

Enfermeir@s

Revista do Colexio Oficial de Enfermaría de Lugo

Número 41

Xuño 2023





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	
- Exposición fotográfica "Arrolos ao ar"	6
- Un enfermero de Lugo se alza con el primer premio de la Categoría General de FotoEnfermería2022	7
- Presentación libro "Elvira López Mourín"	8
CURSOS	
- Seguridad y factor humano en la asistencia avanzada al paciente crítico	9
- Cuidando la piel: Higiene, prevención y tratamiento de las heridas	10
SOCIEDAD	
- Jornadas de Enfermería Medrando Profesionalmente	11
- Día Internacional de la Enfermería 2023	12
- Fiesta de enfermería 2023	13
OPINIÓN	
- Vía excepcional	15
- A enfermería e as redes sociais	17
FORMANDO ENFERMER@S	
- Descubriendo a alma de ASPNAIS	19
CONOCIENDO ENFERMER@S	
- QUEN foi ... a pioneira na xestión de Enfermería en Lugo no S.XX? Maria Josefa Lourdes Blanco Ayestarán	21
SALUD MENTAL	
- Contención mecánica y su situación en la actualidad	24
ENFERMERÍA COMUNITARIA	
- Taller educativo sobre el manejo de inhaladores en el centro de salud de illas canarias	30
ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA	
- La preeclampsia. la patología gestacional que mata 63.000 gestantes al año	36
ESCUELA DE HERIDAS	
- Manejo de las úlceras venosas de presentación atípica	40
ENFERMERÍA DEL TRABAJO	
- Prevención del sedentarismo en el medio laboral	43
ENFERMERÍA PEDIÁTRICA	
- Intervención comunitaria de Enfermería Especialista de Pediatría en Atención Primaria de Lugo: Impacto de talleres formativos para padres de recién nacidos para mejorar la gestión de cuidados durante los primeros meses de vida	50
ENFERMERÍA GERIÁTRICA	
- Lo que fuimos, lo que somos	58
INFOGRAFÍAS ÚTILES PARA ENFERMEIR@S	
- Escala de agitación-sedación de Richmond y escala de Norton Modificada	60
INVESTIGACIÓN	
- Poboación coidadora de persoas con enfermidade mental: proposta de intervención dende a metodoloxía científica enfermeira	62
- Prevalencia de infección por SARS-CoV-2 en personal sanitario tras implantación de un protocolo de manejo del equipo de protección individual	75
- Enfrentando la Candidiasis Vulvovaginal: Diagnóstico, Tratamiento y Cuidados de Enfermería en la Salud Femenina	80
PRESCRIPCIÓN ENFERMERA	
- Prescripción enfermera: indicación.uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de los/los enfermeros/as	85

XUNTA DE GOBERNO

Presidenta

Lourdes Bermello López

Vicepresidenta

Marta Otero Rodríguez

Secretaria

Elena Cabana Gil

Tesorera

Eva Gómez Fernández

Vocales

Cristina Ouro

Elia Martínez Fernández

María González Gómez

Silvia Folgueiras Fernández

Isidoro Rodríguez Pérez





Enfermeir@s

DIRECCIÓN

Nazaret Gómez González

CONSEJO DE REDACCIÓN

Alejandra Marín Ramos	Mª Olga González Seijas
Beatriz Muñoz López	Marta Gómez López
Cristian Martín Vázquez	Miguel Pérez Anes
Diana Polido Caloto	Mirian Casas López
Eva Mª Guimarey Espiño	Natalia López Morán
Fátima Penas Escariz	Natalia Sánchez Noya
Héctor Castiñeira López	Laura Rosón Matilla
Iria Ferreiro López	Lucía González López
Isidoro Rodríguez Pérez	Lucía Menéndez Menéndez
Jenifer Souto Pérez	Sara Penas Busto
María Rodríguez Trigo	Susana López Fernández
Mª José Ferreiro López	Inés Rivas Fernández

REVISORES

José Mª Rumbo Prieto
Luis Arantón Areosa
David Peña Otero
Emilio Rubén Pego Pérez

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 Enfermería de Lugo

Depósito Legal

LU-330/2001

I.S.S.N.

1888-4830



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



En primer lugar, quiero dar las gracias a todos los redactores y revisores de la revista por el trabajo que realizan, el esfuerzo que les supone a diario entre el trabajo, preparar oposiciones, la familia...

¿Por qué tenemos que opositar?

Estamos trabajando, no hay "paro" en nuestra profesión, tenemos un grado universitario, especialidades. Deberían de dar las plazas por méritos como antiguamente, es lo más justo.

Queremos promocionar la INVESTIGACIÓN, pero no se valora el trabajo. La mayoría de las investigaciones de enfermería se divulgan en congresos o reuniones científicas y RRHH del Sergas no los valoran, mientras que en la mayoría de las comunidades sí. El profesional de enfermería no está concienciado para elaborar artículos científicos que reúnan los requisitos necesarios para su publicación en revistas científicas. Al principio se valoraban en revistas indexadas en algunas bases de datos, y ahora para complicarlo más quieren que estén publicadas en revistas con un alto factor de impacto. Únicamente 3 comunidades autónomas lo piden, y la mayoría sólo piden que estén publicadas en revistas.

¿Por qué nos lo ponen tan difícil?

¿Cuándo nos vamos a dar cuenta de que aumentar la presión en nuestra profesión nos perjudica?

¿Por qué hay tanta emigración en enfermería? No cuidamos a nuestros profesionales, y eso perjudica su salud, a lo que podemos añadir la escasez de enfermeras/os y las jubilaciones. ¿Quién queda entonces para trabajar? El sistema está fallando.



Exposición fotográfica “Arrolos ao ar”

Redacción.

Exposición fotográfica “Arrolos ao ar” organizada por el Área de Participación y Servicios para la vecindad del ayuntamiento de Lugo y en la que participan el Colegio de Enfermería de Lugo, la Academia de Enfermería de Galicia y el Grupo de Duelo Perinatal Arrolos con fotografías cedidas por familias que han querido compartir una parte muy íntima y trascendental de sus vidas, en recuerdo a sus hijos que se han ido antes de lo esperado.

“Brazos vacíos. Corazones llenos”

Georgina María Lloveras Rodríguez

Las historias llenas de dolor y tristeza esconden a menudo grandes aprendizajes. Perder a Liam fue una experiencia tremendamente desgarradora. La ecografía en la que descubrimos que las cosas no iban bien fue un golpe que nos cortó las alas y nos hizo caer en picado hasta dar con la realidad más gris que hubiésemos imaginado. Y, al mismo tiempo, me desconectó de la realidad del día a día, me convirtió en un mero cuerpo, sin voz, sin vida, sin su espacio. De la noche a la mañana me convertí en un engaño, en un tabú y en una tragedia andante. Llevar en el vientre a un hijo enfermo sin posibilidad de cura es ir disfrazada de vida y alegría para encubrir la tragedia de una muerte prematura. Un parto sin bebé es el dolor sin recompensa. Que la muerte llegue antes que la vida es algo tan duro que la sociedad no está preparada para verlo, reconocerlo o hablar de ello. Así que se elimina, se omite, se esconde, se borra, se disfraza de eufemismos y se aparta la mirada para centrarse en el final feliz, en el hijo que venga ‘bien’, que venga ‘vivo’, porque esta vez ‘no pudo ser’, pero ‘vendrán tiempos mejores’ porque ‘todavía sois muy jóvenes’. Es por esto que es tan difícil para nosotras encontrar nuestro sitio. ‘Soy madre porque he parido, yo misma le sentí salir de mí, su cabeza, su cuerpecito. Claro que soy madre, le llevé dentro de mí durante meses. Vi su cara. Le puse nombre. Le hablé. Le quise. Le vi jugando en la playa con su padre y conmigo. Le soñé en mis brazos y en mi regazo. Ansié su mano alrededor de mi dedo. Soy madre. Pero no



Liam, Olivia, Leah, papá y mamá te llevan en lo más profundo del corazón. Que el hilo invisible que nos une no se rompa nunca.

tengo bebé. Su nombre está en mí y en todos los que nos quieren, pero no en libro de familia’.

Recuerdo las palabras de mi prima: ‘algún día, tendrás hijos y tus hijos sabrán quién es Liam y dirán su nombre’. Esa visión de futuro tan improbable en aquel momento es hoy una realidad. Liam vive en nosotros, vive en Leah y en Olivia. Vive en nuestro día a día y en nuestra forma de ver la vida. Y es que a veces en los momentos de más oscuridad es cuando vemos con mayor claridad. Y a mí Liam me enseñó mucho. Me enseñó que cada bebé que llega al mundo es un auténtico milagro, que los bebés viven ya dentro de sus madres y son queridos y cuidados desde que son concebidos, que comparten ya las alegrías, preocupaciones y tristezas que sientes sus madres, que el vínculo no se hace al nacer. Me enseñó que cuando sentimos dolor no buscamos que los otros lo disipen o anestesien, sólo que nos acompañen y nos den la mano, que nos escuchen y que estén. Me enseñó que las consultas frías y estériles nos pueden arropar cuando hay alguien que te acompaña en tu dolor con una mirada, una caricia o una sonrisa. Me enseñó que él importa, que él existió y que sí tengo un sitio. Y a partir de ahora, gracias a vuestro trabajo, un sitio donde recordarle y agradecerle todo lo bonito que nos ha dado a su padre, sus hermanas y a mí.



Premio de la Categoría General de FotoEnfermería2022

Redacción.

Cientos de **enfermeras de toda España** han presentado fotografías impactantes, emotivas y rebosantes de humanidad en la quinta edición de **FotoEnfermería**, que en esta ocasión ha ganado **un lucense**.

El concurso de fotografía enfermera que nació con el objetivo de **visibilizar la profesión** y dar a conocer el alma de sus profesionales.

En la **Categoría General** fueron los miembros del jurado, compuesto por enfermeras y enfermeros del CGE

y fotógrafos de reconocido prestigio, quienes seleccionaron las mejores fotografías. Así, la fotografía ganadora del primer premio, dotado con 1.000 euros, en esta categoría ha sido *Mientras todos duermen*, de **Javier Cabana**, un enfermero de **Lugo**, que con su imagen pretende reflejar el **cuidado enfermero** las 24 horas del día. "La profesión de la enfermería son **24 horas de constancia**, esfuerzo, trabajo y en muchas ocasiones silencioso y, sobre todo, las noches, ese trabajo continuo **en soledad** es importante visualizarlo y saber que la enfermera siempre está ahí", afirma **Lourdes Bermello**, presidenta del Colegio de Enfermería de Lugo.



Javier Cabana y Lourdes Bermello.



Presentación libro

“Elvira López Mourín”

Redacción.

Se presentó el libro *Elvira López Mourín. Un viaje de altura*, de Emilio Rubén Pego Pérez, Isidoro Rodríguez y Lourdes Bermello.

Una enfermera heroica

La historia de la lancareza Elvira López Mourín es la de una mujer de orígenes humildes que llega a Madrid sin saber leer ni escribir y a base de tesón, esfuerzo y una gran vocación sanitaria entra a formar parte en 1918 de la primera promoción de enfermeras profesionales de la Cruz Roja junto a otras cuatro compañeras. Pero no solo consigue este hito, sino que el 1 de noviembre de 1922 firma otra hazaña al participar, de forma voluntaria, en el primer vuelo en misión sanitaria de la aviación española, realizado durante el conflicto bélico del Rif.



Foto. Los autores del libro sobre López Mourín.
Victoria Rodríguez.

Esta mujer heroica vino al mundo en el año 1893 en la parroquia lancareza de San Martiño de Río y falleció en Madrid en 1961, sin perder nunca la conexión con su tierra natal, a la que solía regresar cada año en verano.

En la capital española fue pionera en el desarrollo de la enfermería. Tras completar su formación como miem-

bro de aquella primera promoción de la Cruz Roja, Elvira López se presenta a unas oposiciones para enfermera militar y la destinan al hospital de Melilla, donde coincide con el médico Víctor Manuel Nogueras.

Según recuerda el investigador Miguel Ángel González Canomanuel, ambos fueron protagonistas del primer vuelo en misión sanitaria, realizado en la noche del 1 de noviembre de 1922. “Ese día hubo un ataque inesperado a la posición militar. En el campamento al que estaban evacuando a los heridos no había médicos ni sanitarios. Debido a la urgencia, el Estado Mayor decide que despeguen tres aviones para ir a buscar un equipo quirúrgico a Melilla para llevarlos a atender a los heridos”, explica este médico de urgencias, experto en la aviación sanitaria.

Era un vuelo nocturno, en un avión con cabina abierta y en un conflicto bélico, con una pista de aterrizaje marcada con bidones con leña ardiendo. Elvira López se presta voluntaria, pero se encuentra con que el reglamento militar no permite a las mujeres subir a aviones de guerra. Lejos de rendirse, la lancareza “se empeña” y aterriza junto al resto del equipo en el campamento de Dar Drius, donde se encuentra con “366 heridos y treinta y tantos muertos”.

Durante toda la noche atienden sin cesar a las víctimas, en una proeza que le valió a la lancareza multitud de reconocimientos, desde el rey y la reina hasta ministros. Esta gesta fue también el motivo por el cual Correos, a instancias de Canomanuel, editó en 2020 un sello conmemorativo del Año Internacional de las Enfermeras y las Matronas con la imagen de Elvira López Mourín.

Durante la Guerra Civil, la lancareza permaneció trabajando en su hospital de Madrid e incluso fue sometida en 1939 a un consejo de guerra en el que quedó exonerada.



Curso "Seguridad y factor humano en la asistencia avanzada al paciente crítico"

Redacción.

Realizado en el Colegio de Enfermería de Lugo el curso Seguridad y factor humano en la asistencia avanzada al paciente crítico. Soporte vital avanzado para enfermería. Impartido por David Peña Otero y Ricardo Navalón Liceras.





Curso “Cuidando la piel: Higiene, prevención y tratamiento de las heridas”

Redacción.

Curso realizado en Lugo los días 8, 9 y 10 de Marzo e impartido por David Peña Otero.





Jornadas de Enfermería Medrando Profesionalmente

Redacción.

El 19 de abril del 2023 se celebraron las jornadas de la Escuela Universitaria de Enfermería en las que se trataron los temas Formación, Investigación e Innovación.

Destacaron las ponencias de las ex-alumnas Coral Saavedra Mariño con sus trabajos fin de grado reconocidos con el premio extraordinario Fin de Carrera “El papel de la enfermería en la muerte asistida” y Laura Pardo Señor con su TFG “Educación afectivo-sexual: perspectiva universitaria en Galicia”.



Coral Saavedra Mariño.



Laura Pardo Señor.



Día Internacional de Enfermería 2023

Redacción.

Coincidiendo con el Día Internacional de la Enfermería se celebraron el 12 de Mayo unas jornadas de enfermería en el HULA "Nuestras enfermeras. Nuestro futuro"

Destacar la conferencia inaugural "Imaxe social da enfermmería: factores preponderantes, actitude persoal y linguaxe" y su ponente Isidoro Rodríguez Pérez, presidente de la Academia Gallega de Enfermería y referente de la enfermería gallega y lucense.



Isidoro Rodríguez Pérez.



Fiesta de la Enfermería “Homenaje a la excelencia profesional” 2023

Redacción.

El 26 de mayo se celebra la fiesta de la Enfermería que año tras año homenajea la Excelencia profesional.

En la fiesta se entregaron las insignias a los jubilados 2022 y a los colegiados con 25 años de profesión.

Se impone la insignia “Practicante Faustino Vilar” a María Josefa Lourdes Blanco Ayestarán.

Al final de la velada se entregaron los premios científicos Muralla 2023, el primer premio a el trabajo científico “Análisis de las prácticas de restricción física a través de la contención mecánica en urgencias psiquiátricas”, sus autores Camilo José Vázquez Corveiras y Hugo Antonio Pena Valiño.

Segundo premio al trabajo científico “Influencia del gas radón en el cáncer de pulmón”, autor Nicolás Carreira Gómez.

Y en la categoría publicaciones científicas, primer premio al artículo “Resultado funcional a través del índice de Barthel en pacientes con Ictus Isquémico durante la pandemia de Sars-CoV. Estudio descriptivo” autores Emilio Rubén Pego Pérez, Lourdes Bermello López, Rosario Marín Arnés, Eva Gómez Fernández e Irene Núñez Hernández.



María Jesús Pérez Taboada, María Josefa Lourdes Blanco Ayestarán y Lourdes Bermello López.



Enfermeras Jubiladas 2022.



Enfermeras 25 años de profesión.



Pilar Penela Puga, Nicolás Carreira Gómez, Inés Rivas Fernández.



Pilar Penela Puga, Emilio Rubén Pego Pérez, Inés Rivas Fernández.

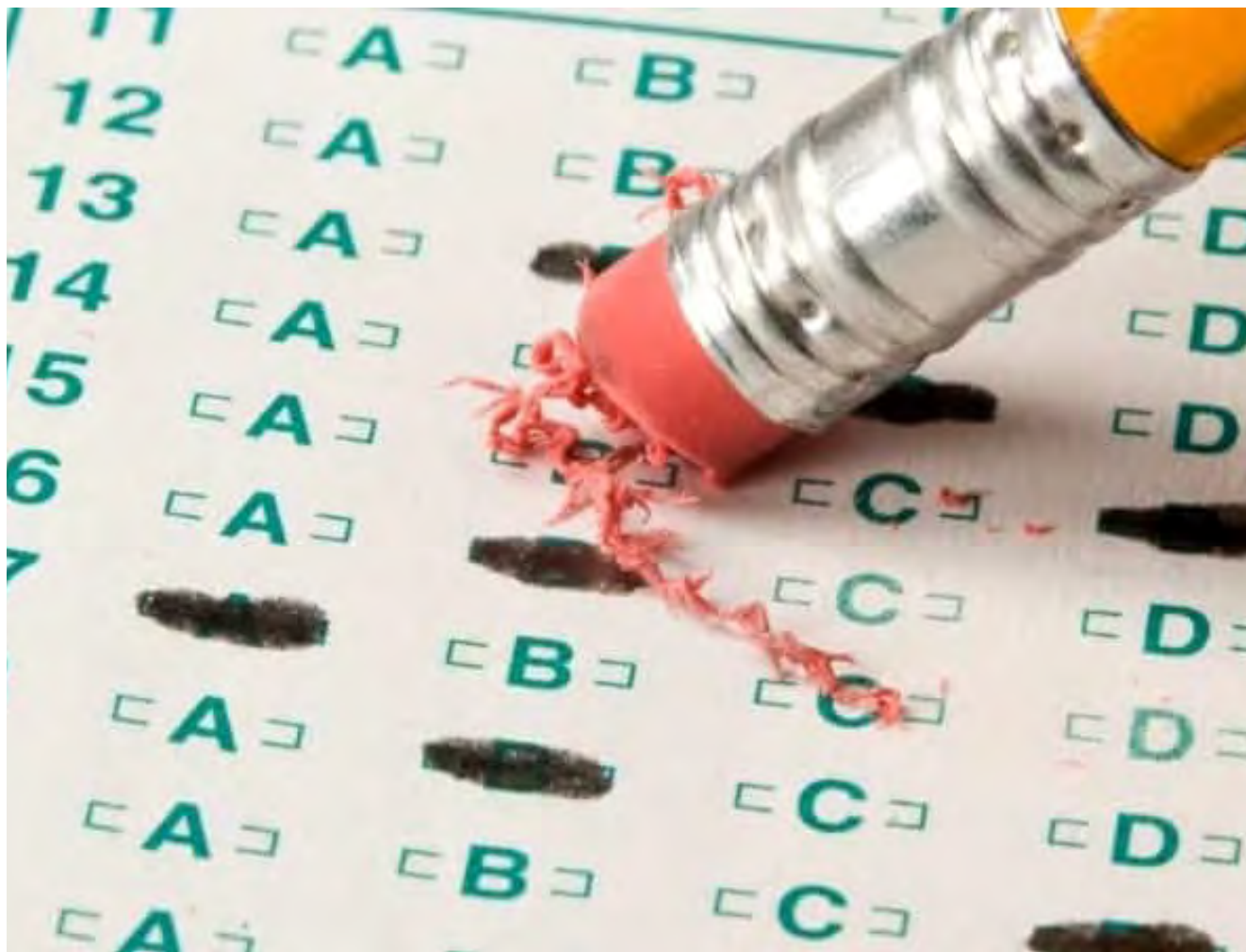


Pilar Penela Puga, Camilo José Vázquez Corveiras, Hugo Antonio Pena Valiño, Inés Rivas Fernández.



Vía excepcional

María Rodríguez Trigo • mrtrigo1977@gmail.com



Todo comezou polo ano 2010. Traballaba no PAC de Monforte. Un sindicalista animounos a matricularnos nun proceso excepcional para obter o título de especialista en Enfermaría Familiar e Comunitaria. Tiñamos que cumprir uns requisitos e posiblemente teríamos que pagar unhas taxas e xa estaría. Sen saber moi ben no que me metía, inscribínome. Nunca pensei que tería que esperar tanto para pechar este capítulo narrado. Doce anos, nin máis nin menos. Non é bo vivir con obxectivos tan a longo prazo, pero non esperaba que pasara tanto tempo. Agora entendo a teoría de que hai que establecer metas a curto prazo. Pareceume surrealista. Compañeiras anotadas e xubiladas non tiveron a oportunidade de presentarse ó exame. Outras tristemen-

te faleceron con ese trámite pendente. Toda unha vida. Si. Toda unha vida facendo exames de opción múltiple. Non sei se me converterei nunha especialista en enfermaría familiar e comunitaria, o que si noto é que me especialiceí en facer probas tipo test. Xa na escola de enfermaría comezas, logo tres ou catro oposicións coa súa correspondente preparación. E cando tes a praza e imaxinas que a rutina de marcar a resposta correcta rematou, aparece unha oportunidade que dicían non debíamos perder. Descoñezo se foi positivo ou negativo, porque foron anos tras anos anotada nas formacións ofrecidas polo sindicato e o colexio para preparar un exame que dicían sería doado. E veña a facer test, e repaso. E repaso intensivo...e nunca chegaba o momento de pasar páxina.



Decidín pensar que, en lugar de facer pasatempos, cos simulacros protexía dalgunha maneira o meu cerebro. Un xeito de xustificar o meu esforzo. Pasaron os anos. Si, parecía máis un exercicio de estimulación cognitiva. É difícil motivarse durante doce anos sen ter unha data de exame. E diredes: oe! que ninguén te obriga, ademais tes a oportunidade única e excepcional!!!.

Non sei como foi o proceso polo miúdo nas especialidades anteriores, a verdade é que na que está por saír, a especialidade de Enfermería de Cuidados Médico-Cirúrxicos, podes rexistrarte pero non hai programa. Na opción na que embarquei xa estaba o temario dende o principio e as formacións case comezaron no momento de deixar a opción de apuntarse. Son cumpridora, algo ansiosa e non me gusta deixar as cousas a medio facer nin procrastinar. O saber non ocupa lugar din, neste caso ocupou tempo.

E chegou o momento da primeira convocatoria de exame. Dende que me apuntei ata ese día xa me saíron canas. Sería a través dunha plataforma. Cinco posibles respostas, estaba acostumada a catro respostas, xa non era tan doado como se anunciaba. Non foi sinxelo, tres horas concentrada ó máximo. Feito. Resultado 99,14 non apto. Vaia, estaba moi preto do 100. Que frustración. Tería unha segunda oportunidade un ano despois. Un ano máis sobre doce, que máis da!!!!. Ademais de facer simulacros lin todos os temas con atención. Que contradición estar traballando nunha planta de Especia-

lidades e optar pola especialidade de Enfermería Familiar e Comunitaria. Outro mundo. Dediqueille todo o tempo que podía. Era un reto levar ese obxectivo adiante, xa pola dignidade persoal. Moitos anos dedicados a algo, demasiados. Nese ano non tiven vida social. Chegou o día, saíu ben. Respiro aliviada. Saen as notas. Son apta. Liberación. Sentín que era de xustiza por tanto tempo transcorrido. Danme a opción de esperar por si quero participar na proba excepcional para obter o título de Enfermería de cuidados médicos-cirúrxicos xa que so se pode obter unha especialidade por esta vía. Nin sendo a miña paixón volvo pasar por ese proceso. Os anos pasan e pesan. Pensei, remataron os test!!!. Podo saír desta gaiola para cambiar de aires. E case sen ter tempo para gardar as notas e pasar a outras actividades aparece a opción de matricularse na OPE para loitar por unha praza de enfermería familiar comunitaria. E penso, non teño moitas posibilidades pero, xa que o teño fresco, imos aló. Malo será que non se cumpran os prazos. Entrar de novo noutro proceso. Busquei os apuntamentos da escola, os de comunitaria. Para lembrar vellos tempos. Cantas cousas pasaron dende aquelas páxinas cheas de ilusión. Daquela non sabiamos onde chegaríamos. Hoxe xa poden guiar o seu camiño algo mellor. Non queimedes os apuntamentos, nunca se sabe. E o sindicato manda a opción para apuntarse na formación e preparar esa OPE. E comeza de novo, busca temario, o sábado teño un simulacro. Moitas veces acerto a resposta de tanto test que fixen. Porque especialista en comunitaria non sei... agora especialista en facer test....iso é outro tema.



A enferm3ría e as redes sociais

Mirian Casas L3pez • mirian_boveda@hotmail.com

S3, hoxe vou sacar a miña vea m3is millennial para falar dun tema que en xeral me encanta, que son as redes sociais, relacionado con outro tema que me encanta, a enferm3ría, e da mestura de ambos neste milenio tan tolo que nos est3 quedando. Se a irrupci3n en redes 3 algo beneficioso ou non para a profesi3n... pois sendo boa galega, dir3a que depende. As3 que, va3mos por partes.

As redes sociais tiveron un crecemento exponencial nestes 3ltimos anos. A humilde servidora que vos escribe, que esta no inicio da treintena e viviu os maravillosos noventa, a3nda recorda un mundo sen internet, sen redes sociais, sen ter que documentar cada cinco minutos onde est3 un, o que est3 a facer, con quen, e mencionar donde mercou o pantal3n que leva. Que tempos! 3 dicir, que en apenas un par de d3cadas pasamos de ser pr3cticamente Pedro Pica-piedra a vivir nunha especie de Matrix. Moitos autores incluso afirman que como sociedade non nos est3 a dar tempo a adaptarnos a tal cantidade de cambios a hora de relacionarnos, porque a tecnolox3a avanza m3is r3pido ca nos. Isto dar3a para un debate m3is ca interesante, pero neste caso, como o que nos ocupa 3 a enferm3ría, centrar3monos m3is neste tema.

Como vos dixen, a min g3stanme bastante as redes sociais, non vou ir agora de persoa m3stica que vive nun retiro espiritual coas s3as cabras no monte e sen m3is compa3a que un transistor. Adem3is, son da xente ilusa que pensa que as redes sociais, malia todo, poden ser beneficiosas se se lles da un uso adecuado. Como dic3a Spiderman, "un gran poder, conleva unha gran responsabilidade" (creo que se buscadeis referencias serias, esta non 3 a secci3n da revista indicada). E no tocante a enferm3ría, g3stame diferenciar tres tipos de contas en redes sociais: as de divulgaci3n cient3fica, as de humor e as que fixeron a carreira de enferm3ría pero no fondo son influencers frustradas.

A enferm3ría divulgativa ten unha gran aceptaci3n nas redes, con compa3eiras que te3en moito tir3n entre o

p3blico e desde unha perspectiva seria, cient3fica e con rigor, levan 3 profesi3n enfermeira a moitos rinc3ns da sociedade, 3s que, doutra forma, non dar3amos chegado. Son casos como os de @mienfermerafavorita, @enferactive, @perdidue e @enfermero_de_urgencias, que de forma activa desde os seus perf3s de redes falan de enferm3ría e sa3de cada unha desde a s3a zona de co3ecemento. @mienfermerafavorita 3 unha enfermeira especializada en medicina est3tica, que desde o comezo da pandemia informou con gran rigor sobre todas as novidades sobre a Covid - 19; @enfermeractive, unha enfermeira s3per nova pero con unhas ganas de formarse inmensas, fala de temas variados pero sobre todo documenta a s3a experiencia preparando o exame de acceso a especialidade; @perdidue que entre comentarios sarc3sticos sempre conta cousas moi interesantes do seu traballo na UCI, e para rematar @enfermero_de_urgencias, que fai v3deos moi visuais e explicativos de procedementos de urxencias, donde traballou durante moitos anos. Hai moitos exemplos m3is, est3 claro, pero tampouco se pode seguir a todo o mundo, tr3tase de que as redes che aporten algo, non de que botes cinco horas vendo v3deos, a3nda que sexan sobre como po3er unha v3a intra3sea e non un baile de tiktok.

Deixando a un lado a enferm3ría divulgativa, t3canos a humor3stica, porque, imos ser honestos, a quen non lle fai gracia un meme sobre a supervisora de turno que non concede os Lds? Eses que nos serven para etiquetar os nosos amigos hospitalarios, baixo o cancelo #s3somos, ou que nos sacan unha gargallada porque nos recordan algo que pasou nun turno da semana pasada? O humor vai impl3cito nesta profesi3n, na que pasamos situaci3ns duras e aprendemos a xestionar a trav3s de humor e tam3n r3ndonos un pouco de nos mesmos, porqu3 non? Xa o dixo Henry Bergson, escritor e fil3sofo franc3s, "a risa 3 a forza correctiva que nos impide volvernos tolos". Ben, quiz3is tolo non 3 un t3rmino moi pol3ticamente correcto neste s3culo, pero seguro que entendedes o que este bo home quer3a transmitir. Como sexa, contas como as de @enfermera_saturada (que adem3is 3 un influencer patrio), @



Imagem de Freepik.

paumatalap ou @enfermeradememes entre outros, conseguen sacarnos un sorriso dándolle unha interpretación cómica a situacións cotidiáns que todas vivimos no traballo. Non hai mal turno que un meme non poida mitigar.

E xa por último, e por desgraza as que máis ruído fan a pesar de ser minoría é o terceiro grupo, as influencers frustradas, que sería máis ben un caixón de sastre. Aquí hai un pouco de todo; por un lado están as que saen dicindo cousas que baixo ningún concepto deberían dicir, polo menos en público (supoño que todas recordamos as enfermeiras que gravaron un vídeo no seu lugar de traballo, un hospital catalán, menosprezando a lingua cooficial desa rexión), e despois xa as que basan o seu turno no postureo. Eu son da opinión de que cando un se pon un pixama branco (ou da cor que sexa), unha bata, etc. non se está a representar só así mesmo, senon a toda a súa profesión. E a min non me representa unha persoa que dedica boa parte do seu turno a facerse selfies no espello do baño da unidade, que se pon no almacén a facer bailes de tiktok ou que grava aos compañeiros mentras están a traballar. Creo que o auxe desta moda foi durante a pandemia, con vídeos de sanitarios ensinando as marcas que os EPIs deixaban nos seus corpos... ben, podo entender que isto xurdira como unha forma de concienciar a unha poboación que nun inicio estaba

un pouco reacia en canto os efectos perxudiciais do covid pero... os bailes cos EPIs postos que viñeron despois? Os selfies coas pantallas de protección? Onde remata a necesidade de concienciar e comeza o ego?

Tres anos máis tarde, eu teño bastante claro. Entendo as redes como unha ferramenta de divulgación estupenda, que nos axudan a quitarnos o sanbenito de "pincha cús" e lle da a enfermería o rango de profesión científica que merece... pero coidado, porque é un arma de dobre filo, sobre todo cando hai xente que se dedica nos seus turnos a documentarse en selfies en lugar de mirar á cara os seus pacientes. As redes sociais están ben, sempre que non perdamos o foco principal.

