

LIBRO DE ACTAS

II Jornadas Académicas de Enfermería de la Macaronesia
9 – 11 mayo de 2023

LAS ENFERMERAS UNIDAS: UNA FUERZA PARA LA SALUD GLOBAL

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA



Libro de Actas de las II Jornadas Académicas de Enfermería de la Macaronesia

Las Palmas de Gran Canaria, 9,10 y 11 de mayo de 2023

ISBN: 978-84-09-48501-7

Editores:

Daniela Celia Montesdeoca Ramírez

Maximino Díaz Hernández

Gabriel Jesús Estévez Guerra

María José Morales Gázquez

Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Campus de San Cristóbal. Paseo Blas Cabrera Felipe S/N, 35016. Las Palmas de Gran Canaria.

© Todos los derechos sobre cada uno de los trabajos pertenecen a los autores

Presentación

La Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny de Madeira (ESESJC), la Universidade dos Açores, la Universidade de Santiago de Cabo Verde y la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC), en el curso académico 2021-2022, diseñaron las Primeras Jornadas Académicas de Enfermería de la Macaronesia. Estas primeras Jornadas se celebraron en la Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny de Madeira, marcando el inicio de su recorrido anual por las islas de la Macaronesia, con el fin de:

- Incentivar el establecimiento de alianzas y redes entre Escuelas y/o Facultades de Enfermería públicas y privadas, promoviendo una mayor cooperación y reflexión en torno al desarrollo del Proceso de Enseñanza-Aprendizaje.
- Tender puentes entre las islas de la Macaronesia fomentando la cohesión y el intercambio académico, facilitando la transferencia del conocimiento.
- Promover la movilidad del estudiantado y profesorado en este contexto geográfico.
- Sensibilizar a la sociedad en general sobre el estado del arte de los recién graduados en Enfermería fomentando su acercamiento al mercado laboral.

Los objetivos de estas II Jornadas Académicas de Enfermería de la Macaronesia 2022-2023 fueron:

- Evidenciar las buenas prácticas en el proceso enseñanza-aprendizaje en el Grado en Enfermería.
- Reflexionar sobre la experiencia vivida por parte de alumnado y profesorado en la adquisición de las distintas competencias como futuros enfermeros generalistas.
- Debater los desafíos para la práctica de la Enfermería en el mundo actual.
- Visibilizar la investigación en cuidados liderada por el alumnado y profesional de Enfermería.
- Fomentar el intercambio de conocimiento e incorporar la actividad científica en cuidados en la región de la Macaronesia.
- Potenciar la formación en metodología de la investigación del alumnado y profesionales implicados en la prestación de cuidados formales.
- Facilitar la transferencia de resultados de la investigación y la aplicación de evidencias en la práctica de los cuidados.

En el curso 2022-2023, estas jornadas se celebraron en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, organizadas por el Departamento de Enfermería.

En Las Palmas de Gran Canaria a 14 de mayo de 2023

Comité Organizador y Científico de las II Jornadas Académicas de Enfermería de la Macaronesia

Comité de Honor

En representación de Azores

Prof.^a Dra. Carmen Maria da Silva Maciel Andrade. Presidenta de la Escuela Superior de Salud de la Universidad de Azores.

Prof.^a Dra. Susana da Conceição Miranda Silva Mira Leal. Rectora de la Universidad de las Azores.

Dr. Pedro Roberto Furtado Soares. Presidente del Consejo Directivo Regional de la Sección Regional de la Región Autónoma de las Azores de la Orden de Enfermeras.

D. Rubén Pinheiro. Presidente de la Asociación de Estudiantes. Universidad de Azores.

En representación de Cabo Verde

Dña. Marcília Fernandes. Jefa del Departamento de Ciencias de la Salud, Medio Ambiente y Tecnología. Directora del Campus Praia de la Universidad de Santiago.

D. Gabriel Fernandes. Rector de la Universidad de Santiago.

Prof. Dr. Gabriel Fernandes. Rector de la Universidad de Santiago.

En representación de Canarias

Prof. Dr. Maximino Díaz Hernández. Director del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud de la ULPGC.

Prof.^a Dra. María del Mar Tavío Pérez. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la ULPGC.

Prof. Dr. Lluís Serra Majem. Rector de la ULPGC.

D. Ángel Víctor Torres Pérez. Presidente del Gobierno de Canarias y de la Conferencia de Presidentes de las Regiones Ultraperiféricas de la Unión Europea (RUP).

Don Blas Trujillo Oramas. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias.

Dña. Elizabeth Hernández González. Directora del Servicio Canario de la Salud.

Doña Rita María Mendoza Sánchez. Presidenta del Ilustrísimo Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas de Gran Canaria y Vicepresidenta del Consejo Canario de Colegios Oficiales de Enfermería.

Dr. José Ángel Rodríguez Gómez. Presidente del Ilustrísimo Colegio Oficial de Enfermería de Santa Cruz de Tenerife y Presidente del Consejo Canario de Colegios Oficiales de Enfermería.

Doña Elena Melián González. Delegación de estudiantes de Enfermería de la ULPGC.

En representación de Madeira

Prof.^a Dra. Merícia Bettencourt. Presidenta del Consejo de Dirección de la ESESJC.

Dña. Ana Clara Silva. Enfermera y Directora Regional de Políticas Públicas integradas y Longevidad.

Prof.^a Dra. Isabel Fragoeiro. Rectora de la Universidad de Madeira. Presidenta de la Escuela Superior de Salud.

D. Nuno Neves. Sección Regional de la Orden de Enfermeras.

D. José Manuel Ornelas. Director de Enfermería del Servicio de Salud de la Región Autónoma de Madeira. SESARAM.EPE.

Dr. Pedro Ramos. Secretario Regional de Salud y Protección Civil. Gobierno Regional.

Dña. Mara Pereira. Presidenta de la Asociación de Estudiantes.

Comité Organizador

Presidenta: Prof.^a Dra. Daniela Celia Montesdeoca Ramírez

Vicepresidente: Prof. Dr. Maximino Díaz Hernández

Prof. Dr. Gabriel Jesús Estévez Guerra. Departamento de Enfermería. ULPGC.
Prof.^a Dña. Carmen Delia Marrero Medina. Secretaria del Departamento de Enfermería. ULPGC.
Prof. D. Juan Manuel Martín Ferrer. Secretario de la Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. ULPGC.
Prof.^a Dra. Epifanía Natalia Medina Artiles. Vicedecana Sede Fuerteventura y de Posgrado. Departamento de Enfermería. ULPGC.
Prof. Dr. José Enrique Hernández Rodríguez. Departamento de Enfermería. ULPGC.
Prof.^a Dra. M^a Magdalena Marrero Montelongo. Departamento de Enfermería. ULPGC.
Prof.^a Dra. M^a José Morales Gázquez. Jefa de Servicio del Departamento de Enfermería. ULPGC.
Dña. Yamilet del Carmen Saavedra González. Estudiante de Enfermería en Lanzarote. ULPGC.
D. Rodrigo Nuez Santana. Estudiante de Enfermería en Gran Canaria. ULPGC.
D. Daniel Dávila Curbelo. Estudiante de Enfermería en Gran Canaria. ULPGC.
Dña. Sabina Monedero Pacheco. Estudiante de Enfermería en Gran Canaria. ULPGC.
Dña. Evelyn Rubio Cabrera. Estudiante de Enfermería en Gran Canaria. ULPGC.
Dña. Marta Morató González. Estudiante de Enfermería en Gran Canaria. ULPGC.
D. Pedro Brian Ramírez Mendoza. Estudiante de Enfermería en Gran Canaria. ULPGC.
Dña. Sara Suárez Amador. Estudiante de Enfermería en Gran Canaria. ULPGC.
Dña. Catalina Burgos Pérez. Estudiante de Enfermería en Gran Canaria. ULPGC.
Dña. Alejandra Rivero Novelle. Estudiante de Enfermería en Gran Canaria. ULPGC.
Dña. Nerea Martín Elías. Estudiante de Enfermería en Gran Canaria. ULPGC.
Dña. Elena Melián González. Estudiante de Enfermería en Gran Canaria. ULPGC.
Dña. Yamiley M^a Hernández Rodríguez. Estudiante de Enfermería en Gran Canaria. ULPGC.
Dña. Celia Yu Sánchez Llorente. Estudiante de Enfermería en Gran Canaria. ULPGC.
D. Manuel de Jesús Quintana Mederos. Estudiante de Enfermería en Gran Canaria. ULPGC.
Dña. Ariana Meilin Vera Casabone. Estudiante de Enfermería en Gran Canaria. ULPGC.
Prof. D. Márcio Filipe Moniz Tavares. Director de la Titulación de Enfermería. Universidad de Azores.
Dña. Luana Carvalho Correia. Estudiante de Enfermería. Universidad de Azores.
Prof.^a Dña. Cilliavini Afonso Varela. Universidad de Santiago de Cabo Verde.
D. Jeremias Ledo Pina. Estudiante de Enfermería. Universidad de Santiago de Cabo Verde.
Dña. Lavinia Barreto. Estudiante de Enfermería. Universidad de Santiago de Cabo Verde.
Dña. Jandira da Veiga. Estudiante de Enfermería. Universidad de Santiago de Cabo Verde.
Dña. Tatiana Varela. Estudiante de Enfermería. Universidad de Santiago de Cabo Verde.
Prof.^a Dra. María Luísa Santos. Coordinadora Titulación de Enfermería. ESESJC.
Prof.^a Dña. Maria Luísa Gonçalves. Coordinadora del Gabinete de Estudiantes. ESESJC.
Prof.^a Dra. Rita Figueiredo. Secretaria del Consejo Técnico Científico. ESESJC.
Prof.^a Dra. Noélia Pimenta. Secretaria del Consejo Pedagógico. ESESJC.
Dña. Sofia Bacanhim. Estudiante de Enfermería de la ESESJC.
Dña. Petra Freitas. Estudiante de Enfermería. ESESJC.
D. João Henrique A. G. Freitas. Estudiante de Enfermería. ESESJC.
Dña. Graça Camacho. Estudiante de Enfermería. ESESJ.

Comité Científico

Presidente: Prof. Dr. Gabriel Jesús Estévez Guerra
Vicepresidenta: Prof.^a Dra. M^a José Morales Gázquez

Prof. Dr. José Enrique Hernández Rodríguez. Departamento de Enfermería. ULPGC.
Prof.^a Dra. M^a Magdalena Marrero Montelongo. Departamento de Enfermería. ULPGC.
Prof.^a Dra. Milagros de la Rosa Hormiga. Departamento de Enfermería. ULPGC.
Prof. Dr. Maximino Díaz Hernández. Director Departamento de Enfermería. ULPGC.
Prof.^a Dra. Daniela Celia Montesdeoca Ramírez. Vicedecana de Estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud. Coordinadora de la Titulación de Enfermería en Gran Canaria. Departamento de Enfermería. ULPGC.
Prof.^a Dra. Epifanía Natalia Medina Artiles. Vicedecana Sede de Fuerteventura y de Posgrado. Departamento de Enfermería. ULPGC.
Prof.^a Dra. Candelaria de la Merced Díaz González. Departamento de Enfermería. ULPGC.
Prof.^a Dra. Manuela Cristina Chas Barbeito. Departamento de Enfermería. ULPGC.
Prof. D. Luis Miguel Salvador Machado Gomes. Universidad de Azores.
Prof. D. José Carlos dos Reis Lopes. Universidad de Azores.
Prof.^a Dña. Lúcia de Fátima Mota Ferreira Freitas. Universidad de Azores.
Prof. D. Alberto Carlos Marques Duarte. Universidad de Azores.
Prof.^a Dña. Cilliavini Afonso Varela. Coordinadora Titulación de Enfermería. Universidad de Santiago de Cabo Verde.
Prof. D. Michel da Veiga. Universidad de Santiago de Cabo Verde.
Prof. D. Artur Veiga. Enfermero Jefe de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Agostinho Neto de Cabo Verde.
Prof.^a Dra. Deisa Semedo. Coordinadora Titulación de Enfermería. Universidad de Cabo Verde.
Prof.^a Dña. Natalina Marçal. Enfermera del Servicio de Cirugía del Hospital Santa Rita Vieira, Hospital Regional Santiago Norte. Cabo Verde.
Prof.^a Dra. María Luísa Santos. Coordinadora Titulación de Enfermería. ESESJC.
Prof.^a Dña. Maria Luísa Gonçalves. Coordinadora del Gabinete de Estudiantes. ESESJC.
Prof.^a Dra. Rita Figueiredo. Secretaria del Consejo Técnico Científico. ESESJC.
Prof.^a Dra. Noélia Pimenta. Secretaria del Consejo Pedagógico. ESESJC.
Prof.^a Dra. Tânia Lourenço. Coordinadora del Gabinete de Investigación y Desarrollo en Enfermería Cluny. ESESJC.
Prof.^a Dra. Cristina Pestana. Coordinadora del Gabinete de la Internacionalización. ESESJC.
Prof.^a Dña. Eva Sousa. Coordinadora del Gabinete de la Comunidad. ESESJC.
Prof.^a Dña. Patrícia Câmara. Coordinadora de Laboratorio de Prácticas Simuladas de Enfermería. ESESJC.
Prof. Dr. Alfonso Miguel García Hernández. Vicedecano de la Sección de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de La Laguna.
Prof. D. Héctor de la Rosa Merino. Coordinador del Grado en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Canarias.
Prof.^a Dña. Melba Estupiñán Guedes. Directora del Departamento de Enfermería. Universidad Fernando Pessoa Canarias.
Prof.^a Dra. Isabel Fragoeiro. Presidente de la Escuela Superior de Salud de la Universidad de Madeira.

Prof.^a Dña. Ana Azevedo. Coordinadora de la Titulación de Enfermería. Escuela Superior de Salud de la Universidad de Madeira.

Dña. María Gotelinda García Betancort. Coordinadora de Enfermería Pediátrica. Unidad Multiprofesional de Pediatría de Lanzarote.

D. Juan José Cabrera García. Coordinador de Enfermería Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Lanzarote.

D. Rubén Octavio Luzardo Batista. Especialista en Geriátrica. Tutor de Enfermeras Internas Residentes en Geriátrica de Lanzarote.

Dña. María del Mar Miranda Sánchez. Unidad Docente Multiprofesional Obstetricia-Ginecología CHUIMI-Fuerteventura.

Dña. Miriam Rodríguez Suárez. Presidenta de la Subcomisión de Enfermería Familiar y Comunitaria de Fuerteventura.

Dña. María Teresa Lerín Pérez. Presidenta de la Subcomisión de Enfermería de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral de Canarias.

Dña. Mónica Raquel Marrero Santana. Jefa de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de Gran Canaria.

Dña. Iris Molina Vázquez. Presidenta de la Subcomisión y Jefa de Estudios de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

Dña. Margarita Elizabeth Guerra Hernández. Presidenta de la Subcomisión de Enfermería de la Unidad Docente Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología de Las Palmas de Gran Canaria.

Dña. Julia Jeppesen Gutiérrez. Matrona adscrita a la Unidad Docente Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología de Las Palmas de Gran Canaria.

Dra. María de los Ángeles Ferrera Fernández. Presidenta de la Subcomisión Docente de Enfermería Pediátrica. Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría CHUIMI. Gran Canaria.

D. José Manuel González Hernández. Presidente de la Subcomisión de Enfermería de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de Tenerife.

Dña. Inés Martínez Costa. Vicepresidenta de la Subcomisión de la Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría del Hospital Universitario de Canarias.

Dña. Ana María González Pérez. Presidenta de la Subcomisión de Enfermería de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria La Laguna-Tenerife Norte.

Dr. Felipe Santiago Fernández Méndez. Tutor en la Unidad Docente de Matronas de Tenerife.

Dña. Isabel González Camacho. Presidenta de la Subcomisión de Enfermería Familiar y Comunitaria de La Palma.

