV) [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 2]. Available from: https://www.ine.es/prensa/experimental_ind_multi_calidad_vida.pdf
6. Instituto Nacional de Estadística (INE). Número de hogares monoparentales según sexo, edad y estado civil del progenitor [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 1]. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p274/serie/prov/p01/I0/&file=01017.px>
7. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos por los investigadores de la Red-IRYSS*. *Gac Sanit*. 2005;19(2):135–50.
8. Ramírez-Vélez R. Pregnancy and health-related quality of life: A cross sectional study. 2011;42.
9. Li J, Mao J, Du Y, Morris JL, Gong G, Xiong X. Health-related quality of life among pregnant women with and without depression in Hubei, China. *Matern Child Health J*. 2012 Oct;16(7):1355–63.
10. Fernanda Román-Jurado L, Vanessa Suárez-Fernández L, Antonio Cardona Arias J. Revisión sistemática Revisión sistemática sobre calidad de vida relacionada con la salud en gestantes. *Hechos Microbiol* [Internet]. 2021;12(1):18–29. Available from: <http://www.udea.edu.co/hm>
11. Li J, Mao J, Du Y, Morris JL, Gong G, Xiong X. Health-related quality of life among pregnant women with and without depression in Hubei, China. *Matern Child Health J*. 2012 Oct;16(7):1355–63.



CATÉTERES INTRA VENOSOS

- 24G** — Flujo max. 20 ml/min
Indicado para infusiones de corta duración.
Indicado en geriatría o pediatría.
- 22G** — Flujo max. 35 ml/min
Indicado para transfusiones y suero terapia continua
- 20G** — Flujo max. 61 ml/min
Indicado para transfusiones y suero terapia continua
- 18G** — Flujo max. 95 ml/min
Indicado para transfusiones, suero terapia
y Nutriciones Parenterales Periféricas
- 16G** — Flujo max. 185 ml/min
Indicado para transfusiones, cirugías y situaciones de urgencia vital
- 14G** — Flujo max. 330 ml/min
Indicado para transfusiones, cirugías y situaciones de urgencia vital

(el color de cada catéter indica el color habitualmente usado por la casa comercial)



PREMIOS CIENTÍFICOS MURALLA 2024

OBJETIVO

OBJETIVO

Fomentar la investigación y la participación de las/os enfermeras/os en actividades científicas relacionadas con la profesión. Los trabajos deberán ser inéditos, no serán objeto de estos premios los trabajos subvencionados por otras entidades científicas o comerciales, ni las tesis doctorales presentadas a tal fin, ni trabajos que previamente hayan sido premiados en otros certámenes.

CATEGORÍAS

1. CATEGORÍA CIENTÍFICA: Premiar los mejores trabajos de investigación: estudios observacionales, experimentales, revisiones sistemáticas de la literatura, meta-análisis, etc.

1º Premio de 1000 €

2º Premio de 750 €

2. ARTICULO CIENTÍFICO: Premiar el mejor artículo científico publicado en una revista relacionada con la profesión enfermera. Se aceptarán los artículos científicos publicados entre el 10 de abril de 2023 al 6 de mayo de 2024.

Premio de 500 €

3. ACCÉSIT ALUMNOS: Premiar los trabajos presentados por los alumnos de la Facultad Universitaria de Enfermería de Lugo.

1º Premio de 500 €

2º Premio de 500 €

PLAZO DE PRESENTACIÓN

La fecha límite de presentación el 6 de mayo de 2024 en el Colegio de Enfermería de Lugo.

BASES “PREMIOS MURALLA”

PARTICIPANTES

Podrán participar aquellas/os colegiadas/os de forma individual o colectiva (que están al corriente de pago de cuotas colegiales) y alumnas/os de Grado de la Escuela de Enfermería de Lugo.

Los premios de categoría científica están abiertos para colegiados de los Ilustres Colegios Oficiales de Enfermería de Galicia, el resto de las categorías se reservan para los colegiados del Colegio de Enfermería de Lugo y alumnos matriculados en la EUE de Lugo.

Quedan excluidos los miembros del jurado.

El hecho de participar en este Premio supone la aceptación de las Bases, en caso de falsedad o incumplimiento de las bases por parte del autor/es premiados supondrá la obligación de devolver el Premio.

PROPIEDAD: Los trabajos premiados quedarán en propiedad del COE de Lugo, serán publicados en la revista *Enfermeir@s*, si así, lo considera su Dirección editorial, donde se mencionará al autor/es. Los autores premiados deberán solicitar autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que fueron premiados en el “Premio Muralla del Colegio Oficial de Enfermería de Lugo”. Los trabajos no premiados quedarán a disposición de los autores en las oficinas del Colegio, a partir del día siguiente de la Fiesta Colegial.