E despois de poñerme tan intensa neste último párrafo, cousa que non pega nada co resto do artigo en xeral, só me queda pedirvos que fagades uso con cabeciña das redes, que están moi ben, pero que hai que saír airearse tamén, que a vitamina D é moi necesaria, xa sei que é difícil de sintetizar nesta zona da península, pero tamén foi difícil pasar do Nokia o Smartphone e todos o fixemos.

Así que, por favor, o instagram con sentidiño, e os selfies, mellor no baño do bar as catro da mañá, que no baño de urxencias as tres da tarde.



Descubrinto a alma de ASPNAIS

Andrea Simón García, María Mendivil Freijoó, Eva Ordiz Suárez, Martina López Sasía, Alejandro Segado Fernández, Marta Caballero Míguez¹, Isidoro Rodríguez Pérez²

1. Estudantes do Obradoiro de Escritura e Comunicación da Escola Universitaria de Enfermaría de Lugo. Universidade de Santiago de Compostela.

2. Coordinador do Obradoiro de Escritura e Comunicación da Escola Universitaria de Enfermaría de Lugo.

O pasado xoves 2 de marzo de 2023, realizouse unha visita ás instalacións da Asociación de Pais ou Titores de Persoas con Discapacidade Intelectual de Lugo (ASPNAIS) na capital do concello lucense. Esta visita foi realizada por estudantes de enfermaría de primeiro e segundo ano da Escola Universitaria de Enfermaría de Lugo xunto ao presidente de ASPNAIS, José Reigosa García; a xerente Mónica Seijas Rodríguez; a directora da área de Servizos Xerais, Carmen López Mosquera; a Directora da Biblioteca Provincial Pública do Estado de Lugo, Sabela Pérez Fórneas; a Exconcelleira e Xefa de Servizos Sociais da Xunta de Galicia en Lugo, Branca Rodríguez Pazos; o Presidente do Colectivo Egeria, Xulio Xiz Ramil; Isidoro Rodríguez Pérez, profesor da USC e enfermeiro; Noemí Castro Sánchez, coordinadora das visitas ao centro; Alfonso Lamas, e Anxos Cabado.

Durante esta visita tivemos a oportunidade de descubrir o verdadeiro mundo das persoas residentes nesta institución, en calidade de invitados. Ofrecérennos a ocasión de acompañarlles en diferentes talleres e actividades que estaban a realizar na súa xornada cotiá, ademais de amosarnos o verdadeiro potencial da fundación, tanto na súa forma física como na non tanxible, esa parte que non somos capaces de percibir por medios físicos, pero que doutra banda repousa tras o rostro de cada unha das persoas relacionadas con esta asociación. Temos que dicir que despois de realizada a visita nos convidaron a un café e unha rosca elaborada na súa cociña, na mentres nos deron todo tipo de explicacións sobre o funcionamento do centro, a vez que nos convidaron a colaborar con eles acompañando a pasear aos seus socios algún sábado, o que nosoutros tamén trasladamos as persoas que nos estean lendo.



Con todo, non somos capaces sequera de poder acouitar a verdadeira repercusión que ten ASPNAIS na vida de tantas persoas. Cabe destacar que os propios usuarios nun alarde de independencia e autorrealización (conceptos moi importantes na vida de calquera individuo e de alto interese para os coidados profesionais de enfermaría), foron capaces de levar a cabo a creación de diversos obxectos, mesmo mobles, que teñen como destino completar e reforzar a propia infraestrutura do complexo, demostrando un notable talento e mesmo perfeccionismo á hora de levar a cabo os seus traballos.

En canto ao persoal destinado a coidar e apoiar aos residentes no antigo Hospital provincial San José, proporcionáronsenos os datos de que actualmente contan con ao redor duns 80 profesionais de distintos sectores, englobando diferentes especialidades. Entre estas disciplinas atópanse fisioterapia, enfermaría, terapia ocupacional ou outros profesionais especializados en diferentes materias.



No obradoiro da madeira observando a un usuario elaborando unha peza. Foto: Noemí Castro Sánchez

No referente aos diversos talleres destinados á inclusión laboral e á xa mencionada realización persoal dos residentes, podemos afirmar que tanto o número como a diversidade destes é realmente amplo. Este traballo desenvólveno en talleres entre os que se atopan o de restauración (neste encárganse da elaboración da comida diaria ou preparación do comedor), cerámica (realización de obxectos de cerámica, decorativos, de enxoval, trofeos), pintura (decoración dos obxectos realizados no taller de cerámica, ademais de realizar cadros artísticos), carpintería (elaboración de pratos para polbo, así como outros obxectos), lavandaría (onde lavan e pasan o ferro a roupa), taller de serigrafía e gravado, xardinaría, elaboración de fregonas, envasados ou reciclado de tapóns e plásticos. Todos estes servizos pódense utilizar por particulares e empresas que estean interesados.

Un dos obxectivos desta forma de traballo é crear un ambiente máis que adecuado para a vida que cada día desenvolven os 183 usuarios que actualmente utilizan estas instalacións. Para o que contan con espazos preparados, o ximnasio ou os xardíns na parte exterior, onde podemos atopar áreas de descanso e relaxación como a zona de chill-out que crearon co seu propio esforzo, facéndoa adecuada para o correcto e necesario descanso e repouso destas persoas.

Puidemos observar dende talleres con obxectivos tan abstractos e creativos como os de pintura e cerámica, até os máis enfocados á produción, uso doméstico e ocupación no seu aspecto máis literal que acaban chegando a moitos dos establecementos non só da cidade de Lugo, senón tamén de toda a comunidade de Galicia. Ademais

destes traballos de artesanía, desde ASPNAIS tamén proporcionan apoio a todo aquel que o solicite.

Cremos que é de vital importancia dar unha maior visión do que a asociación pode ofrecer a toda a poboación galega. Como profesionais en formación da enfermaría, esta actividade fíxonos reflexionar sobre a importancia dos coidados integrais e holísticos nos que non soamente reviste gran importancia a aplicación de técnicas e ou administración de medicamentos, senón a atención personalizada atendendo as circunstancias persoais, á cultura, espiritualidade, forma de pensar e estar socialmente da persoa mellorando a calidade de vida e o seu coidado, algo que buscamos ou recomendamos para os nosos usuarios.

Despois de realizar esta visita, podemos dicir que a asociación de ASPNAIS con domicilio social en Lugo, leva a cabo un labor de suma importancia e contribúe non só ao apoio dos seus socios, senón que tamén afecta á poboación total da cidade, provincia e inclusive á comunidade de Galicia na súa totalidade. Sería por todo isto de enorme interese que as institucións gobernamentais tomen unha posición de implicación e total apoio cara a estas entidades, co fin de obter unha maior difusión, recadación de fondos ou até conseguir a apertura de novos centros destinados a alcanzar obxectivos tan valiosos e fundamentais como os que busca lograr ASPNAIS.

Temos que agradecer a esta asociación que nos permite compartir parte dunha xornada cotiá na súa vida e convidar a quen lea este artigo para que siga a nosa experiencia dado que *calquera persoa que o desexe pode concertar unha visita particular ou en grupo ao centro.*



QUEN foi... a pioneira na xestión de Enfermaría en Lugo no S.XX? Maria Josefa Lourdes Blanco Ayestarán

IsidoroRodriguez Pérez • Isidoro.rodriguez@usc.es

Coñecina e coñecímola como M^a José Blanco. No último terzo do século XX era a Xefa de Enfermeiras na Residencia Sanitaria da Seguridade Social de Lugo e posteriormente a primeira Directora de Enfermaría do complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo.

María José Blanco é una mestura de culturas, debido á profesión de seu pai que era ferroviario. Naceu en Tolosa (Guipuzkoa) xa case mediado o século XX (1946), pasou a súa infancia en Lugo.

Na Escola de Maxisterio de Lugo estudou esta carreira e posteriormente trasládase a Barcelona para realizar os estudos de Axudante Técnico Sanitario (ATS) obtendo esta titulación na Facultade de Medicina.

Cando falamos da motivación para estudar enfermaría, non hai un punto de inflexión ou unha razón transcendental ou mística. Refire que ATS estaba

entre os estudos que realizaban as mulleres e despois de estudar Maxisterio Enfermaría gustáballe sen máis.

O que máis lle gusta da profesión e o trato, tanto cos enfermos como cos profesionais.

Ao rematar a carreira de enfermeira continuou formándose con cursos de formación continuada (postgrao). Recordamos que o que lle supuxo un maior sacrificio foi o de Xestión Sanitaria que o realizou en Madrid a principios da década dos 80, era unha edición que se realizaba para persoal que estaba exercendo funcións de xestión, duraba seis meses en fins de semana, resultoulle máis livián por que viaxaba con compañeiros da dirección de Lugo, o que lles permitía relevarse para conducir.



M^a José e Rita, compañeiras e amigas. Fonte: Isidoro Rodríguez Pérez.

Persoa humilde, cercana, de trato fácil, sinxelo e cordial, boa conversadora e con criterio. Moi familiar e que conta con boas amigas e amigos, a maior parte delas procedentes do mundo sanitario. Ten unha irmá tamén enfermeira que estudou en Madrid.

Formou parte da Pastoral Sanitaria onde exerceu cargos de responsabilidade pois foi a Secretaria.

Cantou na Coral do Hospital Xeral, nos seus inicios, baixo a dirección de D. Edelmiro Ulloa.

Gústalle cantar e tamén bailar, aínda que algo menos. Tamén ten paixón polo cine.

A súa folla de servizos

Exerceu a profesión dos coidados dende o ano 1966 en Donosti, por estar a súa familia nese momento alí até o 2011 que se xubliou en Lugo.

Rematou a carreira de Maxisterio e a de seguido estudou a carreira de Enfermeira con 20 anos, xa conta co título para exercer.



M^a José Blanco, Isidoro Rodríguez e Rita Alonso, unha tertulia en abril 2023. Fonte: Isidoro Rodríguez Pérez.

Traballou en Donosti (San Sebastián) durante 6 anos.

Trasládase a Lugo a Residencia Sanitaria da Seguridade Social (1971), ano no que se colexia en Lugo.

Comeza a traballar no Servizo de Cirurxía.

Formou parte da recentemente inaugurada Escola de ATS- Feminina como Monitora (1972).

Cando se inaugurou o Hospital Xeral de Lugo asumiu a Xefatura de Enfermaría. Hai que subliñar que **foi a primeira Xefa de Enfermeiras laica da Residencia Sanitaria de Lugo** e sen unha ideoloxía política.

Puxo en marcha o Hospital Materno Infantil, que foi inaugurado por Hernández Cochón (Conselleiro de Sanidade da Xunta de Galicia) a mediados dos 80.

Posteriormente e durante a década dos 80 foi a **Pri-meira Directora de Enfermaría do Hospital de Lugo**.

No 91 é relevada do seu cargo e pasa a exercer de enfermeira no Servizo de Farmacia do Hospital de Calde tendo, no servizo, de compañeiras a dúas auxiliares de enfermaría.

Refire que o seu reencontro coa enfermaría de base no Hospital de Calde foi moi satisfactoria que tropezou con

moi boa xente e que a aceptaron moi ben ao igual que cando exerceu o cargo directivo médicos e enfermeiras tratárona moi ben e o resto do persoal do hospital tamén. Séntese querida e apreciada por todos e por todas os e as que traballaron con ela.

Experiencia docente

Foi monitora da Escola de ATS-feminina da Residencia Sanitaria da SS de Lugo dende a súa creación ate asumir o cargo de Enfermeira Xefa a principios dos 70.

Realizou e impartiu docencia en cursos de formación de potsgrao.

As súas relacións co Colexio de Enfermaría e con outras institucións, sempre foron cordiais. No COE de Lugo formou parte da Comisión Asesora da Revista Madurez, a mediados dos 80.

Como viviu o cambio de ATS a Diplomados en Enfermaría?

Todo cambio resulta ser traumático pero entendeu o paso de ATS a DUE como unha mellora para a profesión enfermeira. Parecelle ben e viuño como unha ocasión para medrar profesionalmente. Ao mellor non foi a fórmula adecuada, pero aceptouna de ben. Tratou de mediar nos conflitos que podía xerar o cambio e a convivencia nos primeiros momentos entre ATS e DUE que non se observaron no caso do noso hospital.



Enfermaría disciplina ou profesión

Sempre entendeu a enfermaría como unha profesión de coñecementos que se aplican a través dunhas técnicas. Sen estes coñecementos a profesión non existiría. Así cando coñeceu o Modelo de Virginia Henderson, implantou este modelo no Hospital de Lugo. Foi custoso facer entender as profesionais que tiñan que realizar os rexistros e as historias de enfermaría, pois viñamos dunha profesión técnica e estabamos tratando de camiñar cara unha atención integral (que xa se facía) pero non había constancia escrita dela, polo que foi unha tarefa ardua facer entender que o que non se rexistraba era como se non existise (non se facía).

Foi unha defensora da autonomía enfermeira durante todo o seu mandato como xefa. Neste campo foi moi difícil pois a maioría dos médicos vían a enfermeira como unha subalterna, unha secretaria, unha executora das ordes médicas. A maioría dos médicos consideraban que: "a enfermeira é os ollos, os oídos e as mans que executaban as ordenes do médico, en definitiva a extensión del médico". Non lle importaba dialogar e se facía faía enfrontarse ao médico para defender a enfermaría, pero eran tempos moi difíciles neste terreo e había que tentar e manter un equilibrio, difícil de conseguir cando se empeza a producir un cambio deste tipo.

Como definiría a súa xestión?

A súa xefatura baseouse na confianza. Ela coñecía todo o persoal de enfermaría polo seu nome e apelidos, as súas circunstancias persoas, as súas capacidades.

A súa ferramenta escoitar ao persoal e dialogar con el.

O seu despacho sempre estaba aberto para recibir a cada traballadora/or que estaba ao seu cargo. Cando alguén ía falar con ela procuraba estar a solas coa persoa, algo que na primeira etapa como xefa non lle resultaba doado as veces. Temos que situarnos no momento social do que estamos a falar en plena ditadura.

Considera que soubo escoitar e dar a súa opinión sen reprimendas.

Tamén tiña o seu xenio e cando puña voz de falsete e ao falar adiantaba a mandíbula inferior, había que ser consciente que se estaba encabuxando.

Concedeu e defendeu a autonomía das supervisoras de enfermaría, no seu traballo, pois confiaba nelas.

Cambiou o modelo de quendas pasando das noites toda a semana a noites alternas tanto as como os profesionais.

Un dos momentos máis difíciles como xestora foi nunha folga a mediados dos 80, pois rompeuse todo tipo de diálogo entre os traballadores e a dirección. O conflito orixinouse inicialmente no sector médico e despois estendeuse á enfermaría, auxiliares ou celadores. Chegou a presentar actitudes moi belixerantes e de intransixencia incluso con enfrontamentos entre os mesmos traballadores. Ao final solucionouse.

Durante a súa xestión cando era consciente de que algo se estaba facendo mal tratou de solucionalo.

Nunca lle gustaron as imposicións e o traballo piramidal. Tratou sempre se dar liberdade para que as enfermeiras/os lle fixesen propostas e estudar se estas eran realizables, de ser viables supuña sempre.

Algún consello para as persoas que fan xestión na enfermaría?

Eu non aconsello digo o que me foi ben a min durante a miña xestión. Non me gusta falar eu, procurei sempre deixar falar escoitar as propostas das enfermeiras, elas eran as que se enfrontaban aos traballos nos servizos, polo tanto as que mellor coñecían os pormenores, despois valoraba esas propostas e a verdade é que xurdían ideas moi interesantes para realizar mellor o traballo.

Non deixa rematar a entrevista sen engadir algo que fala da súa visión e agradecemento: **quiero subrayar la lealtad mía con mi trabajo y de los y las trabajadoras conmigo.**

Nota final do autor: Quero agradecer a Rita Alonso (enfermeira xubilada), que facilitase e propiciase o contacto e a entrevista.



Contención mecánica y su situación en la actualidad

Lucía González López • Enfermera Especialista en Salud Mental • lucia.gonzalez.lop@gmail.com

Sara Penas Busto • Enfermera Especialista en Salud Mental • Sara.penas.busto@gmail.com

La contención mecánica (CM) es una limitación intencionada de la libertad del paciente y de sus movimientos como parte de un tratamiento. Puede afectar a una parte del cuerpo o a su totalidad. Entre sus objetivos se encuentran principalmente la prevención del daño a sí mismo/a y a terceros/as, así como favorecer la administración de fármacos para la mejora de síntomas psicopatológicos en situaciones de gravedad. Según la definición de la OMS, debe contemplarse como un método extraordinario con finalidad terapéutica, sólo ante situaciones de emergencia y cuando no puedan utilizarse otros medios terapéuticos. Se debe usar de la manera menos restrictiva y durante el menor tiempo posible.¹

Se han hecho muchos esfuerzos para reducir el uso de la CM y medidas restrictivas en general, sin embargo, sigue siendo ampliamente utilizada en toda Europa, aunque con una marcada variación internacional.²

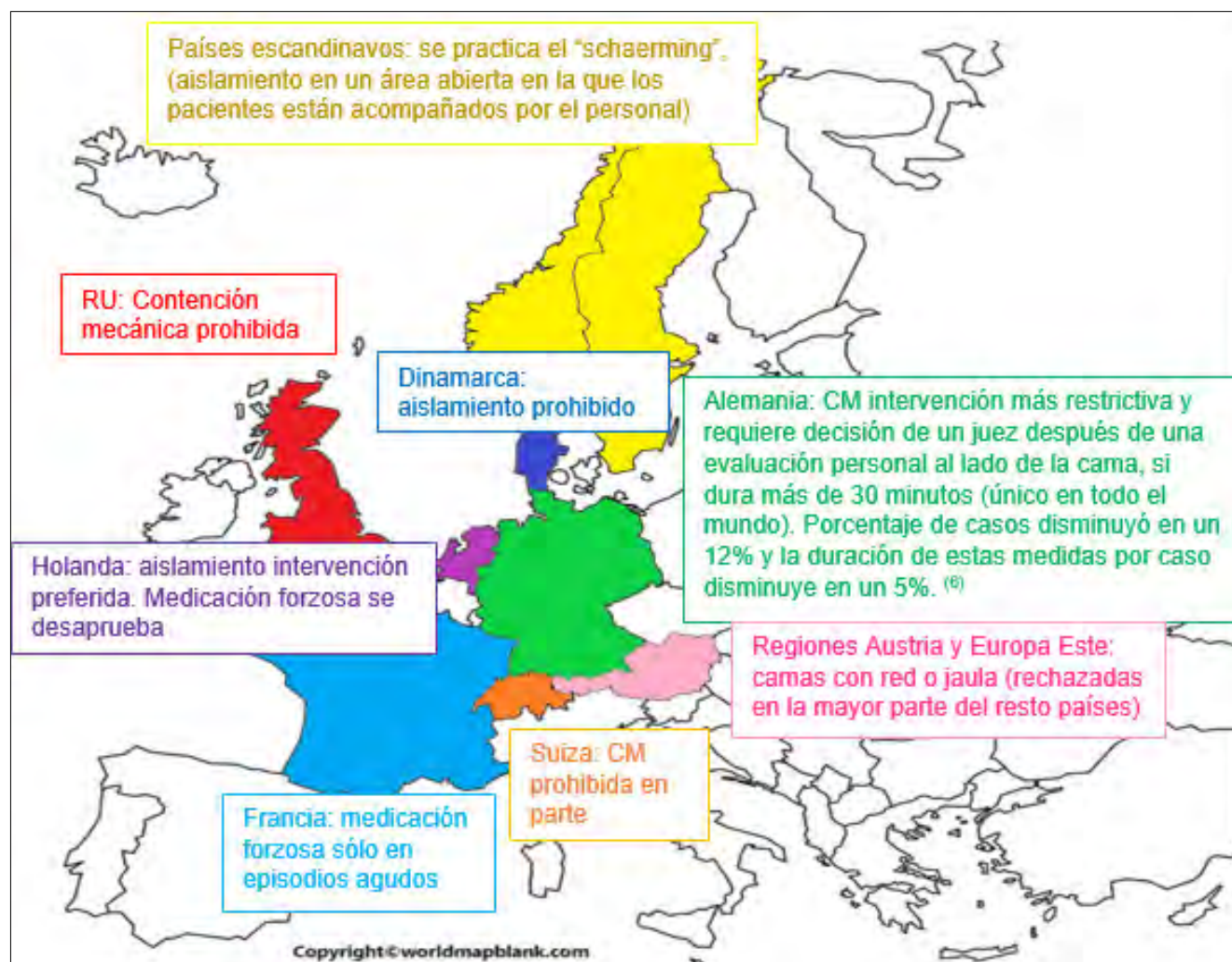
Actualmente no constan datos concretos y actualizados sobre el número de contenciones que se realizan en Europa. Estos datos varían en función de la población de estudio (hospitalizados en unidades de salud mental o somáticas, personas ancianas, personas con discapacidad intelectual ...), del país (no hay una legislación unificada) o incluso de la definición de contención de la que parte cada autor.³ A nivel legislativo en España, se han producido cambios recientes que abordan el uso de las medidas coercitivas, abogando por un control más estricto en la instauración y seguimiento de las mismas. También comienzan a surgir planes estratégicos con el claro objetivo de avanzar hacia la contención cero.¹

Según un informe de la Asociación Española de Neuropsiquiatría de 2017, la situación europea sería la siguiente:

Es indiscutible que estas medidas producen un daño físico y psicológico en las personas que las sufren. Estas repercusiones negativas afectan no sólo a quienes se le aplica la técnica, que pueden sufrir eventos adversos con consecuencias graves (úlceras por presión o cizallamiento, tromboembolismo pulmonar, broncoaspiración, compresión de nervios, descarga catecolaminérgica tras la agitación que puede llevar a arritmias, insuficiencia respiratoria, atragantamiento, pérdida de tono muscular, contracturas, luxaciones, estreñimiento, asfixia, etc.), sino también a los propios profesionales de enfermería. La aplicación de esta técnica genera sentimientos de frustración o culpa por haber tenido que utilizar una medida que es el último recurso cuando las demás fallan, asumiendo el riesgo de poder perjudicar la relación terapéutica (reconocida como esencial para lograr la recuperación del paciente). El deterioro de la relación y el distanciamiento emocional del profesional hacia la persona puede generar a su vez, mayor probabilidad de volver a aplicarse esta medida.³

Dicho todo esto, ¿existen alternativas? En torno a esta cuestión parece que las voces de profesionales y personas que integran movimientos sociales relacionados con la salud mental y activistas por los derechos humanos, se unen en torno a un rotundo sí. Celso Arango considera que “debería existir un número mínimo de contenciones y muchas se pueden evitar con personal bien formado en técnicas de desactivación verbal y, sobre todo, con personal empático y con el tiempo necesario para, mediante la palabra, reducir situaciones de violencia contra uno mismo o contra otros”.

En el año 2016, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA firmó, junto con la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la Federación en ‘Primera Persona’ y la Fe-



Mapa: elaboración propia. Fuente (4)

deració Veus, el denominado 'Manifiesto de Cartagena, por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción', un documento que supone el comienzo de un proceso encaminado a terminar con las medidas coercitivas en el ámbito de la atención a la salud mental.⁶ En esta línea, organizaciones internacionales como la OMS, autoridades políticas como la ONU, el Consejo de Europa, asociaciones profesionales nacionales e internacionales como la WPA y la UEMS, el movimiento de usuarios como la National Coalition for Mental Health Recovery e iniciativas como el Manifiesto de Cartagena en España, han declarado que las medidas coercitivas deben evitarse, abogando por su eliminación, o al menos por "el mínimo uso posible". El quid de la cuestión es saber cuál es el uso mínimo posible e incluso si existe un mínimo que sea posible y justificable y cómo se consigue.⁴

Scanlan (2010) planteó por primera vez siete intervenciones estructuradas para reducir la necesidad de contención y aislamiento. Estas intervenciones serían las siguientes:

1. Política o de liderazgo: apostar por políticas de reducción de intervenciones coercitivas.
2. Revisión externa: comités externos al hospital que revisen los episodios que han precipitado una contención para poder prevenir futuras.
3. Recolección de datos: para evaluar la eficacia de las demás intervenciones y promocionar la "competencia sana" entre las unidades.
4. Entrenamiento tanto en habilidades de desescalada de conflictos como en sensibilización.



Elaboración propia. Fuente (9).

5. Participación activa tanto de paciente-familia en el planteamiento del tratamiento, como en la revisión de los casos que han requerido el uso de medidas coercitivas.

6. Aumentar el número de personal, puesto que el aumento de las interacciones personal-paciente está relacionado con el menor uso de medidas coercitivas.

7. Cambios estructurales de las unidades: los entornos físicos cerrados y poco espaciosos son determinantes en el número de conflictos que pueden desencadenar la necesidad de usar una contención mecánica o aislamiento.⁷ Un diseño de la sala bien planificado y basado en la evidencia puede minimizar el estrés relacionado con el medio ambiente al reducir el hacinamiento y el ruido y proporcionar distracciones positivas, como jardines accesibles para los pacientes, ventanas con

vistas a la naturaleza y una mayor exposición a la luz del día.⁸

Establecido esto, ¿qué hacer cuando detectamos a un paciente que inicia una escalada de agitación?

Una vez agotadas todas las alternativas, de ser necesario instaurar la CM, debemos cuidar múltiples aspectos, ya no solo en la realización de la contención en sí, si no en los momentos posteriores, dónde debemos realizar revisiones constantes del estado del paciente (constantes vitales, confort, necesidades fisiológicas,...) y asegurarnos de revisar que esté correctamente colocada para evitar cualquier consecuencia negativa como las citadas anteriormente. En la siguiente infografía mostramos las principales cuestiones a revisar para una correcta colocación en la cama.



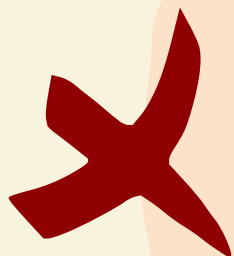
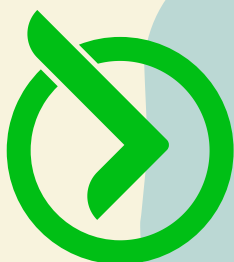
BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Rodríguez E, González López L, Gómez González Y, López Arias M del P, Marcos Castro R, Penas Busto S, et al. PS-03 Contención mecánica. 2023 abr 20.
2. El-Abidi K, Moreno-Poyato AR, Toll Privat A, Corcoles Martinez D, Aceña-Domínguez R, Pérez-Solà V, et al. Determinants of mechanical restraint in an acute psychiatric care unit. *World J Psychiatry* [Internet]. 2021 [citado 2023 Mar 3];11(10):854–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5498/wjp.v11.i10.854>
3. Manzano Bor Y, Mir Abellán R, Falcó-Pegueroles A. La contención mecánica en los cuidados del paciente con trastorno mental: Una aproximación conceptual y crítica. *Rev port enferm saúde ment* [Internet]. 2019;(22). Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/159423/1/695330.pdf>
4. Beviá Febrer B, Bono del Trigo, A. Coerción y salud mental: revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 2018.
5. Flammer E, Eisele F, Hirsch S, Steinert T. Increase in coercive measures in psychiatric hospitals in Germany during the COVID-19 pandemic. *PLoS One* [Internet]. 2022 [citado 2023 Mar 6];17(8):e0264046. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0264046>
6. Salud Mental al día: Informe del Relator Especial de la ONU [Internet]. *Consaludmental.org*. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/EncuentroN22017.pdf>
7. Scanlan J. (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 4(56), 412–423. Doi: 10.1177/0020764009106630
8. Harpøth A, Kennedy H, Terkildsen MD, Nørremark B, Carlsen AH, Sørensen LU. Do improved structural surroundings reduce restrictive practices in psychiatry? *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2022 [citado 2023 Mar 6];16(1):53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13033-022-00562-7>
9. Marín A, Javier R. TÍTULO. Prevención de la Contención Mecánica: Desescalada verbal desde la perspectiva enfermera [Internet]. *Codem.es*. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/A3DCDB24-006C-4D1D-ADAF-05824DD44A07/90ed225b-144c-4cf6-a165-ba9dedf4be2c/90ed225b-144c-4cf6-a165-ba9dedf4be2c.pdf>



CONTENCIÓN MECÁNICA

GUÍA VISUAL DE COLOCACIÓN.
QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER.



Cinturón abdominal.

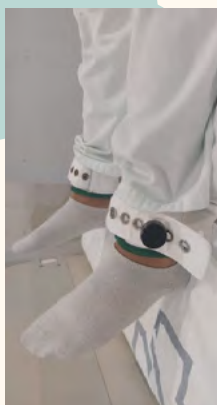


El paciente se ha escurrido y el cinturón se encuentra rodeando el tórax, generando riesgo de asfixia.





Siempre 5 o 3 puntos, NUNCA menos (abdomen + 2 miembros). En 3 puntos SIEMPRE se deben sujetar brazo y pierna contralaterales para evitar que el paciente se escurra.



El botón debe estar siempre visible, apuntando hacia afuera. De otro modo, se pueden generar lesiones por presión en el paciente.



La correa debe dar vuelta recurrente en la anilla. Nunca más de 2 tiras por anilla, pues el botón se traba y dificulta la retirada.

Imágenes: elaboración propia.





Taller educativo sobre el manejo de inhaladores en el Centro de Salud de Illas Canarias

Guimarey Espiño, Eva María¹. Penas Escariz, Fátima².

1. Centro de Salud Illas Canarias. Lugo. España. 2. Centro de Salud Illas C anarias. Lugo. España

RESUMEN

La terapia mediante inhaladores es el tratamiento estrella en el control de las enfermedades respiratorias crónicas como el EPOC y el asma. La elección del dispositivo adecuado a cada paciente y su buen manejo son claves para conseguir los máximos beneficios que nos aportan estos fármacos. La enfermera de familia es la pieza fundamental en la realización de educación para la salud, tanto en consulta como en talleres o en la comunidad.

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de un taller educativo sobre la técnica y el manejo de inhaladores.

ABSTRACT

Inhalation therapy is the most effective treatment in order to tackle chronic obstructive pulmonary diseases, such as asthma or COPD. Both choosing and using the most suitable device are pivotal to achieving the best outcome from drugs. General nurses will play a lead teaching role, not only from her consulting room or office, but also at educational workshops and other community events.

The aim of this study is to assess the efficiency of holding educational workshops on inhalers use and technique.

Having carried out a thorough bibliographic revision, a quasi-experimental study was conducted in order to

Tras una revisión bibliográfica, se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental en el que se evalúa la efectividad de una intervención educativa en el Centro de Salud de Illas Canarias mediante el test de evaluación inhalatoria con el Cuestionario Modificado de Barley (1986) pre y post intervención.

La intervención educativa realizada fue efectiva ya que el 91,11% de los pacientes redujeron su porcentaje de errores en, al menos, el 50%.

Palabras clave: inhalador, intervención educativa, EPOC, asma

assess the efficiency of an educational intervention at Illas Canarias Healthcare Centre (Lugo, Galicia, Spain) by means of an inhalation test using Barley's Modified Questionnaire (1986), both prior and subsequent to the intervention.

The educational intervention was effective as 91.11 per cent of the patients reduced their margin of error by, at least, 50 per cent.