II JORNADAS ACADÉMICAS DE ENFERMERÍA DE LA MACARONESIA LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, 9-11 DE MAYO DE 2023

Programa

Martes 9 de mayo de 2023

Zona horaria: GMT/UTC (Islas Canarias)

13 horas. Registro de participantes. Entrega de documentación y apertura de la plataforma

13:45-14 horas. Bienvenida y presentación de las Jornadas

Prof. Dr. Maximino Díaz Hernández. Director del Departamento de Enfermería. ULPGC y la Prof.^a Dra. María Luísa Santos. Coordinadora de la Titulación de Enfermería. ESESJC

14-15 horas. Sesión de apertura

- Prof. Dr. Gabriel Fernandes. Rector de la Universidad de Santiago. Cabo Verde
- Prof. Dr. Luís Carlos do Rego Furtado. Campus de Angra do Heroísmo. En representación del Rector de la Universidade dos Azores
- Prof.^a Dra. Merícia Bettencourt. Presidenta del Consejo de Dirección de la ESESJC
- Prof. Dr. Lluís Serra Majem. Rector de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
- Prof.^a María del Mar Tavío Pérez. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud. ULPGC

15 horas. Actuación del Coro-Schola Cantorum-ULPGC

15:30-17 horas. Sesión 1: Las enfermeras unidas: una fuerza para la salud global (Lema CIE-2023)

- Prof.^a Dra. Carmen Maria da Silva Maciel Andrade. Presidenta de la Escuela Superior de Salud. Universidad de Azores
- D. Artur Veiga. Enfermero Jefe de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Agostinho Neto de Cabo Verde
- Prof. Dr. Maximino Díaz Hernández. Director del Departamento de Enfermería. ULPGC
- Dña. Ana Clara Silva. Enfermera y Directora Regional de Políticas Públicas integradas y Longevidad. Madeira

Moderadores: Prof.^a Dra. Daniela Celia Montesdeoca Ramírez. ULPGC y el Prof. Dr. Márcio Tavares. Universidad de Azores

Presentadores: Dña. Elena Melián González. Estudiante de la ULPGC y Dña. Luana Correia Estudiante de la Universidad de Azores

17 horas. Visita guiada por las instalaciones de la Facultad del profesorado y estudiantado visitante de Madeira

Miércoles 10 de mayo de 2023

Zona horaria: GMT/UTC (Islas Canarias)

8:45-10:15 horas. Sesión 2: Simulación clínica. Creando puentes para la práctica de cuidados

- Dña. Sara Pina Câmara. Estudiante de Enfermería. Universidad de Azores
- Dña. Áurea Borges Freire. Estudiante de Enfermería. Universidad de Santiago- Cabo Verde
- Dña. Ariana Meilin Vera Casabone. Estudiante de Enfermería. ULPGC
- Dña. Carlota Almada. Estudiante de Enfermería. ESESJC

Moderadores: Prof. Dr. José Enrique Hernández Rodríguez. ULPGC y la Prof.^a Dra. Noélia Pimenta. ESESJC

Presentadores: Don Pedro Brian Ramírez Mendoza. Estudiante de la ULPGC y Dña. Cátia Camacho. Estudiante de la ESESJC

10:15-10:45 horas. Descanso

10:45-13:30 horas. Presentación comunicaciones orales

10:45-12:05 horas. Sesión 1

Moderadoras: Prof.^a Dra. María José Morales Gázquez. ULPGC y la Prof.^a Dra. Tânia Lourenço. ESESJC

C1. Exposición laboral a benceno. Biomarcadores e implicaciones de enfermería del trabajo. Scoping review (modalidad virtual)

Jorge Diaz López, Irene González Acevedo y Gema López García

C2. Prevalencia de obesidad infantil. Hábitos alimentarios y de actividad física como determinantes (modalidad virtual)

Carla Trujillo Pérez, Carmen Nieves Hernández Flores y Daniela Celia Montesdeoca Ramírez

C3. Embarazo adolescente. Un abordaje desde la Enfermería Escolar (modalidad virtual)

Cristina Monzón Ortiz y M^a Magdalena Marrero Montelongo

C4. Intervenção comunitaria. A necessidade de potenciar projetos comunitários e o desenvolvimento de competencias

Sofia Bacanhim, João Teixeira, Sandra Alves, Mara Pereira, Eva Sousa y Rita Figueiredo

C5. Intervención comunitaria. Un aprendizaje desde la base

Cecilia Estupiñán Ramírez, Milagrosa Medina Pérez, Aroa Camejo Guerra, Eugenia Leticia Hernández García, Elisabeth Henares Villen y Aurelio Vega

C6. Plan de cuidados de enfermería a un paciente con traumatismo múltiple en Atención Primaria

Cintia del Pino Marrero Medina, María del Pino Saavedra Brito y Daniela Celia Montesdeoca Ramírez

C7. Accidentes biológicos en estudiantes del Grado en Enfermería de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria

Blanca Hernández Hernández, Tomás Santana González, Adrián Luis Varela Pedreño, Francisco Javier Domínguez Santana y María José Rosas Molina

12:05-13:30 horas. Sesión 2

Moderadoras: Dra. María de los Ángeles Ferrera Fernández. Presidenta de la subcomisión de Enfermería Pediátrica. Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría CHUIMI y la Prof.^a Eva Sousa. ESESJC

C8. Comiendo bien para vivir mejor. Una intervención educativa con familiares de escolares de infantil de Arrecife (modalidad virtual)

Dolores Ariana García Robayna y María Magdalena Marrero Montelongo

C9. Estilos de vida de los estudiantes del área de la salud

Pedro Brian Ramírez Mendoza, Carmen Nieves Hernández Flores y Daniela Celia Montesdeoca Ramírez

C10. La conducta alimentaria en una población infantojuvenil de Gran Canaria. Una dimensión emocional

Yurena Yaiza Pérez Macías, Carmen Nieves Hernández Flores y Daniela Celia Montesdeoca Ramírez

C11. Promoviendo la inteligencia emocional. Una intervención enfermera en la escuela

Idaira María Arencibia y Gabriel Jesús Estévez Guerra

C12. Hábitos de alimentación y actividad física. Determinantes de la obesidad en escolares de Gran Canaria

Nauzet Acaymo Martín Pérez, Carmen Nieves Hernández Flores y Daniela Celia Montesdeoca Ramírez

C13. Detección precoz de la hipoacusia neonatal. Evaluación de los resultados entre 2018 y 2022

Fayna Cruz León, Juan Carlos Falcón Hernández y Daniela Celia Montesdeoca Ramírez

13:30 horas. Almuerzo libre

14:45-16:15 horas. Sesión 3: Intervención comunitaria. La necesidad de potenciar proyectos comunitarios

- D. Gonçalo Azevedo. Estudiante de Enfermería. Universidad de Azores
- D. Aladino Monteiro Vieira. Estudiante de Enfermería. Universidad de Santiago-Cabo Verde
- Dña. Cintia del Pino Marrero Medina. Estudiante de Enfermería. ULP GC
- Dña. Sofia Bacanhim. Estudiante de Enfermería. ESESJC

Moderadores: Prof.^a Dra. M^a Magdalena Marrero Montelongo. ULP GC y la Prof.^a Dña. Cilliavini Afonso Varela. Universidade de Santiago-Cabo Verde

Presentadores: Dña. Elisa Sosa Garrido. Estudiante de la ULPGC y D. Jeremias Ledo Pina. Estudiante de la Universidad de Santiago-Cabo Verde

16:15-16:45 horas. Descanso

16:45-19:30 horas Presentación comunicaciones orales

16:45-18:05 horas. Sesión 3

Moderadores: Prof. Dr. Gabriel Jesús Estévez Guerra. ULPGC y la Prof.^a Cellia Afonso. Universidad de Santiago-Cabo Verde

C14. Intervención educativa sobre primeros auxilios con escolares de 11 a 12 años (modalidad virtual)

Herenia Del Rio Guardia y Maria Magdalena Marrero Montelongo

C15. Projeto + Cuidador - Sobrecarga do Cuidador: Um Estudo Quantitativo (modalidad virtual)

Jéssica Viveiros, Petra Freitas, Beatriz Gouveia, , Ângela Vition, Tânia Lourenço y Rita Figueiredo

C16. Catorce necesidades de Virginia Herdenson en la siringomielia. Una revisión sistemática exploratoria

Cristina María Aguiar Pérez, Beatriz Del Carmen Aguiar Pérez y María José Morales Gázquez

C17. Promovendo a literacia do cuidador informal. Relato da construção de um Website por estudantes de Enfermagem

Laura Gonçalves, Beatriz Gonçalves, Sara Abreu, Iara Silva, Tânia Lourenço and Luísa Gonçalves

C18. Conocimiento del manejo de la calidad de vida en pacientes con Arnold Chiari. Un revisión sistemática exploratoria

Beatriz del Carmen Aguiar Pérez, Cristina María Aguiar Pérez y María José Morales Gázquez

C19. Abordaje enfermero de la mutilación genital femenina, sus consecuencias y los conocimientos actuales. Una revisión sistemática exploratoria

Vanessa Díaz Hernández y María José Morales Gázquez

18:05-19:30 horas. Sesión 4

Moderadores: Dr. Felipe Santiago Fernández Méndez. Unidad Docente de Matronas de Tenerife y el Prof. Dr. Alberto Duarte. Universidad de Azores

C20. Monitorización fetal en gestantes de bajo riesgo durante el trabajo de parto (modalidad virtual)

Jeanette China Rodríguez, Ana Vilar Vázquez, Fátima Infante González, Laura Pérez de León, Abigail Del Pino Mesa Ávila y Isabel María Yarza Relaño

C21. Pinzamiento tardío de cordón umbilical en cesáreas (modalidad virtual)

Ana Vilar Vázquez, Fátima Infante González, Jeanette China Rodríguez, Abigail del Pino Mesa Ávila, Laura Pérez de León y Eduardo Santos Ruíz

C22. Atención a mujeres con mutilación genital femenina durante la gestación y el proceso de parto (modalidad virtual)

Fátima Infante González, Ana Vilar Vázquez, Jeanette China Rodríguez, Laura Pérez De León, Abigail del Pino Mesa Avila y Iris Trillo Pérez

C23. Trauma perineal severo y factores de riesgo asociados

Laura Pérez de León, Abigail del Pino Mesa Ávila, Jeanette China Rodríguez, Ana Vilar Vázquez, Fátima Infante González y Julia Jeppesen Gutiérrez

C24. Simulação clínica uma ponte para a prática dos cuidados: percepção dos estudantes finalistas

Carlota Almada, Cátia Camacho, João Freitas, Pedro Ferreira, Patrícia Câmara y Maria Luísa Santos

C25. Evolución del tipo de partos y resultados perineales en un hospital de Canarias

Abigail del Pino Mesa Ávila, Laura Pérez de León, Ana Vilar Vázquez, Jeanette China Rodríguez, Fátima Infante González y Julia Jeppesen Gutiérrez

C26. Cambios posturales maternos para corregir la malposición fetal durante el trabajo de parto. Caso clínico

Marlene Bermúdez Castellano, Abigail del Pino Mesa Ávila, Ariadna Torres Hernández y Elisabeth Machín Martín

Jueves 11 de mayo de 2023

Zona horaria: GMT/UTC (Islas Canarias)

9-10:30 horas. Sesión 4: La comunicación terapéutica en el proceso del cuidado de Enfermería. Aspectos éticos y profesionalizantes

- Dña. Inês Lima Subica. Estudiante de Enfermería. Universidad de Azores.
- Dña. Andreia Ferreira. Estudiante de Enfermería. Universidad de Santiago-Cabo Verde.
- Dña. Nayra Yovanna López Díaz. Estudiante de Enfermería. ULPGC.
- Dña. Petra Freitas. Estudiante de Enfermería. ESESJC.

Moderadores: Prof.^a Dra. Daniela Celia Montesdeoca Ramírez. ULPGC y la Prof.^a Dra. Lúcia Freitas. Universidad de Azores.

Presentadores: Dña. María Jordania Lorenzo Hernández. Estudiante de la ULPGC y D. Ruben Pinheiro. Estudiante de la Universidad de Azores.

Sesión paralela (Salón de Grados)

9-10:30 horas. Sesión 5: El Proceso Enseñanza-Aprendizaje en Enfermería: Grado y Especialidades. Una oportunidad de trabajo colaborativo

Moderadores: Prof. Dr. Gabriel Jesús Estévez Guerra y la Prof.^a Dra. María José Morales Gázquez. ULPGC

Participantes: Responsables de las Unidades Docentes Multiprofesionales de la Comunidad Canaria

10:30 Horas. Descanso

Actuación de la Tuna Universitaria de Las Palmas de Gran Canaria

11:30-12 horas. Entrega de premios a la mejores comunicaciones

12- 12:45 horas. Clausura de las Jornadas

- Prof.^a Dña. Marcília Fernandes. Jefa del Departamento de Ciencias de la Salud, Medio Ambiente y Tecnología. Directora del Campus Praia de la Universidad de Santiago-Cabo Verde
- Prof. Dr. Márcio Tavares. Director de la Titulación de Enfermería de la Universidad de Azores
- Prof.^a Dra. María Luísa Santos. Coordinadora Titulación de Enfermería. ESESJC
- Prof.^a Dña. María del Mar Tavío Pérez. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud. ULPGC

Moderador: Prof. Dr. Maximino Díaz Hernández. Director del Departamento de Enfermería. ULPGC

12:45-13 horas. Presentar a la Universidad organizadora de las III Jornadas Académicas de Enfermería de la Macaronesia 2023-2024

A cargo de la Prof.^a Dra. María Luisa Santos. ESESJC y la Prof.^a Dra. Daniela Celia Montesdeoca Ramírez. ULPGC

Comunicaciones en formato Póster

P1. Aplicación del método Madre-Canguro para promover la lactancia materna en los neonatos. Una revisión bibliográfica

Marta Macias Dols, Marina Corona López, Beatriz Melián Cordovez y Javier Auyanet

P2. Percepción del profesorado de la Enfermera Escolar en una zona de salud de Gran Canaria

Cathaysa Mónica Peñate González, Carmen Nieves Hernández Flores y Daniela Celia Montesdeoca Ramírez

P3. La segunda etapa del parto y los resultados maternos y neonatales. Una revisión bibliográfica

Marta Amador Talavera, Angela María Alcañiz Jiménez, María Román Gómez, Lidia Lacal Muñoz y María Isabel Hernández Rodríguez

P4. Detección del consumo de riesgo de alcohol y propuesta de una intervención en Atención Primaria

Clara Caballero Cubells, Elena Olmos Jular, Isabel Cristina Lemos Chica y Juan José Cabrera García

P5. Revisión sobre la inteligencia artificial integrada en el electrocardiograma para la detección de enfermedades cardiovasculares

Irene González Acevedo, Jorge Díaz López y Gema López García

P6. Avaliação familiar segundo modelo de Calgary. Experiência de estudantes de Enfermagem

Mara Pereira, João Teixeira, Sandy Fernandes, César Henriques, Ana Ribeiro y Maria Eva Nóbrega

P7. Intervención grupal sobre el conocimiento y autopercepción del uso problemático del móvil en escolares

Jennifer González Cabrera y M^a Ángeles Ferrera Fernández

P8. Detección de la ideación suicida en la adolescencia: Una necesidad familiar y social

Nayra Yovanna López y Gabriel Jesús Estévez

P9. Una revisión bibliográfica sobre parto en casa planificado en embarazos de bajo riesgo

Ariadna Torres Hernández, Marlene Bermúdez Castellano, Tania Soto Rodríguez y Carla Rosillo Otero

P10. Plan de Cuidados. Manejo del recién nacido prematuro mediante el método canguro en cuidados intensivos neonatales

Sara Frías Calvo y Judith Arbelo Molina

P11. La vía subcutánea: una alternativa para el paciente de cuidados paliativos

Esaú Cáceres y Gabriel Jesús Estévez

P12. Um Olhar dos estudantes em Ensino Clínico de Saúde Mental e Psiquiatria – Diagnósticos e intervenções de Enfermagem no processo de cuidar

Sofia Bacanhim, Sandra Alves, Pedro Ferreira, Samuel Baptista, Laura Miranda y Luísa Gonçalves

P13. Plan de cuidados de un niño con Macrocefalia

Nerea del Pino Ponce-Alemán, María del Pino Déniz-Sánchez y Daniela-Celia Montesdeoca-Ramírez

P14. Promoción de hábitos saludables. Escuelas de familias

Laura Anta Aguado, Carla del Carmen García Ortega, Ana Rodríguez Suárez, Luis Dámaso García González, Armando Jesús Rivero Alvarado y Carmen Suárez González

P15. La musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer como cuidado enfermero

María Jordania Lorenzo Hernández y Pedro Raúl Castellano Santana

P16. Ansiedad en la etapa universitaria, ¿qué herramientas hay para paliarla? Una revisión exploratoria

Erika Montesdeoca Luján, Ainara Pérez Pérez, Irene Cabrera Cuervo y Carmen Delia Marrero Medina

P17. Cuidados enfermeros en pacientes con conductas suicidas derivadas de la Covid-19. Revisión bibliográfica

Ainara Pérez, Irene Cabrera, Erika Montesdeoca y Carmen Delia Marrero

P18. Terapia de heridas con presión negativa en el pie diabético. Revisión exploratoria

Tania del Carmen Sosa Déniz y Rubén Octavio Luzardo Batista

P19. Intervenciones enfermeras en el manejo del dolor y neurodesarrollo en el neonato hospitalizado. Una revisión exploratoria

Beatriz Melián Cordovez, Marina Corona López, Marta Macías Dols y Claudio Rodríguez Suarez

P20 Descripción del perfil cognitivo y funcional de adultos mayores que acuden a un centro de envejecimiento activo en Canarias

Cristina Cazorla Guillen y Candelaria De La Merced Diaz González

P21. Cuidados de Enfermería al recién nacido con hipotermia terapéutica por encefalopatía hipóxico-isquémica tras el parto

Leire Vañes Baños y Abigail Guillermo Alba

P22. Experiência do estudante de enfermagem no cuidado à família: Estudos de caso

Inês Fernandes, Carlota Almada, Cátia Camacho, Henrique Freitas, Gonçalo Félix y Maria Eva Nóbrega

P23. Estrategias de intervención en personas con Trastorno del Espectro Autista en el ámbito sanitario

Irene Cabrera Cuervo, Ainara Pérez Pérez, Erika Montesdeoca Luján y Carmen Delia Marrero Medina

P24. “Projeto + Cuidador”. Impacto da formação nos cuidadores formais. Um Estudo Quantitativo

Laura Pita, Laura Santos, Catarina Sousa, Cátia Figueira, Clara Barros y Rita Figueiredo

P25. El manejo de heridas crónicas mediante injertos en sello. Una revisión exploratoria

Yamilet Del Carmen Saavedra González y Gabriel Jesús Estévez Guerra

P26. La enfermera como responsable del programa de prevención y control de la infección

Moisés Arencibia Sánchez y Juan Carlos Falcón Hernández

P27. Gravidez de alto risco: percepção das gestantes sobre as suas necessidades de saúde e práticas de cuidados da equipa de Enfermagem

Mónica Mendes, Carolina Henriques y Sónia Ramalho

SEDE ORGANIZADORA:



SEDES FUNDADORAS:



COLABORAN:



ÍNDICE

C2. Prevalencia de obesidad infantil. Hábitos alimentarios y de actividad física como determinantes (modalidad virtual)	1
Carla Trujillo Pérez, Carmen Nieves Hernández Flores y Daniela Celia Montesdeoca Ramírez	
C3. Embarazo adolescente. Un abordaje desde la Enfermería Escolar (modalidad virtual)	9
Cristina Monzón Ortiz y M ^a Magdalena Marrero Montelongo	
C4. Intervenção comunitaria. A necessidade de potenciar projetos comunitários e o desenvolvimento de competências	17
Sofia Bacanhim, João Teixeira, Sandra Alves, Mara Pereira, Eva Sousa y Rita Figueiredo	
C5. Intervención comunitaria. Un aprendizaje desde la base	25
Cecilia Estupiñán Ramírez, Milagrosa Medina Pérez, Aroa Camejo Guerra, Eugenia Leticia Hernández García, Elisabeth Henares Villen y Aurelio Vega	
C6. Plan de cuidados de enfermería a un paciente con traumatismo múltiple en Atención Primaria	31
Cintia del Pino Marrero Medina, María del Pino Saavedra Brito y Daniela Celia Montesdeoca Ramírez	
C7. Accidentes biológicos en estudiantes del Grado en Enfermería de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria	39
Blanca Hernández Hernández, Tomás Santana González, Adrián Luis Varela Pedreño, Francisco Javier Domínguez Santana y María José Rosas Molina	
C8. Comiendo bien para vivir mejor. Una intervención educativa con familiares de escolares de infantil de Arrecife (modalidad virtual)	47
Dolores Ariana García Robayna y María Magdalena Marrero Montelongo	
C9. Estilos de vida de los estudiantes del área de la salud	55
Pedro Brian Ramírez Mendoza, Carmen Nieves Hernández Flores y Daniela Celia Montesdeoca Ramírez	
C10. La conducta alimentaria en una población infantojuvenil de Gran Canaria. Una dimensión emocional	63
Yurena Yaiza Pérez Macías, Carmen Nieves Hernández Flores y Daniela Celia Montesdeoca Ramírez	
C11. Promoviendo la inteligencia emocional. Una intervención enfermera en la escuela	71
Idaira María Arencibia y Gabriel Jesús Estévez Guerra	
C12. Hábitos de alimentación y actividad física. Determinantes de la obesidad en escolares de Gran Canaria	79
Nauzet Acaymo Martín Pérez, Carmen Nieves Hernández Flores y Daniela Celia Montesdeoca Ramírez	
C13. Detección precoz de la hipoacusia neonatal. Evaluación de los resultados entre 2018 y 2022	87
Fayna Cruz León, Juan Carlos Falcón Hernández y Daniela Celia Montesdeoca Ramírez	
C14. Intervención educativa sobre primeros auxilios con escolares de 11 a 12 años (modalidad virtual)	95
Herenia Del Rio Guardia y María Magdalena Marrero Montelongo	
C15. Projeto + Cuidador - Sobrecarga do Cuidador: Um Estudo Quantitativo (modalidad virtual)	103
Jéssica Viveiros, Petra Freitas, Beatriz Gouveia, , Ângela Vition, Tânia Lourenço y Rita Figueiredo	
C16. Catorce necesidades de Virginia Herdenson en la siringomielia. Una revisión sistemática exploratoria	111
Cristina María Aguiar Pérez, Beatriz Del Carmen Aguiar Pérez y María José Morales Gázquez	
C17. Promovendo a literacia do cuidador informal. Relato da construção de um Website por estudantes de Enfermagem	119
Laura Gonçalves, Beatriz Gonçalves, Sara Abreu, Iara Silva, Tânia Lourenço and Luísa Gonçalves	
C18. Conocimiento del manejo de la calidad de vida en pacientes con Arnold Chiari. Un revisión sistemática exploratoria	125
Beatriz del Carmen Aguiar Pérez, Cristina María Aguiar Pérez y María José Morales Gázquez	
C19. Abordaje enfermero de la mutilación genital femenina, sus consecuencias y los conocimientos actuales. Una revisión sistemática exploratoria	133
Vanessa Díaz Hernández y María José Morales Gázquez	
C20. Monitorización fetal en gestantes de bajo riesgo durante el trabajo de parto (modalidad virtual)	141
Jeanette China Rodríguez, Ana Vilar Vázquez, Fátima Infante González, Laura Pérez de León, Abigail Del Pino Mesa Ávila y Isabel María Yarza Relano	
C21. Pinzamiento tardío de cordón umbilical en cesáreas (modalidad virtual)	147
Ana Vilar Vázquez, Fátima Infante González, Jeanette China Rodríguez, Abigail del Pino Mesa Ávila, Laura Pérez de León y Eduardo Santos Ruíz	

C22. Atención a mujeres con mutilación genital femenina durante la gestación y el proceso de parto (modalidad virtual)	153
Fátima Infante González, Ana Vilar Vázquez, Jeanette China Rodríguez, Laura Pérez De León, Abigail del Pino Mesa Avila y Iris Trillo Pérez	
C23. Trauma perineal severo y factores de riesgo asociados	159
Laura Pérez de León, Abigail del Pino Mesa Ávila, Jeanette China Rodríguez, Ana Vilar Vázquez, Fátima Infante González y Julia Jeppesen Gutiérrez	
C24. Simulação clínica uma ponte para a prática dos cuidados: percepção dos estudantes finalistas	165
Carlota Almada, Cátia Camacho, João Freitas, Pedro Ferreira, Patrícia Câmara y María Luísa Santos	
C25. Evolución del tipo de partos y resultados perineales en un hospital de Canarias	173
Abigail del Pino Mesa Ávila, Laura Pérez de León, Ana Vilar Vázquez, Jeanette China Rodríguez, Fátima Infante González y Julia Jeppesen Gutiérrez	
C26. Cambios posturales maternos para corregir la malposición fetal durante el trabajo de parto. Caso clínico	181
Marlene Bermúdez Castellano, Abigail del Pino Mesa Ávila, Ariadna Torres Hernández y Elisabeth Machín Martín	
P1. Aplicación del método Madre-Canguro para promover la lactancia materna en los neonatos. Una revisión bibliográfica	189
Marta Macias Dols, Marina Corona López, Beatriz Melián Cordovez y Javier Auyanet	
P2. Percepción del profesorado de la Enfermera Escolar en una zona de salud de Gran Canaria	193
Cathaysa Mónica Peñate González, Carmen Nieves Hernández Flores y Daniela Celia Montesdeoca Ramírez	
P3. La segunda etapa del parto y los resultados maternos y neonatales. Una revisión bibliográfica	203
Marta Amador Talavera, Angela María Alcañiz Jiménez, María Román Gómez, Lidia Lacal Muñoz y María Isabel Hernández Rodríguez	
P4. Detección del consumo de riesgo de alcohol y propuesta de una intervención en Atención Primaria	211
Clara Caballero Cubells, Elena Olmos Jular, Isabel Cristina Lemos Chica y Juan José Cabrera García	
P5. Revisión sobre la inteligencia artificial integrada en el electrocardiograma para la detección de enfermedades cardiovasculares	217
Irene González Acevedo, Jorge Díaz López y Gema López García	
P6. Avaliação familiar segundo modelo de Calgary. Experiência de estudantes de Enfermagem	223
Mara Pereira, João Teixeira, Sandy Fernandes, César Henriques, Ana Ribeiro y Maria Eva Nóbrega	
P7. Intervención grupal sobre el conocimiento y autopercepción del uso problemático del móvil en escolares	229
Jennifer González Cabrera y M ^a Ángeles Ferrera Fernández	
P8. Detección de la ideación suicida en la adolescencia: Una necesidad familiar y social	235
Nayra Yovanna López y Gabriel Jesús Estévez	
P9. Una revisión bibliográfica sobre parto en casa planificado en embarazos de bajo riesgo	241
Ariadna Torres Hernández, Marlene Bermúdez Castellano, Tania Soto Rodríguez y Carla Rosillo Otero	
P10. Plan de Cuidados. Manejo del recién nacido prematuro mediante el método canguro en cuidados intensivos neonatales	249
Sara Frías Calvo y Judith Arbelo Molina	
P11. La vía subcutánea: una alternativa para el paciente de cuidados paliativos	255
Esaú Cáceres y Gabriel Jesús Estévez	
P12. Um Olhar dos estudantes em Ensino Clínico de Saúde Mental e Psiquiatria-Diagnósticos e intervenções de Enfermagem no processo de cuidar	263
Sofia Bacanhim, Sandra Alves, Pedro Ferreira, Samuel Baptista, Laura Miranda y Luísa Gonçalves	
P13. Plan de cuidados de un niño con Macrocefalia	271
Nerea del Pino Ponce-Alemán, María del Pino Déniz-Sánchez y Daniela-Celia Montesdeoca-Ramírez	
P15. La musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer como cuidado enfermero	279
María Jordania Lorenzo Hernández y Pedro Raúl Castellano Santana	
P16. Ansiedad en la etapa universitaria, ¿qué herramientas hay para paliarla? Una revisión exploratoria	287
Erika Montesdeoca Luján, Ainara Pérez Pérez, Irene Cabrera Cuervo y Carmen Delia Marrero Medina	
P17. Cuidados enfermeros en pacientes con conductas suicidas derivadas de la Covid-19. Revisión bibliográfica	295
Ainara Pérez, Irene Cabrera, Erika Montesdeoca y Carmen Delia Marrero	

P18. Terapia de heridas con presión negativa en el pie diabético. Revisión exploratoria	303
Tania del Carmen Sosa Déniz y Rubén Octavio Luzardo Batista	
P19. Intervenciones enfermeras en el manejo del dolor y neurodesarrollo en el neonato hospitalizado. Una revisión exploratoria	311
Beatriz Melián Cordovez, Marina Corona López, Marta Macías Dols y Claudio Rodríguez Suarez	
P20 Descripción del perfil cognitivo y funcional de adultos mayores que acuden a un centro de envejecimiento activo en Canarias	319
Cristina Cazorla Guillen y Candelaria De La Merced Diaz González	
P22. Experiência do estudante de enfermagem no cuidado à família: Estudos de caso	327
Inês Fernandes, Carlota Almada, Cátia Camacho, Henrique Freitas, Gonçalo Félix y Maria Eva Nóbrega	
P23. Estrategias de intervención en personas con Trastorno del Espectro Autista en el ámbito sanitario	333
Irene Cabrera Cuervo, Ainara Pérez Pérez, Erika Montesdeoca Luján y Carmen Delia Marrero Medina	
P24. “Projeto + Cuidador”. Impacto da formação nos cuidadores formais. Um Estudo Quantitativo	341
Laura Pita, Laura Santos, Catarina Sousa, Cátia Figueira, Clara Barros y Rita Figueiredo	
P25. El manejo de heridas crónicas mediante injertos en sello. Una revisión exploratoria	349
Yamilet Del Carmen Saavedra González y Gabriel Jesús Estévez Guerra	
P26. La enfermera como responsable del programa de prevención y control de la infección	357
Moisés Arencibia Sánchez y Juan Carlos Falcón Hernández	

Prevalencia de obesidad infantil. Hábitos alimentarios y de actividad física como determinantes

Carla Trujillo-Pérez^a, Carmen-Nieves Hernández-Flores^b, Daniela-Celia Montesdeoca-Ramírez^c

^aEstudiante Maestría en Enfermería Escolar. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bProfesora Departamento de Matemáticas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^cProfesora del Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

La obesidad es considerada uno de los problemas de salud global más graves del siglo XXI. Canarias es la segunda comunidad autónoma con mayor tasa de obesidad infantil (35%). Los objetivos de este trabajo fueron conocer la prevalencia del sobrepeso y obesidad, identificar factores determinantes de los hábitos alimentarios y describir el patrón de actividad física, en un grupo de escolares de 6 a 11 años de un centro educativo situado en un municipio al sureste de la isla de Gran Canaria. Se realizó un estudio descriptivo transversal de corte cuantitativo entre escolares de 6-11 años. La prevalencia del sobrepeso y obesidad se determinó usando datos de peso y talla autoreferidos para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC). Las características de los hábitos alimentarios y de actividad física se analizaron mediante el test Krece Plus y el test rápido de Krece Plus respectivamente. Todos los datos fueron recogidos mediante un cuestionario autoadministrado. Se obtuvo una participación del 60% de la población. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue del 21,3% y 6% respectivamente. El hábito de desayunar a diario fue manifestado por la totalidad de participantes, aunque la calidad del desayuno es susceptible de mejora. El 75,3% presenta un nivel nutricional medio y el 80,5% un nivel de actividad física buena. De los niños que desayunan galletas (27,3%), el 42% presenta problemas de peso. De los escolares que desayunan fruta (62,7%), el 68% presentan problemas de peso. El 48% de los niños que comen viendo habitualmente la televisión presenta problemas de peso. Con los resultados obtenidos se puede concluir que es necesario implementar intervenciones educativas, en el marco de un trabajo coordinado e intersectorial, que permita contribuir a mejorar los hábitos y estilos de vida de los escolares y por ende de toda la comunidad educativa.

Palabras clave: obesidad, escolares, hábitos alimentarios, actividad física, servicios de Enfermería Escolar.

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, nos encontramos frente a uno de los problemas de salud global más graves del siglo XXI. La obesidad es un trastorno metabólico crónico que genera una excesiva acumulación de energía en forma de grasa corporal y en consecuencia un aumento de peso en relación con el valor esperado según el sexo, la talla y la edad. Se ha aceptado como criterio para definir el sobrepeso y la obesidad el Índice de Masa Corporal (IMC) como una medición válida en los estudios epidemiológicos. En cuanto a la población infantil, Cortés et al.² resaltan que los valores del IMC son más inexactos y bajos que en los adultos debido a que los niños están en continuo cambio corporal, y por tanto es más difícil de valorar. Por ello, su interpretación dependerá de la edad, haciendo uso de curvas de antropometría infantil por género.

A nivel europeo, González y Gómez³, destacan que el exceso de peso está presente en el 25% de los escolares, siendo los países del sur de Europa los que tienen mayor tasa de obesidad infantil. Grecia, Malta, Italia con una prevalencia del 37%, y España con el 34%, son los que acumulan mayor porcentaje de sobrepeso infantil y juvenil, y en los países donde más se han incrementado este problema en las últimas décadas.

El estudio Aladino⁴ pone de manifiesto que, en España los niños de 6 a 9 años presentan sobrepeso y obesidad en casi un 41%, siendo más elevados los valores de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en niños que en niñas (44% vs 42%). En cuanto a la comunidad autónoma de Canarias⁵, podemos destacar que es la segunda comunidad autónoma con mayor tasa de obesidad infantil (35%), seguida de Murcia con casi el 40%. Destacamos también que el 35% de la población canaria de 2 a 17 años presenta obesidad o sobrepeso⁶.

El sobrepeso y la obesidad infantil tiene un origen multifactorial, pudiéndose atribuir a estilos de vida, herencia, medio ambiente, desarrollo de la tecnología, globalización y situación económica⁷. Estos factores pueden conducir a un desequilibrio a largo plazo entre la ingesta y el gasto energético, dando lugar a una acumulación excesiva de grasa. Siendo un factor de riesgo para desarrollar enfermedades de distinta gravedad, como pueden ser la diabetes mellitus, las enfermedades cardiocirculatorias y respiratorias, el cáncer, y problemas psicosociales como la baja autoestima, la depresión

o un peor rendimiento escolar⁸.

Diversos autores⁹, han evidenciado la relación de este problema de salud con una insuficiente realización de actividad física, demostrando que el interés por esta entra en declive después de los 6 años, acentuándose la tendencia a realizar actividades sedentarias en el tiempo de ocio. López et al.⁷ también lo relacionan con una alimentación inadecuada, estableciendo como uno de los motivos principales la mala alimentación recibida por los niños en sus casas, como resultado de los hábitos y conductas que poseen los padres. Esto es debido a la modernización de la sociedad, empleándose menos tiempo en la preparación de las comidas, y haciendo un mayor consumo de alimentos ultraprocesados. Estos datos los podemos apoyar con los aportados por Termes et al.¹⁰ que concluyen que los niños y niñas españoles llevan una dieta pobre en frutas, verduras, hortalizas e hidratos de carbono, y rica en grasas, proteínas, dulces y refrescos.

Se ha evidenciado que la infancia y la adolescencia es la etapa idónea para la consolidación y promoción de hábitos y conductas saludables, siendo la escuela el escenario más adecuado para ello. Contar con la participación activa de la familia, personal docente y no docente constituye el eje vertebrador de cualquier programa de educación y promoción de la salud. La presencia de una enfermera escolar se plantea como una necesidad sentida por parte de la comunidad educativa con el propósito de conseguir un trabajo coordinado e intersectorial en el contexto de la prevención y promoción de la salud¹¹.

Los objetivos de este trabajo son:

1. Conocer la prevalencia del sobrepeso y obesidad en un grupo de escolares de 6 a 11 años de un municipio del sureste de la isla de Gran Canaria.
2. Identificar factores determinantes de los hábitos alimentarios que puedan estar asociados al sobrepeso y a la obesidad.
3. Describir el patrón de actividad física de este grupo poblacional.

2. METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio descriptivo transversal de corte cuantitativo.

Una vez que se contó con el consentimiento del centro educativo, se solicitó el permiso al Comité de Ética e Investigación (CEI) de referencia, contando con su dictamen positivo el 29 de julio de 2022 (código 2022-340-1).

Este estudio se realizó en un colegio público de Educación Infantil, Especial y Primaria. Este centro educativo se encuentra ubicado en el sureste de la isla de Gran Canaria en un entorno urbano, con una actividad económica basada principalmente en el sector servicios y en el agrícola.

La población diana estuvo conformada por 250 escolares de educación primaria matriculados durante el curso académico 2022/2023 y con edades comprendidas entre 6-11 años. Se estimó un tamaño muestral de 152 participantes, considerando un error del 5% y un nivel de confianza del 95%.

El criterio de inclusión fue contar con el consentimiento informado y la voluntariedad de los progenitores a participar en este estudio.

Como instrumento de recogida de datos se utilizó un cuestionario anónimo, autoadministrado y adaptado, donde se contempló diferentes variables que permitieran dar respuesta a los objetivos planteados. Este fue entregado en el centro educativo en el mes de octubre de 2022, y a través de los profesores tutores de cada clase se canalizó la entrega y recepción de estos, una vez que fueron cumplimentados por los padres del alumnado. La recogida de datos finalizó en el mes de noviembre del año 2022.

El cuestionario quedó estructurado en tres partes:

-La primera parte tenía como objetivo analizar la influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso. Incluía información relativa a las características sociodemográficas y antropométricas del alumnado y de sus padres. Además, se solicitó información sanitaria relativa a sus hijos considerada de interés para este estudio.

En el caso del alumnado las variables fueron: edad, género, curso académico, peso y talla autoreferida, peso al nacer (en Kg) y si siguió lactancia materna, así como su duración (en meses).

En el caso de los padres se solicitó: edad del padre y de la madre, datos autoreferidos de peso (en Kg) y talla (en cm) de ambos, nivel de estudios, profesión y horario laboral.

-La segunda parte de este cuestionario tenía como objetivo identificar el patrón de alimentación de esta población. Para ello se utilizó el test Krece Plus¹² de frecuencia de consumo corto, con la puntuación (+1 o -1) para cada ítem incluido. La puntuación máxima era de +11 y la mínima de -5. El alumnado se clasificó en tres categorías: nivel nutricional alto o riesgo nutricional bajo (test ≥ 9), nivel nutricional medio (test 6-8) y nivel nutricional bajo o riesgo nutricional alto (test ≤ 5).