ENTREGA DEL PREMIO

Los premios serán entregados en día del “Homenaje a la Excelencia profesional” o como el jurado considere. Los seudónimos de los trabajos premiados serán publicados previamente en la página web del Colegio (www.enfermerialugo.org) y en el momento del acto de “Homenaje a la Excelencia profesional” se abrirá el sobre con el nombre del autor/as.

Es obligatorio que al menos un autor/a del trabajo premiado lo recoja de forma presencial el día del acto de “Homenaje a la Excelencia profesional”, en caso de no presentarse a recogerlo el premio quedará desierto.

JURADO

Presidente: la presidenta del COE de Lugo o persona en la que delegue.

Vocales: coordinadora de la Comisión de Formación del COE de Lugo, dos colegiadas/as con experiencia en comités científicos, un representante de E.U.E de Lugo, un representante de los tres distritos sanitarios: A Mariña, Monforte de Lemos y Lugo.

DECISIÓN DEL JURADO

Podrá declarar desierto cualquier premio. El fallo será inapelable. Los concursantes por el hecho de concursar renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el mismo.

NORMAS DE PRESENTACIÓN Y ENTREGA

Todos los trabajos deberán ser originales e inéditos, excepto el artículo científico y el trabajo de los alumnos.

- Los trabajos serán entregados o enviados por correo u otra empresa de mensajería al Colegio de Enfermería de Lugo (Avenida de la Coruña nº 104, entr B, cp 27003, Lugo), en un sobre cerrado indicando en su ex-

terior LA CATEGORÍA A LA QUE OPTA Y UN SEUDÓNIMO (no llevará remitente ni ningún tipo de identificación). En su interior se incluirá un sobre cerrado con el seudónimo en el exterior y en su interior los nombres y apellidos y del autor/es, nº de colegiado y nº de teléfono de contacto.

- Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente el nombre del autor o referencias que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, de la procedencia o autores de los mismos.
- Los trabajos y artículos se presentarán con un original impreso en DIN A-4 por una sola cara y una copia en formato digital. Idioma castellano o gallego. Fuente tipográfica calibri, color negro, tamaño 13, sin sangrías, espacio 0 e interlineado sencillo. Extensión máxima 60 páginas. Los artículos científicos seguirán las normas de publicación y referencia bibliográfica de la revista de publicación científica. Es obligatorio presentar un justificante de su publicación.

ESTRUCTURA DEL TRABAJO DE CATEGORÍA CIENTÍFICA Y ACCÉSIT ALUMNOS (es orientativa)

1-Portada: Incluirá el título y seudónimo.

2-Resumen y palabras claves: El resumen será conciso, claro y bien estructurado según los objetivos, la metodología, los resultados, la discusión y las conclusiones, con una extensión de entre 250 – 350 palabras. Las palabras clave se colocaran a continuación del resumen. Abstract (and keywords) Traducción al inglés del resumen y las palabras clave.

3-Índice: con relación de acrónimos y abreviaturas. Se deberán enumerar los diferentes apartados en los que están divididos el trabajo.

4-Cuerpo del trabajo

- Introducción:** presentar el tema de forma breve, planteando el estado actual de las investigaciones sobre la cuestión revisada.
- Justificación:** justificar el interés e idoneidad del tema en función del interés social, sanitario, profesional, teórico, científico o ético.
- Objetivos:** especificar los propósitos del trabajo en función de los conocimientos previos.
- Hipótesis:** Si procede. Expresa el interrogante de donde partió el trabajo.
- Material y Método:** como se hizo la investigación. Las estrategias y procedimientos que se siguieron en el trabajo.
- Resultados:** comunicar las principales evidencias encontradas en el estudio. Deben de presentarse siguiendo una secuencia temporal lógica, primero los datos iniciales, seguidos por los resultados obtenidos tras la intervención.
- Discusión y Conclusiones:** Discusión: se interpretan los resultados. Suscita similitudes y diferencias con otros trabajos publicados. Comunica las fortalezas y las limitaciones del estudio, etc. Conclusiones: deben de responder a los objetivos del estudio, evitando hacer afirmaciones rotundas y sacando conclusiones que no estén debidamente apoyadas por los datos.
- Bibliografía:** referencias bibliográficas siguiendo las normas: APA, Vancouver 2016 o ISO 690 2013
- Anexos:** en el caso de que se estime oportuno (opcional).

PREMIO ANUAL MURALLA DE LUGO 2024 *¡¡Participa!!*

COLEXIO OFICIAL DE ENFERMARÍA DE LUGO

Categoría Científica:

1º Premio 1.000 €

2º Premio 750 €

Artículo Científico: **500 €**

Accésit Alumnos:

1º Premio 500 €

2º Premio 500 €



Prazo de presentación dos traballos ata o 6 de maio de 2024

Consulta as bases do concurso na web do Colexio Oficial de Enfermaría de Lugo

www.enfermerialugo.org

Entrega de premios na Festa Anual de Enfermaría