Keywords: inhalator, educational intervention, COPD, asthma.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades respiratorias crónicas más prevalentes en nuestro medio son el EPOC y el asma. La administración de fármacos por vía inhalatoria es el tratamiento de elección tanto para las fases estables como para las reagudizaciones de estas enfermedades debido a su rápido inicio de acción y una menor presencia de efectos adversos sistémicos.

A pesar de los numerosos dispositivos que nos ofrece la industria farmacológica, la falta de destreza en el empleo de inhaladores sigue ocasionando cierto fracaso terapéutico teniendo como posibles causas la dificultad en la ejecución de la maniobra, el olvido de la técnica o la ausencia de instrucción teórica o práctica sobre la misma.



Tras la revisión bibliográfica realizada, en el caso de terapia inhalada se han encontrado pocos estudios que evalúan la efectividad de una intervención sanitaria en cuanto a la mejora de la técnica. Estos hechos no han llevado a plantear una intervención educativa enfermera en el manejo de inhaladores, valorando el resultado de la misma mediante la realización de un test de evaluación inhalatoria pre y post intervención.

OBJETIVOS

Objetivo principal: Evaluar la efectividad de un taller educativo realizado en el Centro de Salud de Illas Canarias sobre la técnica y el manejo de inhaladores a través de los siguientes criterios:

- Describir el manejo previo de los inhaladores identificando los errores que se producen con mayor frecuencia.
- Estimar el porcentaje de mejoría de errores tras la realización de una intervención educativa.

MATERIAL Y MÉTODO

La intervención educativa fue realizada en el Centro de Salud de Illas Canarias mediante un taller sobre el manejo de inhaladores. Los pacientes que participaron estaban adscritos a este centro de salud con diagnóstico de EPOC y/o asma a tratamiento activo y crónico con terapia inhalada.

La captación de pacientes se realizó en las consultas de enfermería de dicho centro coincidiendo con consultas de seguimiento mediante valoración de historia clínica y revisión del tratamiento farmacológico.

La variable principal analizada ha sido el test de evaluación de la técnica inhalatoria mediante el Cuestionario modificado de Barley (1989). Este cuestionario nos indica los errores que se producen en cada uno de los pasos a realizar durante el uso de inhaladores. El paciente se autoadministra el inhalador y se contabilizan los errores totales. Otras variables recogidas fueron el sexo, la edad, patología, tipo de inhalador utilizado y si hubo o no explicación previa de la técnica.

En cuanto al tamaño muestral, se necesitaban captar 59 pacientes en el estudio para confirmar la hipótesis de que el 70% de los pacientes estudiados reducirían el porcentaje de errores en, al menos, un 50% con un intervalo de confianza del 95% y con un porcentaje esperado de abandonos del 5%.

A los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión se les explicó en que consistía el estudio y se les entregó el consentimiento informado. Durante toda la intervención se aprovecharon las visitas asistenciales que los pacientes tenían en el centro de salud.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
- Edad: De 18 a 80 años - Diagnóstico de EPOC y/o asma - A tratamiento activo y de manera crónica ($\geq$ 6 meses) con terapia inhalada. - A tratamiento con uno de los siguientes inhaladores: cartucho presurizado con/sin cámara espaciadora, inhalador de nube de vapor suave, inhalador de polvo seco - Firma del Consentimiento Informado	- Enfermedad física o psíquica descompensada en el momento actual - Deterioro cognitivo - Imposibilidad para acudir al centro de salud - Tratamiento agudo con terapia inhalada - Tratamiento administrado por cuidador

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.



Tras la realización de la técnica se contabilizaron los errores mediante el Test de Evaluación de la Técnica Inhalatoria: Cuestionario modificado de Barley (1989). Aquellos pacientes que no tuvieron ningún error, se les aportó información por escrito como refuerzo y se dio por concluida su participación. En aquellos casos en los que solo se contabilizó 1 error, la intervención se realizó de manera individual, haciendo hincapié en el paso de la técnica que tendrían que corregir. Por último, los pacientes que tuvieron 2 o más fallos en el test previo fueron citados para la realización de un taller educativo grupal donde fueron divididos según el tipo de dispositivo utilizado. El análisis fue realizado de manera conjunta, independientemente de si la intervención fue realizada de manera individual o grupal. Todos los pacientes que realizaron intervención educativa fueron citados posteriormente, en un período no inferior a un mes, para la realización del test posterior.

Durante el taller, se ha explicado de una manera clara y con ayuda de soporte gráfico las principales características de las enfermedades EPOC y asma y la importancia de la terapia inhalatoria en ellas con un buen uso y adherencia terapéutica.

Tras los talleres, tanto individuales como grupales, se aportó información por escrito de la técnica inhalatoria correcta según el tipo de dispositivo.

En cuanto al plan de análisis estadístico se realizaron realizarán test de comparaciones pre-post. En caso de variables categóricas el test de McNemar, y en caso de variables continuas el test T de Student para datos apareados o test U de Mann-Whitney para datos apareados, según convenga.

Finalmente, en caso de comparaciones de grupos independientes, se utilizará el test Chi-cuadrado en caso de variables categóricas, o test T de Student o U de Mann-Whitney para variables continuas.

Este estudio fue aceptado por el Comité de Ética Territorial de Investigación Lugo – Santiago en Julio de 2022.

Este estudio se ha realizado sin financiación pública ni privada.

RESULTADOS

El estudio contó con un total de 53 pacientes. 8 de ellos tenían pautado como tratamiento crónico doble te-

rapia inhalada por lo que finalmente pudimos analizar 61 muestras.

De los pacientes captados en las consultas de enfermería, 23 eran hombres y 30 mujeres, suponiendo un 43,39% y 56,6% de la totalidad. En cuanto a la edad, el rango mayoritario lo constituían los pacientes de entre 60 a 80 años suponiendo un 71,69% del total (38 pacientes); 9 tenían una edad comprendida entre 40 y 59 años (16,98%) y 6 entre 18 y 39 años (11,32%).

El 41,50% de los pacientes estaban diagnosticados de EPOC frente a un 58,49% diagnosticados de asma. Una gran mayoría (85,3%) referían haber recibido explicación de la técnica inhalatoria en el momento de prescripción del inhalador.

En cuanto a los tipos de inhaladores utilizados, el 54,1% es de polvo seco seguido por el cartucho presurizado con un 32,7% del total. Solo se han conseguido 4 muestras de inhalador de nube de vapor suave y de cartucho presurizado con cámara espaciadora. Dentro de los inhaladores de polvo seco, el dispositivo elíptico y turbuhaler son los más pautados con un 39,39% y un 36,36% del total.

Las pérdidas a lo largo del estudio fueron de 9 personas, 16,98% del total. Algunas de las causas que refirieron fueron cargas familiares y laborales que les impidió acudir al centro de salud cuando se les había indicado. En otros casos, la descompensación de su enfermedad de base fue el motivo de la retirada del estudio. Así, finalmente se han analizado 43 pacientes con 51 intervenciones totales.

En cuanto al test previo solo 6 pacientes (13,63%) realizaron el test de evaluación inhalatoria con una técnica adecuada y sin ningún error por lo que no precisaron ninguna intervención. 18 pacientes (40,90%) tuvieron solamente un error y, el resto, un total de 27 pacientes (61,36%) con más de un error recibieron una intervención de manera grupal.

Tras analizar el test previo y el test posterior vemos un porcentaje de errores que disminuye desde el 22,5% al 5%.

Analizando en profundidad el test previo podemos observar que el mayor porcentaje de errores ocurre en la edad comprendida entre los 18 y 39 años (28%), seguido de una manera similar por los otros rangos edad:

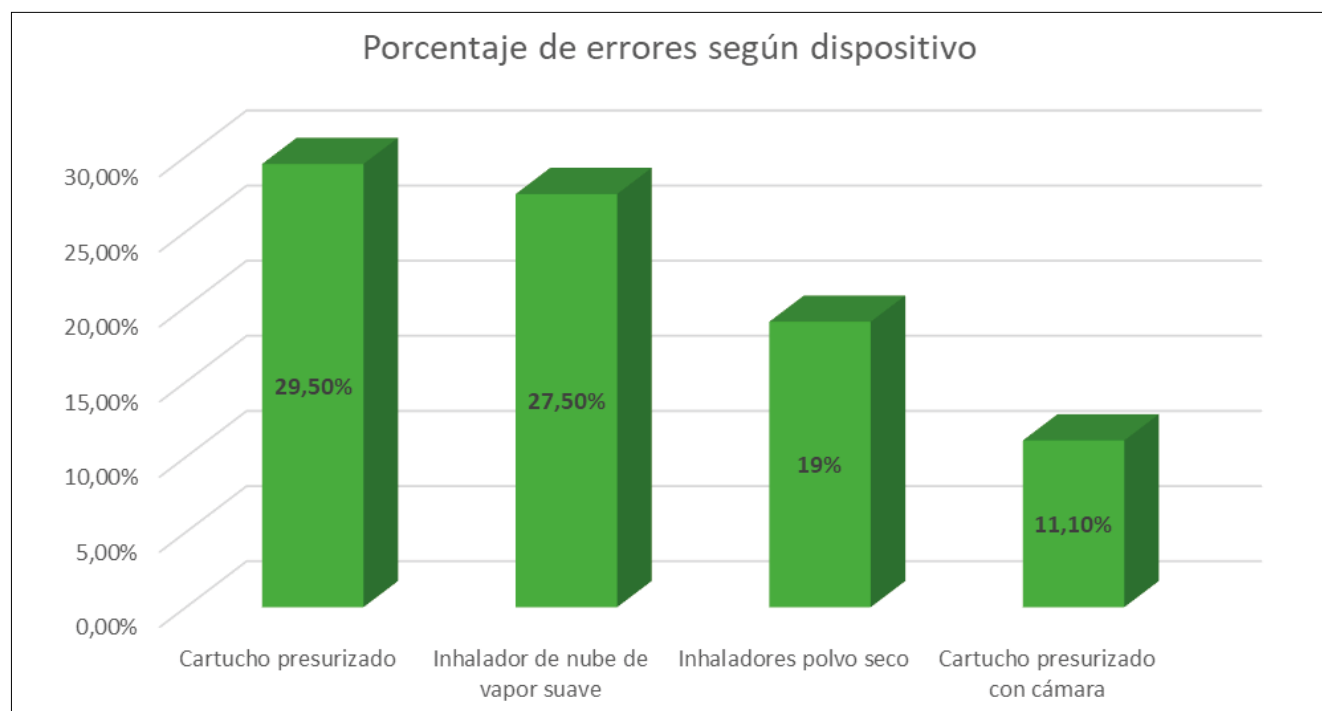


Gráfico 1. Porcentaje de errores según el dispositivo.

22,6% en 40 a 59 años y 21,7% entre los 60 y 80 años. Además, vemos más porcentaje de errores en el sexo masculino (23,4%) frente al sexo femenino (21,9%) sin ser ésto estadísticamente significativo (0,822). Este patrón se vuelve a repetir en el test posterior al taller educativo. Sin embargo, observamos que el rango de edad que mejora en mayor proporción tras la intervención es el de 40-59 años, disminuyendo 22,6 puntos seguido del de 18 a 39 años con una disminución de 20,4 puntos en el porcentaje de errores. Los pacientes entre 60 y 80 años son los que menos mejoran.

En cuanto a los fallos asociados al dispositivo, el cartucho presurizado es el que mayor porcentaje de errores conlleva.

De una manera clara, el mayor porcentaje de errores se da en los pacientes que refieren no haber recibido una instrucción en el manejo de inhaladores con un 46% frente a los que refieren haber recibido explicación e instrucción sobre la técnica inhalatoria (18,4%), siendo ésto estadísticamente significativo ($p < 0,001$).

Centrándonos en el tipo de errores, los pasos más fallados de la técnica en cuanto al dispositivo de polvo seco son:

- Error 2: No realiza una espiración completa (69,7%)

- Error 9: No hace enjuagues bucales (51,5%)
- Error 6: No mantiene la apnea de 10 segundos después de la inhalación (39,4%)

En el dispositivo de cartucho presurizado los errores que se realizan con mayor frecuencia son:

- Error 8: Hace una inspiración superficial, insuficiente y corta (55%)
- Error 5: No inclina la cabeza hacia atrás (50%)
- Error 10: No sabe cuándo termina el inhalador (50%)
- Error 11: No hace enjuagues bucales (50%)

En cuanto a la efectividad de la intervención, podemos decir que el 68,88% de los pacientes que realizaron el taller propuesto redujeron en un 100% el porcentaje de errores en el test de evaluación de la técnica inhalatoria y un 22,22% lo hicieron en, al menos, el 50% de los errores totales. Sólo 4 pacientes no pudieron reducir los errores en, al menos, la mitad.

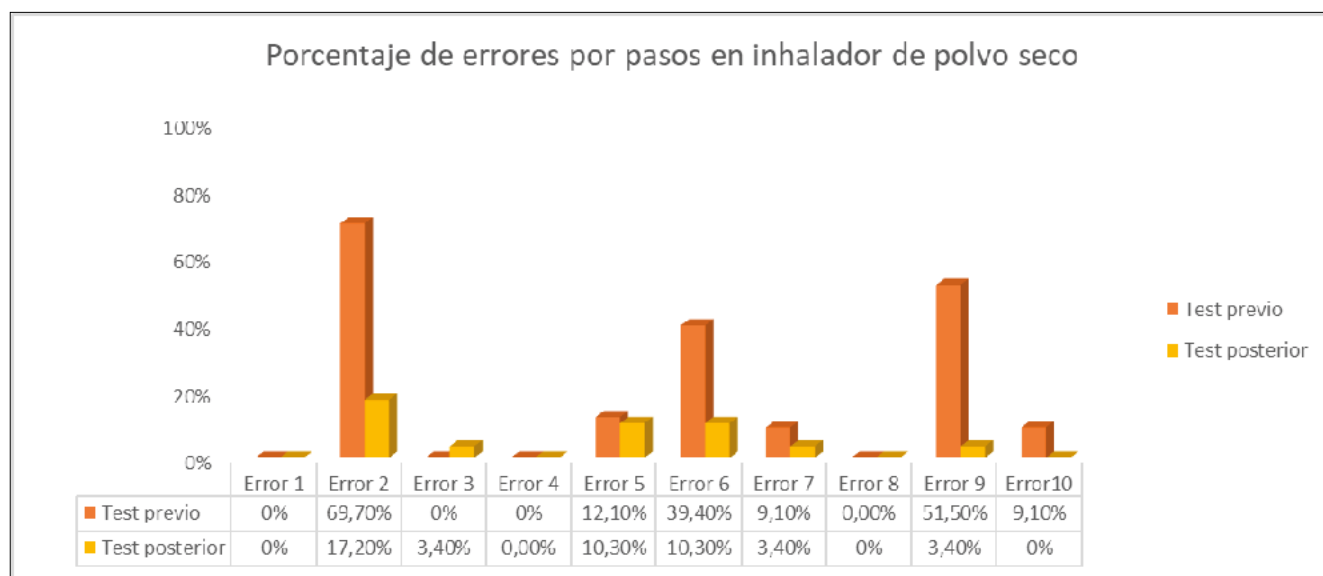


Gráfico 2. Porcentaje de errores por pasos en el inhalador de polvo seco.

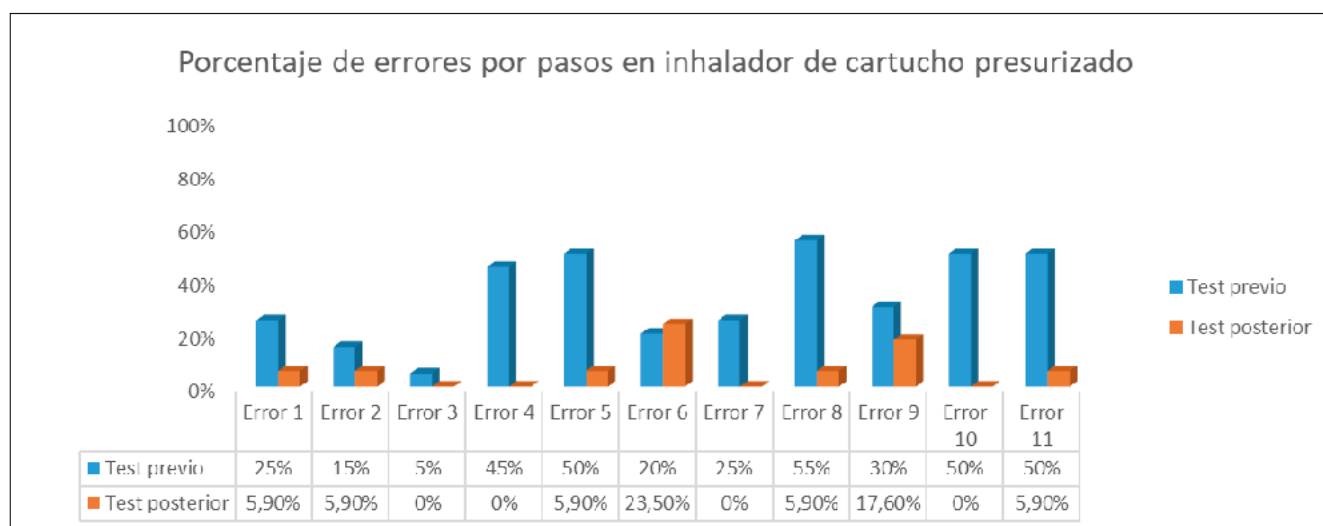


Gráfico 3. Porcentaje de errores por pasos en el cartucho presurizado

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras el análisis de los resultados podemos afirmar que la intervención comunitaria realizada en el Centro de Salud de Illas Canarias fue efectiva ya que el 91,11% de los pacientes redujeron su porcentaje de errores en, al menos, la mitad. El 68,88% lograron realizar el test posterior de evaluación de la técnica inhalatoria sin ningún error. De manera global, el porcentaje de errores se redujo de un 22,5% a un 5%.

El rango de edad con mayor porcentaje de errores tanto en el test previo como en el test posterior es el comprendido entre 18 y 39 años. La creencia por parte

de los profesionales de la mejor realización de la técnica asociada a menor edad y, por lo tanto, una menor incidencia en la explicación, puede ser uno de los problemas existentes que darían respuesta a este dato. La menor necesidad del tratamiento por un mejor estado de salud y la subestimación de la importancia de los inhaladores pueden ser, también, algunas de las causas.

El cartucho presurizado es el dispositivo que conlleva un mayor porcentaje de errores pese a no ser el más utilizado en nuestro estudio. Además, de los 4 pacientes que no lograron reducir sus errores en, al menos, un 50%, 3 de ellos tenían este tipo de dispositivo. Podemos asumir

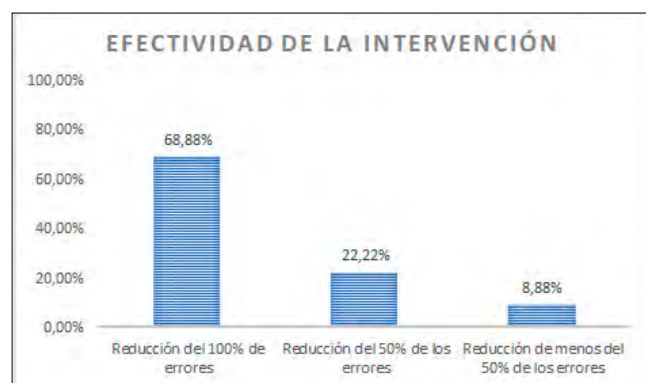


Gráfico 4. Efectividad de la intervención

que esto se debe a la dificultad para la coordinación y la velocidad de inspiración que precisan estos dispositivos para que el manejo sea el correcto.

No podemos realizar un análisis del inhalador de nube de vapor suave y cartucho presurizado con cámara espaciadora debido a las pocas muestras con las que contamos. Con las ventajas que tienen este tipo de dispositivos en cuanto a facilidad de manejo y menor depósito de fármaco en orofaringe habría que plantear porque no

se pauta en más casos, sobre todo en aquellos pacientes con dificultades físicas o cognitivas.

El porcentaje de abandonos ha sido mayor de lo esperado. Uno de los motivos puede ser la infravaloración que realiza la población a los tratamientos por vía inhalatoria en comparación con otras vías de administración. Además, este tipo de actividades educativas puede que no sean consideradas prioritarias para los pacientes en Atención Primaria. Sería importante incidir en las consultas en la explicación del objetivo del tratamiento, como actúa y como es el funcionamiento correcto para que se consigan lograr todos los beneficios de estos fármacos.

El mal uso de la terapia inhalada conlleva una disminución en la efectividad del fármaco y un abuso de las terapias de rescate, lo que supone un empeoramiento de la patología de base y un aumento de ingresos hospitalarios. Todo esto repercute en la salud y calidad de vida de nuestros pacientes con un aumento del riesgo de morbi-mortalidad. Enfermería juega un papel fundamental en el abordaje de este tipo de pacientes debiéndose realizar intervenciones educativas como parte fundamental de las actividades del centro de salud y evaluando con cierta periodicidad la técnica de sus pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Urzaiz Tudela MJ. Educación enfermera en el manejo de inhaladores en una Unidad de Medicina Interna. Universidad Pública de Navarra. [Internet] 2014 [Acceso en junio de 2022]. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/15075>
2. González Martínez B, Blanco González P. Enfermería en terapia inhalada. Análisis previo y posterior a una intervención sanitaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). [Internet] 2021 Febrero; [Acceso en junio de 2022] 9 (1): 18-28.
3. Represas Carrera FJ. ¿Utilizan correctamente los inhaladores los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica del centro de Atención Primaria Antón de Borja? Enfermería clínica. 2015; 25 (1).
4. González Robayna M, Montejo Rubio G, Ortega Ortega GM, Cerdeña Jiménez MJ, et al. Evaluación de la técnica inhalatoria y la adherencia al tratamiento con inhaladores en farmacia comunitaria. Pharm Care Esp. [Internet] 2019 [Acceso en mayo de 2022]; 21(1): 41-64
5. Serrano Noguera A. Eficacia de una intervención educativa en el manejo de dispositivos de inhalación. Metas de enfermería [Internet] 2015; 18(5)
6. GEMA. Guía española para el manejo del asma. Luján 5. 2018
7. Seguí Garrigós L. Manejo de inhaladores: conocimientos y cuidados de Enfermería. Universidad de Alicante. [Internet] 2016. [Acceso en junio de 2022]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/67229>
8. Delgado Díez S. Intervención enfermera en el uso correcto de inhaladores. Universidad de Alicante. [Internet] 2016. [Acceso en junio de 2022]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/24504>
9. Palo-Serrano J. Uso de inhaladores: detección de errores e intervención por el farmacéutico comunitario. Farm Comunitarios. [Internet] 2016 [Acceso en mayo de 2022]; 8(4) 18-25



La preeclampsia. La patología gestacional que mata 63.000 gestantes al año

Cristian Martín-Vázquez, RM¹ • cmartv@unileon.es

Laura Rosón-Matilla, RM² • laurarosonmatilla@gmail.com

1. Facultad de Ciencias de la Salud, Campus de Ponferrada, Universidad de León, España.

2. Hospital del Bierzo, Ponferrada, España.

RESUMEN

La preeclampsia es una complicación del embarazo que afecta al 2-8% de las mujeres embarazadas en España y representa una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Su fisiopatología es compleja, involucrando anomalías placentarias, disfunción endotelial, inflamación, activación inmunológica y estrés oxidativo. El manejo de la preeclampsia incluye monitoreo materno-fetal, control de la presión arterial, administración de corticosteroides y anticonvulsivos, e inducción del parto o cesárea según la severidad y etapa del embarazo. Aunque no se puede prevenir por com-

pleto, la asistencia prenatal, control de peso, dieta y ejercicio, suplementos de calcio y ácido fólico, aspirina en casos específicos, control de enfermedades preexistentes y evitar el tabaco, alcohol y drogas pueden ayudar a reducir el riesgo y manejar el embarazo. La enfermera especialista en obstetricia y ginecología juega un papel clave en el screening, manejo y disminución de la morbi-mortalidad materna y fetal.

Palabras clave: pre-eclampsia; embarazo; salud materno-fetal; enfermería.

ABSTRACT

Preeclampsia is a pregnancy complication affecting 2-8% of pregnant women in Spain and represents a significant cause of maternal and perinatal morbidity and mortality. Its pathophysiology is complex, involving placental abnormalities, endothelial dysfunction, inflammation, immune activation, and oxidative stress. The management of preeclampsia includes maternal-fetal monitoring, blood pressure control, administration of corticosteroids and anticonvulsants, and induction of labor or cesarean section depending on severity and stage of pregnancy. Although it cannot be completely

prevented, prenatal care, weight control, diet and exercise, calcium and folic acid supplements, aspirin in specific cases, control of pre-existing diseases, and avoidance of tobacco, alcohol, and drugs can help reduce risk and manage pregnancy. The specialized nurse in obstetrics and gynecology plays a key role in screening, management, and reducing maternal and fetal mortality.

Keywords: pre-eclampsia; pregnancy; maternal-Fetal Health; nursing.

La preeclampsia es una complicación del embarazo que afecta aproximadamente al 5-8% de las mujeres embarazadas, y puede tener consecuencias graves tanto para la madre como para el bebé si no se detecta y trata adecuadamente (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019).

EPIDEMIOLOGÍA

La preeclampsia es una complicación que afecta a un porcentaje significativo de embarazos en todo el mundo, y España no es una excepción. Aunque la prevalencia exacta de la preeclampsia puede variar según las fuentes



y los estudios, algunos datos epidemiológicos pueden ayudar a ilustrar la situación en España.

Según un estudio publicado en la revista *Progresos de Obstetricia y Ginecología* por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la prevalencia de la preeclampsia en España se encuentra en torno al 2-8% de todos los embarazos (Gómez Roig et al., 2017). Cabe señalar que esta cifra es similar a la prevalencia global de la preeclampsia, que se estima en aproximadamente un 5-8% de los embarazos (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que la preeclampsia y la eclampsia (una complicación más grave de la preeclampsia) causan alrededor de 63.000 muertes maternas al año a nivel mundial (OMS, 2019).

En cuanto a la distribución geográfica y regional de la preeclampsia en España, no existen datos concretos que sugieran diferencias significativas entre las diferentes comunidades autónomas. Sin embargo, es importante tener en cuenta que factores como el acceso a la atención médica, el estilo de vida y las características sociodemográficas de la población pueden influir en la prevalencia y el manejo de la preeclampsia en distintas áreas.

La preeclampsia es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en España y en todo el mundo. Según el Informe de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España, en 2015 se registraron 2,1 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en el país, y la preeclampsia fue una de las principales causas (Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, 2018).

FISIOPATOLOGÍA

La preeclampsia es una complicación del embarazo caracterizada por hipertensión y daño en órganos como el hígado y los riñones. Aunque la causa exacta de la preeclampsia sigue siendo desconocida, se cree que su desarrollo está relacionado con una combinación de factores genéticos, inmunológicos y vasculares (Rana, Lemoine & Karumanchi, 2019).

La fisiopatología de la preeclampsia es compleja e involucra múltiples procesos en distintas etapas del embara-

zo. Algunos de los principales mecanismos implicados en la preeclampsia incluyen (Rana, Lemoine & Karumanchi, 2019; Sircar, Thadhani & Karumanchi, 2015):

- **Anomalías en la formación de la placenta:** Durante un embarazo normal, las células del trofoblasto invaden el tejido uterino y remodelan los vasos sanguíneos espirales para permitir un flujo sanguíneo adecuado hacia la placenta. En la preeclampsia, este proceso de invasión y remodelación es incompleto, lo que resulta en una perfusión placentaria reducida y una liberación de factores antiangiogénicos al torrente sanguíneo materno.
- **Disfunción endotelial:** La liberación de factores antiangiogénicos y la falta de equilibrio entre factores vasodilatadores y vasoconstrictores contribuyen a la disfunción endotelial en la preeclampsia. Esta disfunción endotelial causa la vasoconstricción y la activación del sistema de coagulación, lo que conduce al aumento de la presión arterial y al daño en los órganos.
- **Inflamación y activación del sistema inmunológico:** Se ha observado que las mujeres con preeclampsia tienen una respuesta inflamatoria exagerada y una activación del sistema inmunológico, lo que contribuye a la disfunción endotelial y al daño en órganos.
- **Estrés oxidativo:** El estrés oxidativo también juega un papel importante en la fisiopatología de la preeclampsia, ya que la reducción del flujo sanguíneo placentario causa una liberación de radicales libres y otros productos de estrés oxidativo. Estos compuestos pueden agravar la disfunción endotelial y el daño en órganos.

TRATAMIENTO Y MANEJO

El tratamiento y manejo de la preeclampsia dependen de la severidad de la condición y la etapa del embarazo. Según el Hospital Clínic de Barcelona (2020) y la SEGO (2016), las estrategias de manejo pueden incluir:

- **Monitoreo estrecho de la madre y el feto:** Esto incluye un seguimiento frecuente de la presión arterial, análisis de orina, ecografías, evaluación del crecimiento fetal y monitorización de la frecuencia cardíaca del feto.
- **Control de la presión arterial:** Es posible que se requieran medicamentos antihipertensivos para mantener la presión arterial en niveles seguros. Los fármacos



recomendados incluyen metildopa, labetalol, nifedipino y, en algunos casos, hidralazina.

- Administración de corticosteroides: Si el parto prematuro es inminente, se pueden administrar corticosteroides (como betametasona) para acelerar la maduración pulmonar del bebé y reducir el riesgo de problemas respiratorios.
- Anticonvulsivos: En casos de preeclampsia severa o eclampsia, se puede administrar sulfato de magnesio para prevenir convulsiones.
- Inducción del parto o cesárea: Si la preeclampsia se vuelve severa o si se alcanza la madurez fetal, puede ser necesario inducir el parto o realizar una cesárea para garantizar la salud de la madre y el bebé.

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL EMBARAZO

Aunque no existe una forma garantizada de prevenir la preeclampsia, algunas medidas pueden ayudar a reducir el riesgo y controlar el embarazo en caso de preeclampsia (Hospital Clínic de Barcelona, 2020; SEGO, 2016):

- Asistencia prenatal regular: Las consultas prenatales permiten detectar y tratar tempranamente la preeclampsia, lo que puede prevenir complicaciones graves.

- Control de peso: Mantener un peso saludable antes y durante el embarazo puede disminuir el riesgo de preeclampsia.
- Dieta y ejercicio: Seguir una dieta equilibrada y realizar actividad física moderada, siempre bajo la supervisión de un profesional de la salud, puede mejorar la salud general y reducir el riesgo de preeclampsia.
- Suplementos de calcio y ácido fólico: La ingesta adecuada de calcio y ácido fólico durante el embarazo puede ayudar a prevenir la preeclampsia en algunas mujeres.
- Aspirina de dosis baja: En mujeres con factores de riesgo específicos, el uso de aspirina de dosis baja (75-150 mg/día) puede ser recomendado a partir de las 12-16 semanas de gestación hasta el momento del parto para reducir el riesgo de preeclampsia. La decisión de administrar aspirina debe ser individualizada y basada en la evaluación del médico (SEGO, 2016). Actualmente el tratamiento de elección para la prevención
- Control de enfermedades preexistentes: Las mujeres con enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes o enfermedad renal deben trabajar en estrecha colaboración con sus médicos para controlar estas



Foto de freestocks en Unsplash.



afecciones antes y durante el embarazo, lo cual puede disminuir el riesgo de desarrollar preeclampsia.

- Evitar el tabaco, alcohol y drogas: Abstenerse de fumar, consumir alcohol y drogas ilícitas puede reducir el riesgo de preeclampsia y otras complicaciones del embarazo.