-Para valorar la actividad física se optó por el test corto de la actividad física Krece Plus, utilizado en el estudio enKid¹². Este consta de dos preguntas que se refiere a las horas dedicadas a ver la televisión o practicar juegos sedentarios y a las horas diarias dedicadas a la práctica de actividad física fuera del ámbito escolar. Según la puntuación obtenida, el alumnado se clasificó en tres niveles de actividad física: bueno (9-10 para chicos y 8-9 para chicas), regular (6-8 en chicos y 5-7 en chicas) y malo (≤ 5 en chicos y ≤ 4 en chicas).

La información obtenida fue mecanizada en una base de datos Excel. El análisis de los datos se realizó con el programa JAMOV¹³. Las variables cualitativas se resumieron en frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se utilizaron medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos IQR=25-75 percentil, según se dieran o no los supuestos de normalidad. Los porcentajes se compararon usando el test de Chi-cuadrado, para comparar las medias se hizo con el t-test y las medianas con el test de Wilcoxon para datos independientes. La significación estadística se estableció en el 5% ($p < 0,05$).

3. RESULTADOS

El número total de estudiantes matriculados en el centro educativo fue de 250, respondieron al cuestionario 150, obteniéndose una participación del 60% (56,7% niñas y 43,3% niños).

Del total de participantes: 108 niños (72%) presentan normopeso, 32 niños (21,3%) presentan sobrepeso, 9 de ellos (6%) obesidad, y solo un participante (0,7%) desnutrición moderada. La relación del alumnado que presentan problemas de peso (sobrepeso y/u obesidad) y que son niños es de un 46,3% frente a 42,2% que no presentan este problema. En cuanto a las niñas, un 53,7% presentan problemas de sobrepeso y/u obesidad, y un 57,8% no presentan dicho problema. Además, la edad donde se observan mayor porcentaje de problemas de peso es a los 8 años en ambos géneros.

El 100% del alumnado desayuna antes de salir de casa. Realizando el 54% un desayuno completo frente a un 46% que no lo realiza, tomando como referencia un desayuno completo el formado por un lácteo/leche, un cereal y una fruta.

De los niños que no realizan un desayuno completo, destacamos que un 58,5% presenta sobrepeso y obesidad, frente a un 41,5% de niños que tienen problemas de sobrepeso y obesidad y que sí realizan un desayuno completo ($p=0,059$).

Con respecto al perfil de alimentos consumidos en casa antes de ir al colegio es: 150 (100%) leche, 85 (56,7%) cereales, 94 (62,7%) fruta, 51(34%) cacao, 41(27,3%) galletas, 25 (16,7%) pan, y 1 (0,7%) gofio. El zumo industrial, el zumo natural, el yogur, y la bollería no fueron señalados como opciones de desayuno habitual. Los alimentos que habitualmente consumen en el recreo son: 117 (78%) fruta, 98 (65,3%) bocadillo, 66 (44%) yogur, y 24 (16%) zumo industrial. La bollería y el batido no fueron seleccionados como opciones por ninguno de los encuestados.

En la Tabla 1 se muestran los resultados a las distintas preguntas del test Krece-Plus en la muestra estudiada.

Tabla 1. Distribución de la muestra según el test Krece Plus por sexo

	Niñasn (%)	Niñosn (%)	Totaln (%)
No desayuna	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Desayuna un lácteo	85 (56,7)	65 (43,3)	150 (100)
Desayuna cereal o derivado	47 (31,3)	38 (25,3)	85 (56,7)

Desayuna bollería industrial	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Toma fruta o zumo de fruta a diario	85 (56,7)	65 (43,3)	150 (100)
Toma más de una pieza de fruta al día	81 (56,6)	62 (43,4)	143 (95,3)
Toma más de un lácteo al día	85 (56,7)	65 (43,3)	150 (100)
Toma verdura fresca o cocida una vez al día	85 (56,7)	65 (43,3)	150 (100)
Toma verdura fresca o cocida más una vez al día	59 (56,2)	46 (43,8)	105 (70)
Cuántas veces a la semana come pasta o arroz:			
- Una vez en semana	1 (1,2)	0 (0)	1 (0,7)
- Dos veces en semana	26 (30,6)	17 (26,2)	43 (28,7)
- Tres veces en semana	45 (52,9)	37 (56,9)	82 (54,7)
- Cuatro veces en semana	13 (15,3)	11 (16,9)	24 (16)
Cuántas veces a la semana come en restaurantes de comida rápida:			
-Ninguna vez	47 (55,3)	43 (66,2)	90 (60)
-Una vez en semana	38 (44,7)	21 (32,3)	59 (39,3)
-Dos veces en semana	0 (0)	1 (1,5)	1 (0,7)
Le gustan las legumbres	85 (56,7)	65 (43,3)	150 (100)
Cuántas veces al día come golosinas	0 (0)	0 (0)	0(0)
Utiliza aceite de oliva habitualmente	85 (56,7)	65 (43,3)	150 (100)
<i>Clasificación según el test Krece Plus</i>			
-Nivel nutricional muy bajo (0-3)	15 (17,6)	11 (16,9)	26 (17,3)
-Nivel nutricional medio (4-7)	64 (75,3)	49 (75,4)	113 (75,3)
-Nivel Nutricional alto (8-10)	6 (7,1)	5 (7,7)	11 (7,3)

Nota. Elaboración propia

Con respecto a las actividades extraescolares señalar que: 75 niños (50,3%) salen una hora al día a jugar en la calle, 67 (45%) no salen a jugar, y 7 (4,7%) salen dos horas al día. Además, 118 niños (79,2%) dedican una hora al día a hacer los deberes, y 31 niños (20,8%) ninguna.

En la Tabla 2 se exponen los resultados obtenidos del test Krece-Plus para la actividad física.

Tabla 2. Distribución de la muestra según el test de actividad física Krece Plus por sexo

	Niñasn (%)	Niñosn (%)	Totaln (%)
Horas al día que ve la televisión			
-Ninguna hora	1 (1,2)	0 (0)	1 (0,7)
- Una hora	55 (64,7)	44 (67,7)	99 (66)
- Dos horas	29 (34,1)	21 (32,3)	50 (33,3)
Horas al día que juega a videojuegos o consolas			
- Ninguna hora	79 (92,9)	41 (63,1)	120 (80)
- Una hora	5 (5,9)	22 (33,8)	27 (18)
- Dos horas	1 (1,2)	2 (3,1)	3 (2)
Horas a la semana dedicadas a actividades extraescolares			
-Una hora	1 (1,2)	2 (3,1)	3 (2)
-Dos horas	46 (54,8)	46 (70,8)	92 (61,7)
-Tres horas	36 (42,9)	17 (26,2)	53 (35,6)
- Más de cuatro horas	1 (1,2)	0 (0)	1 (0,7)
Clasificación según el test de actividad física Krece Plus			
-Mala (0-3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
-Regular (4-6)	5 (6)	24 (36,9)	29 (19,5)
-Buena (7-10)	79 (94)	41 (63,1)	120 (80,5)

Nota. Elaboración propia

Se ha observado diferencias significativas ($p<0,0001$) del peso al nacer entre los niños que presentan problemas de sobrepeso y obesidad y los que no, siendo de 3,16 kg frente a 3kg.

El 77,4% de los niños que han recibido lactancia materna no han tenido problemas de peso [Razón de odds= 0,292 (IC95% 0,121-0,701)], siendo su IMC de 17,2 frente a 18,5 de los que no han recibido lactancia materna ($p=0,001$).

Del 27,3% de los niños que desayunan galletas, el 42% presentan problemas de peso, frente a un 22% que no ($p=0,017$). Y del total de niños que desayunan fruta (62,7%), el 68% no presentan problemas de peso frente al 49% que sí presentan problemas de sobrepeso y obesidad [Razón de odds= 0,45 (IC95% 0,217-0,937)].

El 48% de los niños que comen viendo habitualmente la televisión presentan problemas de peso, frente al 32% que no presentan dichos problemas ($p=0,024$).

Se ha observado diferencias porcentuales entre el IMC de los padres con niños con problemas de peso y aquellos que tienen hijos con normopeso, siendo el IMC de 23,7 en los padres con niños con problemas y de 23,4 en los padres con niños con normopeso.

4. DISCUSIÓN

En relación con la prevalencia de obesidad de la población estudiada, los resultados obtenidos muestran que el 21,3% de los escolares presentan sobrepeso y un 6% obesidad. Al comparar estos resultados con otros estudios debemos hacerlos con cautela al tratarse de datos autoreferidos y poder haberse generado una infravaloración de los datos antropométricos. Haciendo la comparativa con los datos facilitados en el último informe de Aladino⁴, el cual indica que el 43% de los niños canarios de 6 a 9 años presentan exceso de peso y que aumenta con la edad, observamos contraposición con las cifras obtenidas en nuestro estudio derivadas de datos autoreferidos, de una muestra más pequeña y con un rango de edad más

amplio. Los resultados obtenidos en este estudio (sobrepeso 21,3% y obesidad 6%), están en concordancia con lo reportado por Cano et al.¹⁴ cuyos resultados de prevalencia de sobrecarga ponderal fueron del 24,9% sin diferencia por edad y sexo (18,8% sobrepeso y 6,1% obesidad). Además, comparando estos resultados con los obtenidos en el estudio de González y Gómez³, vemos que los resultados son menores que los referidos a nivel nacional (34% VS 27%), y parecidos a los obtenidos a nivel europeo (25% VS 27%).

Con respecto a los factores determinantes de los hábitos alimentarios asociados al sobrepeso y a la obesidad, comparado con el informe Aladino en Canarias⁵, podemos destacar en nuestro estudio un mayor porcentaje de niños que consumen fruta (62,7% vs 27,4%) y cacao (34% vs 20,7%) en el desayuno. Un menor consumo de galletas (27,3% vs 50,6%), y de pan (16,7% vs 50,9%), y un consumo similar de cereales (56,7% vs 54,8%). Además, el 100% de los niños consume leche en el desayuno frente a un 83,7% que consta en el informe, el 100% toma frutas todos los días frente a un 63,4% del informe. En este informe se destaca que el consumo de fruta de manera diaria es menor en el grupo de niños que presentan obesidad. Por último, un 100% no toma bollería en el desayuno frente a un 4,6% que sí lo incluye en el informe Aladino en Canarias⁵. El 100% de los niños desayuna antes de ir al centro escolar, y el 54% realiza un desayuno completo saludable, es decir, casi la mitad de los niños no tienen incluida en sus rutinas un desayuno saludable. Por lo que podemos concluir que el hábito de desayunar a diario sí está bien establecido, aunque la calidad del desayuno presenta margen de mejora. Tal y como hace mención Moreno et al.¹⁵ en su estudio, en el cual subrayan que la proporción de niños y adolescentes que toman desayunos de alta calidad nutricional es baja. Además, García et al.¹⁶ sugieren que el hábito de desayunar disminuye con la edad, especialmente en las niñas, y que el porcentaje de adolescentes que se salta esta comida supera el 40%.

Diversos autores han constatado que la prevalencia de la obesidad es mayor entre los que no desayunan o desayunan poco, y que sus funciones cerebrales se ven mermadas por un mal consumo de nutrientes con efecto negativo en su desempeño escolar¹⁵. De ahí la importancia de promocionar este hábito desde edades tempranas, convirtiéndolo en un acto rutinario, y contribuyendo así a que los niños tengan más energía para ejecutar sus actividades escolares, y a prevenir la obesidad infantil. García et al.¹⁶ destacan en su artículo la necesidad de implementar estrategias que mejoren el desayuno y mantengan este hábito de manera más mantenida en el tiempo.

En relación con el patrón de actividad física de este grupo poblacional, no se ha observado diferencias significativas entre la práctica de actividades extraescolares deportivas o jugar en la calle y la situación ponderal de los niños. En contraposición con los hallazgos revelados por otros autores como Kühr et al.¹⁷, que destacan tras realizar una intervención basada en aumentar la duración de la realización de educación física pasando de 1,5 horas a 4,5 horas semanales durante 5 años, una disminución del IMC de los niños y una mayor adherencia a la realización de actividad física. También podemos destacar el ensayo realizado por Sánchez et al.¹⁸ quienes concluyen que los niños que realizaron una intervención basada en actividad física, juegos y consejos nutricionales redujeron su nivel de grasa corporal, y los niños que estaban en grupo control aumentaron su peso corporal.

En nuestro estudio no hemos hallado diferencias significativas entre las horas que ven la televisión o juegan a la consola, y la existencia de problemas de peso. Sin embargo, esta asociación si fue evidenciada en el estudio Pasos¹⁹, que concluyó que el uso de pantallas excede a casi 3 horas diarias, cuando la recomendación de la OMS¹ es de 2 horas al día. En este estudio¹⁹ resaltan que más de la mitad de los niños no cumple con esta recomendación, y que casi un 80% la incumple los fines de semana, siendo mayor este incumplimiento entre los niños respecto a las niñas, y mucho mayor según van cumpliendo años. Y subrayan que un 36,7% de los niños no realiza un mínimo de 1 hora al día de actividad física moderada o vigorosa. En nuestro estudio se ha observado que el 2% realiza una hora al día de actividad física, un 61,7% realiza dos horas al día, un 35,6% 3 horas al día, y un 0,7% más de cuatro horas al día.

Maldonado et al.⁹ resaltan la importancia de la actividad física en el desarrollo físico, motor y cognitivo, y en el mantenimiento de la salud. Destacando que las intervenciones de tipo multimodal, es decir las que mezclan hábitos alimentarios y actividad física, son las que presentan una reducción considerable de la obesidad infantil. Y si además se cuenta con la implicación familiar para la adquisición de nuevos hábitos alimentarios, la adherencia es mayor. Siendo necesario que las intervenciones se apliquen durante un curso escolar completo para poder generar cambios conductuales significativos. Por ello, podemos deducir que la actividad física es fundamental para reducir la obesidad, siendo base para establecer un estilo de vida saludable unido a los hábitos alimentarios.

El servicio de Enfermería Escolar puede contribuir a fomentar hábitos de vida saludables, como la alimentación saludable y la práctica de actividad física, en el marco de un trabajo coordinado e intersectorial donde se cuente con la participación de toda la comunidad educativa y todos los actores implicados de la salud poblacional. Aunque el número de estudios publicados con intervenciones educativas relacionadas con la prevención del sobrepeso y la obesidad infantil en el ámbito escolar son escasos, diversos autores²⁰ ponen de relieve que estas intervenciones educativas en el ámbito escolar tienen un impacto positivo en el desarrollo de hábitos de vida saludables en los niños, mejorando así el sobrepeso y la obesidad.

5. CONCLUSIONES

Como conclusiones cabe destacar que:

1. Casi tres de cada diez escolares presentan problemas de sobrepeso y obesidad. El IMC de los niños es menor en aquellos que recibieron lactancia materna y mayor en aquellos con padres con IMC elevado.
2. Más del 75% de la población estudiada presenta un nivel nutricional medio y más del 17% un nivel nutricional muy bajo. De los niños que desayunan galletas, el 42% presenta problemas de sobrepeso. Y de los que desayunan fruta, el 68% no presenta problemas de peso. Destaca como factor protector el consumo de fruta para la reducción de la probabilidad de padecer sobrepeso y obesidad.
3. El nivel de actividad física en este grupo poblacional es bueno (80,5%). El 48% de los niños que comen viendo habitualmente la televisión presenta problemas de peso.

Se considera necesario diseñar otros tipos de estudios que permitan establecer relaciones de causalidad entre las variables estudiadas y analizar la evolución de los grupos a medio y largo plazo a través de intervenciones educativas. Desde el servicio de Enfermería Escolar se podría garantizar el diseño y planificación continuado en el tiempo de dichas intervenciones con la posibilidad de realizar una evaluación del proceso, del impacto y de los resultados. Este modelo podría contribuir a mejorar el nivel de salud de toda la comunidad educativa.