CONCLUSIONES

1. La preeclampsia es una complicación del embarazo que afecta aproximadamente al 2-8% de las mujeres embarazadas en España, con consecuencias graves para la madre y el bebé si no se detecta y trata adecuadamente.
2. La preeclampsia es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en España y a nivel mundial.
3. La fisiopatología de la preeclampsia es compleja e involucra múltiples procesos, incluyendo anomalías en la formación de la placenta, disfunción endotelial, inflamación y activación del sistema inmunológico y estrés oxidativo.

REFERENCIAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstetrics & Gynecology*, 133(6), 1-25.
- Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. (2018). Informe de Salud Sexual y Reproductiva en España 2018. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/Informe_SSR_espana_2018.pdf
- Gómez Roig, M. D., García-Algar, O., & Vall, O. (2017). La preeclampsia: Epidemiología y factores de riesgo. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 60(2), 159-164.
- Hospital Clínic de Barcelona. (2020). Guía de práctica clínica: Manejo de la preeclampsia y eclampsia. Recuperado de https://www.hospitalclinic.org/documents/254278/250519116/GPC_Preeclampsia_2020.pdf
- El tratamiento y manejo de la preeclampsia dependen de la severidad de la condición y la etapa del embarazo e incluyen monitoreo estrecho de la madre y el feto, control de la presión arterial, administración de corticosteroides y anticonvulsivos, e inducción del parto o cesárea cuando sea necesario.
- Aunque no existe una forma garantizada de prevenir la preeclampsia, medidas como asistencia prenatal regular, control de peso, dieta y ejercicio, suplementos de calcio y ácido fólico, aspirina de dosis baja en casos específicos, control de enfermedades preexistentes y evitar el tabaco, alcohol y drogas pueden ayudar a reducir el riesgo y controlar el embarazo en caso de preeclampsia.
- El papel de la enfermera y en concreto de la enfermera especialista en obstetricia y ginecología resulta clave para el screening y manejo de la enfermedad así como su contribución en la finalización del embarazo con el objetivo de disminuir la morbimortalidad materna y fetal.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Reducir la mortalidad materna. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Rana, S., Lemoine, E., Granger, J. P., & Karumanchi, S. A. (2019). Preeclampsia: Pathophysiology, Challenges, and Perspectives. *Circulation Research*, 124(7), 1094-1112. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESA-HA.118.313276>
- Sircar, M., Thadhani, R., & Karumanchi, S. A. (2015). Pathogenesis of preeclampsia. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 24(2), 131-138. <https://doi.org/10.1097/MNH.0000000000000084>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). (2016). Protocolo de actuación ante la preeclampsia. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 59(8), 353-361. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501316300374>



Manejo de las úlceras venosas de presentación atípica

Natalia López Moran • nlopez76@hotmail.es

Marta Gómez López • mgomlop@hotmail.com

RESUMEN

La úlcera de etiología venosa es el estadio clínico final de la hipertensión venosa ambulatoria de larga evolución, clínicamente mal tolerada. La hipertensión venosa ambulatoria es la consecuencia directa de la alteración hemodinámica provocada por el reflujo patológico ambulatorio y generada por una incompetencia valvular primaria¹. Sin el tratamiento adecuado, estas lesiones, se convierten en heridas de difícil cicatrización. Para mejo-

rar el tratamiento de las heridas de difícil cicatrización, es necesario tratar tenazmente el biofilm que está presente en la mayoría de ellas².

PALABRAS CLAVE

ÚLCERA VENOSA, HIGIENE HERIDAS, CICATRIZACIÓN, TERAPIA COMPRESIVA, INSUFICIENCIA VENOSA.

ABSTRACT

Ulcer of venous etiology is the final clinical stage of long-term, clinically poorly tolerated ambulatory venous hypertension. Ambulatory venous hypertension is the direct consequence of hemodynamic alteration caused by ambulatory pathological reflux and generated by primary valvular incompetence¹. Without proper treatment, these injuries become wounds that are difficult to heal. To

improve the treatment of wounds that are difficult to heal, it is necessary to tenaciously treat the biofilm that is present in most of them².

KEY WORDS

VENOUS ULCER, WOUND HYGIENE, HEALING, COMPRESSIVE THERAPY, VENOUS INSUFFICIENCY.

ANTECEDENTES

Caso clínico 1:

Varón 58 años, fumador de 20 cigarrillos/ día. Hipertenso. Insuficiencia venosa crónica. Antecedentes vasculares:

- Safenectomía Vena Safena Interna izquierda hace > 20 años (Cirugía General y digestiva).
- CHIVA 1+2 Miembro inferior derecho (1998).

Caso clínico 2:

Mujer 77 años, síndrome depresivo en tratamiento. Insuficiencia venosa crónica.

Antecedentes vasculares:

- 1984 safenectomía interna bilateral.

- 2010 cirugía de varices recidivadas en ambos miembros inferiores, aplicación de técnica CHIVA.

- 2022 recidiva de úlceras en ambos miembros inferiores, con intenso dolor, evolución tórpida.

ANAMNESIS

Caso clínico 1

Varón 58 años, independiente para las ABVD. Desempleado, vive con su madre diagnosticada de alzheimer en fases avanzadas, es el cuidador principal.

Derivado desde Atención Primaria por presentar úlceras en ambas extremidades inferiores de 5 años de evolución con baja respuesta a los tratamientos indicados.



Dolor: EVA 8, a tratamento con tramadol cada 6 horas alternando con metamizol y antiinflamatorios. Resultando insuficiente no permitindo el descanso nocturno adecuado.

Exploración:

Presenta dermatitis ocre en tejido perilesional de ambos pies.

Lesiones en ambas extremidades inferiores en cara externa e interna de ambos pies, lechos socavados con tejido no viable, tejido fibrosado, bordes irregulares eritematosos.

Signos sugestivos de colonización. Exudado moderado.

Signo de Godet grado 2.

Pulsos pedios bilateralmente.

Estudio hemodinámico:

- Miembro inferior derecho: Safena interna insuficiente, pero cayado ligado sin recidiva. Mínimo reflujo poplíteo. Cicatriz de ligadura SED
- Miembro inferior izquierdo: Ausencia de vena safena interna. Mínimo reflujo poplíteo, similar a Miembro inferior derecho.

Caso clínico 2

Mujer 77 años, independiente para las ABVD. Jubilada. Vive sola. Vista en urgencias por úlceras en miembros inferiores sobre infectadas con mal control del dolor afectando notablemente su calidad de vida.

Exploración:

Lesiones en ambas extremidades inferiores en cara interna de ambos pies, lechos socavados con tejido no viable, tejido fibrosado, bordes irregulares eritematosos. Atrofia blanca. Signos clínicos de infección. Exudado moderado. Signo de Godet grado 2. Pulsos pedios bilateralmente.

Dolor EVA de 8, valorada por la unidad del dolor, a tratamiento. Aines y derivados opiáceos.

Estudio hemodinámico:

- Shunt pelviano derecho
- Ligera insuficiencia de vena poplíteo derecha.
- Estudio microbiológico: *S.Aureus* y *Pseudomona aeruginosa*

OBJETIVOS

- Control del dolor.
- Prevención/ control de la infección.
- Gestión óptima del exudado.
- Conseguir completa epitelización de la lesión.
- Establecer pautas para la prevención de recidivas.
- Informar/educar al paciente sobre el correcto manejo de la terapia compresiva

MATERIAL Y MÉTODO

Valoración del paciente, su contexto social y las heridas en cada intervención.

Protocolo del cuidado estandarizado de las heridas DOMINATE.³

En cada intervención se aplica el modelo HIGIENE DE LAS HERIDAS, siguiendo 4 pasos que se mantendrán durante todo el proceso; limpieza de la piel y de la herida, desbridamiento/preparación del lecho de la herida, acondicionamiento de bordes y tejido perilesional, por último, elección del tratamiento adecuado al momento evolutivo de las lesiones.

El tratamiento se divide en dos líneas de actuación que se complementan potenciando sus resultados.

Tratamiento tópico, basado en productos de Cura en ambiente húmedo, se realiza teniendo en cuenta el tipo de tejido presente en la herida y TERAPIA COMPRESIVA. En fases con úlcera activa, se utiliza sistema de vendaje multicomponente de 40 mmHg, una vez cicatrizada se prescribe media de compresión médica CCL1 de tejido plano con hilos de plata para la prevención de recidivas.



RESULTADOS

En los dos casos presentados observamos los siguientes resultados comunes:

- En las primeras 24 horas disminuyen el dolor, el edema y el exudado.
- A la semana se observa disminución del tejido desvitalizado, comenzando el proceso de reparación.
- A las dos semanas el dolor está controlado, EVA 0.
- A partir de la 4ª semana se reduce el número de curas, de realizar dos curas semanales a solo una.

Podemos concluir

- Los circuitos de derivación ágiles, entre Atención Primaria y especializada permiten un diagnóstico y tratamiento precoces evitando en gran medida la cronicidad.
- El tener un diagnóstico de certeza nos permite individualizar el tratamiento y actuar con conocimiento sobre su etiología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marinello Roura J, Verdú Soriano J (Coord.). Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I.). Documento de consenso 2018. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018.
 2. Murphy C, Atkin L, Swanson T, Tachi M, Tan YK, de Ceniga MV, Weir D, Wolcott R, Černohorská J, Ciprandi G, Dissemond J, James GA, Hurlow J, Lázarro Martínez JL, Mrozikiewicz-Rakowska B, Wilson P. Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: wound hygiene. J Wound Care. 2020 Mar 1;29(Sup3b):S1-S26. doi: 10.12968/jowc.2020.29.Sup3b.S1. PMID: 32160083.
 3. Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Tercera edición. Madrid: AEEVH, 2017.
- Guía práctica de úlceras da extremidade inferior. Colección de Guías Prácticas de Feridas Do Servizo Galego de Saude. 2016.
 - Temas de iniciación – Piernas en compresión <https://piernasencompresion.com/category/temas-de-iniciacion/> Accessed: 2023-05-03

- La incorporación del modelo de HIGIENE DE LAS HERIDAS a la práctica enfermera diaria nos permite optimizar las condiciones para sacar el máximo partido al tratamiento de elección. Resultando ser una estrategia de acción temprana contra el biofilm
- La TERAPIA COMPRESIVA ha demostrado ser la estrategia más efectiva en el proceso de cicatrización y en la prevención de las úlceras de etiología venosa, cuyo objetivo es reducir la Hipertensión venosa ambulatoria y el edema. El correcto tratamiento del edema, es fundamental para la óptima gestión del exudado y el control del dolor al disminuir la presión ejercida sobre los nervios por el líquido acumulado en el tejido subcutáneo.
- Dada la importancia de la buena adherencia del paciente a la TERAPIA COMPRESIVA, es necesario desde el inicio del tratamiento que el paciente comprenda cómo funciona y conozca sus beneficios.
- La unión de la HIGIENE DE LA HERIDA y la TERAPIA COMPRESIVA, son el tándem perfecto en el tratamiento de las úlceras de etiología venosa.



Prevención del sedentarismo en el medio laboral

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

Enfermera Especialista en Enfermería del Trabajo

María José Ferreiro López • mjferreirolopez@yahoo.com

Enfermera Especialista en Enfermería del Trabajo

El sedentarismo es un estilo de vida que implica muy poca actividad física o ejercicio regular.

Las personas sedentarias suelen pasar la mayor parte de su tiempo sentadas, ya sea en el trabajo, en el automóvil o frente a una pantalla, lo que puede tener efectos negativos en la salud física y mental.

La falta de actividad física produce en el organismo el enlentecimiento del metabolismo y como consecuencia se produce un aumento de peso, disminución de la fuerza muscular y de la densidad ósea, una disminución de la resistencia cardiovascular e incrementa el riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes, la enfermedad cardíaca, incluso, algunos autores, lo relacionan con ciertos tipos de cáncer.

Dado que la actividad laboral es cada vez más sedentaria se debe fomentar desde las empresas la disminución del sedentarismo y la realización de deporte de forma habitual.

Actividades tan básicas como caminar durante periodos de 10 minutos aportan verdaderos beneficios a la salud de las personas, y como consecuencia de ello, disminuye la patología producida por el sedentarismo y secundariamente el absentismo laboral.

1.- SEDENTARISMO Y EFECTOS NOCIVOS PARA EL ORGANISMO

El sedentarismo se define como un estilo de vida que se caracteriza por la falta de actividad física regular y una disminución en el gasto energético diario. Una persona sedentaria es aquella que realiza poco o ningún ejercicio físico y cuyas actividades cotidianas involucran principalmente estar sentado o acostado durante periodos prolongados de tiempo. Esto puede incluir actividades como

trabajar con pantallas de visualización de datos o usar dispositivos móviles durante largos periodos de tiempo sin levantarse ni moverse por lo que durante estos periodos de tiempo nuestro organismo consume muy poca energía.

Uno de los efectos más indeseados del sedentarismo es el aumento de peso, que con el paso del tiempo, puede producir obesidad y ésta, a su vez, puede afectar a la salud mental y aumentar el riesgo de ansiedad y depresión debido a la alteración de la imagen corporal generada.

Las personas sedentarias tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas y sufrir pérdida de masa muscular y debilidad con la consiguiente aparición de mialgias y contracturas musculares que pueden llegar a causar mucho dolor.

Por último, como consecuencia del sedentarismo se puede ver afectada la capacidad de una persona para realizar actividades diarias reduciendo su calidad de vida y aumentando el riesgo de mortalidad prematura en comparación de las personas activas.

2.- BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO PARA LA SALUD Y MOTIVACIÓN PARA SU PRÁCTICA REGULAR

La práctica regular de ejercicio físico aporta numerosos beneficios para la salud física y mental.

Algunos de los cambios que se pueden observar tras la realización de ejercicio habitual incluyen:

- Se incrementa el metabolismo, lo que contribuye al consumo de calorías favoreciendo el mantenimiento de un peso adecuado.



- El fortalecimiento del sistema cardiovascular, reduce el riesgo de sufrir enfermedades como la hipertensión arterial, la enfermedad coronaria o los accidentes cerebrovasculares y se tonifica el sistema muscular lo que contribuye a mantener y mejorar la fuerza y la masa muscular a medida que se va envejeciendo.
- Se eleva la sensibilidad a la insulina y el control de la glucemia, lo que puede reducir el riesgo de desarrollar diabetes no insulino dependiente.
- Mejora la respuesta inmunológica del cuerpo reduciéndose el riesgo de padecer enfermedades infecciosas.
- Mejora el estado de ánimo, reduce el estrés y la ansiedad, y se incrementa la calidad del sueño.

A pesar de ser conocedores de los beneficios que aporta el ejercicio físico regular, el no disponer de tiempo, de la fuerza o de la motivación necesaria para para iniciar cambios de hábitos en la vida diaria que permitan introducir el ejercicio físico como actividad imprescindible en el día a día, son hándicaps que impiden llevar a la práctica la realización de deporte.

El modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente describe las etapas que las personas atraviesan cuando intentan cambiar un comportamiento. Este modelo sugiere que el cambio de comportamiento es un proceso gradual que implica varios pasos y que puede prolongarse en el tiempo.

Prochaska y DiClemente consideran que un cambio necesita pasar por una serie de fases:

- Una fase de precontemplación en la persona no es consciente de que su comportamiento es problemático y no tiene intención de cambiar.
- Una fase de contemplación. En esta etapa, la persona es consciente de que su comportamiento es problemático y está considerando hacer un cambio.



- Una fase de preparación en la que la persona está preparándose para hacer un cambio y puede estar tomando medidas para hacerlo, como buscar información o establecer metas.
- Una fase de acción en la que la persona está tomando medidas activas para cambiar su comportamiento y está haciendo cambios tangibles.
- Una fase de mantenimiento en la que la persona ha logrado hacer cambios positivos y está trabajando para mantenerlos a largo plazo.
- Una última fase a la que no se desearía llegar: la reincidencia. En esta etapa, la persona ha vuelto a su comportamiento anterior y puede necesitar volver a través de las etapas del modelo para lograr un cambio duradero.

La aplicación del modelo anterior, incluso a modo de autoevaluación, permite averiguar en qué momento del proceso de cambio se encuentra la persona.

Por otro lado, bien es sabido que no siempre se tiene la fuerza y motivación suficiente para iniciar la variación en la rutina y la vida diaria que nos permita la priorización de la realización de ejercicio físico de forma regular por lo que es necesario conocer algunas de las claves que pueden contribuir a alcanzar el objetivo planteado:

Condiciones fundamentales para que se produzca un cambio de comportamiento de la

Capacidad



Motivación



Oportunidad



CAMBIO



- Se recomienda establecer metas realistas y alcanzables para evitar la frustración y el desánimo, aumentando los objetivos gradualmente.
- Es importante comenzar con actividades con las que la persona se divierta y le hagan sentirse bien.
- Se aconseja realizar actividad física en compañía para aumentar la constancia y la motivación mutuamente.
- Es necesario crear rutinas y registrar progresos celebrando los logros obtenidos, usando si es posible tecnología, como los relojes inteligentes, para hacer un seguimiento de los objetivos y monitorear el progreso para favorecer la continuidad en la práctica del ejercicio físico.

Encontrar la motivación para hacer ejercicio puede ser difícil, pero los beneficios del ejercicio físico y la sensación de bienestar propiciarán el mantenimiento del nivel de motivación.

3.-PEQUEÑAS ACCIONES QUE CONTRIBUYEN A PREVENIR EL SEDENTARISMO EN TRABAJADORES CON TAREAS ADMINISTRATIVAS Y EXPUESTOS A PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS

Actualmente la duración de la jornada de trabajo está en torno a las ocho horas al día para la mayor parte de los trabajadores. Son muchos los puestos de trabajo que implican la realización de un trabajo de forma sedentaria, por ello, es importante que sean los propios trabajadores los que tomen una actitud más activa durante el desempeño de su actividad laboral con pequeños gestos que los convierte en un poco más activos y que a lo largo mejorará su calidad de vida y que la propia empresa propicie medidas pro activas para sus trabajadores:

- Se recomienda realizar pequeñas pausas activas como levantarse de la silla y caminar durante varios minutos cada hora de trabajo frente a la pantalla.
- Se aconseja subir y bajar las escaleras en lugar de utilizar el ascensor cuando sea necesario trasladarse a distintas secciones del lugar de trabajo o desplazarse personalmente a hablar con un compañero en lugar de usar el teléfono.
- Se debe prevenir la tensión muscular y mejorar la circulación mediante la realización de ejercicios de estiramientos en la propia silla.
- Se puede aprovechar el desplazamiento al centro de trabajo para caminar o usar la bicicleta en lugar de utilizar el coche o el transporte público.
- Una novedosa iniciativa son las reuniones activas en las que se camina mientras se discute un tema.
- Muchas empresas ofrecen programas de bienestar laboral que incluyen actividades físicas, como clases de yoga, entrenamiento de fuerza, caminatas grupales o competiciones de pasos entre compañeros para recorrer la mayor cantidad de pasos posibles durante un período de tiempo determinado.
- Fuera del trabajo se recomienda planificar actividades al aire libre como caminar, correr o hacer senderismo. Es una buena opción organizar actividades en equipo, como partidos de baloncesto o caminatas grupales para fomentar la actividad física entre amigos o usar una aplicación una aplicación de ejercicio para establecer metas diarias de actividad física y hacer un seguimiento de los progresos.

Pequeñas acciones pueden producir una mejora importante tanto en la salud física como mental.

4.-ACTIVIDAD FÍSICA PARA ADULTOS ENTRE LOS 18 Y 65 AÑOS

Todo tipo de actividad física que produce efectos beneficiosos para la salud sin producir daños a la misma se considera que tiene efectos beneficiosos, no obstante, tanto el tipo de actividad física como la intensidad de la misma debe ir acorde con la edad y estado de salud de la persona.

Para determinar la intensidad de la actividad física se utiliza el MET. Un MET es la tasa de consumo de energía en reposo (consumo de oxígeno por kilogramo de peso y minuto para poder mantener las funciones vitales).

Se considera que una actividad física es leve si se corresponde con menos de 3 MET. La actividad física moderada se considera aquella que consume entre 3 y 6 MET y la actividad física intensa es aquella que consume más de 6 MET. La tabla 1 permite ver de forma más visual la



relación entre la intensidad de ejercicio físico, el consumo energético y el esfuerzo realizado

Toda actividad física conlleva una activación a nivel fisiológico y produce una serie de cambios en el cuerpo que varían en función de la intensidad de la misma. La práctica de ejercicio físico debe adecuarse a nuestro estado de salud. El incremento del mismo ha de ser progresivo para evitar lesiones. En las tablas 2 y 3 se exponen los

tipos de actividad física y las repercusiones en el organismo así como los efectos fisiológicos en el cuerpo acorde a la intensidad del ejercicio.

Con el fin de que la actividad física sea efectiva y se consigan los objetivos propuestos se debe tener en cuenta que es fundamental la constancia y la regularidad en el adiestramiento físico y que los periodos de actividad física han de ser superiores a los 10 minutos para alcanzar bue-

CUANTIFICACIÓN VISUAL DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, EFECTOS EN EL ORGANISMO, GASTO ENERGÉTICO E INTENSIDAD DEL EJERCICIO FÍSICO

Escala de Borg	Test del habla	MET	Intensidad
1. Ningún ejercicio	• Ningún esfuerzo	Menos de 3 MET	LEVE
2. Ejercicio muy muy ligero	• Muy poco esfuerzo		
3. Ejercicio muy ligero	• Puede mantener el ritmo todo el día		
4. Ejercicio ligero	• Está confortable pero la respiración es más fuerte		
5. Ejercicio algo pesado	• Ya no está confortable pero puede hablar fácilmente.	De 3 a 6 MET	MODERADA
6. Ejercicio moderado (duro)	• Puede hablar, pero empieza a faltarle respiración		
7. Ejercicio algo vigoroso	• Tiene dificultad para hablar y comienza a sudar mucho		
8. Ejercicio vigoroso	• Está muy cansado.	Más de 6 MET	INTENSA
9. Ejercicio muy intenso	• Puede mantener el ritmo poco tiempo		
10. Ejercicio máximo	• Llegó al límite de su capacidad		

Tabla 1. Cuantificación visual de la actividad física. Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

TIPOS DE ACTIVIDAD FÍSICA SEGÚN EL OBJETIVO QUE SE QUIERA ALCANZAR

Actividad aeróbica	Mejora la función cardiovascular incrementando el transporte de oxígeno a los tejidos.	Correr, nadar, caminar, montar en bicicleta....
Actividad para refuerzo muscular	Son actividades de fuerza que producen una contracción muscular al vencer una resistencia	Empujar, levantar pesos, saltar, transportar pesos, subir escaleras...
Actividad para incremento de masa ósea	Aumenta la densidad ósea al aumentar la contracción muscular que favorece el depósito de calcio y la circulación sanguínea en el hueso	Correr, saltar....
Actividad para incrementar la flexibilidad	Favorece el crecimiento de fibras y su fortalecimiento.	Estiramiento de músculos, yoga, pilates,
Actividad dirigida a la mejora del equilibrio y coordinación	Mejoran las habilidades del individuo para responder al balanceo o estímulos desestabilizadores causados por el propio movimiento, el entorno u otras causas	Tablas de balanceo, baile, caminar sobre cintas, rayuela, pelotas de gimnasia, montar en bicicleta....

Tabla 2. Tipos de actividad física según el objetivo que se quiere alcanzar. Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.



nos resultados. En la figura 4 se recogen las recomendaciones de actividad física para la población adulta.

5. CUESTIONARIO IPAQ (INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE) PARA MEDIR EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA

Existen numerosos instrumentos que pueden ayudar a evaluar la actividad física y detectar así el sedentarismo. Entre estos instrumentos se encuentran los cuestionarios de actividad física que pueden realizarse de forma auto-administrada o bien a modo de entrevista y que requie-

ren no más de 5 minutos. Uno de estos instrumentos es el cuestionario IPAQ.

Se trata de un cuestionario validado y estandarizado utilizado para evaluar la cantidad de actividad física realizada por una persona en su vida cotidiana. Fue desarrollado por un grupo de investigadores internacionales en el año 1998 y ha sido utilizado en numerosos estudios desde entonces.

Durante la cumplimentación del mismo se han de responder a preguntas sobre la cantidad de actividad física realizada en diferentes categorías, incluyendo el trabajo, el transporte, las actividades domésticas y el tiempo libre.

TIPOS DE INTENSIDAD DE ACTIVIDAD FÍSICA Y EFECTOS FISIOLÓGICOS		
Actividad física leve	Actividad física moderada	Actividad física intensa
Caminar a paso lento Jugar a la petanca Bicicleta de paseo	Caminar ligero (> de 6 km/h) Bicicleta (> de 16-19 km/h) Baile tranquilo, danza moderna Nadar Ping pong Golf Excursión con mochila	Correr Bicicleta (> de 19-22 km/h) Nadar rápido (50 m/min) Baloncesto Fútbol Squash Tenis Judo Karate
Permite hablar o cantar sin esfuerzo	Aumenta notablemente la frecuencia cardíaca. Produce sensación de calor y ligera sudoración.	Respiración rápida y aumento sustancial de la frecuencia cardíaca. Sudoración profusa y calor moderado.

Tabla 3. Tipos de intensidad de Actividad física y efectos fisiológicos. Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA POBLACIÓN ADULTA		
SEMANALMENTE	2 VECES SEMANA	BENEFICIOS EXTRA
150-300 minutos de actividad física aeróbica	Actividades de fuerza muscular que incluya grandes grupos musculares. (8 a 12 repeticiones por grupo muscular) Actividades que mejoren la flexibilidad	300 minutos de actividad física aeróbica
75-150 min de actividad física aeróbica vigorosa		150 min de actividad física aeróbica vigorosa
Combinar actividad física aeróbica y actividad física aeróbica vigorosa		Incluir actividades de fuerza muscular que incluya grandes grupos musculares

Tabla 4. Recomendaciones de actividad física para la población adulta. Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.



Es una herramienta fácil de usar y no requiere mucho tiempo y es adecuado tanto para su uso en estudios de investigación como en la práctica clínica.

Tiene una buena fiabilidad lo que significa que es consistente en su capacidad para medir el nivel de actividad física de una persona. Ha sido validado en diferentes poblaciones y en diferentes idiomas, lo que lo convierte en una herramienta útil para medir el nivel de actividad física en todo el mundo, además es útil para evaluar diferentes tipos de actividad física como caminar, hacer deporte o realizar actividades domésticas.

Cuestionario IPAQ (versión corta)

1. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizo actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, ejercicios hacer aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

- Días por semana (indique el número)
- Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 3)

2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?

- Indique cuántas horas por día
- Indique cuántos minutos por día
- No sabe/no está seguro

3. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluya caminar

- Días por semana (indicar el número)
- Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5)

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?

- Indique cuántas horas por día

– Indique cuántos minutos por día

– No sabe/no está seguro

5. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?

- Días por semana (indique el número)
- Ninguna caminata (pase a la pregunta 7)

6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

- Indique cuántas horas por día
- Indique cuántos minutos por día
- No sabe/no está seguro

7. Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?

- Indique cuántas horas por día
- Indique cuántos minutos por día
- No sabe/no está seguro

CÁLCULO DEL RESULTADO DEL TEST:

1. Caminatas: $3'3 \text{ MET} \times \text{minutos de caminata} \times \text{días por semana}$ (Ej. $3'3 \times 30 \text{ minutos} \times 5 \text{ días} = 495 \text{ MET}$)

2. Actividad Física Moderada: $4 \text{ MET} \times \text{X minutos} \times \text{días por semana}$

3. Actividad Física Vigorosa: $8 \text{ MET} \times \text{X minutos} \times \text{días por semana}$

A continuación, sume los tres valores obtenidos:

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Actividad Física Baja:

- No consigue alcanzar como mínimo un total de 600 MET*.

**Actividad Física Moderada:**

- 3 o más días de actividad física vigorosa por lo menos 20 minutos por día
- 5 o más días de actividad física moderada y/o caminata al menos 30 minutos por día.

Alcanza como mínimo un total de 600 MET*.

Actividad Física Vigorosa:

- Actividad Física Vigorosa por lo menos 3 días por semana logrando un total de al menos 1500 MET*.

- 7 días de cualquier combinación de caminata, con actividad física moderada y/o actividad física vigorosa, alcanzando un total de al menos 3000 MET*.

* Unidad de medida del test.

RESULTADOS DEL NIVEL DE ACTIVIDAD (señale el que proceda)

- NIVEL ALTO
- NIVEL MODERADO
- NIVEL BAJO O INACTIVO

BIBLIOGRAFÍA

- Crespo Salgado, J. J.-I.-L. (2015). Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. (Elsevier, Ed.) *Atención Primaria*, 175-183.
- *Estrategia de promoción de la salud y prevención del SNS*. (2013). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Mantilla Toloza, S. G.-C. (2007). Cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 10(1), 48-52.
- Salud, O. M. (2020). *Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Sanidad, M. d. (2022). *Actividad física para la salud y reducción del sedentarismo*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Trabajo, I. N. (2018). *La prevención de los efectos sobre la salud derivados del trabajo sedentario en jóvenes asociado a las nuevas tecnologías*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.



Intervención comunitaria de Enfermería Especialista de Pediatría en Atención Primaria de Lugo: impacto de talleres formativos para padres de recién nacidos para mejorar la gestión de cuidados durante los primeros meses de vida

Diana Polido Galoto • Enfermera especialista en Pediatría • dianapolidohotmail.com

RESUMEN

Estudio cuasi experimental, tipo pre-post de intervención educativa a padres de niños de entre 0-2 meses en el ámbito de la consulta de atención primaria de Lugo. Con el que se pretende valorar su efecto en la adquisición de conocimientos sobre cuidados y desarrollo del niño en los primeros meses de vida.

Con este estudio se pudo evidenciar el grado de mejora en los conocimientos, según el post test, en un 20% de la puntuación total de los cuestionarios; además de

dejar constancia de que la edad de los padres, nivel de estudios o el número de hijos de la unidad familiar, son factores que influyen en dichos resultados.

Con la consiguiente recomendación de que el personal de enfermería pediátrica de atención primaria, con apoyo de la administración, establezca programas formativos a padres, protocolizados y actualizados sobre el cuidado y desarrollo normal del niño en los primeros meses de vida.

ABSTRACT

Quasi-experimental study, pre-post learning intervention's type for parents of children between 0-2 months in the area of Lugo's healthcare centres. Which is intended to assess the impact of the acquisition of knowledge about care and development in the first month of child's life.

With this study it was possible to demonstrate that 20% of the questionnaires improved the level of knowledge

about child care. Furthermore, should be noted that the parent's age, the studies' level or the number of children in the family unit are factors that influence these results.

The resulting recommendation was that pediatric nursing staff of healthcare centres, with the support of the administration, set up training programs for parents. Protocolized and updated about the care and normal development of the child in the first months of life.

INTRODUCCIÓN

La crianza de los hijos se inicia con gran ilusión, pero también con mucho miedo y dudas, frente a las cuales o bien se supone que el padre debe saber por ser padre o

madre, o se supone que cualquiera puede opinar porque los padres "no saben".



Los padres necesitan información y formación previa. La formación de los padres es muy importante y puede ayudarles a aprender herramientas y guías útiles para que puedan afrontar las tareas de la crianza con respecto al crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Las enfermeras de pediatría y pediatras de atención primaria son profesionales de referencia para la asistencia sanitaria de la población infantil. La accesibilidad de este nivel asistencial junto con la proximidad de estos profesionales a los niños y sus familias, les permite dar una respuesta integral a las necesidades de salud de este grupo de población.

Con el desarrollo del nuevo modelo de atención primaria y de la pediatría extrahospitalaria, se busca la prestación de una asistencia integral e integrada a la población infantil, en la que las actividades preventivas y de promoción de la salud formen parte de la actividad asistencial (Estrategia SERGAS 2020).

En los últimos años las visitas a los Servicios de Pediatría, tanto de Atención Primaria como hospitalarios, han experimentado un ascenso importante que no se

acompaña de un aumento proporcional de la población pediátrica.

En Atención Primaria existe una alta demanda asistencial relacionada con cuidados básicos, lo que conlleva tiempos muy limitados para el desarrollo de las consultas de enfermería, tanto a demanda como programada de controles de salud del niño sano. Estos tiempos son insuficientes para garantizar una atención sanitaria de calidad y ofrecer educación para la salud, tan necesaria y demandada actualmente.

La percepción de salud y la falta de educación para la salud son, sin duda, las causas habituales de la hiperfrecuentación y la utilización inadecuada de estas prestaciones sanitarias en niños, especialmente en menores de dos años.

Con este estudio se pretende valorar la efectividad de estas intervenciones comunitarias (charlas/talleres de formación grupales) para una posible implantación como práctica asistencial habitual en el marco de la Enfermera Especialista de Pediatría en Atención Primaria y así disminuir la alta demanda asistencial que está colap-



sando las consultas, tanto de atención primaria como de urgencias.

OBJETIVOS

- Objetivo principal:
 - Estudiar el impacto de una intervención educativa grupal de enfermería a padres/tutores/cuidadores principales de bebés recién nacidos, sobre la gestión de los cuidados durante los primeros meses de vida.
- Objetivos secundarios:
 - Valorar conocimientos y habilidades actuales de padres de niños recién nacidos sobre gestión de sus cuidados teniendo en cuenta condiciones personales, sociales y culturales.
 - Capacitar y empoderar a los padres en la crianza con respecto al crecimiento y desarrollo de sus hijos.

MATERIAL Y MÉTODOS

- A. Tipo de Estudio: estudio cuasi experimental tipo antes y después de intervención educativa.
- B. Ámbito de Estudio: el estudio se realizó en consultas de pediatría de atención primaria de Lugo, del Área Sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos.
- C. Población de estudio: los participantes han sido los padres/tutores/cuidadores principales de niños y niñas (0 a 2 meses de edad) que acudieron a la consulta de pediatría de atención primaria de los centros de salud Plaza del Ferrol, La Milagrosa, Fingoi e Illas Canarias de Lugo, bien por consulta a demanda o por consulta programada para el control del niño sano.

Criterios de Inclusión:

- Padres/tutores/cuidadores principales de niños recién nacidos.
- Lenguaje comprensible.
- Disponibilidad de acudir posteriormente a charlas formativas y estar dispuesto a realizar nuevas encuestas.
- Padres que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Padres/tutores/cuidadores principales de niños mayores de 2 meses.
- Lenguaje no comprensible.

D. Tamaño muestral: para conseguir una potencia del 80% para detectar diferencias en el contraste igualdad de puntuación en el cuestionario, antes y después del taller, mediante una prueba T-Student bilateral para dos muestras relacionadas, teniendo en cuenta que el nivel de significación es del 5%, y asumiendo que la media antes del taller es de 15 puntos, la media después del taller es de 20 puntos y la desviación típica de la variable Diferencia es de 15 puntos, era necesario incluir 73 participantes en el estudio.

E. Variables (principales y secundarias) de la actuación: Cuestionario no validado. Heteroadministrado.

F. Desarrollo de la actuación: el estudio se realizó en las consultas de Enfermería Pediátrica de los centros de salud anteriormente citados. La población de estudio fueron los padres de niños de 0-2 meses, que acudieron al centro de salud tanto con cita a demanda como con cita programada para el control del niño sano.

El estudio se desarrolló en tres fases:

1. Primera fase. Etapa diagnóstica. Los padres/tutores principales cumplieron un cuestionario en relación con conocimientos teórico-prácticos sobre los cuidados y desarrollo del niño en ese periodo de edad. La metodología de la evaluación consistió en un cuestionario heteroadministrado con preguntas cerradas.

Se intentó contactar posteriormente con estas familias, para informarles de las fechas de las charlas/talleres y los temas a tratar. De los 117 encuestados fue imposible contactar con 10 de ellos.

2. Segunda fase. Etapa de intervención. Intervención educativa, realización de charlas formativas sobre cuidados y desarrollo del niño. Talleres/charlas grupales sobre los temas demandados por los padres, con una duración cada uno de 2 horas, que se llevaron a cabo en el Centro de Salud Plaza Ferrol.



Temas preparados para las charlas/talleres grupales:

- Lactancia materna.
- Cuidados básicos del bebé (higiene, sueño, lavados nasales, etc).
- Seguridad.
- Problemas de salud prevalentes y cuando acudir a urgencias.
- Alimentación Complementaria (AC).
- Baby Led Weaning (BLW).

Se hicieron 4 grupos (1 grupo por mes); y en cada grupo se daban 2 charlas en días distintos:

- Charla sobre cuidados básicos, seguridad, problemas de salud prevalentes y lactancia materna.
- Charla sobre AC, BLW y primeros auxilios pediátricos.

En total se impartieron 8 talleres/charlas durante los meses de mayo, junio, julio y septiembre del

2022. Para las charlas se prepararon presentaciones con diapositivas de cada tema.

3. Tercera fase. Etapa de Evaluación. Pasado un periodo de 1-2 meses se procedió a reevaluar el grado de conocimientos adquiridos tras la intervención pasándoles otra vez el mismo cuestionario.

G. Plan de análisis: se realizó un análisis descriptivo, determinando frecuencias absolutas y relativas de las variables categóricas. En caso de variables continuas, se realizó un contraste de ajuste a la normalidad, y se presentaron medias y desviaciones estándar, o medianas y rangos intercuartílicos en caso de rechazar la normalidad.

Para comparaciones pre-post se utilizó el test T de Student para datos apareados, o test de Mann-Whitney para datos apareados en caso de no normalidad de las variables.

Se contrastó la diferencia de puntuación total del test entre distintos factores con el test T de Student o test de Mann-Whitney (si no fuesen normales). En caso de más de dos grupos, se utilizó ANOVA o Kruskal-Wallis (en caso de no normalidad).

RESULTADOS

De las 110 familias a las que se les invitó a acudir a las charlas/talleres acudieron solo 35. El perfil medio de los asistentes a las charlas eran ambos padres, con estudios universitarios en un rango de edad de 31-40 años y que acababan de tener a su primer hijo.



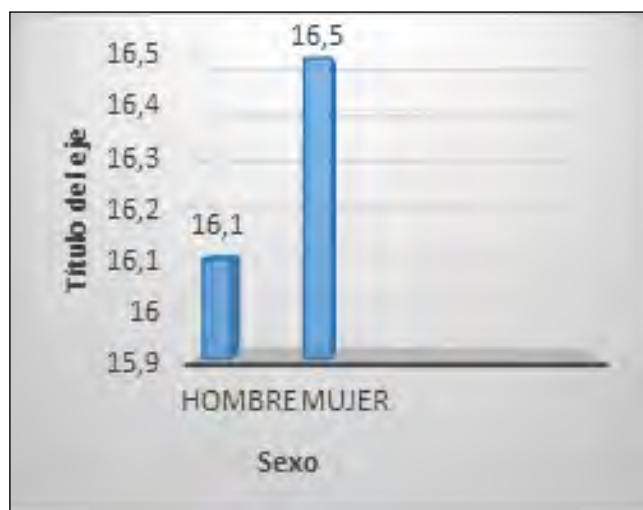
Gráfica 1: asistentes por edades.



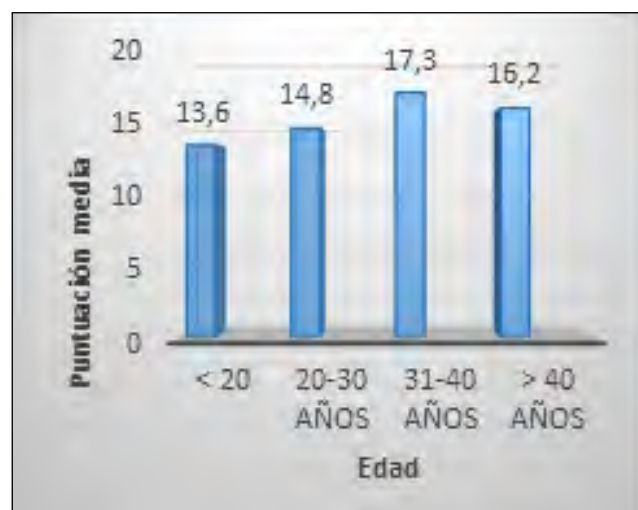
Gráfica 2: asistentes por nivel de estudios.



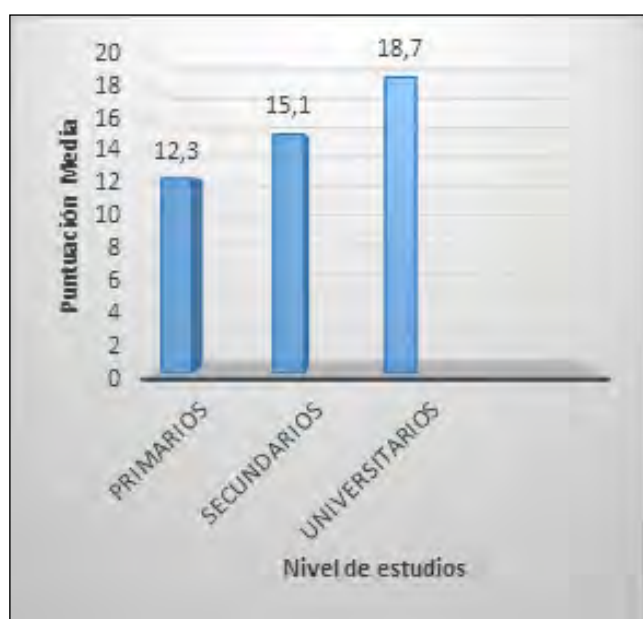
RELACIÓN ENTRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO PRE-INTERVENCIÓN Y LAS DIFERENTES VARIABLES



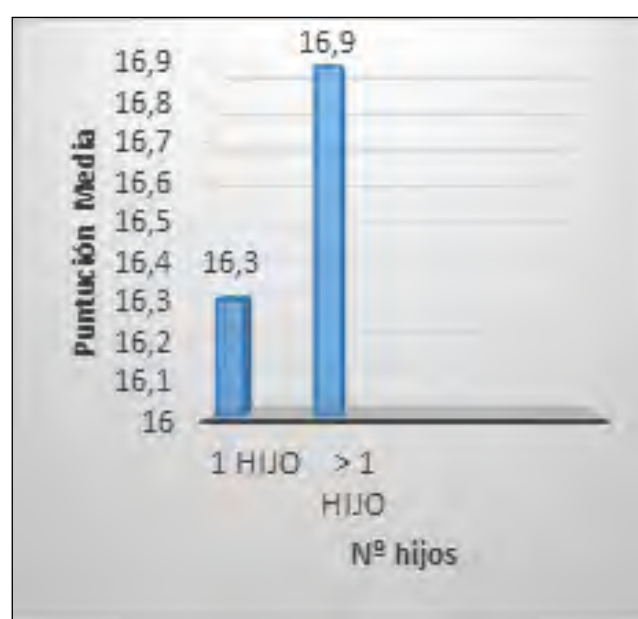
Gráfica 3: Relación resultados cuestionario y sexo.



Gráfica 4: Resultado cuestionario y edad.



Gráfica 3: resultado cuestionario y nivel estudios.



Gráfica 4: resultado cuestionario y nº hijos.

COMPARACIÓN ENCUESTAS PRE Y POST INTERVENCIÓN

Para esta comparación se tienen en cuenta los cuestionarios pre y post de las 35 familias que entran en el estudio y acuden a las charlas.

En cuanto a la efectividad de la intervención educativa se evidenció el incremento de la puntuación media de

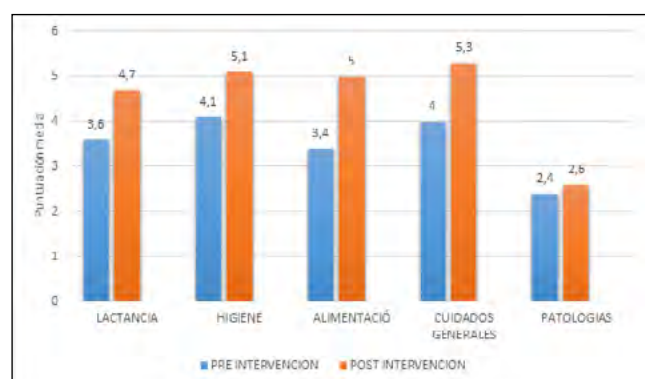
17.6 (desviación estándar 3.7) a 23 (desviación estándar 2.4) después de la intervención educativa, permitiendo afirmar que las diferencias encontradas resultan estadísticamente significativas ($p < 0.01$) lo cual indica que la intervención educativa fue efectiva. (Tabla Nº 1).



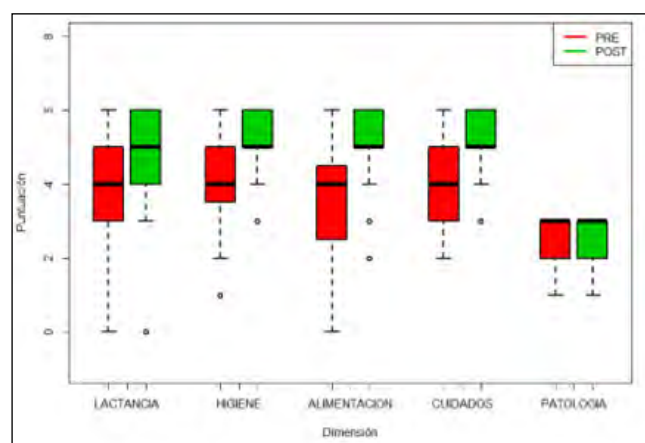
Pregunta	Cohorte PRE (35)	Cohorte POST (35)	p-valor
Lactancia	3.6 (1.7)	4.7 (1.4)	<0.001
Higiene	4.1 (1.1)	5.1 (0.9)	<0.001
Alimentación	3.4 (1.4)	5.0 (0.9)	<0.001
Cuidados	4.0 (1.2)	5.3 (0.7)	<0.001
Patologías	2.4 (0.6)	2.6 (0.5)	0.148
Total	17.6 (3.7)	23.0 (2.4)	<0.001

Valores en medias y desviaciones estándar.
P-valor calculado con el test T de Student

Tabla 1. Comparación pre y post intervención.



Gráfica 5: Comparación resultados pre-post intervención.



Gráfica 6: Comparación pre-post con valores medios y desviaciones estándar.

DISCUSIÓN

En la investigación se encontró una notable efectividad al aplicar la intervención educativa en conocimientos y habilidades para la crianza de un niño en los primeros meses de vida, evidenciándose en la mejora de la puntuación en el post test contra pre test.

En la evaluación de las características socio-personales de la población, se evidenció que:

- La mayor parte de los progenitores que acuden a la consulta con sus hijos y cumplimenta el cuestionario pertenece al sexo femenino (86.3%) y el parentesco con el niño es ser madre (86.3%).
- Evaluando la edad de los progenitores, se puede observar que el 60% tiene entre 31 y 40 años, evidenciándose la edad media a la que los padres actuales esperan a tener su primer hijo; mientras que sólo el 6% (menores de 20 años) o 10% (mayores de 40 años) tienen a sus primogénitos en edades más extremas.
- Según el número de hijos, el 81.2% tiene solo 1 hijo, y el 18.8% tiene 2 hijos o más. Lo que está en relación con las tasas de natalidad y fecundidad actuales (número medio de hijos por mujer). Según el Instituto Gallego de Estadística, el índice de fecundidad en 2020 fue de 1.02 hijos; mientras que, a nivel Nacional, según el INE la tasa de fecundidad durante el 2021 fue de 1.19 hijos.
- En cuanto al análisis del nivel de conocimientos las preguntas estaban divididas en: Lactancia materna, alimentación complementaria, higiene, cuidados generales y fiebre (suma total de respuestas correctas equivale a la puntuación total del test); se evidenció (en la sección de lactancia materna y alimentación) que los cuidadores tienen gran desconocimiento del tema o conocimientos muy anticuados, siendo las preguntas con menor índice de respuestas correctas.
 - En lactancia materna una media de 3.5 (1.6 desviación estándar) preguntas correctas de 6. La pregunta más fallada versaba sobre las necesidades hídricas y nutricionales de la madre durante la lactancia, con un fallo o pregunta no contestadas del 67%; seguida en número de fallos por la tercera pregunta, según la cual un 53% de los progenitores creen



que las tomas de lactancia materna deben ser cada 3 horas, con una duración determinada de 15 minutos en cada pecho (afirmación falsa).

- En Alimentación, la media de preguntas acertadas es de 3.3 (con una desviación estándar de 1.3) de 6. Las 2 preguntas más falladas fueron la número 4, en la que se habla sobre la necesidad o no de esterilizar chupetes y biberones, donde han fallado un 83% de los progenitores. La siguiente pregunta más fallada ha sido la número 6 de este apartado, donde un 60% de los progenitores afirman que a los bebés hay que darles triturados cuando comienzan la alimentación complementaria para evitar atragantamientos.
- En Higiene, la media de preguntas acertadas es de 3.9 (con una desviación estándar de 1.2) de 6 puntos. Las preguntas más falladas fueron:
 - Primera pregunta de este apartado, con un 53.8 % de fallos, donde más de la mitad de los padres encuestados creen que si el ombligo no se cae antes de los 10 días, recurrirían al servicio de urgencias.
 - Cuarta pregunta de este apartado, donde el 65.8% de los progenitores desconocen la necesidad de una higiene adecuada con cepillo y pasta fluorada en cuanto aparece el primer diente; según recogen todas las guías actuales y recomiendan higienistas y dentistas.
- En el apartado Cuidados generales, la media de preguntas acertadas fue de 3.5 (con una desviación estándar de 1.4) de 6 puntos. Las preguntas más falladas de este apartado fueron:
 - Segunda pregunta, con un 40.1% de fallos, donde los padres creen que es beneficiosa la utilización de aspiradores para limpiar la nariz del bebé. Según las guías actuales, esta técnica está desaconsejada.
 - Sexta pregunta. Un 63.2 % de los progenitores, acudiría al servicio de urgencias si su hijo estuviese más de 3 días sin realizar deposiciones.
- El apartado de Fiebre es el que presenta la puntuación media más alta, con 2.1 preguntas acer-

tadas de 3 (con una desviación estándar del 0.8). La pregunta más fallada es la tercera, en la que los padres confirman que si su hijo tiene fiebre, aunque esta ceda con antitérmicos, acudirían a urgencias para valoración.

Con los resultados del cuestionario inicial, queda evidenciado el bajo nivel de conocimientos de progenitores que acaban de ser padres, o que dichos conocimientos están muy desactualizados.

También cabe destacar, que algo que se repite a lo largo del cuestionario es que, ante cualquier incidencia o desconocimiento de los padres, harían uso de los servicios de urgencias. Lo que confirma una de las hipótesis iniciales al comenzar este estudio, que es la hiperfrecuentación o mal uso de los servicios de urgencias.

Como ya se comentó en los resultados del estudio, de los 117 participantes iniciales que cubrieron los cuestionarios y han sido invitados a acudir a las charlas/talleres formativos, sólo lo hicieron 35 familias. Para aprovechar la ocasión, se ofreció la oportunidad de asistir a padres de niños interesados que no entraban en el estudio porque no cumplían los criterios de inclusión (principalmente edad del niño). Asistieron a estas charlas de forma libre y con previo aviso a su enfermera de pediatría otras 35 familias. En total asistieron a los talleres/charlas 70 familias.

Tras la intervención educativa se explicaron y aclararon dudas a los participantes, y se puso en evidencia el grado de mejora en los conocimientos y actitudes, aumentando según en el post test, en un 20% la puntuación total.

Debido al escaso tiempo de seguimiento, no pudo evaluarse el cambio de estilos de vida tal como Rodríguez M et al. lo hace en su estudio sobre la efectividad de estas intervenciones educativas, en el cual se evidencian cambios de sus participantes gracias a la educación sanitaria. Sin embargo, sería un aspecto importante para futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

- El nivel de conocimientos y habilidades de los progenitores para el cuidado de un bebe son bajos o están muy desactualizados.
- El nivel de estudio de los padres, la edad, y el número de hijos de la unidad familiar, son factores que influ-



yen en el grado de conocimientos previos. Siendo el más influyente el primero.

- El sexo no es un factor significativamente influyente en el nivel de conocimientos y habilidades para el cuidado de un bebé.

BIBLIOGRAFÍA

- OMS. Sr. Informe Tec., 412, 1969, p. 7.
- Modolo, M. A. Educazione sanitaria, comportamento e partecipazione. Extracto de Educazione sanitaria ne/la scuola. Atti del XIX Corso Estivo di Educazione Sanitaria, Peruggia, 1. 10 septiembre 1981.
- Turner, C. E. Planteamiento de la educación sanitaria en la escuela. Barcelona, UNESCO/Teide y OMS.
- Lalonde M. Informe Lalonde. Canadá; 1974.
- Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre cuidados primarios de salud; 6-12 de septiembre 1978.
- Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. 17-21 de noviembre de 1986.
- Guía de saúde infantil actividades preventivas e de promoción da saúde en pediatría de atención primaria XUNTA DE GALICIA Consellería de Sanidade Servizo Galego de Saúde Santiago de Compostela 2020.
- RECOMENDACIONES DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA. Dra. Marta Gómez Fernández- Vegue Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría Fecha del documento: 9 de noviembre de 2018.
- Los conocimientos de los progenitores se incrementaron después de la intervención educativa.
- Organización Mundial de la Salud. Guiding principles for feeding non- breastfed children 6-24 months of age. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 26/11/2018]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/guidingprin_nonbreastfed_chi Id.pdf.
- Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. José Manuel Martín Morales. 2012.
- <https://www.e-lactancia.org/>
- Rodríguez MJM, Cordero MJA, Villar NM, Mur CS. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática Effectiveness of health care educational interventions. A systematic review. 2017;15.
- Núñez Jiménez C. Cómo organizar una escuela de padres sin morir en el intento. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014;(23):119-25.
- Estrategia SERGAS 2020. Servicio Gallego de Salud, 2016.



Lo que fuimos, lo que somos

Natalia Sánchez Noya • nataliasancheznoya@gmail.com

R2 Enfermería Geriátrica en Hospital Universitario Lucus Augusti

Juan Polo Moreno • jpolomoreno99@gmail.com

R1 Enfermería Geriátrica en Hospital Universitario Lucus Augusti

El arte de cuidar y el inicio de la humanidad comparten fecha de nacimiento, ya que la necesidad intrínseca al ser humano de prestar cuidados se ha observado, con diferentes matices, a lo largo de toda nuestra existencia¹.

Para Platón, el envejecimiento era el mero reflejo de las experiencias vividas; para Aristóteles, la senectud era sinónimo de enfermedad natural. En la misma línea, Séneca expresaba la vejez como una patología incurable, aunque “abunda en dulzuras si se sabe sacar partido de ella”. Debemos a Galeno de Pérgamo la aprobación de hacernos viejos, aunque no libres de achaques^{1,2}.

A principios de la Edad Antigua se aprecia un cambio de perspectiva, ya que además de las primeras preocupaciones escritas sobre el cuidado de los ancianos, aparecen los Gerontokomios, secciones dentro de los Chenodocheio, sus hospitales, dedicadas exclusivamente a ellos¹.

Los ancianos también sufrieron las luces y sombras del medievo, de tal forma que el siguiente salto nos traslada a la Edad Moderna, cuando la sociedad vuelve a tomar conciencia de la problemática asociada a este grupo etario y Zerdi menciona tratamientos higiénico-dietético-preventivos para algunas enfermedades de la vejez^{1,2}.

En 1903, Metchnikoff propone el término de Gerontología, definiéndolo como la ciencia que estudia el envejecimiento y los aspectos biológicos, médicos, psicológicos y sociales que lo envuelven. En 1909, Nascher, médico internista que defendía una subespecialización de la especialidad centrada en la persona mayor, acuña por primera vez el término de Geriatría en su obra “Geriatría, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento”¹.

La enfermería geriátrica entra en juego de la mano de nuestra madre, Marjory Warren, que en 1940 se percató de que brindando unas prestaciones específicas los ancianos mejoraban su estado de salud y disfrutaban de una mayor calidad de vida. Así, en 1947 cofundó la Sociedad Médica para el Cuidado de los Mayores, que con el tiempo se convertiría en la Sociedad Británica de Geriatría. De manera coetánea, en España se funda la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, en 1946 se crea el primer servicio de Geriatría en el Hospital La Esperanza en Barcelona y en 1977 se comienza a impartir de forma obligatoria la asignatura de Enfermería Geriátrica^{1,3}.

Aunque no será hasta 1987, concretamente el 3 de julio, que se llegue a ver un esbozo de lo que será la Enfermería Geriátrica, favorecida por el Real Decreto 992/1987. Pese a ello no se llega a un desarrollo pleno, sino más bien a una estructuración de las especialidades sin mayor confección. En este mismo año, con celeridad, se forma la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG), que comenzará a organizarse para la realización de congresos de ámbito nacional y, más adelante en 1990, se iniciará en la producción de literatura científica, naciendo así la revista Gerokomos^{3,4}.

Para el nuevo milenio, concretamente en el año 2002, tiene lugar la Segunda Conferencia Mundial de las Naciones Unidas. Como tema principal de esta conferencia se pone sobre la mesa el envejecimiento y qué políticas han de desarrollar los estados y las distintas sociedades para poder garantizar que las personas mayores puedan seguir haciendo esa aportación tan sustancial que ya venían allegando, pero eliminando barreras. Se expusieron diversos temas como la doble carga de la enfermedad, el mayor riesgo de discapacidad, la feminización del envejecimiento y un cambio de paradigma acerca del envejecimiento. Esta estrategia persiguió la necesidad de dar



al envejecimiento un lugar en todos los programas de acción, nacionales e internacionales, así como en todos los documentos esenciales relacionados con los derechos humanos y el desarrollo social y económico^{4,5}.

En este siglo acontecen grandes hechos a nivel legislativo que impulsan la especialidad. El primero de ellos tiene lugar en 2005 con el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, donde se suprimen anteriores especialidades y se fijan gran parte de las actuales, pero no será hasta 2009 con la Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. En él ya se habla de una prueba de acceso a la especialidad, conocida extensamente como el examen EIR¹.

En 2013, para el primer examen EIR donde se pudo optar a la especialidad de Enfermería Geriátrica, se pusieron en juego un total de 11 plazas. A día de hoy, en la última convocatoria esta cifra evolucionó a 81 plazas repartidas por toda España, salvo en las Comunidades Autónomas de Cantabria y Andalucía. Asimismo, la contratación como especialistas a lo largo del territorio nacional es ya una realidad, aunque una asignatura aún pendiente en Galicia^{3,6}.

España envejece a pasos agigantados y como defiende la SEEgg "las enfermeras actuales de nuestro país tienen



Foto de Danie Franco en Unsplash.

capacidad y autonomía para, mediante intervenciones en educación y promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la función perdida, disminuir y retrasar la dependencia de los ancianos y fomentar su autonomía"⁶.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Azua Blanco M. D., Lample Lasaca A. M., Blasco Solana M. y Belloso Alcay A. (1993). Evolución histórica de la enfermería geriátrica. *Gerokomos*, 9 (9), 109-111. <https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/04-9-1993-109.pdf>
2. Silva Maurtua, C. (s.f.). *La geriatría, especialidad médica*. Recuperado el 10 de abril, 2023 de: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/Geronto/v5n25/a4.pdf>
3. Urbistondo Lasa, G. (2019). Enfermería geriátrica, de los orígenes a la situación actual. *Cuadernos gerontológicos*, (25), 5-11. https://sngg.es/uploads/files/revista_25.pdf
4. Jiménez Navascués M. L. (2015). *Institucionalización de la enfermería geriátrica en España: 1977-2010* [Tesis de Doctorado, Universidad de Zaragoza]. Repositorio Institucional - Universidad de Zaragoza. <https://zaguan.unizar.es/record/30674/files/TESIS-2015-031.pdf>
5. Naciones Unidas. (s.f.). *Afrontando los desafíos del siglo XXI*. Recuperado el 10 de abril, 2023 de: <https://www.un.org/es/conferences/ageing/madrid2002#:~:text=Veinte%20a%C3%B1os%20despu%C3%A9s%20de%20la,la%20sociedad%20lo%20mejor%20que>
6. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. (2022). *Competencias de la enfermera en las residencias de ancianos*. (Nº 1). SEEgg. <https://seegg.es/wp-content/uploads/2019/05/COMPETENCIAS.pdf>



Héctor Castiñeira López • hcaslop@gmail.com

ESCALA DE AGITACIÓN-SEDACIÓN DE RICHMOND (RASS)

Rango 1 a 4
ansiedad-agitación

- +4 Combativo.** Ansioso, violento.
- +3 Muy agitado.** Intenta retirarse catéteres, TET...
- +2 Agitado.** Movimientos frecuentes, lucha con respirador.
- +1 Ansioso.** Inquieto, pero sin conducta violenta o movimientos excesivos

Rango 0 a -3
sedación moderada-consciente

- 0 Alerta y tranquilo**
- 1 Adormilado.** Despierta con la voz, mantiene ojos abiertos + de 10 seg
- 2 Sedación ligera.** Despierta con la voz, mantiene ojos abiertos - de 10seg
- 3 Sedación moderada.** Se mueve y abre los ojos a la orden.

Rango -4 a -5
sedación profunda

- 4 Sedación profunda. No responde, abre los ojos al dolor.
- 5 Sedación muy profunda. No hay respuesta.

ESCALA DE NORTON MODIFICADA

Escala de valoración del Riesgo de Úlceras por Presión

	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 punto
ESTADO FÍSICO	Bueno	Mediano	Regular	Muy malo
ESTADO MENTAL	Alerta	Apático	Confuso	Estuporoso o comatoso
ACTIVIDAD	Ambulante	Disminuida	Muy limitada	Inmóvil
MOVILIDAD	Total	Camina con ayuda	Sentado	Encamado
INCONTINENCIA	Ninguna	Ocasional	Urinaria o fecal	Urinaria y fecal

Clasificación de riesgo:

Puntuación de 5 a 9 - Riesgo muy alto

Puntuación de 10 a 12 - Riesgo alto

Puntuación de 13 a 14 - Riesgo medio

Puntuación mayor de 14 - No hay riesgo





Poboación coidadora de persoas con enfermidade mental: proposta de intervención dende a metodoloxía científica enfermeira

Inés Gómez Fontaiña¹ • R1 Salud Mental Hospital Universitario La Paz

José Luis Buceta Hazas² • Enfermeiro especialista en saúde mental. Profesor Escola Enfermaría Pontevedra. Universidade de Vigo

Claudia González López³ • Enfermeira especialista en saúde mental. Profesora Escola Enfermaría Pontevedra. Universidade de Vigo. <https://orcid.org/0000-0002-1563-401X>

RESUMO

A enfermidade mental supón unha condición en auge no noso país. A humanización da atención destas persoas revelou a importancia do labor extrahospitalario da man dos coidadores informais. Non obstante, son escasos os programas enfocados neste ámbito. A falta de información, apoio e recursos socioeconómicos desencadean unha sintomatoloxía coñecida coma o síndrome de sobrecarga do coidador, influíndo indirectamente nos cuidados que recibe o paciente. Preténdense así con este artigo identificar as formas de sufrimento psíquico e aspectos resilientes da persoa coidadora, promover hábitos de autocoidado e brindar a informa-

ción que precisen. As actividades oriéntanse segundo a Clasificación de Intervencións de Enfermaría (NIC), elaborando un plan adaptado ao coidador que efectuaremos a través do Proceso de Atención de Enfermaría (PAE). Finalmente, avalíase a efectividade do proxecto, consistente na combinación dos datos cuantitativos de asistencia dos pacientes e coidadores ás consultas programadas e na recolección de información mediante unha enquisa de satisfacción.