REFERENCIAS

- [1] Organización Mundial de la Salud. Sobrepeso y obesidad. [Internet]. Ginebra: OMS; 2021. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- [2] Cortés-Olguín D, De Icaza-Narváez ML, Hernández-Castro LÁ, Vivero YD. Intervenciones dietéticas en niños con obesidad. Residente. 2019;14(3):87-92.
- [3] González G, Gómez SF. Malnutrición, obesidad infantil y derechos de la infancia en España. UNICEF Comité Español. 2019. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.infocoponline.es/pdf/Malnutricion_obesidad_infantil_y_derechos_de_la_infancia_en_Espana.pdf
- [4] Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio ALADINO 2019. Estudio sobre la Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2019. [Internet]. 2020. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Informe_Aladino_2019.pdf
- [5] Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Estudio ALADINO en Canarias: Estudio sobre la Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en Canarias 2019. Servicio Canario de la Salud. Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias. [Internet]. 2022. [citado el 23 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3579eb1f-4b2c-11ed-9278-552438ed8536/Estudio_Aladino_en_Canarias_2019_completo.pdf
- [6] Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Población de 2 a 17 años con obesidad o sobrepeso, Infancia en Datos. Gobierno de España. [Internet]. 2017. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/portal/infancia-en-datos/indicadores.htm?sector=2&clase=14&indicador=19#sector>
- [7] López JF, Renato F, Yuste JL. Programas de intervención para la promoción de hábitos alimenticios saludables en escolares españoles practicantes de Educación Física: una revisión sistemática. Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación, 2020; (37): 786-792. <https://doi.org/10.47197/retos.v37i37.69931>
- [8] Cid PC, Almeida C, Franco CS. Análisis de la efectividad de estrategias de prevención y control de sobrepeso y obesidad escolar. Revisión sistemática y metaanálisis. IBN SINA. 2022; 13(2): 13-13. <https://doi.org/10.48777/ibnsina.v13i2.1401>
- [9] Maldonado J, Castillo H, Mosqueira C, Sandoval E. Efectividad de programas de intervención escolar orientada la reducción de la obesidad infantil: Una revisión sistemática. Retos. 2023; 47: 603-609.
- [10] Termes M, Martínez D, Egea N, Gutiérrez A, García D, Llata N, Martín J. Educación nutricional en niños en edad escolar a través del Programa Nutriplato. Nutrición Hospitalaria. 2020; 37(2): 47-51. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03357>
- [11] García L. Una mirada profesional sobre la enfermería escolar. Nuberos científica 2017; 3(21): 44-49.
- [12] Serra L, Ribas L, Aranceta J, Pérez C, Saavedra P, Peña L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). Med. clín (Ed. impr.). 2003: 725-732
- [13] The jamovi project. (Version 1.6) [Internet]. 2020. [Computer Software]. Disponible en: <https://www.jamovi.org/>
- [14] Cano LM, González J, Moriano A, Viñuela A, Criado-Álvarez JJ. Estado nutricional de una población escolar en España y su relación con hábitos de alimentación y actividad física. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 2019; 69(4).
- [15] Moreno LA, Vidal MC, López AM, Varela G, Moreno JM. Papel del desayuno y su calidad en la salud de los niños y

adolescentes en España. *Nutrición Hospitalaria*, 2021; 38(2), 396-409. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03398>

[16] García M, Gutiérrez E, López AM, Ruiz M, Bermejo LM, Aparicio A, et al. Situación ponderal de la población escolar de 6 a 9 años en España: resultados del estudio ALADINO 2019. *Nutrición Hospitalaria*, 2021; 38(5), 943-953. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03618>

[17] Kühr P, Lima RA, Grøntved A, Wedderkopp N, Klakk H. Three times as much physical education reduced the risk of children being overweight or obese after 5 years- *Acta paediatrica* (Oslo, Norway:1992), 2020; 109(3), 595-601. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.15005>

[18] Sánchez AM, Menor MJ, Sánchez JC, Aguilar MJ. Play as a Method to Reduce Overweight and Obesity in Children: An RCT. *International journal of environmental research and public health*, 2020; 17(1), 346. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010346>

[19] Gómez SF, Lorenzo L, Ribes C, Homs C. Informe estudio PASOS 2019. 2019. Gasol Foundation. Disponible en: <https://www.gasolfoundation.org/wp-content/uploads/2020/08/Estudio-PASOS-2019.pdf>

[20] Martil D, Calderón S, Carmona A, Brito P. Efectividad de una intervención enfermera comunitaria en el ámbito escolar para la mejora de hábitos alimentarios, de actividad física y de sueño-descanso. *Revista ENE de Enfermería*, 2019; 13(2). Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/985>

Embarazo adolescente. Un abordaje desde la Enfermería Escolar

Cristina Monzón-Ortiz^a, Magdalena Marrero-Montelongo^b

^aUniversidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bDepartamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia se corresponde con la gestación de una mujer a una edad situada entre los 10 y los 19 años coincidiendo con la etapa vital en la que se lleva a cabo su desarrollo fisiológico y emocional. Asimismo, la educación sexual es parte de todos aquellos aprendizajes irrenunciables para relacionarse con los demás, desarrollar libremente la propia sexualidad y mantener unas conductas afectivo-sexuales correctas y sin riesgos. Objetivo: promocionar la salud en relación con las conductas afectivo-sexuales saludables, en un grupo de adolescentes matriculados en 4º ESO, de un instituto de enseñanza secundaria (IES), situado en un municipio de la isla de Gran Canaria. Metodología: se desarrolló una intervención de carácter educativo, comenzando por una valoración inicial y continuando con la planificación de un programa educativo, siguiendo el modelo PRECEDE-PROCEDE, denominado “Embarazo adolescente. Un abordaje desde la enfermería escolar”, en el que se planteó el logro de un objetivo de salud, conductual y varios objetivos educativos. Para alcanzar dichos objetivos se planificaron y ejecutaron una serie de actividades. Además, se planificó la evaluación del proceso, del impacto y de los resultados. Resultados: los resultados mostraron que la proporción de adolescentes con conocimientos, habilidades y actitudes correctas, en referencia a dicho aspecto se incrementó. Discusión: La OMS recomienda llevar a cabo acciones para prevenir el embarazo adolescente por lo que se decidió llevar a cabo esta intervención. Se ha podido comprobar, tal y como señalan otros autores, que con este tipo de intervenciones mejoran los conocimientos, que la participación de los padres en los centros es escasa, que desconocen las funciones de los sanitarios. Asimismo, la RED CANARIA innovAS no incluye la prevención del embarazo adolescente. Conclusiones: en esta intervención educativa se logra promocionar la salud en el grupo seleccionado por haber mejorado sus determinantes de conducta.

Palabras clave: embarazo, adolescente, promoción de la salud, educación sexual.

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia se corresponde con la gestación de una mujer a una edad situada entre los 10 y los 19 años coincidiendo con el momento en el que produce su desarrollo fisiológico y emocional. A nivel global, la tasa de nacimientos en este colectivo ha disminuido de 64,5 nacimientos por cada 1000 mujeres en el año 2000 a 42,5 nacimientos por cada 1000 mujeres en el año 2021. No obstante, el problema sigue activo y dista mucho de resolverse ya que el número de partos en este colectivo sigue siendo elevado ¹. En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2019 hubo 7094 nacimientos de niños de madres entre los 15 y los 19 años, correspondiendo con el 1,97% de los nacimientos ². Sin embargo, se observa en este grupo etario que en el año 2021 hubo 5460 nacimientos (1,62%) siendo 190 de dichos nacimientos en Canarias ³.

Como ya es sabido, el embarazo en la adolescencia trae consigo varias complicaciones tanto para la gestante como para su hijo. Entre las complicaciones para la gestante destaca el riesgo de presentar hipertensión gestacional y de contraer una infección de transmisión sexual, poca ganancia de peso, anemia, parto pretérmino, traumatismos durante el parto por el desajuste céfalopélvico, abandono escolar, entre otras. En cuanto al niño, presenta predisposición a un mayor riesgo de morbilidad relacionada con bajo peso, prematuridad, aumento de la morbilidad perinatal, etc. ⁴. Sin embargo, pueden ser prevenidas llevando a cabo acciones de educación y promoción de la salud ⁵.

Los profesionales de enfermería pueden y deben realizar un abordaje global con la intención de prevenir el embarazo en este colectivo, impactar positivamente sobre la salud de esta población vulnerable y ofrecer un cuidado oportuno y de calidad a las adolescentes embarazadas. Este abordaje se puede realizar a través de la educación que se brinda a las jóvenes sobre su sexualidad y sobre las implicaciones que puede traer para ellas y su entorno la maternidad ⁴.

Por tanto, se considera realizar un Trabajo de Fin de Título cuyo objetivo es promocionar la salud en relación con las conductas afectivo-sexuales saludables, en un grupo de adolescentes matriculados en 4º ESO, de un instituto de enseñanza secundaria (IES), situado en un municipio de la isla de Gran Canaria.

1.1 Presentación del caso

Se ha llevado a cabo una intervención educativa de promoción de la salud, de carácter grupal en la escuela en la que se han realizado mediciones antes y después de la intervención y no se contó con un grupo control. Se ha desarrollado en un instituto público urbano, de clase social media-baja, de educación secundaria de Gran Canaria situado en un municipio del este de la isla constituido por 102.647 habitantes aproximadamente. La intervención se desarrolló durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2022 una vez obtenidas las autorizaciones pertinentes tanto del equipo directivo del centro como del Comité de Ética e Investigación de la provincia de Las Palmas (CEI). Para llevar a cabo esta intervención, primeramente, se presentó el proyecto al equipo directivo del centro y, una vez aceptada la propuesta, se presentó a los alumnos. Los criterios de inclusión fueron, ser alumno del centro elegido, pertenecer al curso y clase seleccionados (4º ESO, grupo C), independientemente de su edad o sexo, haber tenido cumplimentado y aceptado por sus padres o tutores legales el consentimiento para participar en talleres educativos realizados en el centro educativo facilitado por el mismo y aceptar participar en la intervención educativa. El grupo quedó finalmente compuesto por 22 estudiantes, 13 chicas y 9 chicos, matriculados en 4º ESO cuyas edades estaban comprendidas entre 14 y 16 años. Para la intervención se emplearon técnicas didácticas activas o metodologías centradas en el estudiante (aprendizaje significativo ⁶) en las que se fomenta la participación con el objetivo de otorgar un significado real en los educandos pues el grupo manifestaba rechazo hacia las técnicas didácticas expositivas enmarcadas dentro de la pedagogía tradicional.

2. METODOLOGÍA

1.1 Valoración

Se realizó una valoración inicial con la intención de conocer las conductas, conocimientos, creencias, actitudes, habilidades, recursos, valores y apoyo social que tienen los adolescentes seleccionados en relación con las conductas afectivo-sexuales para lo que se empleó como instrumentos una adaptación del cuestionario empleado por León y Gómez ⁷ y por Pareja y Sánchez ⁸. Se identificaron los factores que contribuyen a la predisposición, facilitación y refuerzo que pueden afectar a los comportamientos del grupo seleccionado. Además, se valoraron las habilidades relacionadas con el uso del preservativo mediante un taller (actividad 3) y los recursos a través de la observación directa. Los datos obtenidos fueron incorporados al programa informático Microsoft Excel, se realizó un cálculo de frecuencias y se organizaron siguiendo el modelo PRECEDE- PROCEDE ⁹ que permitió una planificación razonada y escalonada de la intervención.

1.2 Diagnósticos

Los resultados obtenidos tras la valoración inicial mostraron que en el grupo no había ningún caso de embarazo (diagnóstico epidemiológico) y que sólo una persona había mantenido relaciones sexuales hasta ese momento y usaba métodos anticonceptivos (diagnóstico conductual). Sin embargo, el diagnóstico educativo mostró ciertos determinantes de conducta que suponen un riesgo de embarazo adolescente como puede ser el desconocimiento de utilización, obtención y riesgos de no utilizar métodos anticonceptivos, actitudes incorrectas en caso de no desear tener el acto sexual cuando la pareja lo desea y para obtener información sobre sexualidad y/o planificación familiar, habilidades incorrectas para tomar decisiones, expresar la opinión frente al grupo de iguales y colocar el preservativo, recursos formativos del tema en cuestión bajo y baja participación de los padres, percepción de poco apoyo de sus padres, entre otros (tablas 3, 4, 5 y 6).

1.3 Planificación

El análisis de estos resultados determinó la realización de un programa educativo de prevención y promoción de la salud denominado “Embarazo adolescente. Un abordaje desde la enfermería escolar”.

Al finalizar esta intervención educativa se pretendía mantener al grupo sin casos de embarazos no deseados (objetivo de salud), que los estudiantes que mantienen relaciones sexuales sigan empleando métodos anticonceptivos (objetivo conductual) y aumentar el porcentaje de estudiantes con conocimientos, creencias, actitudes, recursos, habilidades, aceptación social y apoyo en relación con las conductas afectivo-sexuales. Para alcanzar los objetivos planteados (Tabla 3, 4, 5 y 6) se diseñaron y ejecutaron las siguientes actividades:

- *Actividad 1 ¡Rompe el hielo!*: esta actividad tiene el objetivo de ayudar a que los participantes de la intervención y la coordinadora de esta se conozcan; fomentar que expresen los conocimientos iniciales relacionados con el tema. Consiste en la división del grupo en subgrupos de seis personas, con la intención de trabajar durante seis minutos lo que significa para ellos el embarazo adolescente y las repercusiones que tiene para la salud (Phillips 6/6 ¹⁰). Una vez pasados los seis minutos, un representante de cada grupo debe presentar frente al resto de sus compañeros a los integrantes de su grupo y exponer la conclusión a la que han llegado. Una vez expuestas las conclusiones de todos los grupos se hace un pequeño debate. La duración aproximada de la actividad es de unos 40 minutos.
- *Actividad 2 ¿Es cierto lo que sabes sobre el embarazo adolescente?*: el objetivo de esta actividad es aportar información basada en evidencia científica relacionada con el embarazo en la adolescencia. Las técnicas didácticas empleadas son

un juego y una charla. Para comenzar la actividad, la coordinadora debe crear grupos de 4-5 personas y repartir tres frases relacionadas con el tema trabajado a cada uno de ellos. A continuación, los adolescentes deben analizar las frases y valorar la veracidad de estas. Se coloca en la mesa del profesor/a dos cajas, una que tiene escrito “VERDADERO” y otra tiene escrito “FALSO”. Pasados 10 minutos del análisis de las frases un representante de cada grupo debe acudir a la mesa del profesor, leer las frases en alto y colocarlas en la caja que, según su grupo, corresponde. Finalizado este proceso, la coordinadora expone mediante una presentación en formato *PowerPoint* información relacionada con el tema trabajado la cual, contribuirá a descubrir si los grupos han colocado las frases en las cajas adecuadas o no. La duración aproximada de la actividad es de unos 50 minutos.

- *Actividad 3 “Contacta con el especialista”*: el objetivo de esta actividad es aportar información mediante una charla sobre los riesgos que supone para la salud el embarazo en la adolescencia; sensibilizar sobre la importancia de usar métodos anticonceptivos, así como su correcto uso; y cómo llevar a cabo una solicitud de ayuda en caso de embarazo. La coordinadora junto a un especialista, ginecólogo del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (CHUIMI), sensibiliza a los alumnos sobre los riesgos que supone para la salud de la mujer el embarazo en la adolescencia. Además, exponen y recomiendan diferentes métodos anticonceptivos para evitar el embarazo en este periodo, motivando su uso y explican a dónde acudir en el caso de obtener un test de embarazo positivo. Una vez finalizada la presentación, se realiza un taller práctico para valorar las habilidades relacionadas con la colocación del preservativo y posteriormente se explica y muestra el método correcto. La duración aproximada de la actividad es de unos 50 minutos.
- *Actividad 4 “Yo decido”*: el objetivo de esta actividad es propiciar la reflexión sobre la capacidad que tiene el grupo de iguales en la adolescencia a la hora de tomar decisiones para ello, se solicita la colaboración de 4 estudiantes para realizar un role play ¹⁰. Las situaciones para representar son las siguientes:
 Situación 1: Dos amigos/as que se encuentran en el recreo del instituto. Uno de ellos cuenta que va a tener una cita esa tarde con la persona que le gusta. Rol 1: Persona que incita a mantener relaciones sexuales de riesgo. Se burla de sus amigos porque emplean métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales. Rol 2: Persona que no ha mantenido relaciones sexuales y tiene miedo de contraer una ITS.
 Situación 2: Una pareja de adolescentes se encuentra en casa con un test de embarazo positivo. Rol 1: Se plantea seriamente abortar porque se considera joven para tener un bebé. Rol 2: Frente a su pareja que SI quiere tener al bebé mostrándose totalmente en contra del aborto.
 Al finalizar, cada persona participante en el role play expone al resto del grupo cómo se sintió representando el rol asignado y se buscan alternativas entre todos los participantes para resolver los problemas planteados.
 Esta actividad tiene una duración aproximada de 45 minutos.
- *Actividad 5 “Estoy embarazada, ¿Y ahora qué?”*: el objetivo de esta actividad es descubrir y reflexionar sobre los riesgos que supone tener un embarazo en la adolescencia mediante la técnica didáctica denominada aprendizaje basado en problemas ¹⁰. Para ello, se expone a los alumnos el siguiente caso: “Marta es una chica de 16 años con buena salud que se encuentra estudiando primero de bachillerato. Lleva 9 meses de relación con Javi, compañero de clase desde que tenían 3 años y actualmente se encuentra embarazada de 3 meses. Al acudir a la primera revisión con el tocólogo le hacen una prueba rutinaria para detectar el riesgo de síndrome de Down que tiene su bebé. Pasados dos días le hacen ir de nuevo al centro médico para comunicarle que su bebé tiene riesgo alto de tener síndrome de Down”. Seguidamente se les plantea la siguiente pregunta:
¿La edad de Marta ha podido tener algo que ver con el riesgo alto de síndrome de Down?
 Los estudiantes deben ponerse en grupos de cuatro e intentar buscar información para responder a la cuestión planteada. Finalmente, un representante de cada grupo debe exponer frente al resto de sus compañeros la conclusión a la que han llegado y con ayuda de la coordinadora valoran la veracidad de la información obtenida. La duración aproximada de la actividad es de 50 minutos.
- *Actividad 6 ¡Información para todos!*: esta actividad tiene como objetivos reforzar los conocimientos y eliminar las creencias erróneas referentes al embarazo en la adolescencia que tienen los padres o tutores legales de los alumnos implicados en el programa. Previo a la sesión presencial se diseña y elabora un folleto informativo (técnica didáctica seleccionada) cuyos mensajes están centrados en la definición del embarazo adolescente, los riesgos que puede ocasionar tanto para la madre como para el bebé, la prevención de este y la función de la enfermería en este ámbito. Posteriormente, en la sesión presencial, se reparte a los alumnos para que éstos se lo entreguen a sus padres o tutores y así, obtengan una mayor información sobre el tema trabajado.

1.4 Ejecución

A continuación (Tabla 1), se presenta el cronograma de la intervención:

Tabla 1. Cronograma

Actividades	Junio	Septiembre	Octubre	Noviembre
Contacto y presentación con el equipo directivo y recogida de consentimientos	X			
Presentación a los alumnos, valoración inicial y actividad 1		X		
Actividad 2, 3, 4 y 5			X	
Actividad 6 y evaluación				X

En cuanto a las dificultades encontradas, fue la limitación en el tiempo para llevar a cabo esta intervención educativa y el no poder realizar sesiones de manera presencial con los padres del grupo por la escasa participación en las actividades del centro por parte de este colectivo.