Palabras chave: coidadores informais; enfermidade mental; pacientes; promoción; proxecto; saúde mental.

ABSTRACT

Mental illness is a rising condition in our country. The humanisation of the care of these people has revealed the importance of out-of-hospital work with informal carers. However, there are few programmes focused on this area. Lack of information, support and socio-economic resources trigger a symptomatology known as caregiver overload syndrome, indirectly influencing the care received by the patient. The aim of this article is to identify the forms of psychological suffering and resilient aspects of the caregiver, to promote self-care habits and to provide the information they need. The

activities are oriented according to the Nursing Intervention Classification (NIC), elaborating a plan adapted to the caregiver that we will carry out through the Nursing Care Process (PAE). Finally, the effectiveness of the project is evaluated by combining the quantitative data on patient and caregiver attendance at scheduled consultations and the collection of information through a satisfaction survey.

Key words: informal carers; mental disease; patients; promotion; project; mental health.



INTRODUCCIÓN

1. Formulación / Definición do problema, causas e efectos

Na actualidade, debido ao estilo de vida, aos avances no desenvolvemento científico e ao tipo de organización da asistencia sanitaria, as enfermidades crónicas lideran as incidencias da nosa sociedade, entre elas a enfermidade mental (1). De feito, considérase a segunda causa de discapacidade en Galicia (despois da física), e hai máis de 60.000 persoas certificadas con dita discapacidade (2,3). A demanda de coidados que supón resulta desproporcionada á oferta dispoñible, polo que se desenvolven alternativas asistenciais na comunidade, entre as que atopamos a atención domiciliar por parte de coidadores informais, que adoitan ser familiares ou persoas da súa contorna (4,5,6). Esta situación leva a que estas persoas, por elección ou necesidade, asuman a responsabilidade de coidado dos pacientes (7). Estímase que máis do 80% da atención que recibe este colectivo é prestada por coidadoras ou coidadores informais (2,5,8).

As familias son entón as que primeiro proporcionan asistencia, dan apoio físico e emocional, e encárganse da adherencia terapéutica e dos programas de rehabilitación psicosocial do paciente (9). Dende unha visión de participación social, comunitaria e na dinámica do fogar desempeñan tamén un importante papel a nivel inclusivo. Así mesmo, o coidador considérase o intermediario entre a persoa con enfermidade mental e as entidades que prestan servizos de saúde, polo que se pensa que ten un papel chave na asistencia das persoas con enfermidades mentais (10). Dada a repercusión que teñen estes coidadores, en 2007 rexistrouse que o 51,95% deles destinaban máis de 60 horas semanais ao coidado dunha persoa que sofre algunha enfermidade mental (5).

Debido á alta demanda de tempo e esforzo, o coidador enfróntase a situacións de estrés, ansiedade e desesperanza, as cales repercuten na súa capacidade productiva e adaptativa ante situacións vitais e no seu quefacer diario, síntomas constituíntes do síndrome de sobrecarga do coidador. Este síndrome pode verse ademais desencadeado por sufrimento persoal, frustración, interacción social reducida e incluso depresión e perda de autoestima (10,11).

O acto do coidado inflúe negativamente na carga percibida polos coidadores a nivel físico, mental, econó-

mico e de seguridade, o que repercute na súa calidade de vida. A medida que aumenta, maior é o impacto na saúde do coidador, véndose afectada esta e o seu benestar, polo que a asistencia que desenvolve é menos eficaz e prexudica de xeito indirecto ao paciente (12,13). Non obstante, é a clase de atención da que menos recursos e investigación se dispón (10,14,15).

2. Rol da enfermaría

Os profesionais de enfermaría especializados en saúde mental, xunto cun equipo multidisciplinar, pretenden identificar factores psicolóxicos que inflúan no autocoidado para promover accións de intervención sobre os coidadores que reduzan os niveis de sobrecarga e garantan así un benestar no vínculo entre coidador e receptor de coidados, para mellorar a súa prestación (13,16,17). Tamén se busca mellorar a súa experiencia mediante a educación sanitaria, a escoita activa e a manifestación de respecto pola persoa con enfermidade mental.

Trátase, por último, de acadar a figura da familia como elemento funcional ou maduro, aquel que afronta os conflitos e momentos críticos coa debida estabilidade emocional, convive de xeito armónico e independente, e mantén o compromiso entre os seus membros (17).

O conseguinte artigo consiste no deseño dun proxecto de atención para coidadores de pacientes con primeiros diagnósticos de enfermidade mental, dado que a promoción da saúde mental e prevención da súa enfermidade se consideran as accións máis importantes. Unha maior atención destas reduce a ampla carga social, económica e sanitaria que posúen as enfermidades mentais (18). Nel búscanse identificar tanto formas de padecemento psíquico coma aspectos resilientes, fortalecer hábitos saudables de autocoidado e estratexias de afrontamento para o quefacer diario que promovan o benestar psicolóxico, a diminución de ansiedade e dos síntomas depresivos tanto no coidador coma na persoa con enfermidade (6).

A abordaxe preventiva dos conflitos psicosociais e das enfermidades mentais idónea levarase a cabo no ámbito da atención primaria de saúde (APS). As razóns (19):

- É o dispositivo social co que contacta un maior número de persoas ao longo do ano e das súas vidas (xunto coa escola).



- Os diversos dispositivos de APS adoitan consultarse repetidamente por pacientes con trastornos mentais ou conflitos psicosociais crónicos.
- Os trastornos emocionais non detectados de xeito precoz polos profesionais de APS tenden a ter, a nivel pragmático e sanitario, unha peor evolución.

Os profesionais de APS (equipo médico, enfermeiro, traballo social, etc.) facilitan a continuidade dos cuidados e evitan a perpetuación futura de trastornos psicosociais graves (e incluso irreparables) ao xogar un importante papel na promoción da saúde, na prevención das enfermidades mentais, no tratamento e no seguimento dos pacientes nos ámbitos familiar e comunitario. Así mesmo, facilitan a coordinación cos dispositivos especializados e cos servizos sociais ao achegarlle accesibilidade e coñecemento á familia (19).

A pesar da creación de políticas que pomoven os servizos de apoio dispoñibles ante situacións de crise e de que cada día hai máis avances científicos no ámbito farmacolóxico e terapéutico, poucas investigacións teñen traballado na liña da percepción e necesidades dos familiares, así como en coñecer as habilidades que posúen para lograr o control e a normalidade das súas vidas. Seguen sen comprenderse completamente as situacións complexas que a persoa e os seus achegados experimentan. En consonancia, das intervencións de enfermaría existentes dirixidas a diminuír a carga destes cuidadores, son escasas aquelas que seguen unha metodoloxía cun ensaio clínico que permita demostrar a súa efectividade (5,20,21). Incidir por ende no beneficio que proporcionan estes proxectos tanto a cuidadores coma pacientes, posto que un maior benestar do cuidador implicará unha mellor atención e cuidados máis efectivos para o paciente (16).

No caso de aplicar as condicións mencionadas anteriormente, o proxecto limitárase a aquelas únicas persoas coñecedoras dos servizos dirixidos á saúde mental prestados por APS, e excluírase indirectamente quen descoñeza a existencia destes servizos, así como os cuidadores de persoas cunha causa de discapacidade diferente á de enfermidade mental. Preténdese que este artigo non sexa outro dos recursos illados dos que dispoñemos para atender as persoas deste grupo, senón o punto de partida para alentar á extensión destas investigacións, que se poida dispor de múltiples guías que consigan interrelacionar as intervencións que poidan ter en común cada

un dos diferentes tipos de cuidadores existentes, e non perder así información que pode servir para outros.

3. Obxectivos xerais

O propósito central do proxecto é previr e atender a sobrecarga e malestar nos cuidadores de persoas cun primeiro diagnóstico de enfermidade mental a través dun proxecto de atención a este colectivo, no que se aprecien as formas de sufrimento psíquico, e os aspectos resilientes, e se estruturen redes de apoio naqueles cuidadores cuxo paciente esté vinculado a algún dispositivo de atención comunitaria en Saúde Mental da Comunidade Autónoma de Galicia (10).

4. Obxectivos específicos

- Identificar problemáticas, formas de sufrimento psíquico e aspectos resilientes nos cuidadores.
- Promover entre os cuidadores hábitos de autocoidado que lles permitan desenvolver o seu rol.
- Fomentar a estruturación de redes de apoio para estes cuidadores.
- Promover cuidados dende unha visión holística que considere a individualidade do ser humano, as relacións interpersoais e a convivencia coa familia.
- Concienciar ós cuidadores acerca do impacto do seu labor, corresponsabilizalos e axudalos a apoderarse para recoñecer os seus límites, capacidades, cargas e virtudes (22).

METODOLOXÍA

O PAE (Proceso de Atención de Enfermería) mais a linguaxe estandarizada de mans da clasificación NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Intervention Clasification) e NOC (Nursing Outcomes Classification) contribúen no desenvolvemento da enfermaría baseada na evidencia, permitindo o auxe da profesión, o fortalecemento dunha linguaxe común e un corpo de coñecemento propio; razón validante para empregar neste proxecto unha atención baseada na secuencia amosada no PAE (valoración, diagnóstico, planificación, execución, avaliación) ligada aos sistemas de clasificación (23-28).



Como persoal de enfermaría presentamos as competencias pertinentes para atender aos coidadores, posto que contamos con ferramentas como as NIC, dentro das cales atopamos intervencións axeitadas ás características que adoitan presentar este grupo de persoas e entre cuas actividades deberemos buscar cales son máis apropiadas para a persoa en cuestión segundo a valoración previa establecida da persoa. Recollemos as seguintes intervencións como as máis usuais atendendo á clase de persoas ás que dedicaremos a nosa atención e os nosos coidados (29):

- Apoio ao coidador principal (7040).
- Arteterapia (4330).
- Axuda para o control do enfado (4640).
- Biblioterapia (4680).
- Ensinanza: grupo (5604).
- Escoita activa (4920).
- Levar un diario (4740).
- Mediación de conflitos (5020).
- Musicoterapia (4400).
- Potenciación da socialización (5100).
- Reestruturación cognitiva (4700).
- Terapia de relaxación (5880).
- Terapia familiar (7150).
- Visitas domiciliarias de apoio (5328).

RESULTADOS: PROPOSTA DE INTERVENCIÓN

No momento en que se establece un diagnóstico de enfermidade mental ou se sospeita dalgún problema asociado a este ámbito que implique o seu seguemento por parte da Unidade de Saúde Mental (USM) de APS, como profesionais de enfermaría planificaremos unha cita no noso servizo, á que o paciente acudirá, a ser posible, de xeito paralelo coa cita médica establecida, reducindo así o número de desprazamentos nun determinado periodo de tempo. Indicaremos que acuda a persoa que o paciente considera coidador/a principal, é dicir, a que máis tempo lle dedique á súa atención e coidados (8).

A partir deste feito, na atención que se lle vai prestar tanto ao paciente coma ao coidador, establecerase en todo momento unha relación de empatía a través da escoita activa e da confianza, e crearase un espazo reservado no servizo no que garantamos a privacidade das persoas (24).

Neste primeiro encontro centrarémonos nunha presentación conxunta, describiremos, se é posible, o

problema de saúde pertinente, o grao de parentesco do coidador coa persoa receptora de coidados e informaremos dos coñecementos que paciente e coidador teñen acerca da enfermidade ou problema presente, brindando a información que observemos que se precise reforzar a modo de orientación e ofrecendo guías e manuais informativos axeitados á problemática. Da man da FEAFES Galicia en colaboración coa Xunta de Galicia, coa Consellería de Traballo e Benestar e coa Dirección Xeral da Dependencia e Autonomía Persoal contamos cun manual formativo para os coidados na contorna familiar de persoas con enfermidade mental, onde se explican os diferentes tipos de enfermidade mental, causas e problemas asociados, os coidados neste tipo de persoas en situación de dependencia, a importancia da comunicación entre coidador e receptor de coidados, así como os recursos sociosanitarios dispoñibles (30).

No caso de precisarse, amosaremos tanto as prestacións presentes na carteira de servizos para persoas dependentes con enfermidades mentais da Consellería de Traballo e Benestar como a guía de recursos para as familias da Xunta de Galicia, onde recomendaremos os servizos máis axeitados ás necesidades da familia. Atópase dende axuda a domicilio e atención psicosocial/ocupacional diurna/nocturna, ata programas sociais de mediación, educación e apoio familiar. Ofreceremos tamén a posibilidade de recibir atención por parte doutros profesionais como a traballadora social (31,32).

Exporemos a maiores a biblioterapia, a musicoterapia e a arteterapia como recursos que facilitan a expresión de sentimentos e proporcionan apoio psicosocial, ademais de mellorar o benestar da persoa, onde atopamos da man do Servizo Galego de Saúde (SERGAS) guías de lecturas recomendadas segundo as patoloxías ou retos artísticos, entre outros (33,34).

Finalmente ofreceremos a nosa disposición para o que precisen, e incidiremos en que contacten connosco no caso de que requiran atención antes da vindeira cita, a cal será próxima á médica.

Fixaremos outra consulta o máis temperán posible a esta primeira cita, á que acudirá o coidador sen o paciente, para permitir que este poida expresarse do xeito máis libre sen verse inconscientemente presionado a reservar información polo mero feito de pensar que podería ofender o seu familiar.



1. Etapa diagnóstica

Nestoutro encontro preténdese coñecer, aprender e recoñecer o rol que o coidador desenvolveu ata o momento, posto que a experiencia e as habilidades se van adquirindo a medida que vai coñecendo ao paciente e entende as esixencias implicadas no coidado dunha persoa con diagnóstico de enfermidade mental. Corresponderá así este proceso a levar a cabo coa etapa de Valoración do PAE (12).

Analizaremos, polo tanto, o nivel de sobrecarga que percibe o coidador, onde empregaremos como instrumento para a recollida de datos a escala de Zarit (Zarit Burden Interview). Así mesmo, trataremos de detectar unha posible disfunción familiar a través do Índice APGAR familiar (*adaptability, partnership, growth, affection, resolve*) e restablecer o equilibrio das relacións existentes mediante a planificación de intervencións que as favorezan.

Igualmente, intentaremos describir o comportamento da persoa receptora de coidados formulándolle mediante unha pregunta aberta ao coidador: “cales son os comportamentos que considera máis molestos/incómodos do seu familiar?”. Indagaremos en última instancia sobre os coñecementos, crenzas e imaxinarios previos que ten o coidador sobre o autocoidado (12).

Tanto as puntuacións obtidas nas escalas como a propia percepción do coidador levarannos a considerar unha condición chave na persoa, a cal nos permitirá aplicar as intervencións máis axeitadas para ela. Podemos incluso atribuír un xuízo clínico en forma de Diagnóstico de Enfermería (DE), aínda que non resulta obrigatorio, posto que hai profesionais que consideran que o emprego deste tipo de clasificacións ocultan a parte humana da experiencia na saúde, restando importancia á relación interpersoal nos coidados e perdendo a orientación humana e espiritual nestes. Deixarase entón a elección do profesional baixo criterio propio (35,36).

2. Etapa de planificación

Segundo o resultado obtido na valoración e no diagnóstico da persoa, desenvolveremos un plan de atención adaptado ao coidador. No caso de empregar o libro de diagnósticos NANDA, podemos establecer uns obxectivos desexados da NOC e determinar que intervencións da NIC se recomiendan para acadar ditos obxectivos. Non obstante os resultados poden variar segundo a persoa

que execute a intervención e a que a reciba, polo que se reflexionará que NIC e NOC resultan máis pertinentes ao noso caso e intentaremos diferenciar que problemas son susceptibles de ser solucionados da man enfermeira e cales precisan da colaboración doutros profesionais.

3. Etapa de execución

Será a partir deste punto no que comece a posta en marcha do plan de coidados elaborado.

Con respecto á presente consulta enfermeira (8):

- Clarexaremos os coñecementos do autocoidado da persoa coidadora.
- Amosaremos a importancia de que para coidar a alguén debemos coidármonos nós.
- Potenciaremos a capacidade que ten a persoa de socializar.
- Ensinaremos a detectar sinais que alerten ansiedade, depresión ou outras problemáticas indicadoras de que se precisa unha melloría do autocoidado e proporcionaremos técnicas que axuden a acadar habilidades no manexo do estrés (coma a terapia de relaxación ou axudas para o control do enfado) e na resolución de situacións difíciles.

Toda esta información recóllese no *Manual de Formación para coidados no contorno familiar* da Dirección Xeral da Dependencia e Autonomía Persoal e da Sociedade Galega de Médicos Xerais e de Familia, o cal llo podemos amosar á familia como un recurso informativo, e tamén podemos recorrer a el para ensinar a temática pertinente. Contamos, ademais, cunha guía infográfica coas normas básicas que debe ter en conta o coidador (8,37).

Así mesmo FEAFES Extremadura proporciona un caderno de breves tarefas dirixido ás familias co que se traballan a autocompasión e autocoidado, os dereitos que temos como coidadores e a importancia do benestar, xunto cunha guía complementaria de consellos, que podemos recomendar de apoio (38,39).

Nunha nova consulta citaremos tanto ó paciente coma ó coidador a modo de terapia, para intentar identificar que problemas familiares podemos abordar dende enfermaría (40).



RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS A DISPOSICIÓN DA PERSOA COIDADORA		
Autoría	Título	Enlace
Xunta de Galicia	Guía de recursos para las familias	https://politicassocial.xunta.gal/sites/w_polso/files/arquivos/publicacions/guia_recursos_familia_2017-cas_0.pdf
M. ^a Teresa Lluch Canut	Decálogo de Salud Mental Positiva	http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20062/11/Decalogo_Salud_Mental_Positiva_trilingue.pdf
FEAFES Extremadura	Recomendaciones para Familias y Personas con Experiencia propia en Salud Mental	https://www.feafesextremadura.com/wp-content/uploads/2020/12/Guia_de_recomendaciones_Familia_y-Salud-Mental.pdf
FEAFES Extremadura	Cuidate para cuidar. Cuaderno de tareas breves dirigido a familias de personas con problemas de Salud Mental	https://www.consalmmental.org/publicaciones/Cuidate-para-cuidar-salud-mental-extremadura.pdf
Consellería de Política Social Xunta de Galicia	Guía para coidados no contorno familiar – Normas básicas da persoa coidadora	https://politicassocial.xunta.gal/gl/recursos/publicacions/guia-para-cuidados-en-el-entorno-familiar
Dirección Xeral da Dependencia e Autonomía Persoal, Sociedade Galega de Médicos Xerais e de Familia, Xunta de Galicia, Consellería de Traballo e Benestar	Manual de Formación para Coidados no Contorno Familiar.	https://escolasaude.sergas.gal/Contidos/Documentos/432/Manual_Formacion_Coidados_Contorno.pdf
FEAFES Galicia	Manual de formación para coidados no contorno familiar de persoas con enfermidade mental	https://escolasaude.sergas.gal/Contidos/Documentos/582/Manual_Formacion_Enfermidade_mental.pdf
José Ramón Bellido Mainar e Patricia Sanz Valer	Buenas Prácticas. El cuidado y la promoción de la autonomía personal en el trastorno bipolar. Manual para el cuidador	https://consalmmental.org/publicaciones/Cuidado-promocion-autonomia-personal-trastorno-bipolar.pdf

Recursos bibliográficos a disposición da persoa coidadora. Fonte: Elaboración propia.

- Describiremos os valores e crenzas da familia (clase social, etnia, relixión etc.), hábitos e outros problemas de saúde.
- Analizaremos a adaptabilidade e cohesión ás normas, regras e roles establecidos na unidade familiar.
- Buscamos coñecer se viviron sucesos semellantes previos que servisen para mellorar os mecanismos de defensa familiar, as estratexias de afrontamento e a toma de decisións ante as problemáticas xurdidas.
- Así mesmo, analizaremos os cambios presenciados nas etapas do ciclo vital familiar e acontecementos vitais estresantes.

A experiencia do receptor dos coidados tamén é crucial para coñecer as habilidades e debilidades do coidador ao desempeñar o seu rol (12,24,25).

- Faremos enquisas para coñecer a calidade da relación e da comunicación entre o coidador e o receptor dentro dos valores “moi boa – boa – mala”, así como o nivel de satisfacción do paciente coa prestación de coidados recibida mediante os valores “insatisfeito – satisfeito moi satisfeito”.
- Recolleremos as respostas a través de preguntas abertas coma “que tal é a relación entre o teu coidador e ti?” e “cambiarías algo nos coidados que che da?”.



- Procuramos xerar un ambiente de confianza, onde incitaremos ao paciente a expresar dende o respecto a percepción que ten do coidado que recibe, que habilidades do coidador considera efectivas e cales precisan mellorar.
- Pretendemos tamén que o coidador amose os temores que sente ao desempeñar o seu rol.
- Mediaremos nos conflitos que xorden entre as partes da familia, intentando elaborar unha solución aceptable para todas, e orientaremos na toma de decisións relativas ao coidado e os roles que se deben asumir para dito fin.
- Estimaremos a idoneidade das visitas domiciliarias para facer un acompañamento e proporcionarlle apoio á familia, en cuxo ambiente tamén podemos identificar as características da persoa que recibe os coidados e da súa familia, así como os roles e acordos establecidos para o coidado da persoa.
- Recomendarlles aos coidadores programas psicoeducativos e de apoio psicosocial que inclúan liberación de emocións, asistencia a plans de traballo grupal onde tamén compartir experiencias, tratamentos cognitivos (terapia en grupo), educación ou consultas, onde proporcionar información e ensinar habilidades de resolución de problemas. Na FEAFES podemos atopar as actividades que mellor conveñan ás necesidades e recursos da familia.

Dadas as vantaxes e oportunidades que as tecnoloxías da información e comunicación (TIC) nos están brindando na actualidade, deberíamos recomendar a maiores a atención virtual como un complemento na relación sanitario – usuario. Valorar que persoas o precisan (coma aquelas nas que a asistencia aos espazos de soporte establecidos se ve dificultada pola realidade social e familiar que presentan) e os medios dos que dispoñen, posto que non todas contarán con accesibilidade a internet. Como exemplo contamos co Departamento de Enfermaría da Universidade Rovira e Virgili, o cal liderou un proxecto multicéntrico consistente nunha páxina web, chamada *Cuidadoras Crónicas*, na que dar soporte a coidadoras non profesionais de persoas con problemas crónicos de saúde física ou mental, páxina merecedora de difusión entre diferentes profesionais adicados á atención das persoas para recomendalo coma un recurso máis, complementario á atención presencial prestada polo servizo de saúde (27,28).

4. Etapa de avaliación - Seguemento

De nada serve ter uns programas novidosos de promoción da saúde mental e prevención primaria dos seus trastornos, así como de detección e intervención precoz do problema, se non levamos a cabo unha atención integral e continuada dos pacientes e familiares. Debemos asegurar a continuidade dos coidados e a integración dos servizos para orientar a promoción da autonomía persoal e que, a longo prazo, poidamos chegar a optar a unha axeitada reinserción relacional, social e laboral. Para acadar esa adherencia terapéutica buscaremos captar o interese do paciente e do coidador, obxectivo difícil pero chave, no cal debemos incidir como profesionais (19).

En primeiro lugar, estableceremos unha cita de control periódica, atendendo a cantos pacientes e coidadores seguen. Para quen non acuda, lembremos que contamos cun recurso telefónico, ferramenta que facilita o mantemento do contacto. Non se trata de incidir nas responsabilidades que a persoa non está cumprindo, senón de amosar o noso interese polo estado tanto do paciente coma do coidador, interrelacionando esta coa importancia do seguimento. Preguntas de resposta aberta como “que tal está levando as semanas?” ou “que fixestes?” incitan á persoa a expresarse, así como amosa o interese que temos por eles. Cómpre recordarlles o uso de técnicas de relaxación, a lectura de guías e outros aparellos de apoio, así como a nosa disposición.

Naqueles que acudan repasaremos os temas mencionados en sesións anteriores e observaremos os cambios adaptados até o momento. Permitirémolles ao coidador que reflexione acerca dos cambios que acontecen na súa vida tras desempeñar este rol, que estratexias ten desenvolvido para afrontar diversas situacións xurdidas na interacción entre coidador e paciente (fomentado a resiliencia) e a percepción que ten actualmente sobre as súas emocións e o seu estado de saúde (12).

En segundo lugar, identificaremos as formas de autocoidado que leva a cabo no seu rol dende as últimas visitas. Buscamos así fortalecer a capacidade de recoñecer hábitos saudables na súa vida para desempeñar o seu rol, así como os impactos que teñen nel. Así mesmo, indagaremos sobre as redes de apoio coas que conta o coidador, habilidades sociais que presenta no momento e a asistencia a fundacións e a outros dispositivos de atención comunitaria (12).



Para minimizar os efectos dos problemas de información en familiares de persoas con enfermidade mental	Proporcionar información con respecto á enfermidade que sexa real e axeitada á familia	Manifestación.
		Tratamento.
		Administración de medicación.
		Efectos secundarios posibles da medicación, como neutralizalo, etc.
	Establecer boa comunicación co familiar.	
	Expresar tanto as emocións agradables como desagradables xeradas polo feito de coidar. Recoméndase buscar axuda profesional no caso de precisarse para unha xestión axeitada do seu mundo emocional.	
	Ensinar a porlles límites ás esixencias do paciente no coidado, sen ansiedade nin agresividade, para que así o coidador poida manter a enerxía suficiente para continuar co seu rol.	
	Aconsellar que con observar e transmitir ás veces é suficiente, mantendo a atención/control sen angustiarse.	
Para reducir a emoción expresada polo coidador e / ou minimizar os seus efectos sobre os familiares	Ensinar que a actitude do paciente forma parte da patoloxía, polo que é importante convencer á persoa razoando.	
	Proporcionar un número de teléfono ou un correo electrónico de contacto para amosar dispoñibilidade cara a seguridade das familias, así como informar de que acudan a un centro ou unidade cando o precisen.	
	Entender que gran parte da actitude e do comportamento da persoa se deben á súa enfermidade e non a causas conscientes.	
	Non culpabilizarse polo problema do paciente, aínda que se crea que pode ter orixe xenética.	
	Ser conscientes de que a ansiedade se transmite e que a actitude do familiar adoita ser un modelo de comportamento, polo que debemos aprender a controlar os impulsos propios.	
	Tolerar e aceptar que o paciente necesita algunhas rutinas e "manías" para sentirse seguro.	
	Reforzar a independencia da persoa coa enfermidade deixándolle certa liberdade pero sen deixar de vixiala e facendo que se sinta apoiada.	
	Respectar o tempo que lle leva ao paciente realizar os seus actos. Pensar que, en ocasións, tanto a propia enfermidade coma o tratamento condicionan o tempo de resposta, así como a constancia nas tarefas.	

Recomendacións de autocoidado para a persoa coidadora. Fonte: Elaboración propia a partir de Vives JF. Enfermería en salud mental: Cómo cuidar al cuidador y a nosotros mismos., José Ramón Bellido Mainar, Patricia Sanz Valer. Buenas Prácticas. El cuidado y la promoción de la autonomía personal en el trastorno bipolar. Manual para el cuidador, e Hajisadeghian R, Ghezelbash S, Mehrabi T. The effects of a psychosocial support program on perceived stress of family caregivers of patients with mental disorders. Iran J Nurs Midwifery Res.



RECOMENDACIÓNS DE AUTOCOIDADO PARA A PERSOA COIDADORA		
Decatarse da necesidade de cambiar, coidarse para manter a propia saúde e benestar e así coídar mellor.		
Para que a enfermidade dun familiar resulte máis doada ao minimizar a sobrecarga	Pedir axuda (física ou emocional) a familiares, amigos e persoas achegadas con responsabilidade con respecto ao familiar, aos servizos sociosanitarios da zona ou ás asociacións.	
	Pedir axuda económica, xa sexa repartindo os gastos xerados entre familiares ou facendo uso dos servizos da Administración.	
	Informar dos recursos comunitarios aos que pode acudir para solicitar axuda, coma centros de día, asociacións de familiares, etc.	
	Acudir a centros ou asociacións de familiares onde compartir experiencias, atopar información acerca da enfermidade, estratexias de afrontamento ou recursos dispoñibles, así como apoio emocional.	
	Planificar e ordenar o tempo dedicado ao coidado, así como as actividades rutineiras que pode facer o familiar de xeito autónomo.	
	Manter as propias citas médicas, coidar os seus problemas de saúde e manter un bo descanso nocturno, así como unha alimentación equilibrada.	
	Os coidadores deben tomarse tamén tempo libre, introducir momentos de descanso na súa vida equilibrados coas obrigas que implican coídar dun familiar.	
	Participar en actividades sociais e reunións familiares, evitando o illamento.	
	Ensinar aos coidadores métodos de redución e xestión do estrés e familiarizalos co seu emprego	Relaxación muscular progresiva.
		Imaxes guiadas.
		Respiracións profundas.
		Estratexias de afrontamento centradas nos problemas e nas emocións.
		Métodos de resolucións de problemas.
		Presentación dos recursos de apoio dispoñibles.

Recomendacións de autocoidado para a persoa coidadora. Fonte: Elaboración propia a partir de Vives JF. Enfermería en salud mental: Cómo cuidar al cuidador y a nosotros mismos., José Ramón Bellido Mainar, Patricia Sanz Valer. Buenas Prácticas. El cuidado y la promoción de la autonomía personal en el trastorno bipolar. Manual para el cuidador, e Hajisadeghian R, Ghezelbash S, Mehrabi T. The effects of a psychosocial support program on perceived stress of family caregivers of patients with mental disorders. Iran J Nurs Midwifery Res.



Con todo o mencionado pretendemos que a persoa se recoñeza coma un coidador competente que require orientación e descanso, e tamén que explore os significados que lle dá á súa experiencia no coidado, resignificando a tarefa como coidador (12).

Finalmente, proporcionáremoslle unha autoavaliación para que poida facela no domicilio, coma a elaborada pola organización Exeltis en Colaboración coa iniciativa Cerebro Ágil.

Deste xeito, anticiparémonos a unha reagudización do malestar do coidador, solicitándolle que contacte con noso para citar unha consulta máis temperá á establecida no caso de responder "sí" na meirande parte das preguntas (41).

Remataremos a consulta obtendo a opinión que ten o coidador da atención recibida nas sesións mediante

un cuestionario que lle entregaremos para que o cubra, agradecéndolle sempre a participación. Este cuestionario pretende recoller os contidos e as oportunidades de mellora das sesións (12,24).

CONSIDERACIÓNS FINAIS, CONCLUSIÓNS E PROPOSTAS

Os obxectivos expostos pretenden verse suplidos coas actividades reflectidas e programadas no proxecto. Dado que a efectos prácticos non se leva a cabo, é impreciso o resultado que cabe esperar no caso de executarse, máis contamos con traballos similares doutras disciplinas nos que observamos unha melloría do estado anímico do coidador ao reducirse o estrés e amosar maior confianza en sí mesmo e nos demais e, así, melloran os coidados na persoa que os recibe. Ser usuarios deste tipo de programas psicosociais, de autocoidado e de apoio ten, polo tanto, un notorio beneficio. Posto que este proxecto se basea nas presentes intervencións, estimamos que o re-

AUTOEVALUACIÓN:

Como saber si soy un cuidador sobrecargado
(Anotar Si o No) (Si: 1 punto. No: 0 puntos.)

Para prevenir y paliar la sobrecarga, los cuidadores han de entender que es importante:

- Conocer bien la enfermedad y su evolución.
- Comprender sus síntomas y los cambios de conducta que generan en la persona afectada.
- Reconocer y saber gestionar las propias emociones y sentimientos.
- Pedir ayuda cuando se necesita.
- Recuperar la propia identidad, más allá del rol de cuidador.
- Buscar espacios para uno mismo.
- Aprender a relajarse.
- Ser positivos e intentar aliarse con el humor.

Fíjese metas realistas. usted existe y él le necesita para algo más que para hacer cosas. Comparta las obligaciones, delegue responsabilidades y emplee tiempo en estar y acompañar a su mayor.

- 1 Tiene trastornos del sueño** (por ejemplo, porque el enfermo se levanta o se acuesta por la noche).
- 2 El cuidado de su paciente es poco práctico** (porque la ayuda le consume mucho tiempo y tarda en proporcionarse).
- 3 Esta situación le representa un esfuerzo físico** (por ejemplo, por que hay que sentarlo y levantarlo de la silla).
- 4 Le supone una restricción a su vida anterior** (por ejemplo, por que ayudar le limita el tiempo libre y no puede hacer visitas).
- 5 Ha habido modificaciones en su familia** (por ejemplo, la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad).
- 6 Ha habido cambios en los planes personales** (por ejemplo, tuvo que rechazar un trabajo o no pudo ir de vacaciones).
- 7 Ha habido otras exigencias de tiempo** (por parte de otros miembros de la familia).
- 8 Ha habido cambios emocionales** (por ejemplo, por discusiones).
- 9 Algunos comportamientos del paciente le resultan molestos** (por ejemplo, incontinencia, acusa de que le quitan cosas).
- 10 Le duele darse cuenta de lo mucho que ha cambiado el enfermo comparado a cómo era antes.**
- 11 Ha habido modificaciones en su trabajo.**
- 12 El enfermo es una carga económica.**
- 13 La situación se ha desbordado totalmente.**

Tomada de: Autoavaliación sobre a sobrecarga do coidador elaborado por Exeltis en colaboración con Cerebro Ágil.



sultado que se obtería sería semellante. Queda así aberto a posteriores aplicacións nas que observar e valorar a súa efectividade. Alentar, polo tanto, novamente á potenciación deste tipo de programas e á súa operativa, así como

á divulgación de proxectos de enfermaría de ámbito local en galego, lingua de escaso emprego na redacción científica mais igualmente merecedora de difusión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferreira A, Tato JL. El entorno domiciliario en el paciente con alteraciones en la salud mental: el escenario de los cuidados de enfermería. *Rev. Iberoam. Educ. Investi.Enferm.*2013;3(1):8-45. Disponible en: https://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?search_type=2&search_entity=&id_pub_grp=30&view=&ordenarRelevancia=&q=cuidadore s%2C+enfermedad+mental&ordenacion=on&option=com_encuentra&task=showContent&id_pub_cont=21&id_articulo=62
2. Lima-Rodríguez JS, de Medina-Moragas AJ, Fernández-Fernández MJ, Lima-Serrano M. Factors Associated with Quality of Life in Relatives of Adults with Serious Mental Illness: A Systematic Review. *Community Ment Health J* [Internet]. 10 de febrero de 2022 [citado 14 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s10597-022-00948-4>
3. Fornés Vives J. Enfermería en salud mental: Cómo cuidar al cuidador y a nosotros mismos. *Enferm Glob Rev Electrónica Trimest Enferm* [Internet]. 2003;2(1):20-11. [citado 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=643386>
4. Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Galicia (FEAFES). ¿Qué es la enfermedad mental? - Feafes Galicia [Internet]. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://feafesgalicia.org/ES/content/salud-mental>
5. Consellería de Política Social, Xunta de Galicia. Censo de persoas con discapacidade .2021 [Internet]. [citado 8 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://politicasocial.xunta.gal/gl/recursos/publicacions/censo-de-persoas-con-discapacidade>
6. López Gracia MV. Las crisis de salud mental y los cuidados familiares: Un estudio cualitativo [Tesis doctoral]. 19 de septiembre de 2017;212.
7. Estrada Hernández ME, Gil Cácriz M, Gil Cácriz AI, Viñas López A. The impact of community care: Burden and quality of life of the informal caregivers of patients with severe mental disorder. *J Community Psychol.*2022;50(1):487-501. [citado 14 de febrero de 2022] Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jcop.22594>
8. Dirección Xeral de Dependencia e Autonomía Persoal (Unidade de Coordinación da Dependencia), Sociedade Galega de Médicos Xerais e de Familia (SEMG). Manual de formación para coidados no contorno familiar [Internet]. 2010. Disponible en: https://escola-saude.sergas.gal/Contidos/Documents/432/Manual_Formacion_Coidados_Contorno.pdf
9. de la Cuesta Benjumea C, López Gracia MV, Arredondo González CP. Recuperar y conservar al familiar: estrategias de los familiares cuidadores para hacer frente a las crisis de salud mental. *Aten Primaria.*2019;51(8):471-8.[citado 10 de febrero de 2022].Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656718302178>
10. Salazar-Torres LJ, Castro-Alzate ES, Dávila-Vásquez PX. Carga del cuidador en familias de personas con enfermedad mental vinculadas al programa de hospital de día de una institución de tercer nivel en Cali (Colombia). *Rev Colomb Psiquiatr.*2019;48(2):88-95. [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745017301129>
11. Yepes Delgado CE, et al. El oficio de cuidar a otro: “cuando mi cuerpo está aquí pero mi mente en otro lado”. *Rev Cienc Salud.* 2018;16(2):294.[citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/6771>
12. Salguero Salinas AV. CUIDARTE: PROGRAMA DE AUTOCUIDADO PARA CUIDADORES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS MENTALES.



- 2020;42. Disponible en: https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/handle/10906/87640
13. Gutierrez-Baena B, Romero-Grimaldi C. Development and psychometric testing of the Spanish version of the Caregiver Preparedness Scale. *Nurs Open*. 2021;8(3):1183-93. [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nop2.732>
 14. Barnhart WR, Ellsworth DW, Robinson AC, Myers JV, Andridge RR, Havercamp SM. Caregiving in the shadows: National analysis of health outcomes and intensity and duration of care among those who care for people with mental illness and for people with developmental disabilities. *Disabil Health J*. 2020;13(1):100837. [citado 14 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936657419301475>
 15. Cejalvo E, Martí-Vilar M, Merino-Soto C, Aguirre-Morales MT. Caregiving Role and Psychosocial and Individual Factors: A Systematic Review. *Healthcare*. 2021;9(12):1690. [citado 8 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/12/1690>
 16. Medina IA, Carrillo AL, Pantoja M, Torres R, Medina JA, Cortez LC. Influence of anxiety and depressive symptoms on self-care agency in caregivers of people with chronic disease. *Health Addict Salud Drog*. 2021;21(1):204-15.
 17. da Costa Andrade JJ, Oliveira Silva AC, da Silva Frazão I, Albuquerque Perrelli JG, de Moura Silva TT, Souza Cavalcanti AMT. Family functionality and burden of family caregivers of users with mental disorders. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(5):e20201061. [citado 14 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672021000500168&tlng=en
 18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas, informe compendiado. Ginebra.: OMS.; 2004.
 19. Buitrago Ramírez F, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPs 2018. *Aten Primaria*. 2018;50:83-108. [citado 6 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656718303640>
 20. Bellido Mainar JR, Sanz Valer P. Buenas Prácticas. El cuidado y la promoción de la autonomía personal en el trastorno bipolar. Manual para el cuidador. 2013. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Cuidado-promocion-autonomia-personal-trastorno-bipolar.pdf>
 21. Duran Parra M, et al. Effectiveness of an Educational Nursing Intervention on Caring Ability and Burden in Family Caregivers of Patients with Chronic Non-Communicable Diseases. A Preventive Randomized Controlled Clinical Trial. *Investig Educ En Enferm*. 2019;37(1):e4. [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/337771>
 22. Federación Europea de Asociaciones de Familiares de Personas con Enfermedad Mental. Encuesta cuidando de quienes cuidan (C4C): Experiencias de cuidadores/as familiares de personas que viven con trastorno mental grave: una investigación internacional. :3. Disponible en: <https://consaludmental.org/wp-content/uploads/2016/07/Global-C4C-1.pdf>
 23. Hajisadeghian R, Ghezelbash S, Mehrabi T. The effects of a psychosocial support program on perceived stress of family caregivers of patients with mental disorders. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2021;26(1):47. [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.ijnmrjournal.net/text.asp?2021/26/1/47/307347>
 24. Aass LK, Skundberg-Kletthagen H, Schrøder A, Moen ØL. Young Adults and Their Families Living With Mental Illness: Evaluation of the Usefulness of Family-Centered Support Conversations in Community Mental Health care Settings. *J Fam Nurs*. 2020;26(4):302-14.
 25. Lleixà Fortuño M, et al. Diseño de una web 2.0 para cuidadoras de personas con problemas crónicos de salud. *Pixel-Bit Rev Medios Educ*. 2015;(47):149-61. [citado 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5120399>
 26. Cuidadoras crónicos [Internet]. [citado 14 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.cuidadorasronicos.com/>



27. Ministerio de salud y protección social de Colombia, Organización Internacional para las Migraciones. Manual de cuidado a cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes. 2016.
28. Bohórquez Bueno VC, Castañeda Pérez BA, Trigos Serrano J, Orozco Vargas LC, Camargo FA. Eficacia de la intervención enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador. *Rev Cuba Enferm.* 2011;10. [Internet]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n3/enf05311.pdf>
29. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª. Elsevier; 2018. 528 p.
30. Federación de Asociaciones de Familiares e Persoas con Enfermedad Mental en Galicia. Manual de formación para cuidadores no entorno familiar de personas con enfermedad mental [Internet]. 2011. Disponible en: https://escolasaude.sergas.gal/Contidos/Documents/582/Manual_Formacion_Enfermedad_mental.pdf
31. Consellería de Traballo e Benestar. Cartera de servicios para personas dependientes, prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal [Internet]. Disponible en: https://politicassocial.xunta.gal/sites/w_polso/files/arquivos/publicacions/cartera_de_servicios_dependencia_publicada.pdf
32. Xunta de Galicia. Guía de recursos para las familias [Internet]. 2017. Disponible en: https://politicassocial.xunta.gal/sites/w_polso/files/arquivos/publicacions/guia_recursos_familia_2017-cas_0.pdf
33. Biblosaúde-SERGAS. Biblioterapia. Lecturas saludables [Internet]. [citado 17 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://biblosaude.sergas.gal/Paxinas/web.aspx?tipo=paxtxt&idLista=4&idContido=928&migtab=928&idioma=es>
34. Grupo Hospitalario Interdisciplinar de Apoyo al Cuidador - SERGAS. Arteterapia-súmate al reto «yo también puedo crear» y participa [Internet]. Disponible en: <https://xxisantiago.sergas.gal/DXerais/1377/ARTETERAPIA%20FINAL%20WEB.pdf>
35. Listado Diagnósticos Enfermeros NANDA 2021 - 2023 [Internet]. 2021 [citado 21 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.diagnosticsnanda.com/>
36. Fornés Vives J. Metodología científica y uso de taxonomías en salud mental. *Presencia.* 2008;4(7). [citado 23 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n7/p0248.php>
37. Política Social, Xunta de Galicia. Guía para cuidados en el entorno familiar [Internet]. [citado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://politicassocial.xunta.gal/gl/recursos/publicacions/guia-para-cuidados-en-el-entorno-familiar>
38. Federación Extremeña de Asociaciones de Personas con Experiencia en Salud Mental y Familiares, Valero Almagro I, Lozano Saucedo A, Bote Mendoza G, García Vega L. Cuídate para cuidar - Cuaderno de tareas breves dirigido a familias de personas con problemas de Salud Mental [Internet]. Disponible en: <https://www.consalmudmental.org/publicaciones/Cuidate-para-cuidar-salud-mental-extremadura.pdf>
39. Federación Extremeña de Asociaciones de Personas con Experiencia en Salud Mental y Familiares. Recomendaciones para familias y personas con experiencia propia en Salud Mental [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.feafesextremadura.com/wp-content/uploads/2020/12/Guia_de_recomendaciones_Familia_y-Salud-Mental.pdf
40. Lima-Rodríguez JS, Lima-Serrano M, Sáez-Bueno Á. Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enferm Clínica.* 2009;19(5):280-3. [citado 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862109001065>
41. Cerebro Ágil. Autoevaluación del Síndrome del cuidador [Internet]. 2020. Disponible en: <https://cerebroagil.com/2020/11/10/5-autoevaluacion-del-sindrome-del-cuidador/>
42. Seyedfatemi N, Ahmadzad Asl M, Bahrami R, Haghani H. The effect of the virtual social network-based psycho-education on the hope of family caregivers of clients with severe mental disorders. *Arch Psychiatr Nurs.* 2021;35(3):290-5. [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883941721000285>



Prevalencia de infección por SARS-CoV-2 en personal sanitario tras implantación de un protocolo de manejo del equipo de protección individual

Emilio Rubén Pego Pérez • (Enfermero), Ph.D.

Rebeca Iglesias Barreira • (Farmacéutica), M.Sc

Cristina López Pardo y Pardo • (Farmacéutica), M.Sc

RESUMEN

A fines de diciembre de 2019, la ciudad china de Wuhan reportó una nueva neumonía causada por el síndrome respiratorio agudo por coronavirus COVID-19, en marzo de 2020 se confirmaron más de 720.000 casos y 33.000 muertes atribuibles a esta enfermedad. El uso adecuado de los equipos de protección individual redujo el riesgo de infección a grado medio en el personal sanitario.

Objetivo: determinar la prevalencia de infección en el personal sanitario que ha estado en contacto con casos SARS-CoV-2 posibles o confirmados en nuestro centro, comparar dicha prevalencia con la prevalencia en España, aproximarse al mecanismo de infección del personal sanitario.

Método: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado desde el 16 de marzo al 11 de mayo de 2020 en el personal sanitario con atención a pacientes con SARS-CoV-2 confirmado. El diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 positivo se estableció a través de la anamnesis a través de la clínica, reacción en cadena

de la polimerasa y a través de la delimitación serológica de IgG e IgM.

Resultados: El 100% del personal sanitario cumplió el protocolo tras su implantación, el 3,7% fue positivo para infección por SARS-CoV-2. La prevalencia estatal de infección fue del 24,1%. No pudo establecerse el mecanismo ni el origen de la infección del personal sanitario; sin embargo, los dos profesionales infectados fueron usuarios durante el periodo de una semana de mascarillas de protección respiratoria N95 retiradas por las autoridades sanitarias.

Conclusión: La prevalencia de infección por SARS-CoV-2 en el personal sanitario ha sido del 3,7%, inferior a la prevalencia en el resto del país. No se ha podido establecer el mecanismo de la infección.

Palabras clave: COVID-19; SARS-CoV-2; prevalencia; personal de salud; equipo de protección personal.

Prevalence of SARS-CoV-2 infection in health personnel after implementation of a protocol for managing personal protective equipment

ABSTRACT

Background: At the end of December 2019, the Chinese city of Wuhan reported a new pneumonia caused

by the acute respiratory syndrome by coronavirus COVID-19, in March 2020 more than 720,000 cases and



33,000 deaths attributable to this disease were confirmed. The proper use of personal protective equipment reduced the risk of infection to a medium degree in health personnel.

Objective: to determine the prevalence of infection in health personnel who have been in contact with possible or confirmed SARS-CoV-2 cases, to compare this prevalence with the prevalence in Spain, and to approach the mechanism of infection of health personnel.

Methods: Observational, descriptive and retrospective study carried out from March 16 to May 11, 2020, in health personnel caring for patients with confirmed SARS-CoV-2. The diagnosis of positive SARS-CoV-2 infection was established through clinical history, polymerase chain reaction, and through serological determination of IgG and IgM.

Results: the 100% of the health personnel complied with the protocol after its implementation, about 3.7% were positive for SARS-CoV-2 infection. The state prevalence of infection was 24.1%. The mechanism or origin of the infection of the health personnel could not be established; however, the two infected professionals were users during a period of one week of N95 respiratory protection masks withdrawn by the health authorities.

Conclusion: The prevalence of SARS-CoV-2 infection in health personnel was 3.7%, lower than the prevalence in the rest of the country. The mechanism of infection has not been established.

Keywords: COVID-19; SARS-CoV-2; prevalence; health personnel; personal protective equipment.

INTRODUCCIÓN

El SARS-CoV-2 se ha propagado rápidamente por el mundo en forma de pandemia provocando una infección de manifestación predominantemente pulmonar denominada COVID-19.¹

A fines de diciembre de 2019, la ciudad china de Wuhan reportó una nueva neumonía causada por el síndrome respiratorio agudo por coronavirus COVID-19 que luego se propagó rápidamente tanto a nivel nacional como internacional. El 30 de marzo de 2020 se confirmaron más de 720.000 casos y 33.000 muertes atribuibles a esta enfermedad. Para reducir la propagación de la infección, se implementaron estrictas medidas de salud pública e intervenciones no farmacéuticas en todo el mundo. En la primavera de 2020, durante la llamada fase de emergencia, varias interrupciones involucraron hospitales e instituciones de salud en todo el mundo, lo que exigió una rápida reorganización de personas, estructuras y herramientas. Todas las actividades clínicas no urgentes, como intervenciones quirúrgicas, seguimientos, tratamientos, pruebas, fueron suspendidas. Los quirófanos se convirtieron en unidades de cuidados intensivos y varios profesionales de la salud se trasladaron a las salas COVID para apoyar a sus compañeras, el personal jubilado volvió a trabajar para superar la falta de personal, varios profesionales de la salud se mudaron de sus casas, aun así, muchos de ellos se infectaron o incluso murieron.²

Se consideró que el uso adecuado de los equipos de protección individual (EPI) redujeron el riesgo de infección a grado medio en el personal sanitario en el ambiente hospitalario.¹

Por otra parte, más del 90% de las enfermeras reportaron factores de riesgo para la salud mental, tales como agotamiento, desregulación emocional y déficit en las estrategias de afrontamiento, el personal más joven mostró niveles más altos de estrés en comparación con aquel que tenía más de cinco años de experiencia.³

Por lo anteriormente mencionado los objetivos de este reporte breve serán determinar la prevalencia de infección en el personal sanitario (PS) que ha estado en contacto con casos SARS-CoV-2 posibles o confirmados en nuestro centro, tras la implantación de un protocolo de colocación/retirada del Equipo de Protección Individual (EPI) y comparar dicha prevalencia con la prevalencia en el PS en España. Como último objetivo se estableció realizar una aproximación al mecanismo de infección del PS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo



Recolección de datos

Realizado desde el 16 de marzo al 11 de mayo de 2020 en el PS de urgencias respiratorias (donde se realiza la atención de los pacientes con sintomatología compatible con infección por SARS-CoV-2) y de las unidades de medicina interna y geriatría con atención a pacientes con SARS-CoV-2 confirmado. En el plan de contingencia se incluyó un protocolo de colocación/retirada del EPI el 16 de marzo de 2020 para los servicios mencionados, tras revisión sistemática de la literatura para determinar el mecanismo de infección por SARS-CoV-2. (Anexo 1).

Variables sociodemográficas

Edad, sexo y profesión

Medidas de resultado

Diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 positivo. Para su detección precoz se realizó:

- Anamnesis a través de la clínica compatible con la infección y posterior confirmación de ARN vírico mediante la reacción en cadena de la polimerasa.
- Tras el alta del último paciente SARS-CoV-2 confirmado, delimitación serológica de IgG e IgM en caso de ausencia de clínica.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo se calcularon porcentajes para las variables cualitativas para analizar las diferencias entre los grupos. Todos los análisis se llevaron a cabo empleando el paquete estadístico PASW (v. 24.0; SPSS Inc., Chicago Illinois).

RESULTADOS

El 100% (n=54) del PS cumplió el protocolo tras su implantación (38,9% (n=21) en medicina interna, 35,2% (n=19) en geriatría y 25,9% (n=14) en urgencias). El 3,7% (n=2) del PS fue positivo para infección por SARS-CoV-2 tras presentar sintomatología compatible con la enfermedad, siendo el 100% (n=2) de estos casos personal de geriatría. Hay que destacar que en esta unidad los cuidados son específicos y complejos; implican contacto con el paciente y suponen un mayor riesgo de exposición, principalmente para los Técnicos en Cuidados Au-

xiliares de Enfermería (TACE). No ha habido ningún caso positivo confirmado en personal asintomático.

La distribución del PS por unidad y titulación fue:

- Servicio de urgencias: 5 enfermeras y 9 facultativos.
- Medicina interna: 11 enfermeras, 9 TCAE y 1 facultativo.
- Geriatría: 5 enfermeras, 13 TCAE y 1 facultativo.

La prevalencia estatal de infección en PS fue del 24,1% según el informe del Instituto de Salud Carlos III publicado el 21 de mayo de 2020 (fecha de corte 11 de mayo).

No pudo establecerse el mecanismo ni el origen de la infección del PS; sin embargo, los dos profesionales infectados fueron usuarios durante el periodo de una semana de mascarillas de protección respiratoria N95, que posteriormente fueron retiradas por las autoridades sanitarias al considerarse que no cumplían las especificaciones técnicas establecidas en la norma UNE 149: 2001+A1:2010.

DISCUSIÓN

La prevalencia estatal de infección en PS se situó en el 24,1% siendo muy superior a la prevalencia de este reporte breve.

En comparación con otros estudios, la prevalencia de infección en el personal sanitario muestreado en este estudio ha sido menor. Concretamente en una muestra de 205 profesionales sanitarios en Connecticut (Estados Unidos) se registraron datos de 34 hogares de ancianos, identificando 87 casos del personal infectado (6 no concluyentes) o un promedio de 2,6 casos (DE 4,9) por centro en el período de seguimiento.¹ Otro estudio en Italia, en el Hospital San Matteo determinó una prevalencia de infección por SARS-CoV-2 en mujeres del 63,4% y en el hombres de 36,6% en una muestra de 1447 profesionales sanitarios.⁴ Por otra parte en Alemania reportaron a 21 de agosto de 2020 un total de 14.825 médicos infectados por SARS-CoV-2, lo que suponía una incidencia de 260/100.000; de ellos registraron un total de 23 casos fallecidos.⁵ Del Pozo-Herce et al.³, analizaron un total de 95 profesionales sanitarios positivos en COVID-19 en una muestra de 605 individuos. Finalmente en Sevilla (España) registraron un total de 124 casos positivos de CO-



VID-19 en el personal sanitario y una incidencia acumulada del 16,9% suponiendo una prevalencia de infección por SARS-CoV-2 del 39.7% en enfermeras de ayuda; del 17% en asistentes de geriatría; del 8.7% en el personal de limpieza; del 5.7% en enfermeras y del 1,7% en fisioterapeutas, y 1,3% en médicos, detectando casos en otros profesionales como recepcionistas, telefonistas etc. en menor medida.⁶

El riesgo de infección por SAR-CoV-2 para los trabajadores de la salud es comparable al de la población general y se considera alto. El uso adecuado de EPI reduce este riesgo a medio. El EPI consta de batas, guantes y máscaras filtrantes a prueba de líquidos (FFP-2 como estándar, FFP-3 para intervenciones que liberan aerosoles), una cubierta para el cabello y gafas protectoras. El incorrecto el uso de EPI, de medidas higiénicas inadecuadas y los turnos de trabajo prolongados aumentan el riesgo de infección.¹

LIMITACIONES

No se realizaron simulacros para formación en el manejo del EPI debido a la urgencia en la aplicación del protocolo y a la falta de recursos, sin embargo, como medida para minimizar el riesgo clínico se estableció la lectura en voz alta del protocolo durante el proceso de colocación y retirada del EPI. No se han realizado correlaciones entre edad y sexo e infección por SARS-CoV-2 al no esperar resultados significativos por la baja prevalencia de infección.

CONCLUSIONES

La prevalencia de infección por SARS-CoV-2 en el PS en nuestro centro ha sido del 3,7%, inferior a la prevalencia en el resto del país. No se ha podido establecer el mecanismo de la infección del PS.

CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de intereses

BIBLIOGRAFÍA

1. Ehrlich, H.Y., Harizaj, A., Campbell, L., Colt, M., Yuan, K., Rabatsky-Ehr, T., et al. SARS-CoV-2 in nursing homes after 3 months of serial, facilitywide point prevalence testing, Connecticut, USA. *Emerging infectious diseases* [Internet]. 2021 [citado: abril 2022];27(5):1288. DOI: <https://doi.org/10.3201/eid2705.204936>
2. Della Monica, A., Ferrara, P., Dal Mas, F., Cobiánchi, L., Scannapieco, F., Ruta, F. The impact of Covid-19 healthcare emergency on the psychological well-being of health professionals: a review of literature. *Ann Ig* [Internet]. 2022[citado: abril 2022];34(01):27-44. DOI: 10.7416/ai.2021.2445.
3. Del Pozo-Herce, P., Garrido-García, R., Santolalla-Arnedo, I., Gea-Caballero, V., García-Molina, P., Ruiz de Viñaspre-Hernández, R., et al. Psychological impact on the nursing professionals of the rioja health service (Spain) due to the SARS-CoV-2 virus. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2021[citado: abril 2022];18(2):580. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18020580>
4. Colaneri, M., Novelli, V., Cutti, S., Muzzi, A., Resani, G., Monti, M. C., et al. The experience of the health care workers of a severely hit SARS-CoV-2 referral Hospital in Italy: incidence, clinical course and modifiable risk factors for COVID-19 infection. *Journal of Public Health* [Internet]. 2021[citado: abril 2022];43(1):26-34. DOI: 10.1093/pubmed/fdaa195.
5. Pfenninger, E.G., Christ, P., Neumüller, M., Dinse-Lambracht, A. Beurteilung des Infektionsrisikos durch SARS-CoV-2 für medizinisches Personal-Erkenntnisse aus der Praxis. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* [Internet]. 2021[citado: abril 2022];64(3):304-313. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03277-1>
6. Morales Viera, A., Rivas Rodríguez, R., Otero Aguilar, P., Briones Pérez, B.E. Epidemiology of COVID-19 among health personnel in long-term care centers in Seville. *Revista clínica española* [Internet]. 2021[citado: abril 2022];222:205-211. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2021.06.006>



Anexo 1. Protocolo colocación y retirada del equipo de protección individual (EPI)

Colocación de EPI

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos • Colocar calzas • Lavado de manos • Colocar primer par de guantes • Colocar mascarilla FFP-2 • Colocar mono impermeable • Colocar fundas impermeables sobre calzado y calzas y ajustarlas a las piernas • Lavado de guantes con solución hidroalcohólica | <ul style="list-style-type: none"> • Colocar segundo par de guantes • Colocar bata quirúrgica reforzada o standard • Lavado con solución hidroalcohólica • Colocar mascarilla quirúrgica • Colocar bata desechable • Colocar tercer par de guantes • Colocar pantalla de protección facial • Colocar gorro quirúrgico asegurando que cubre la parte superior de la pantalla facial |
|--|--|

Retirada de EPI

Previo a la salida de la habitación:

- Retirar fundas impermeables de las piernas
- Retirar bata desechable
- Retirar el tercer par de guantes

Previo a la entrada del área limpia:

- Retirar calzas
- Retirar tercer par de guantes

Área intermedia:

- Lavado con solución hidroalcohólica
- Retirar gorro quirúrgico
- Retirar pantalla facial
- Lavado con solución hidroalcohólica
- Retirar bata quirúrgica reforzada o estándar y reservarla
- Retirar segundo par de guantes
- Lavado con solución hidroalcohólica

En el área limpia:

- Desinfectar calzado
- Lavado con solución hidroalcohólica
- Retirar mono y de ser necesario reservarlo
- Lavado con solución hidroalcohólica
- Retirar FFP-2 y reservar si es necesario
- Lavado de manos

Nota: un miembro del equipo se quedaba en el exterior y leía el protocolo tanto en la colocación como en la retirada en alta voz

Durante la escasez de material sanitario que formaba parte del EPI, se tomó la decisión de aumentar la duración de la bata quirúrgica, del mono y de la FFP-2



Enfrentando la Candidiasis Vulvovaginal: Diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería en la salud femenina

Cristian Martín-Vázquez • RM¹ • cmartv@unileon.es

Laura Rosón-Matilla • RM² • laurarosonmatilla@gmail.com

Rubén García-Fernández • RM¹ • rgarfer@unileon.es

Natalia Calvo-Ayuso • PhD¹ • ncala@unileon.es

María Luz Matilla Gómez • TCAE³ • mariluz.mago@gmail.com

Lidia Lestegás Rodríguez • RM⁴ • matrona@lidialestegas.com

RESUMEN

Introducción: La candidiasis vulvovaginal es una infección fúngica común en mujeres (Workowski & Bolan, 2015). Actualmente se trata de una de las patologías ginecológicas más frecuentes, hasta tal punto que en España, se ha observado una prevalencia de la infección del 27.6% (García-Grau et al., 2019).

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science. Se utilizaron los términos "candidiasis", "vulvovaginal", "nursing" "nursing care" y "pregnancy" para identificar artículos publicados en los últimos 10 años. El objetivo fundamental de esta revisión es analizar la situación actual en nuestro país y proporcionar una actualización sobre los factores de riesgo, las causas y los síntomas de esta infección, las opciones de diagnóstico y tratamiento. Además, se describe el papel del personal de enfermería en la prevención y tratamiento de la candidiasis vulvovaginal.

Resultados principales y discusión: Los factores de riesgo para la candidiasis vulvovaginal incluyen el uso de antibióticos, anticonceptivos orales, el embarazo, la diabetes, la obesidad y la inmunosupresión (Workowski

& Bolan, 2015; Nyirjesy, 2014; Rodríguez-Cerdeira et al., 2019). Los síntomas más comunes son el prurito vulvar, dolor al orinar, ardor vaginal y flujo vaginal blanco y espeso (Workowski & Bolan, 2015; Sobel et al., 2004; Achkar & Fries, 2010). El diagnóstico se basa en la presentación clínica de la paciente y en la detección de levaduras en la muestra vaginal (Workowski & Bolan, 2015; García-Grau et al., 2019). El tratamiento consiste en la administración de antifúngicos (Workowski & Bolan, 2015; Nyirjesy, 2014; Price & Pretorius, 2016).

Conclusiones: La prevención y tratamiento adecuado de la candidiasis vulvovaginal son importantes para la salud femenina. El personal de enfermería tiene un papel fundamental en la educación y asesoramiento de las mujeres, la promoción de una buena higiene íntima, el seguimiento adecuado y el tratamiento farmacológico. La detección temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para prevenir complicaciones y recurrencias de la infección (Sobel et al., 2004; Denning et al., 2018).

Palabras clave: candidiasis; vulvovaginal; enfermería; cuidados de enfermería.



ABSTRACT

Introduction: Vulvovaginal candidiasis is a common fungal infection in women (Workowski & Bolan, 2015). It is currently one of the most frequent gynecological pathologies, to the point that in Spain, a prevalence of the infection of 27.6% has been observed (García-Grau et al., 2019).