3. RESULTADOS

3.1. Fase de evaluación

Para evaluar el alcance de los objetivos del programa se emplea como instrumento una adaptación de los cuestionarios empleados por León y Gómez⁷ y por Pareja y Sánchez⁸ a los que se le añadió algunas preguntas *ad hoc*. Sin embargo, para evaluar si son capaces de colocar el preservativo correctamente se empleó como instrumento un taller. En las siguientes tablas se muestran los resultados de la evaluación del proceso, del impacto y de los resultados:

Tabla 2. Resultados de la evaluación del proceso

Aspecto para evaluar	Resultados
Ejecución de las actividades	100%
Alcance del programa	98,48%
Calidad docente	97,2%
Tiempo	83,33%
Satisfacción	96,2%
Consentimiento para participar en actividades externas al centro	100%
Interés de la temática	87,2%

Tabla 3. Resultados de la evaluación del impacto (objetivos educativos cognitivos)

Objetivos educativos cognitivos	Antes	Después
Aumentar el porcentaje de adolescentes implicados en el programa que:		
Describe las pautas de administración de las pastillas anticonceptivas.	68,18%	77,27%
Expresa que el preservativo es el único método anticonceptivo que protege frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS).	90,91%	90,91%
Enuncia que la marcha atrás no es un método anticonceptivo seguro.	72,73%	100%
Explica la frecuencia con la que se deben realizar citologías ginecológicas.	9,09%	31,82%
Expresa que las ITS son frecuentes en nuestra sociedad actualmente.	68,18%	100%
Explica el riesgo de practicar sexo oral sin preservativo.	86,36%	95,45%
Describe la ley del aborto vigente en la actualidad en nuestro país.	86,36%	90,09%

Tabla 4. Resultados de la evaluación del impacto (objetivos educativos actitudinales)

Objetivos educativos actitudinales	Antes	Después
Aumentar el porcentaje de adolescentes implicados en el programa que:		
Tienen la capacidad de decidir con quién y dónde realizar su vida sexual.	95,45%	100%
Se concienza de que las relaciones sexuales entre personas jóvenes son aceptables si hay afecto entre ellos y si ambos están de acuerdo.	86,36%	95,45%
Expresa que sus padres mostrarían una actitud tolerante si los pillasen con preservativos.	77,27%	86,36%
Se compromete a respetar la decisión de la pareja de no tener el acto sexual cuando no lo desean.	90,91%	100%
Se compromete a respetar que los problemas de salud de la pareja los deben solucionar conjuntamente.	86,36%	95,45%
Decide acudir a un sanitario para resolver sus dudas sobre sexualidad y/o planificación familiar.	5%	50%

Tabla 5. Resultados de la evaluación del impacto (objetivos educativos procedimentales)

Objetivos educativos procedimentales	Antes	Después
Aumentar el porcentaje de adolescentes implicados en el programa que:		
Son capaces de colocar el preservativo correctamente.	81,81%	100%
Es capaz de expresar su opinión de sexualidad	45,45%	50%
Demuestra ser capaces de mantener relaciones sexuales por su propia voluntad.	81,82%	95,45%

Tabla 6. Resultados de la evaluación de los resultados (objetivo de salud)

Objetivos de salud	Antes	Después
Mantener el porcentaje de adolescentes implicados en el programa que:		
No tienen un embarazo no deseado al finalizar la intervención educativa.	100%	100%

4. DISCUSIÓN

Según la OMS ¹ “el embarazo en la adolescencia es un fenómeno mundial con causas claramente conocidas y graves consecuencias sanitarias, sociales y económicas tanto para las personas afectadas como para sus familias y comunidades”. Recomienda llevar a cabo acciones basadas en la evidencia para prevenirlo y por ello se decidió llevar a cabo esta intervención educativa cuyo objetivo fue promocionar la salud en relación con las conductas afectivo-sexuales saludables en un grupo de adolescentes. Se utilizó una metodología didáctica basada en el constructivismo y un modelo de planificación cuya eficacia está claramente demostrada ¹¹.

Estudios realizados por Álvarez et al. ¹² y Fleites et al. ¹³ muestran la efectividad de este tipo de intervenciones para mejorar los conocimientos en este ámbito pasando de un 8,7% a un 89,1% y de un 16,7% a un 96,7% respectivamente de adolescentes con conocimientos correctos. En esta intervención educativa, aunque se partió de un alto porcentaje de adolescentes con conocimientos sobre el tema, también se logró una mejora alcanzando el 100% de los objetivos educativos cognitivos planteados, contribuyendo con ello a prevenir el embarazo en la adolescencia.

Una de las limitaciones encontradas a la hora de desarrollar esta intervención educativa fue la escasa participación de los padres del grupo en las actividades realizadas en el centro educativo. En esta misma línea, el estudio realizado por Belmonte et al. ¹⁴ muestra que, desde el punto de vista de los profesores, las familias de alumnos de Educación Secundaria Obligatoria son poco participativas mostrando poco interés en acudir al centro y en los procesos de aprendizaje de sus hijos a pesar de que consideran que la relación profesorado-familiares resulta bastante beneficiosa.

Ha resultado impactante observar que sólo una persona del grupo haya expuesto que acudiría a un sanitario para resolver sus dudas sobre sexualidad y/o planificación familiar. Todos los estudiantes sabían de la existencia de los centros sanitarios localizados en la misma zona en la que se encuentra su centro educativo, pero no conocían las prestaciones de estos. Si se analizan los datos del “Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles (Sociedad Española de Contracepción)” se puede observar que sólo un 12,4% considera que ha recibido la información más adecuada sobre sexualidad por parte de

profesionales sanitarios (médico/a general y ginecólogo/a) y un 31,5% considera que en general la información recibida ha sido suficiente¹⁵. No obstante, en el Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva del Servicio Canario de salud se indica que los profesionales sanitarios deben informar y orientar sobre anticoncepción a las personas en edad reproductiva en la escuela, en organismos y centros ciudadanos, en el centro de salud o en la consulta joven¹⁶.

En este trabajo, en la valoración inicial, el 72% de los estudiantes refirieron haber recibido algún tipo de formación sobre sexualidad y/o planificación familiar, sin embargo, paralelamente presentaron una necesidad de mejora formativa.

Actualmente se encuentra vigente la Red Canaria de Centros Educativos para la Innovación y Calidad del Aprendizaje Sostenible (RED CANARIA- InnovAS) la cual, es de participación voluntaria y se encuentra dirigida a centros docentes públicos no universitarios de la comunidad autónoma. Esta Red se encuentra constituida por 7 ejes entre los que se encuentra el eje de igualdad y educación afectivo sexual y de género siendo un eje no obligatorio. Sin embargo, entre los objetivos de este eje no se encuentra la prevención del embarazo adolescente. Además, es llevada a cabo por el personal docente y no sanitario¹⁷.

Se recomienda programar una labor a largo plazo en los centros educativos para capacitar a los adolescentes mediante estrategias que permitan aumentar los factores de protección y reducir los factores de riesgo ante el embarazo adolescente y las conductas afectivo-sexuales de riesgo e instaurar la figura de la enfermera escolar en los centros educativos para llevar a cabo acciones de prevención y promoción de la salud.

4.1 Perspectiva del grupo

Tal y como se observa en los resultados de la evaluación del proceso, el grupo manifestó una gran satisfacción con la intervención educativa, un elevado interés por la temática seleccionada y una calidad docente.

5. CONCLUSIONES

Se puede concluir que:

1. Se logra promocionar la salud de un grupo de adolescentes de un IES de Gran Canaria en relación con las conductas afectivo-sexuales saludables, aspecto que contribuye a prevenir el embarazo adolescente.
2. No existen embarazos no planificados en el grupo de adolescentes seleccionados.
3. Los adolescentes implicados en el programa que mantienen relaciones sexuales emplean métodos anticonceptivos.
4. Aumenta el porcentaje de adolescentes con conocimientos, creencias, actitudes y habilidades positivas en relación con la afectividad y la sexualidad.
5. La mayoría de los adolescentes implicados en el programa han participado activamente en el mismo, muestran un alto nivel de satisfacción con la intervención educativa. Además, señalan que les ha parecido interesante el tema trabajado y consideran que la calidad docente ha sido buena.

REFERENCIAS

- [1] Organización Mundial de la Salud (OMS). Embarazo en la adolescencia. [Internet].2022. [citado el 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- [2] Instituto Nacional de Estadística (INE). Nacimientos mensuales, acumulados y variación interanual del acumulado por grupo de edad de la madre. Total nacional y CCAA. Año 2019. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=46678>
- [3] INE. Nacimientos mensuales, acumulados y variación interanual del acumulado por grupo de edad de la madre. Total nacional y CCAA. Año 2021. [Internet]. 2022. [citado el 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=46678>
- [4] Noguera N, Alvarado, H. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. Revista Colombiana de Enfermería 2012; 7(1): 151-160. <https://doi.org/10.18270/rce.v7i7.1459>
- [5] OMS. Infecciones de transmisión sexual. [Internet].2021 [citado el 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- [6] Baque G, Portilla G. El aprendizaje significativo como estrategia didáctica para la enseñanza aprendizaje. Polo del Conocimiento. 2021; 58 (6): 5. Disponible en: <http://repositoriobibliotecas.uv.cl/handle/uvsc/2030>
- [7] León F, Gómez D. Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos de sexualidad responsable en jóvenes. Rev Esp Salud Pública. 2018; 92. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/resp/2018.v92/e20180628/>
- [8] Pareja E, Sánchez A. Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de 14 y 17 años de la institución educativa secundaria 19 de abril de Chupaca. Período 2016 [Tesis para optar el título de obstetra, Universidad privada de Huancayo “Franklin Roosevelt”]. 2016. Disponible en:

- <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/34/TESIS%20OBSTETRICIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [9] Green L, Kreuter M. Health Promotion Planning. An educational and ecological approach. MacGraw-Hill (2005).
- [10] Cárdenas G, Formandoy F, Peña M, Guerrero R, Lastra L, Pajkuric L. Manual de Técnicas Didácticas para el desarrollo de competencias. Instituto profesional Virginio Gómez. [Internet]. 2015 [citado el 10 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/319650749_Manual_de_Tecnicas_Didacticas_y_Evaluativas_para_el_Desarrollo_de_Competencias
- [11] Porter CM. Revisiting Precede-Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion. Health Education Journal. 2015; 75(6): 753-764. <https://doi.org/10.1177/0017896915619645>
- [12] Álvarez J, Blanco A, Torres M, Guilarte O, Asprón A. Programa educativo sobre el embarazo no deseado dirigido a las adolescentes. Correo científico médico. 2018; 22(4): 559-570. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v22n4/ccm03418.pdf>
- [13] Fleites S, Álvarez Y, González I, Díaz J. Intervención educativa sobre el embarazo en la adolescencia. Consejo Popular San Francisco. Venezuela”. Medisur. 2015; 13(2): 5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2015/msu152f.pdf>
- [14] Belmonte ML, Sánchez L, Galián G. La mirada docente. Evaluación de la percepción del profesorado acerca de la participación e implicación familiar. Revista Latinoamericana de Estudios de Familia. 2020; 12(2): 87-104. <https://doi.org/10.17151/rlef.2020.12.2.6>
- [15] Sociedad Española de Contracepción (SEC). Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles. Observatorio de salud sexual y reproductiva de la SEC. [Internet]. (2019). [citado 21 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2019_SEXUALIDAD_ANTICONCEPCION_JOVENES.pdf
- [16] Alonso M, Barata T, González A, Hurtado R, Pérez Y, Redondas R. Anticoncepción. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva (P.A.S.A.R.). Servicio Canario de la Salud. [Internet]. (2005). [citado 2 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/87d7b463-f6a5-11dd-958f-c50709d677ea/AnticoncepcionNavegable.pdf>
- [17] Gobierno de Canarias. Red Canaria de Centros Educativos para la Innovación y Calidad del Aprendizaje Sostenible (RED CANARIA- InnovAS). [Internet]. (2022). [citado 29 de diciembre de 2022]. Disponible en: 2022), <https://www.gobiernodecanarias.org/educacion/web/programas-redes-educativas/redes-educativas/red-canarias-innovas/>

Intervenção comunitária. A necessidade de potenciar projetos comunitários e o desenvolvimento de competências

Sofia Bacanhim^a, João Teixeira^a, Sandra Alves^a, Mara Pereira^a, Maria Eva G. A. Nóbrega^b, Rita Maria S. A. Figueiredo^{b,c}

^aEstudantes da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, Funchal, Portugal;

^bProfessor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, Funchal, Portugal;

^cCINTESIS@RISE

RESUMO

O enfermeiro assume um papel decisivo e proativo no planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem na comunidade, visando melhorar a qualidade de vida e capacitação desta. O papel dos profissionais de saúde é imprescindível na capacitação dos cuidadores informais, assim como no contributo para a melhoria do bem-estar do cuidador e da pessoa cuidada. A participação dos estudantes, em projetos de intervenção na comunidade, é essencial pois contribui para o desenvolvimento de competências necessárias no âmbito da promoção da saúde e bem-estar das comunidades. Com o objetivo de avaliar a perceção dos estudantes do ensino superior sobre as competências desenvolvidas no âmbito da participação no projeto de intervenção comunitária “Projeto + Cuidador” foi realizado um estudo longitudinal do tipo descritivo e de natureza quantitativa onde foram analisadas as competências que os mesmos adquiriram. Estabeleceu-se correlação entre as competências existentes antes e após a participação no projeto. Os estudantes consideraram que na globalidade houve um acréscimo das suas competências após a participação no projeto. Registou-se um aumento significativo nas capacidades para informar, educar e supervisionar os doentes/cuidadores (+1,59%) assim como Capacidade para dar suporte e encorajar a saúde, bem-estar e conforto das pessoas/famílias (+1,55%). A competência que mais se destacou encontra-se inserida no Domínio da Prestação e Gestão de Cuidados. O projeto tornou-se numa mais valia para a aquisição de competências na área de intervenção na comunidade.

Palavras-Chave: saúde da comunidade, estudantes, enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

Atendendo aos desafios constantes e atuais da sociedade e ao desenvolvimento dos diferentes domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais, mais focados para a intervenção comunitária, observa-se que há uma necessidade pragmática em oferecer estratégias de ensino-aprendizagem inovadoras e transformadoras. Pois, a adoção de estratégias que visem a melhoria do desenvolvimento de competências terá impacto significativo na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem¹.

O enfermeiro assume um papel cada vez mais decisivo e proativo no que se refere ao planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem gerais a grupos vulneráveis e/ou risco, aos vários níveis de prevenção, e o desenvolvimento da capacidade para comunicar de forma eficaz (incluindo o uso de tecnologia) com utentes, famílias e grupos sociais, incluindo aqueles que possuem dificuldades de comunicação.

A educação é vista como um instrumento fundamental para o desenvolvimento das capacidades e dimensões do ser humano ao longo do ciclo vital. Permite responder às necessidades, interesses e potencialidades das populações, promovendo o desenvolvimento dos indivíduos e comunidades. O processo de capacitação pressupõe a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e capacidades constituindo um fator transformador. Promove a qualidade de vida e o desenvolvimento individual e comunitário².

O papel dos profissionais de saúde é imprescindível para o processo de capacitação dos cuidadores informais, que está relacionado com a diminuição do impacto de cuidar e consequentemente contribui para a melhoria do bem-estar e qualidade de vida do cuidador, assim como da pessoa que necessita de cuidados³.

São necessários programas de informação que incorporem boas práticas na formação dos cuidadores informais. Pelo que, deve ser organizada em função do grau de intervenção e da sua proximidade à pessoa em situação de dependência⁴.

De acordo com a 1^a. Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde realizada em Ottawa, é através da estruturação de projetos que a promoção da saúde é inquirida na comunidade como algo que visa a aumentar e estimular a capacitação de forma ativa e eficaz por todos na comunidade⁵.

Neste contexto, tem adquirido especial realce o conceito de literacia em saúde, que de acordo com a Organização Mundial de Saúde (1998), é definida como um conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso, compreenderem e usarem informação de forma que promovam e mantenham uma boa saúde⁶. A promoção para a saúde apresenta-se como uma das competências do enfermeiro de cuidados gerais, pelo que no âmbito da educação, o enfermeiro dota o indivíduo e comunidade de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores⁷. Perante o estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2015), do artigo 101º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o enfermeiro tem o dever perante a comunidade: conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados; colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade⁸. No âmbito da intervenção comunitária, a literacia em saúde constitui um desafio para a saúde pública, isto é, implica conhecimento, motivação e competências dos indivíduos e populações para acederem e compreenderem a informação para que posteriormente sintam-se capacitados para a tomada de decisões acerca dos cuidados de saúde e prevenção de doenças de forma a contribuir para a qualidade de vida e bem-estar ao longo da vida⁹.

2. METODOLOGIA

Este trabalho consistiu num estudo longitudinal do tipo descritivo e de natureza quantitativa, tendo como alvo os estudantes do ensino superior, do curso de licenciatura em enfermagem, inscritos no Ensino Clínico de Intervenção na Comunidade, que teve uma duração de 476h, ao longo do 1º semestre do ano letivo 2022/2023. O principal objetivo centrou-se na avaliação da perceção dos estudantes sobre as competências desenvolvidas no âmbito da participação no projeto de intervenção comunitária “+Cuidador”.

Este projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido em parceria com a Santa Casa da Misericórdia da Calheta, com financiamento do Fundo Social Europeu e teve como objetivo promover as competências dos cuidadores na assistência ao idoso no domicílio potencializando a qualidade de vida dos cuidadores envolvidos. Os estudantes, em conjunto com 3 docentes, criaram um programa de intervenção para os cuidadores informais de pessoas dependentes e ajudantes domiciliárias. Foram realizadas um total de 10 sessões de educação a cada um dos grupos (cuidadores informais e ajudantes domiciliárias). Os estudantes tiveram ainda a experiência de cuidar de pessoas dependentes no domicílio (ser cuidador por um dia) de modo a assegurar os cuidados enquanto os cuidadores formais frequentavam o programa de formação, e tiveram ainda a possibilidade de participar em atividades de divulgação (criação de um site, notas de imprensa para comunicação social, divulgação de informação nas redes sociais).

Durante o processo de pesquisa, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para selecionar os participantes no estudo. O critério de inclusão definido foi os estudantes que participaram no projeto de intervenção comunitária “+Cuidador”. Por outro lado, o critério de exclusão foi os estudantes que não preencheram completamente os questionários de avaliação de competências.

Os dados foram colhidos através de um questionário online, elaborado pelas docentes e validado pelas mesmas de acordo com as competências previstas para a unidade curricular, assim como as competências de enfermeiros de cuidados gerais, na área de intervenção na comunidade. Foi aplicado o questionário inicialmente a 16 de novembro de 2022 e no final do ensino clínico a 7 de fevereiro de 2023, ao mesmo grupo de estudantes. Assim sendo, foi utilizada uma amostra probabilística por conveniência de 36 estudantes de ambos os sexos. Ainda na colheita de dados, foi questionado quais as palavras que melhor descreveriam a forma como os estudantes se sentiam antes e após a participação no projeto, sendo que as respostas obtidas foram utilizadas para criar uma “nuvem de palavras” de modo a identificar os sentimentos comuns existentes. O preenchimento do questionário foi realizado individualmente onde a variável de caracterização foi as competências dos estudantes de enfermagem, sendo os dados obtidos, organizados de acordo com a tendência centrais e tratados com recurso à estatística através do software Excel versão 2301.