Methodology: A literature search was carried out in the PubMed, Scopus, and Web of Science databases. The terms “candidiasis”, “vulvovaginal”, “nursing”, “nursing care”, and “pregnancy” were used to identify articles published in the last 10 years. The main objective of this review is to analyze the current situation in our country and provide an update on the risk factors, causes, and symptoms of this infection, as well as diagnostic and treatment options. Additionally, the role of nursing staff in the prevention and treatment of vulvovaginal candidiasis is described.

Principal results and discussion: Risk factors for vulvovaginal candidiasis include the use of antibiotics, oral contraceptives, pregnancy, diabetes, obesity, and immunosuppression (Workowski & Bolan, 2015; Nyirjesy,

2014; Rodríguez-Cerdeira et al., 2019). The most common symptoms are vulvar itching, pain when urinating, vaginal burning, and thick, white vaginal discharge (Workowski & Bolan, 2015; Sobel et al., 2004; Achkar & Fries, 2010). Diagnosis is based on the patient's clinical presentation and the detection of yeasts in the vaginal sample (Workowski & Bolan, 2015; García-Grau et al., 2019). Treatment involves the administration of antifungal agents (Workowski & Bolan, 2015; Nyirjesy, 2014; Price & Pretorius, 2016).

Conclusions: Adequate prevention and treatment of vulvovaginal candidiasis are important for women's health. Nursing staff have a fundamental role in educating and advising women, promoting good intimate hygiene, providing proper follow-up, and administering pharmacological treatment. Early detection and appropriate treatment are fundamental to prevent complications and recurrences of the infection (Sobel et al., 2004; Denning et al., 2018).

Keywords: candidiasis; vulvovaginal; nursing; nursing care.

INTRODUCCIÓN

La candidiasis vulvovaginal (CVV) es una de las infecciones fúngicas más comunes en mujeres. Según Workowski y Bolan (2015), la CVV afecta aproximadamente a tres de cada cuatro mujeres en algún momento de su vida. Además, la CVV es una de las patologías ginecológicas más frecuentes, con una prevalencia del 27,6% en España (García-Grau et al., 2019). Esta infección puede tener un gran impacto en la calidad de vida de las mujeres, afectando su vida sexual, su capacidad para trabajar y su autoestima.

El diagnóstico, tratamiento y cuidado de la CVV son áreas importantes de la atención médica de la mujer. Nyirjesy (2014) señala que la CVV puede ser difícil de tratar y puede requerir un enfoque multidisciplinario, en el que el personal de enfermería puede desempeñar un papel importante. Además, hay una serie de factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar CVV, como el uso de antibióticos, anticonceptivos orales, el embarazo, la diabetes, la obesidad y la inmunosupresión (Workowski & Bolan, 2015; Nyirjesy, 2014; Rodríguez-

Cerdeira et al., 2019). Por lo tanto, es importante que los proveedores de atención médica estén capacitados para reconocer los síntomas y factores de riesgo de la CVV y brinden un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Varios estudios han destacado la importancia de los cuidados de enfermería en la prevención y tratamiento de la CVV. Por ejemplo, Ballester-Rodríguez et al. (2020) destacaron la necesidad de cuidados personalizados de enfermería para mujeres con CVV para promover su autonomía, empoderamiento y bienestar. Además, Heidari et al. (2020) enfatizaron la importancia de educar a las mujeres sobre las medidas preventivas para la CVV, como la higiene adecuada, la dieta y los cambios de estilo de vida, y el papel del personal de enfermería en brindar dicha educación.

Debido a lo anteriormente expuesto consideramos importante realizar esta actualización de la evidencia científica sobre la CVV para poder ofrecer cuidados de enfermería de calidad y actualizados a la evidencia científica.



METODOLOGÍA

En primer lugar, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en las bases de datos científicas PubMed, Scopus y Web of Science utilizando los términos MeSH y términos libres "candidiasis", "vulvovaginal", "nursing" y "pregnancy" "nursing care" para identificar los artículos relevantes publicados en los últimos 10 años. La ecuación de búsqueda se construyó mediante la combinación de los operadores booleanos "AND" y "OR" para garantizar una estrategia de búsqueda rigurosa y completa.

Una vez identificados los estudios pertinentes, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión para seleccionar los artículos que cumplieran con los objetivos de la revisión. Se incluyeron los estudios que analizaban la situación de la vulvovaginitis candidiásica en España y aquellos que aportaban conocimiento científico sobre las causas, manifestaciones clínicas, tratamiento y cuidados de enfermería de la vulvovaginitis candidiásica. Por otro lado, se excluyeron los estudios que no estaban disponibles en inglés o español, así como aquellos que no tenían libre acceso.

Posteriormente, se realizó una síntesis narrativa de los hallazgos de los estudios seleccionados. Se analizaron los factores de riesgo, las causas, los síntomas, las opciones de diagnóstico y tratamiento, y se describió el papel del personal de enfermería en la prevención y tratamiento de la candidiasis vulvovaginal. Todo esto con el objetivo de proporcionar una actualización completa sobre esta infección fúngica común en mujeres y mejorar la comprensión de los profesionales de la salud sobre el tema.

En definitiva, la metodología de esta revisión bibliográfica fue exhaustiva y rigurosa para asegurar la selección de los estudios más relevantes y obtener una síntesis clara y completa de la información disponible.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Existen varios factores de riesgo para el desarrollo de vulvovaginitis candidiásica, entre ellos se incluyen: el uso de antibióticos de amplio espectro, el uso de anticonceptivos orales, el embarazo, la diabetes, la obesidad y la inmunosupresión (Workowski & Bolan, 2015; Nyirjesy, 2014). En un estudio realizado en España, se encontró que los factores de riesgo más comunes fueron el uso de antibióticos y la presencia de diabetes (Rodríguez-Cerdeira et al., 2019).

La mayoría de las infecciones por candida son causadas por *Candida albicans*, aunque otras especies de *Candida* también pueden ser responsables (Workowski & Bolan, 2015). Según Kalia et al. (2015), la colonización vaginal por *Candida* se asocia con un desequilibrio en la microbiota vaginal, lo que permite el crecimiento excesivo de las levaduras. En España, se ha observado una mayor prevalencia de *Candida albicans* en comparación con otras especies de *Candida* (Achkar & Fries, 2010).

Las manifestaciones clínicas de la vulvovaginitis candidiásica son muy variables, siendo el prurito vulvar el síntoma más común y frecuente (Workowski & Bolan, 2015; Sobel et al., 2004; Achkar & Fries, 2010). El prurito es el síntoma que suele afectar más a las mujeres, ya que puede ser intenso y molesto (Nyirjesy, 2014; Kalia et al., 2015; Mucci et al., 2018). Asimismo, el dolor al orinar es otro de los síntomas que pueden presentarse en mujeres con candidiasis vulvovaginal, aunque no es tan común como el prurito (Nyirjesy, 2014; Sobel et al., 2004; Denning et al., 2018).

Por otro lado, el ardor vaginal es otro de los síntomas comunes de la candidiasis vulvovaginal (Kalia et al., 2015; Mucci et al., 2018; Achkar & Fries, 2010). En cuanto al flujo vaginal, este suele ser blanco y espeso, con un aspecto similar al queso cottage, y puede tener un olor fuerte y desagradable (Workowski & Bolan, 2015; Rodríguez-Cerdeira et al., 2019; Foxman et al., 2013). La dispareunia también es común en mujeres con vulvovaginitis candidiásica, y se define como el dolor experimentado durante las relaciones sexuales (Gonçalves et al., 2016; Denning et al., 2018; Achkar & Fries, 2010).

Es importante señalar que las mujeres pueden experimentar diferentes grados de inflamación e irritación vaginal, que pueden incluir enrojecimiento y edema de la vulva (Nyirjesy, 2014; Rodríguez-Cerdeira et al., 2019; Sobel et al., 2004). Además, algunas mujeres pueden presentar dolor abdominal o de espalda baja, así como una sensación de pesadez en la zona genital (Kalia et al., 2015; Gonçalves et al., 2016; Foxman et al., 2013).

En general, los síntomas de la candidiasis vulvovaginal pueden variar en intensidad y duración, y pueden empeorar durante la menstruación o después de tener relaciones sexuales (Workowski & Bolan, 2015; Rodríguez-Cerdeira et al., 2019; Mucci et al., 2018). Por lo tanto,



si una mujer sospecha que puede tener una infección por Candida, es recomendable acudir a un profesional de la salud para obtener un diagnóstico y tratamiento adecuados (Nyirjesy, 2014; Sobel et al., 2004; Denning et al., 2018).

El diagnóstico de la vulvovaginitis candidiásica se basa en la presentación clínica de la paciente, así como en la toma de muestras para su análisis en el laboratorio. La detección de levaduras en la muestra vaginal es un indicador importante de la infección por Candida (Workowski & Bolan, 2015). En España, se utilizan diferentes métodos de diagnóstico, como la microscopía directa y el cultivo de muestras vaginales (García-Grau et al., 2019).

El tratamiento de la vulvovaginitis candidiásica suele consistir en la administración de antifúngicos, ya sea en forma de cremas, supositorios o tabletas orales (Workowski & Bolan, 2015; Nyirjesy, 2014). Dvornik et al. (2014) señalan que, en el caso de las mujeres embarazadas, el tratamiento debe ser cuidadosamente seleccionado para evitar dañar al feto. En España, se ha observado una alta tasa de resistencia a los antifúngicos azólicos, que son los más comúnmente utilizados para el tratamiento de la infección (García-Grau et al., 2019).

El papel del personal de enfermería es esencial en la prevención y tratamiento de la candidiasis vulvovaginal. A continuación, se describen algunos cuidados y medidas de prevención que pueden llevarse a cabo en la atención de enfermería:

- **Educación y asesoramiento:** Una de las principales funciones del personal de enfermería es educar y asesorar a las mujeres sobre la prevención y tratamiento de la candidiasis vulvovaginal. Se debe proporcionar información clara y precisa sobre los síntomas, factores de riesgo, prevención y tratamiento de la infección (Price & Pretorius, 2016).
- **Higiene íntima:** Es importante mantener una buena higiene íntima para prevenir la infección. El personal de enfermería puede enseñar a las mujeres técnicas de limpieza íntima y la importancia de evitar productos agresivos como jabones perfumados o duchas

vaginales que pueden alterar la flora vaginal normal y favorecer la proliferación de Candida (Price & Pretorius, 2016).

- **Uso adecuado de productos de higiene menstrual:** El personal de enfermería puede asesorar a las mujeres sobre el uso adecuado de productos de higiene menstrual, como tampones y compresas. Es importante evitar los productos con perfumes y optar por aquellos que son 100% de algodón para evitar la irritación de la zona genital (Hainer & Gibson, 2011).
- **Tratamiento farmacológico:** El personal de enfermería puede administrar medicamentos antifúngicos, como el clotrimazol o el miconazol, prescritos por el médico para tratar la infección. También puede enseñar a las mujeres cómo administrar el tratamiento adecuadamente y supervisar la respuesta al mismo (Workowski & Bolan, 2015; Nyirjesy, 2014).
- **Cuidado de la piel:** En casos de infecciones recurrentes, el personal de enfermería puede recomendar el uso de cremas o lociones para aliviar el picor y la irritación de la piel de la zona genital (Price & Pretorius, 2016).
- **Control y seguimiento:** Es importante realizar un seguimiento de las mujeres que presentan infecciones recurrentes de candidiasis vulvovaginal para evaluar la efectividad del tratamiento y controlar la evolución de la enfermedad (Sobel et al., 2004; Denning et al., 2018).

CONCLUSIONES

La vaginitis vulvocandidiásica constituye actualmente un reto para la salud femenina tanto fundamentalmente por el aumento de la prevalencia y la preocupación de las mujeres por su salud femenina. El personal de enfermería desempeña un papel importante en la prevención y tratamiento de la candidiasis vulvovaginal, sobre todo desde su posición en atención primaria durante los controles de salud femenina. La educación, la promoción de una buena higiene íntima y el seguimiento adecuado son medidas fundamentales para el control de la infección (Price & Pretorius, 2016; Hainer & Gibson, 2011).



BIBLIOGRAFÍA

- Achkar, J. M., & Fries, B. C. (2010). Candida infections of the genitourinary tract. *Clinical Microbiology Reviews*, 23(2), 253-273.
- Ballester-Rodríguez, I., García-Guerrero, A., & Gómez-Salgado, J. (2020). Nursing interventions for the care of women with vulvovaginal candidiasis: a systematic review. *Journal of Women's Health*, 29(6), 854-865.
- Denning, D. W., Kneale, M., Sobel, J. D., & Raute-maa-Richardson, R. (2018). Global burden of recurrent vulvovaginal candidiasis: A systematic review. *The Lancet Infectious Diseases*, 18(11), e339-e347.
- Dovnik, A., Golle, A., Novak, D., & Arko, D. (2014). Treatment of vulvovaginal candidiasis: A review of the literature. *Acta Dermatovenereologica Alpina, Pannonica et Adriatica*, 23(1), 5-7.
- Foxman, B., Muraglia, R., Dietz, J. P., Sobel, J. D., & Wagner, J. (2013). Prevalence of recurrent vulvovaginal candidiasis in 5 European countries and the United States: Results from an internet panel survey. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 17(3), 340-345.
- García-Grau, I., Pérez-Gracia, M. T., & Gómez-Torrijos, E. (2019). Vulvovaginal candidiasis: A current approach to an old problem. *Revista Española de Quimioterapia*, 32(2), 94-101.
- Gonçalves, B., Ferreira, C., Alves, C. T., Henriques, M., Azeredo, J., & Silva, S. (2016). Vulvovaginal candidiasis: Epidemiology, microbiology and risk factors. *Critical Reviews in Microbiology*, 42(6), 905-927.
- González-Rodríguez, M. L., Estevinho, M. M., Lopes, F. M., & Castro, M. E. (2017). Epidemiology and risk factors of candidiasis in Spanish women. *Revista Española de Quimioterapia*, 30(1), 59-64.
- Hainer, B. L., & Gibson, M. V. (2011). Vaginitis: Diagnosis and treatment. *American Family Physician*, 83(7), 807-815.
- Heidari, Z., Eivazi, Z., Rostami, M., & Rezaei, M. (2020). Effect of education on preventive behaviors of vulvovaginal candidiasis based on health belief model. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 47.
- Kalia, N., Singh, J., & Kaur, M. (2015). Microbiota in vaginal health and pathogenesis of recurrent vulvovaginal infections: A critical review. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*, 14, 3.
- Mucci, M. J., Cuestas, M. L., Landanburu, M. F., Mujica, M. T. (2018). Vulvovaginal candidiasis: A current understanding and burning questions. *Journal of Fungi*, 4(1), 23.
- Nyirjesy, P. (2014). Management of persistent vaginitis. *Obstetrics & Gynecology*, 124(5), 1135-1146.
- Price, M., & Pretorius, E. (2016). Nurse-led care of recurrent vulvovaginal candidiasis: patients' experiences and preferences. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(3), 405-413.
- Rodríguez-Cerdeira, C., Gregorio, M. C., Molares-Vila, A., López-Barcenas, A., Fabbrocini, G., & Bardhi, B. (2019). Biofilms and vulvovaginal candidiasis. *Colloids and Surfaces B: Biointerfaces*, 174, 110-125.
- Sobel, J. D., Wiesenfeld, H. C., Martens, M., Danna, P., Hooton, T. M., Rompalo, A., ... & Peipert, J. F. (2004). Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis. *New England Journal of Medicine*, 351(9), 876-883.
- ida vulvovaginitis. *British Journal of Nursing*, 25(19), S14-S20.
- Workowski, K. A., & Bolan, G. A. (2015). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recommendations and Reports*, 64(3), 1-137.



Prescripción enfermera: Indicación. Uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de los /las enfermeros/as

Inés Rivas Fernández • inesrivaslugo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El Consejo General de enfermería ha definido la Prescripción Enfermera como: «la capacidad del enfermero/a, en el marco de la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, de *“seleccionar, guiados por el criterio profesional, diferentes materiales, productos (dispositivos y medicación) encaminados a satisfacer las necesidades de salud del usuario y la población, apoyados por el juicio clínico enfermero y administrados en forma de cuidados”*»

La prescripción enfermera va unida al proceso enfermero (valoración inicial, diagnóstico enfermero o problemas de colaboración, intervenciones y acciones, y evaluación de resultados), haciendo referencia a la indicación de consejos de salud, productos sanitarios y fármacos. La PE autónoma es aquella en que la enfermera determina y decide libremente, a partir de su propio juicio clínico, el plan de cuidados a seguir. Por lo que es la única y última responsable de la prescripción y de sus resultados.

En octubre de 2018, el Boletín Oficial del Estado (BOE) publicó el Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Establece que “las actuaciones de indicación, uso y autorización de dispensación por las enfermeras y enfermeros respecto de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica se desarrollan con un marcado carácter colaborativo” y que será en “los protocolos y guías de práctica clínica y asistencial don-

de deberá figurar necesariamente aquellos supuestos específicos en los que se precisa la validación médica previa a la indicación enfermera, junto a las actuaciones que, en el ámbito de sus respectivas competencias, el personal médico y enfermero habrá de llevar a cabo colaborativamente en el seguimiento del proceso”. Esto significa, tal y como establece el artículo 3.1 del RD que las enfermeras y enfermeros, en el ejercicio de su actividad profesional, podrán indicar usar y autorizar la dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica, conforme a protocolos o guías de práctica clínica mediante una orden de dispensación. Para el caso de las vacunas sólo se necesitará la orden de dispensación.

En dicho texto se hace constar “los requisitos exigidos a las enfermeras y enfermeros para obtener acreditación, de modo que además de la titulación correspondiente se exigirá una experiencia profesional mínima de un año o, en su defecto, la superación de cursos de adaptación adecuados ofrecidos por la Administración sanitaria”, este apartado queda regulado en el artículo 9 del Real Decreto que califica como “requisitos que deben reunir las enfermeras y enfermeros para obtener la acreditación”, en él se diferencia entre cuidados especializados y generales y se establece que el procedimiento de acreditación será regulado por “las Comunidades Autónomas en el ámbito de sus competencias”. Por otro lado, también se regula cómo se reconocerá la acreditación a profesionales de enfermería procedentes de Estados miembros de la Unión Europea afirmando que “podrá reconocerse la acreditación a las enfermeras y enfermeros procedentes de otros países, previa justificación del



Foto de Laurynas Mereckas en Unsplash.

cumplimiento de los requisitos de acreditación previstos en el artículo 9".

El Real Decreto dedica un apartado específico al supuesto de las vacunas y establece que "la administración de las vacunas contempladas en el calendario vacunal y aquellas tributarias de campañas de salud que se determinen por las autoridades sanitarias sólo precisará de la correspondiente orden de dispensación".

Este fue el punto de partida para lograr alcanzar el desarrollo de esta competencia profesional en el momento actual; mediante la constitución de grupos de trabajo de la comisión permanente de farmacia, constituida por el Ministerio de Sanidad, Comunidades Autónomas, Mutualidades, Defensa, el Consejo General de Enfermería, el Consejo General de Médicos y asesores técnicas, se elaboraron cuatro guías que enmarcan esta actividad enfermera; son las siguientes:

- Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las enfermeras de heridas.
- Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las /los enfermeras/os de quemaduras.
- Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción

médica por parte de las /los enfermeras/os de hipertensión.

- Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las /los enfermeras/os de diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2.

Estas guías se enmarcan dentro del marco de desarrollo establecido en el Real Decreto (RD) 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de las/los enfermeras/os, así como las modificaciones realizadas por el RD 1302/2018, de 22 de octubre.

La aplicación de esta guía en la práctica asistencial ha de suponer la optimización de las competencias profesionales de las/los enfermeras/os y el desarrollo de actuaciones de valor consistentes en:

- Educar a la persona y/o al cuidador/a en estilos de vida saludables y en el manejo del tratamiento farmacológico y de los cuidados asociados.
- Establecer estrategias para mejorar la adherencia terapéutica a la medicación a través del seguimiento y control del tratamiento y monitorización de los resultados en salud.
- Detectar e informar de efectos adversos relacionados con el tratamiento farmacológico.



- Realizar un seguimiento con el objetivo de prevenir la aparición de complicaciones asociadas al tratamiento y a la propia patología.
- Facilitar la accesibilidad para las actuaciones relacionadas con la medicación evitando o reduciendo citas innecesarias o demoras para el inicio, prórroga, modificación o interrupción de tratamientos.

- Reducir la variabilidad en la práctica clínica, adecuando y actualizando esta guía y los protocolos que se deriven de la misma en base a las últimas evidencias disponibles.
- Maximizar la eficiencia y efectividad de la atención sanitaria y los tratamientos que se derivan de la misma.

GUÍA PARA LA INDICACIÓN, USO Y AUTORIZACIÓN DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS SUJETOS A PRESCRIPCIÓN MÉDICA POR PARTE DE LAS/LOS ENFERMERAS/OS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y TIPO 2.

Publicada en la Resolución de 30 de junio de 2022, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se validan las Guías para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de: Hipertensión, y la de: Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2.

INTRODUCCIÓN

La diabetes *mellitus* es un problema de salud con gran trascendencia a nivel individual y de salud pública, por su elevada prevalencia e incidencia como enfermedad crónica. Las complicaciones derivadas de esta enfermedad hacen que sea una causa importante de invalidez y mortalidad prematura. El número de personas con diabetes se está incrementando de manera epidémica según los datos reflejados por la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Diabetes. El estudio Di@bet.es, realizado en población española mayor de edad, estimó una prevalencia global en torno a un 13,8 %, siendo más frecuente la diabetes tipo 2 (90 % de los casos). Tal como se indica en la Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS), la diabetes es una de las cuatro enfermedades crónicas con mayor impacto en la salud de la población.

El retraso en el diagnóstico, así como un control metabólico deficitario, se asocia a un aumento de las complicaciones crónicas y de la mortalidad prematura, siendo además una de las principales causas de ceguera, tratamiento sustitutivo renal (diálisis/trasplante) y amputación no traumática en la población activa de los países occidentales, asociándose también a una pérdida de calidad de vida. El tratamiento precoz y multifactorial de la hiperglucemia y del riesgo cardiovascular retrasa la aparición de complicaciones crónicas y mejora la calidad y esperanza de vida en los pacientes con diabetes.

Es por todo ello por lo que un adecuado abordaje y seguimiento de esta enfermedad dentro de un equipo multidisciplinar se hace esencial para controlar y mini-

mizar sus efectos. Las consultas de las/los enfermeras/os deben incorporar en este contexto herramientas que garanticen el seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico de estos pacientes en colaboración con el resto de profesionales de referencia.

Esta guía es fruto de un trabajo colaborativo multidisciplinar. La elaboración se ha llevado a cabo por un grupo de profesionales en representación de las organizaciones sanitarias y corporaciones profesionales implicadas, en base a lo establecido en el artículo 7 del RD 954/2015. Asimismo, se ha contado con la colaboración de expertos externos al grupo de diferentes ámbitos profesionales (medicina, enfermería, farmacia).

Para la selección de los medicamentos del listado de esta guía (ver tabla 1) se han tenido en cuenta criterios técnicos basados en la evidencia científica disponible actualmente. Se incluyen las opciones de uso preferente en el tratamiento de la diabetes, de acuerdo con la bibliografía aportada y considerando criterios de uso racional del medicamento y la eficacia, seguridad y eficiencia de las diferentes alternativas disponibles.

La revisión de los contenidos de esta guía se realizará al menos cada cinco años, con objeto de incorporar la nueva evidencia disponible. Durante ese período, siempre que sea necesario, se procederá a la integración de novedades científicas o actualizaciones, como es la autorización de nuevos medicamentos.

MARCO DE REFERENCIA

Esta guía es la base que establece el marco de referencia de las/los enfermeras/os para la realización de



actuaciones relacionadas con la medicación durante el seguimiento colaborativo en determinados tratamientos individualizados en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 1 y tipo 2 mediante el uso de protocolos y/o guías asistenciales consensuados de manera multidisciplinar.

Es muy importante sistematizar la implantación de esta guía general en la práctica clínica diaria y promover de una manera proactiva y coordinada la participación de todo el equipo asistencial. En este sentido, las CCAA y resto de Entidades Gestoras en el marco de los centros que prestan servicios en el SNS, y las Organizaciones y Centros en el marco de los centros que no prestan estos servicios en el SNS, desarrollarán, a partir de los contenidos establecidos en la presente guía, sus propios protocolos y/o guías asistenciales específicas adaptadas a su contexto para concretar, al menos:

- La población sobre la que procede aplicar el protocolo o guía.
- Los medicamentos autorizados para realizar el seguimiento que, necesariamente, deben estar incluidos en esta guía.
- El tipo de intervenciones que realiza la/el enfermera/o: inicio de tratamiento, prórroga, modificación de pauta y/o interrupción temporal del tratamiento, en relación a un medicamento o grupo de medicamentos concreto de la guía.
- Los parámetros del tratamiento ajustables por las/los enfermeras/os y los rangos de ajuste autorizados para cada uno de ellos.
- Los criterios de reevaluación, así como los signos/síntomas de alarma para la valoración o derivación al médico de referencia.

En este contexto, no se incluyen en esta guía los aspectos que se relacionan con recomendaciones o criterios de uso adecuado de cada medicamento sujeto a prescripción médica, que den soporte a las decisiones clínicas, aspectos organizativos, contenidos relacionados con la seguridad del paciente o de apoyo educativo, problemas potenciales u otras situaciones especiales, así como cualquier otra cuestión que requiera de una mayor definición de ámbitos específicos para la aplicación de esta guía general. Como ya se ha comentado, los aspectos de seguimiento farmacológico colaborativo de tratamientos, o protocolos más específicos de indicación, uso y autorización de dispensación en determinadas situaciones clínicas se desarrollarán posteriormente a partir de

la definición del listado de medicamentos base para el manejo por enfermeras/os incluido en esta guía.

Los productos sanitarios y los medicamentos no sujetos a prescripción médica están ya regulados en el RD 954/2015 y sus modificaciones del RD 1312/2018 por lo que no se incluyen aquí.

Para el desarrollo de las actuaciones contempladas en esta guía, tanto la/el enfermera/o responsable de cuidados generales como la/el enfermera/o responsable de cuidados especializados deberán ser titulares de la **correspondiente acreditación** emitida por el órgano competente de la CC. AA. respectiva.

La autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica se realizará mediante la correspondiente **orden de dispensación**.

CRITERIOS ESPECÍFICOS

Población diana

- Personas diagnosticadas de diabetes *mellitus* tipo 1 o 2 en tratamiento con uno o más de los medicamentos contenidos en la presente guía prescritos por su médico.
- Personas en situación de control insuficiente o inadecuado (principalmente por hiperglucemia) hasta los límites que se considere en el protocolo y/o guía de práctica clínica o asistencial.
- Personas en situación de hipoglucemia, en tratamiento con insulina u otros antidiabéticos, hasta los límites que se considere en el protocolo y/o guía de práctica clínica o asistencial.

Procesos asistenciales, patologías y/o situaciones clínicas

Diabetes *mellitus* (tipo 1 y tipo 2).

Otros procesos relacionados:

- Pie diabético
- Microangiopatía diabética: retinopatía diabética, neuropatía diabética y nefropatía diabética (con o sin insuficiencia renal crónica)
- Macroangiopatía diabética: enfermedad cerebrovascular y enfermedad cardiovascular



Tipo de intervenciones que realiza la/el enfermera/o

Es necesario dejar constancia en la historia clínica del paciente la identificación de la/el enfermera/o que realiza las diferentes actuaciones en base a sus competencias y de acuerdo al protocolo y/o guía asistencial consensuado.

1-Inicio del tratamiento:

El inicio de la indicación, uso y/o autorización de dispensación requerirá de una prescripción médica previa y/o la existencia de protocolos y/o guías asistenciales específicas para la atención a problemas agudos y/o urgentes.

2-Prórroga del tratamiento:

Se ha de realizar en el marco del seguimiento colaborativo por los profesionales de referencia del paciente. Es necesaria una prescripción médica inicial para que el paciente sea seguido por la/el enfermera/o acreditada/o. Se puede prorrogar la indicación del fármaco por la/el enfermera/o siempre que:

- Se estén alcanzando con el medicamento los objetivos terapéuticos que se establecieron en el momento de la prescripción y éstos estén dentro del margen o intervalo previsto en el protocolo o guía asistencial específica.
- La tolerabilidad al tratamiento del paciente es adecuada.
 - La adherencia al tratamiento por parte del paciente es adecuada.
 - No ha habido cambios relevantes en la situación clínica y características del paciente desde el inicio del tratamiento que puedan influir en la indicación del medicamento.
- Con la prórroga no se supera la duración del tratamiento establecida en la ficha técnica del medicamento y/o en el protocolo o guía asistencial específica.

3-Modificación de pauta de tratamiento:

Se ha de realizar en el marco del seguimiento colaborativo por los profesionales de referencia del paciente siguiendo los criterios especificados en la ficha técnica y/o en el protocolo o guía asistencial específica. Se puede modificar la pauta del fármaco por la/el enfermera/o siempre que haya habido cambios en la situación clínica (control de síntomas, parámetros analíticos o constantes) y/o características del paciente desde el inicio del tratamiento.

En ningún caso puede modificarse el principio activo prescrito por el/la médico de referencia. Tampoco pueden cambiarse las pautas indicadas en los protocolos o guías asistenciales específicas.

4-Interrupción temporal del tratamiento:

La interrupción temporal de un medicamento por parte de la/el enfermera/o debe estar justificada de acuerdo a los criterios establecidos en los protocolos o guías asistenciales específicas. Son principalmente:

- Control glucémico inadecuado a pesar de usar las dosis máximas de los fármacos establecidas en el protocolo y/o guía asistencial.
- Falta de control de la situación tras hipoglucemia
 - Aparición de efectos adversos no deseables o no tolerables.
 - Situaciones agudas graves (hipoglucemia severa, cetoacidosis, coma hiperosmolar).
 - Rechazo de la persona a la aplicación de las pautas indicadas en el protocolo y/o guía asistencial.

Cuando se realice esta interrupción temporal se pondrá en conocimiento al/la médico/a responsable para valorar la suspensión y el resto de actuaciones necesarias derivadas de la interrupción.



LISTADO DE MEDICAMENTOS

ATC	Denominación ATC
A10AB	Insulinas y análogos de acción rápida para inyección
A10AC	Insulinas y análogos de acción intermedia para inyección
A10AD	Insulinas y análogos. Combinaciones de insulinas de acción intermedia o prolongada con insulinas de acción inmediata para inyección.
A10AE04	Insulina glargina.
A10AE05	Insulina detemir.
A10BA02	Metformina.
A19BB	Derivados de las sulfonilureas.
B05BA03	Carbohidratos. <i>Sólo las presentaciones financiadas.</i>
H04AA01	Glucagón. <i>Sólo la presentación inyectable</i>

Tabla 1: Relación de fármacos o grupo de fármacos incluidos en esta guía por clasificación ATC

INDICADOR DE SEGUIMIENTO

Diseño e implantación en la CC. AA., organizaciones y/o centros de protocolos y/o guías de práctica clínica o asistencial específicos orientados al seguimiento de personas con diabetes *mellitus* tipo 1 o tipo 2 que incorporen la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os y atendiendo a los preceptos contenidos en esta guía.

BIBLIOGRAFÍA

- Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/prescripcion>
- Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios
- Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.
- Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.
- Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las /los enfermeras/os de: Diabetes Mellitus TIPO 1 Y TIPO 2
- Meseguer Gancedo, P. (2022). Enfermería de práctica avanzada y fronteras competenciales de las profesiones sanitarias españolas. *Sociología del Trabajo*, 100, 117-129.