A investigação atendeu aos princípios éticos de investigação em seres humanos, onde todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e deram o seu consentimento livre e informado para participar. Além disso, todas as informações pessoais dos participantes foram mantidas em sigilo, e apenas dados agregados foram utilizados para análise. No início do questionário, foi fornecida informação aos participantes sobre o âmbito do estudo, a sua natureza, duração e metodologia. Este projeto foi realizado em conformidade com as diretrizes éticas estabelecidas pela comissão de ética da instituição.

3. RESULTADOS

As competências em enfermagem são o resultado das “experiências dominadas” e refletem-se quando o trabalho se automatiza, dependendo menos do controlo cognitivo e da reflexão no sentido de adaptar a conduta às mudanças constantes do contexto da prática. Com este fenómeno de automatização é possível aprofundar as atitudes específicas para adquirir e utilizar competências concretas¹⁰. Deste modo, foram avaliadas as competências dos estudantes finalistas antes da implementação do projeto, para que, posteriormente, fosse possível correlacioná-las com os resultados obtidos após a concretização do mesmo. Ao todo, foram analisados 36 questionários, que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos. Não houve nenhum questionário excluído, por não atender aos critérios de exclusão.

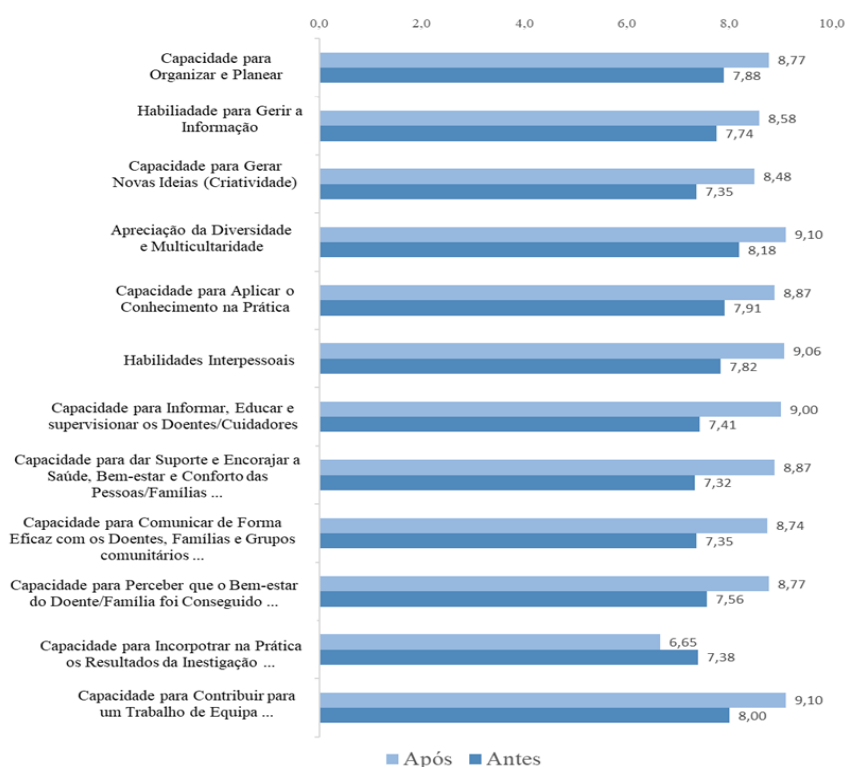


Figura 1. Competências dos Estudantes Antes e Após Participação no Projeto “+ Cuidador”

Com base nos resultados obtidos os estudantes consideraram que na globalidade houve um acréscimo das suas competências após a participação no projeto. Registando-se um aumento mais significativo nas seguintes capacidades: Habilidades interpessoais (+1,24%); Capacidade para informar, educar e supervisionar os doentes/cuidadores (+1,59%); Capacidade para dar suporte e encorajar a saúde, bem-estar e conforto das pessoas/famílias (+1,55%); Capacidade para comunicar de forma eficaz com os doentes, famílias e grupos comunitários (+1,39%). Salientando que a competência que mais se destacou se encontra inserida no Domínio da Prestação e Gestão de Cuidados. Por outro lado, verificou-se um decréscimo na capacidade para incorporar na prática os resultados da investigação, que foi avaliada em 7,38% antes da participação no projeto e em 6,65% após a participação no mesmo. Assim, qual (ais) palavra(s) que melhor descrevem a forma como se sente neste momento?

ANTES da participação no projeto



APÓS participação no projeto



Figura 2. Sentimentos descritos pelos estudantes Antes e Após a participação no projeto “+Cuidador”

As palavras mais utilizadas antes da realização do projeto foram “entusiasmado, ansioso, curiosidade, receio, motivação”, entre outras. Após a participação no projeto verificou-se que as palavras selecionadas foram de caráter mais positivo espelhando o resultado desta intervenção comunitária em que os finalistas referem “satisfação, realização, sucesso, orgulho, motivação, competências, sucesso”, entre outras.

4. DISCUSSÃO

O projeto de intervenção comunitária analisado mostrou que os estudantes de enfermagem apresentaram um acréscimo geral nas suas competências após a participação no projeto, especialmente nas áreas de habilidades interpessoais, comunicação eficaz com pacientes, famílias e grupos comunitários, capacidade de informar, educar e supervisionar os doentes e seus cuidadores, e capacidade de dar suporte e encorajar o bem-estar e conforto das pessoas e famílias. Acredita-se que estas sejam fundamentais para a prática de enfermagem a comunicação eficaz e a habilidade interpessoal são essenciais para estabelecer uma relação de confiança e segurança com os pacientes e suas famílias.

A enfermagem comunitária corresponde a uma abordagem avançada da enfermagem que engloba uma tomada de decisão orientada para a comunidade como unidade de cuidados¹¹. Esta é considerada como um domínio especializado da profissão de enfermagem e tem descrita como uma das suas competências principais a capacitação de comunidades, cuja definição se enquadra no conceito de *Empowerment* Comunitário, que está relacionado com a participação dos membros da comunidade, da sua coesão e do desenvolvimento das suas capacidades de identificação e resolução de problemas de uma forma autónoma¹².

O contributo de uma instituição do ensino superior esteve relacionado com a promoção das competências dos intervenientes em diversas temáticas da área da saúde e do social, através da realização de cursos para Cuidadores, onde se vivenciou não só a transmissão de conhecimentos, como também, momentos de partilha e troca de experiências.

É interessante destacar que o envolvimento dos estudantes de enfermagem em projetos de intervenção comunitária pode contribuir significativamente para o desenvolvimento das competências profissionais. Os resultados obtidos no projeto permitem aferir uma possível correlação entre o aprimorar habilidades interpessoais, bem como a capacidade para informar, educar e supervisionar os doentes e seus cuidadores, além de dar suporte e encorajar o bem-estar e conforto das pessoas, famílias e comunidades.

No entanto, é importante também ressaltar que foi identificado um decréscimo na capacidade dos estudantes para incorporar na prática os resultados da investigação após a participação no projeto. Isso pode ser uma indicação de que é necessário reforçar a pesquisa em enfermagem e a sua aplicação na prática clínica, privilegiando a prática baseada na evidência científica, bem como fornecer mais oportunidades para que os estudantes possam participar de projetos de investigação durante o seu processo educativo.

O enfermeiro em saúde comunitária deve conciliar os saberes baseados na evidência científica e adaptar esses saberes ao quotidiano das pessoas inseridas em diferentes culturas, com intuito de ir ao encontro às necessidades reais de saúde das populações, onde centra a sua prática na promoção da saúde, nomeadamente, atividades de educação para a saúde, prevenção da doença, recuperação e manutenção da saúde, planeamento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma comunidade, com a finalidade de determinar e atingir o seu potencial físico, mental e social, tendo em conta o local onde vivem e trabalham¹³.

A competência é um processo que resulta no saber gerir uma situação profissional complexa, influenciado por fatores relativos à bibliografia do sujeito, situação profissional e formação¹⁴.

O Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (REPE) resultou de um processo de construção de consensos, a partir do documento “*ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse*”, tendo sido publicado em 2003 e, também, amplamente divulgado. Ao nível das suas finalidades, definiu que o perfil do enfermeiro de cuidados gerais visa promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e, pela certificação dessas mesmas competências, é assegurado que o enfermeiro seja detentor de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo a atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção⁷.

Ao nível do REPE, Artigo 4.º, são expostos os Domínios das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, sendo os mesmos (A) Responsabilidade profissional, ética e legal, (B) Prestação e gestão de cuidados e (C) Desenvolvimento profissional⁷. No que concerne ao Artigo 5.º do REPE, no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, são apontadas duas competências que demonstram um exercício profissional seguro e consciente, assim, o Enfermeiro de Cuidados Gerais: A1. Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade; A2. Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico⁷.

Os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico: a preocupação com o bem-estar do outro ser humano, e nos princípios éticos sendo que o paciente tem direitos e o enfermeiro tem a responsabilidade de proteger e defender esses direitos⁷. Assim, é dever do enfermeiro contribuir para a defesa dos interesses da pessoa objetivando a continuidade e garantia da qualidade da prestação de cuidados; o dever de informar devidamente a pessoa sobre os cuidados a prestar e prestados, na medida das suas mestrias, atestando a efetividade do consentimento informado (Decreto-Lei nº247/09, 2009, Artigo 8.º)¹⁵.

Relativamente ao Artigo 6.º do REPE, no Domínio da Prestação e Gestão de Cuidados são apontadas sete competências, com destaque em seis das mesmas, que defendem que o enfermeiro age com base na fundamentação, mobilizando e aplicando os conhecimentos e técnicas adequadas visando as melhores práticas com base em investigação e evidências, assim, o Enfermeiro de Cuidados Gerais: B1. Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados; B2. Contribui para a Promoção da Saúde; B3. Utiliza o Processo de Enfermagem; B4. Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes; B5. Promove um ambiente seguro; B6. Promove cuidados de saúde interprofissionais¹⁶.

É importante que o enfermeiro mobilize os seus conhecimentos técnicos e científicos para os diagnósticos de situação, atendendo às políticas de saúde e sociais para o estabelecimento de planos de ação, tendo em conta os recursos disponíveis no contexto em que está inserido. No âmbito da educação para a saúde, mesmo que em contexto de internamento, o enfermeiro deve dotar os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções adequadas ao seu projeto de saúde levando-o assim a adotar estilos de vida saudáveis¹⁶.

A intervenção comunitária refere-se a “um conjunto de ações, processos e dinâmicas promovidos numa comunidade por entidades individuais e coletivas, com vista a enfrentar e resolver os seus problemas e necessidades e construir o seu bem-estar e bem viver”. Potencia diversas práticas de inclusão que não podem apenas responder a necessidades básicas de sobrevivência, mas também inúmeros valores comunitários, tais como a cooperação, a participação, a comunicação e a solidariedade, respeitando as características identitárias de cada comunidade e de cada povo¹⁴. Através da nuvem de palavras desenvolvida, parece haver uma correlação entre as competências desenvolvidas pelos estudantes e os sentimentos que surgiram antes e após a realização do projeto de intervenção comunitária.

Antes do projeto, as palavras mais utilizadas eram relacionadas à emoções como entusiasmo, ansiedade, curiosidade e receio, circunstância que acreditamos estar relacionado com o facto de se encontrarem perante uma nova experiência, com diferentes metas e desafios. Já após a participação no projeto, as palavras mais utilizadas foram mais positivas, refletindo um sentimento de satisfação, realização, sucesso, orgulho, motivação e competências.

Com base na mudança das palavras utilizadas pelos estudantes de enfermagem antes e após a participação num projeto de intervenção comunitária, é possível inferir que houve uma mudança de perspetiva em relação ao papel e importância da profissão na comunidade. As palavras positivas utilizadas pelos estudantes após o projeto, como satisfação, realização, sucesso e competências, podem indicar que a experiência os levou a compreender a relevância do trabalho de enfermagem para a promoção da saúde e bem-estar das pessoas assim como a relevância da intervenção em projetos comunitários.

Essa mudança de perspetiva pode ser um importante fator para a formação de profissionais de enfermagem mais conscientes e comprometidos com a prática baseada em evidências e centrada no paciente e na comunidade. Além disso, o desenvolvimento de habilidades e competências pode aumentar a confiança e a motivação dos estudantes, tornando-os mais preparados para enfrentar os desafios da profissão.

O projeto de intervenção comunitária em questão pode ter contribuído para a formação de estudantes mais empenhados na promoção da saúde e conscientes da importância do trabalho em equipa e da colaboração com outros profissionais da saúde.

Este tipo de iniciativa é fundamental para a formação de profissionais de enfermagem mais preparados para responder às necessidades da sociedade e para a promoção de um sistema de saúde mais eficiente e eficaz.

Sendo o cuidador informal o alvo de intervenção deste projeto comunitário foi fulcral definir qual o seu papel na comunidade. Este é reconhecido como a pessoa, familiar ou terceiro, com laços de afetividade e de proximidade, que fora do âmbito profissional ou formal e não remunerada, cuida de outra pessoa, preferencialmente no domicílio desta, por se encontrar numa situação de doença crónica, incapacidade, deficiência e/ou dependência, total ou parcial, transitória ou definitiva, ou em situação de fragilidade e necessidade de cuidados, com falta de autonomia para a prática das atividades da vida quotidiana¹⁷.

O papel desempenhado pelos cuidadores informais é complexo, absorvente e exigente, com impactos pessoais ao nível profissional, económico, físico e psicológico, envolvendo a prestação de diversas tarefas e de responsabilidade, nomeadamente o apoio ao nível da higiene pessoal e da higiene do domicílio da pessoa dependente, da confeção da sua alimentação, do seu vestuário, do acompanhamento às respetivas consultas nos serviços de saúde, da gestão e administração da sua medicação, entre outras¹⁸.

O cuidador informal é descrito como alguém que assiste e cuida de um familiar com algum tipo de doença, deficiência ou incapacidade, o que impede o desenvolvimento normal das suas atividades diárias e das suas relações sociais, passando a sua vida a organizar-se em torno ao cuidado ao familiar¹⁹. O desempenho prolongado do cuidador informal implica sobrecarga física, psicológica, emocional e socioeconómica, sendo de salientar que, alguns cuidadores informais, referem alteração do sono, fadiga, comprometimento do coping familiar, familiares disfuncionais, conflito de decisão, sofrimento moral, negação, baixa autoestima, deterioração da relação socioprofissional, entre outros¹⁹.

Deste modo, é de realçar a importância de promover intervenções de suporte para manter o bem-estar emocional dos cuidadores informais e possibilitar uma prestação de cuidados de qualidade às pessoas que têm ao seu encargo, sendo de extrema importância a sua capacitação, contribuindo, desta forma, para a melhoria dos cuidados prestados no domicílio, bem como, para a redução das repercussões negativas do exercício das funções destes cuidadores¹⁹.

Com os dados analisados, reconhece-se a possível necessidade de se estimular a incorporação dos resultados da pesquisa na prática clínica, uma vez que isso conduz à prática baseada na evidência científica, portanto, uma prática mais segura e eficaz para os pacientes.

A escassez de evidência científica sobre a temática da intervenção comunitária na formação de estudantes de enfermagem é uma preocupação importante para a profissão de enfermagem e para a promoção da saúde. Embora haja uma crescente demanda pela participação dos estudantes em projetos de intervenção comunitária, a falta de estudos robustos que avaliem o impacto dessas iniciativas pode dificultar a compreensão dos benefícios e limitações dessas experiências.

No que concerne à prática clínica, a falta de evidências robustas pode dificultar a incorporação de estratégias baseadas em evidências em projetos de intervenção comunitária. Isto pode limitar a efetividade e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à comunidade, bem como a capacidade dos estudantes de enfermagem de desenvolver habilidades e competências necessárias para o exercício da profissão e integração em projetos comunitários. Assim, acredita-se que os projetos de intervenção comunitária podem ser uma excelente oportunidade para os estudantes de enfermagem integrarem teoria e prática, bem como para incentivá-los a refletir sobre a importância da pesquisa em enfermagem e da sua aplicação na prática clínica.

5. CONCLUSÃO

No que diz respeito às Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, evidenciam-se os domínios da Responsabilidade profissional, ética e legal, da Prestação e gestão de cuidados e do Desenvolvimento profissional, em que os estudantes de enfermagem deram ênfase à aquisição das competências Capacidade para contribuir para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, e Apreciação da Diversidade e Multiculturalidade.

O enfermeiro tem o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido, participando na orientação e busca de soluções para os problemas de saúde detetados e colaborando com outros profissionais em programas que respondam às necessidades observadas. Desta forma, constata-se a importância de as instituições de ensino superior colaborarem com instituições da comunidade para promover a prestação de serviços à comunidade, maximizando a qualidade de vida dos intervenientes, recorrendo às áreas específicas da saúde e do âmbito social.

Realçamos a importância das parcerias entre as instituições do ensino superior e as instituições dirigidas à comunidade uma vez que a colaboração entre ambas as partes permite um desenvolvimento e partilha de saberes, assim como a potencialização da saúde e literacia em saúde das comunidades.

Enquanto estudantes do ensino superior consideramos a parceria estabelecida com a Santa Casa da Misericórdia da Calheta uma mais valia para o nosso processo educativo pois permitiu-nos desenvolver diversas competências do enfermeiro de cuidados gerais, assim como desenvolver competências de comunicação, organização, interação e trabalho em grupo. Foi

uma oportunidade única de intervir junto dos cuidadores, transmitir ensinamentos que adquirimos ao longo do nosso processo educativo, mas também de ganhar muitas outras aprendizagens que surgiram através da partilha de experiências. Como tal, reflete-se a importância da investigação para a prática de enfermagem baseada em estratégias de ensino, pois o enfermeiro deve conciliar os saberes baseados na evidência científica e adaptar esses saberes ao quotidiano das pessoas inseridas em diferentes culturas, com intuito de ir ao encontro às necessidades reais de saúde das populações. Assim, o enfermeiro deve aplicar o saber mais adequado, garantindo um cuidar de qualidade e excelência imprescindível nos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Guedes V, Figueiredo M, Apóstolo J. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais em Cuidados de Saúde Primários: da Compreensão à Concretização. *Revista de Enfermagem Referência*. 2016; 4(8): 27-33. 10.12707/RIV15022 (2016).
- [2] Antunes M, Mendes D. (Re)construído vidas: intervenção comunitária e desenvolvimento humano. *Revista de Educación*. 2022; 2(32).
- [3] Dixe M, Soares E, Martinho R, Rijo R, Carço J, Gomes N, Querido A. Modelo de Capacitação do Cuidador Informal para Cuidar da Pessoa com Dependência. 2020. Disponível em: https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4657/1/MODELO_DE_CAPACITA_ebook%20-%2010-2-20.pdf (2020).
- [4] Domínguez E, Martín M. Formación del cuidador informal: relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores de 65 años. 2012. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300004
- [5] Orrico D. Gabinete de intervenção comunitária (2017).
- [6] World Health Organization [WHO]. Health promotion glossary (1998).
- [7] Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados. [Internet]. (22 de outubro de 2012). Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- [8] Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). 2015. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016-versao03-05-17.pdf (2015).
- [9] Lopes C, Almeida C. Literacia em Saúde na Prática. 2019. Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7305/5/Literacia%20da%20Sa%c3%bade%20na%20Pr%c3%a1tica%20%28E-Book%29.pdf>
- [10] Guedes V. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais em Cuidados de Saúde Primários. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa). 2012. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20800/1/COMPET%C3%80NCIAS%20DO%20ENFERMEIRO%20DE%20CUIDADOS%20GERAIS.pdf>
- [11] Costa N. Formação em Contexto Clínico: A perspetiva do estudante de enfermagem. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Supervisão Clínica em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto). 2012. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9321/1/Tese%20Nuno%20Sevivas.pdf>
- [12] Melo P, Silva R, Figueiredo M. Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*. 2018;4(19):81-90.
- [13] Moura P, Vieira L, Rosa S, Reiznaut F. Enfermagem na Comunidade: A Importância da Educação em Saúde. 2016.
- [14] Guedes V, Apóstolo J, Figueiredo, M. Competencies of General Care Nurses in Primary Care: from Understanding to Implementation. *Revista de Enfermagem Referência*. 2016 Mar 29; 4(8): 27-33.
- [15] Relvas R. Implementação e Organização da Formação em Serviço na USF Salus. Portalegre 2018. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23528/1/ESSTFC620.pdf>
- [16] Chalaça A, Duarte A, Harea A, Rusu A, Pinheiro A, Ferreira A, Nunes L. Percursos. Olhares de análise. As Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Análise das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. 2012.
- [17] Farto M, “Às Claras” - Projeto de Intervenção Comunitária (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Educação, Lisboa. 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.21/15831>
- [18] Assembleia Legislativa. Estatuto do cuidador informal da Região Autónoma da Madeira. Diário Da República. 2019. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/123234424/details/normal?l=1>
- [19] Sequeira C, Sampaio F. Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções. Lisboa: Lidel (2020).

Intervención Comunitaria. Un aprendizaje desde la base

Cecilia Estupiñán-Ramírez^a, Milagrosa Medina Pérez^b, Aroa Camejo-Guerrab, Eugenia-Leticia Hernández-García^b, Elizabeht Henares-Villén^b, Aurelio Vega-González^b,

^aEstudiante del Grado de Enfermería de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria;

^bDepartamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

RESUMEN

La capacitación de los estudiantes de Grado de Enfermería es fundamental para trabajar la “promoción de la salud” con los individuos, las familias y/o la comunidad. Deben adquirir habilidades de comunicación efectiva con la sociedad en general y para la expresión de sus intereses y preocupaciones. Según Nola Pender, en las personas o grupos existen factores cognitivos-perceptuales que pueden ser modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, y que tienen un elevado peso en el fomento de conductas favorecedoras de salud. Estos factores, deben ser tenidos en cuenta para abordar la Promoción de la Salud en individuos y/o grupos, estando presentes también en los estudiantes de Ciencias de la Salud. Los objetivos de este trabajo fueron determinar los factores de aprendizaje en Promoción de la Salud que los estudiantes de Enfermería valoran para la Educación para la Salud y valorar, según el curso académico, las habilidades que potencian o limitan la capacidad del estudiante para realizar actividades de promoción de la salud. Se diseñó un estudio cualitativo realizado a un grupo de alumnos de Grado de Enfermería en un centro de salud durante su Prácticum. La recogida de información fue a través de un cuestionario propio, anónimo y autoadministrado, con preguntas abiertas basadas en el Modelo de Nola Pender. Los alumnos se sienten capaces de llevar a cabo la Promoción de la Salud grupal en la comunidad, identificando al docente como figura clave para ello, desde su primer Prácticum el alumno ya ha tenido contacto con la comunidad para realizar este tipo de intervenciones y el “enseñar a otros a cuidar de su salud” lo reconocen como algo positivo. Se concluye que el plan formativo y el docente de referencia son claves para la adquisición de competencias en Promoción de la Salud en la comunidad.

Palabras clave: promoción de la salud, enfermeras de salud comunitaria, concepto de sí mismo, motivación, educación basada en competencias

1. INTRODUCCIÓN

Visibilizar los cuidados que aportan las enfermeras a la sociedad con sus actividades es una importante labor que muestra lo que cada profesional de esta disciplina puede aportar a los individuos. La adquisición de competencias y habilidades en la práctica profesional enfermera es fundamental para un desarrollo óptimo de su rol, donde los conocimientos adquiridos son clave, e incorporando la investigación enfermera como principal pilar en la creación de su cuerpo de conocimientos¹. Los alumnos de pregrado llegan a los centros de prácticas ávidos de adquirir los conocimientos que les permitan desarrollar sus competencias y habilidades una vez terminado este periodo, en ellos influye el entorno clínico en el que realizan sus prácticas, los docentes responsables de su formación, así como sus perspectivas laborales².

Dentro de las competencias que deben adquirir los alumnos de Enfermería para el trabajo con los individuos, familias y/o comunidad está la Educación para la Salud (EpS), campo de gran interés para la promoción de la salud (PdS). El enfoque biomédico del sector sanitario, centrado en la enfermedad, hacen de la EpS una actividad fundamental para las enfermeras, necesitando para ello una formación idónea³. La formación en EpS exige al futuro profesional ir más allá de su formación técnica, buscando mejoras en la adquisición de habilidades centradas en un enfoque reflexivo, donde docentes y estudiantes analicen el proceso en sí de este tipo de actividad, especialmente si se realiza en un entorno grupal. Se trata de hacer que el estudiante tenga un enfoque amplio del tejido social y de sus características, así como una consciencia crítica propia y del grupo al que se dirige^{3,4}.

La capacitación de los estudiantes es fundamental para trabajar la PdS. La competencia a adquirir les debe permitir estrategias y habilidades para una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses⁵. Las enfermeras brindan cuidados de manera holística a las personas buscando su satisfacción y bienestar, para ello el estudiante puede apoyarse en el Modelo de la Promoción de la Salud de Nola Pender, que aporta elementos teóricos adecuados para llevar a cabo y evaluar acciones y comportamientos de PdS⁶. Según esta autora, en las personas o grupos existen factores cognitivos-perceptuales que pueden ser modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, y que tienen un elevado peso en el fomento de conductas favorecedoras de salud⁷. Esta realidad hace que para este trabajo se hayan propuesto los siguientes objetivos:

1. Determinar los factores de aprendizaje en Promoción de la Salud que los estudiantes de Enfermería valoran para la Educación para la Salud.
2. Valorar, según el curso académico, las habilidades que potencian o limitan la capacidad del estudiante para realizar actividades de promoción de la salud.

2. METODOLOGÍA

Estudio cualitativo realizado mediante investigación narrativa a un grupo de alumnos de Grado de Enfermería que desarrollan su formación en el Centro de Salud de Doctoral durante el período comprendido entre el 20 y el 31 de marzo de 2023. Se incluyó a cualquier alumno/a de Grado de Enfermería de cualquier curso académico y se excluyó a los alumnos de otra Universidad distinta a la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Debido a que en el centro docente se encontraban estudiantes de distintos Prácticums, para la recogida de información se ideó un cuestionario anónimo de elaboración propia, compuesto por 8 preguntas abiertas, con correlación con los factores cognitivos-perceptuales de Nola Pender, donde el alumno podía expresar su parecer al respecto. Se solicitó de manera verbal el consentimiento del estudiante a participar y se le facilitó el cuestionario el 22 de marzo a cada uno de los estudiantes, de forma que debía ser cumplimentado el mismo día y entregado al docente responsable de su formación.

El análisis de los datos obtenidos se hizo por tres docentes, a través de la categorización individual de las respuestas de los estudiantes, interpretando sus respuestas según los factores cognitivos-perceptuales de la Dra. Pender en las categorías siguientes: participación, barreras personales, sentimiento de capacidad, condicionantes para la acción, pensamientos positivos y/o negativos, influencias del pensamiento del alumno, referentes para el alumnado e influencia del entorno.

3. RESULTADOS

Se recogieron 9 cuestionarios respondidos en su totalidad. El desglose de alumnos por curso fue de seis alumnos del Prácticum I, un alumno del Prácticum III y dos alumnas del Prácticum V. Por género se encuestaron a 3 mujeres y a 6 hombres con edades comprendidas entre 19 y 25 años. Se desglosaron las respuestas en función del Prácticum que estuviese realizando en ese momento el estudiante, sin que existan respuestas que destaquen según edad ni género.

1. Participación del alumno en actividades de PdS en la comunidad como herramienta de potenciación para su desarrollo en un futuro: 7 de ellos habían participado en actividades de promoción de la salud, 2 no habían participado correspondiendo al Prácticum I.
2. Barreras personales para intervenciones comunitarias de PdS: Los alumnos del Prácticum I se veían con dificultades para adaptarse al grupo al que deberían dirigirse, el resto de los alumnos consideraron una barrera que no exista colaboración del grupo ni un feedback tras la intervención.
3. Consciencia del alumno/a de sentirse capaz: Todos se consideraron capaces, especialmente si contaban con recursos para prepararse la intervención.
4. Condicionantes para sentirse capaz de realizar este tipo de intervenciones: Los alumnos que se enfrentaban a su primera formación práctica destacaban su experiencia universitaria (exposición de trabajos), el trato previo con pacientes y contar con habilidades comunicativas. Los Prácticum avanzados (III y V) consideraban como condicionante la confianza adquirida con la formación teórico-práctica de los años de formación académica.
5. Pensamientos positivos y/o negativos del alumno/a para realizar este tipo de intervención: En todos los Prácticum destacó lo gratificante de “enseñar a otros a cuidar de su salud”.
6. Influencias en los pensamientos del alumno para su capacidad de realizar estas intervenciones: Las enfermeras con las que realizan su formación académica, tanto práctica como teórica. Solamente una alumna del Prácticum V tuvo en cuenta como influencia las personas cercanas del entorno (familia) y los profesionales sanitarios en general.
7. Referentes que encuentra el alumno para poder llevar a cabo esta intervención: Todos consideraban a los docentes de prácticas como referentes.
8. Influencia del entorno en la capacidad del estudiante: Destacó en los Prácticum avanzados la gestión adecuada de las emociones y del grupo humano al que se dirijan (según su cultura, nivel de estudios, etc.). Los alumnos del Prácticum I destacaron la reacción del grupo y la figura de su docente como alguien competente para la tarea.

4. DISCUSIÓN

Dentro del título de Grado en Enfermería se recoge “Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas” como una de las competencias que debe adquirir el alumno, poniendo en valor la importancia de la formación en educación para la salud haciendo promoción de la misma⁵. El período de prácticas que deben llevar los alumnos en Atención Primaria es fundamental para dotarles de herramientas para la PdS, no solo en las consultas, sino en distintos ámbitos de la comunidad (centros escolares, asociaciones vecinales), especialmente si se hace uso de un enfoque como el recogido en el Modelo de N. Pender que evidencia la mejora del autocuidado de los usuarios, ya que la promoción y la educación mejoran la calidad de vida⁸. Los estudios demuestran específicamente que la PdS en el entorno escolar llevada a cabo por profesionales distintos a los de la enseñanza da resultados positivo⁹⁻¹¹. A este respecto, el grupo del estudio en su mayoría, exceptuando a dos personas del primer rotatorio de prácticas (Prácticum I), ha podido llevar a cabo actividades en su formación para adquirir esta competencia, principalmente con jóvenes en centros educativos.

Las posibles barreras y condicionantes de la capacidad del alumno, para afrontar la PdS en la comunidad objetivadas en este grupo de estudio, no distan de lo que recoge la literatura al respecto, donde se explica la importancia de los planes formativos, haciendo énfasis en las competencias respecto a la EpS y no solamente en las de aspectos meramente curativos, de forma que se pueda empoderar al alumno en la práctica^{9,12}, tomando en este sentido un papel fundamental el profesor del período de prácticas, que debe valorar en cada alumno qué se le aporta y si el aprendizaje tiene elementos de mejora⁹. Los estudiantes del Prácticum I se ven con dificultades para adaptarse al grupo de personas al que deben dirigirse, entendiendo esto como una barrera a la hora de llevar a la práctica la PdS con grupos.

Los alumnos de los Prácticum más avanzados precisan de la colaboración del grupo para que no existan barreras para su intervención. La literatura recoge que el conocimiento de los problemas de salud que afectan al colectivo con el que se hará la intervención, la formación teórica y su refuerzo en la práctica permiten una mejor adaptación del alumno al grupo al que deben dirigirse, consiguiendo la colaboración de este y la posibilidad de tener un feedback posterior⁹. El sentimiento de capacidad para realizar intervenciones de EpS en la comunidad viene dado en los Prácticum avanzados (III y V) ya que se sienten capaces gracias a la formación teórico práctica realizada durante sus años de formación académica. Fomentar hábitos y estilos de vida saludables, especialmente en los menores o los jóvenes, con un enfoque dinámico y holístico, sustentado en el principio de educación y PdS, estableciendo lazos con la comunidad educativa y líneas de colaboración con Ayuntamientos, Gerencias de AP y Centros de Salud hace que se fortalezcan las capacidades y habilidades de las personas para vivir en entornos seguros y saludables¹³. La enfermera fortalece su rol comunitario creando redes de trabajo con otros grupos sociales, potenciando sus capacidades y enriqueciéndose¹⁴. El grupo encuestado, en su conjunto, valora como un aspecto positivo para enfrentarse al desarrollo de actividades de PdS lo gratificante que consideran “enseñar a otros a cuidar de su salud”.

Las enfermeras son referentes activos para los profesionales de Grado de Enfermería en formación, la importancia de esta profesional y su trabajo con sectores sociales, de articulación y cooperación intersectorial e institucional, para lograr el bienestar comunitario y conseguir mejores logros en salud pública la hacen una pieza clave en la comunidad para prevenir, conocer y entender las actitudes y comportamientos que llevan a la sociedad en su conjunto a adoptar hábitos seguros y sanos, permitiéndoles ser autónomos y empoderados^{4,10,15}. Esta visión de la enfermera en comunidad concuerda con lo recogido en este grupo de estudio, donde tiene gran importancia la competencia que demuestre el docente con el que están a la hora de las actividades de Promoción de la Salud que realicen en la comunidad. Asimismo, todos reconocen que los docentes de prácticas, enfermeras en su totalidad, son su referente a la hora de las actividades a realizar para la promoción de la salud en un entorno comunitario, independientemente del Prácticum que estén cursando. En este sentido, algunos autores recogen que los estudiantes se identifican con aquellos docentes que tienen una presencia física constante, una orientación y guía en sus experiencias prácticas y que no solamente los instruyen, sino que además los estimulan a tomar decisiones, a hacer observaciones, a percibir relaciones, y a trabajar con indagaciones, desarrollando la capacidad de resolver problemas¹⁶.

La formación práctica del alumnado en el Centro de Salud de Doctoral, en la misma línea de lo que especifican algunos autores¹⁷, persigue la mejora en las habilidades del alumno, que permita una alta satisfacción en el desarrollo de estrategias para la Promoción de la Salud en la comunidad, con resultados positivos a nivel personal, profesional, integración de valores y motivación al servicio por parte del estudiante, redundando en el pensamiento crítico, la responsabilidad, la toma de decisiones, el trabajo en equipo y la adaptación. Este enfoque puede dar lugar a la visión que tiene el grupo encuestado, independientemente del Prácticum, respecto a las influencias en los pensamientos para su capacidad de realizar este tipo de intervenciones.

El plan de formación de los futuros profesionales de Enfermería es fundamental para que las competencias en Promoción de la Salud tanto individual como grupal se desarrollen de forma global. La literatura consultada recoge que los estudiantes

refieren que las experiencias positivas vividas en su formación les ayudaron en su vida personal, que fueron muy enriquecedoras, y de mucho valor para desarrollarse como futuros profesionales en este campo¹⁶, como sucede con el grupo encuestado que reconoce positivas dichas experiencias ya que aumentan su capacidad para realizar trabajos y/o intervenciones grupales. Al inicio del Prácticum al estudiante le falta experiencia y es en esta etapa donde debe integrar todos los conocimientos aportados en la formación teórica, lo que inicialmente le generará emociones de sufrimiento que, a medida que adquiera confianza en sí mismo asumiendo el rol profesional, pasarán a ser emociones de satisfacción¹⁸. La gestión de las emociones, como aporta el grupo encuestado principalmente en los estudiantes del Prácticum III y V, es un eslabón más de la cadena de competencia para la realización de actividades de Promoción de Salud en la Comunidad. Los estudiantes del primer Prácticum reconocen, dentro del entorno como influencia en su capacidad, la reacción que tenga el grupo durante la actividad de EpS.

Es relevante que la formación en materia de EpS es un elemento clave del cuerpo de conocimientos que debe manejar un profesional de Enfermería. Las investigaciones futuras deben encaminarse hacia aquellas herramientas sobre los cuidados que realizan las enfermeras en la PdS para fortalecerlas como una competencia fundamental para los estudiantes.

Las limitaciones de este estudio se relacionan con el número de alumnos reducido que en el momento de la realización de este trabajo estaban haciendo su rotación práctica por el centro y la incapacidad de poder valorar la opinión de los alumnos en cualquier curso formativo, abarcando solamente al segundo, tercer y cuarto curso de grado.

5. CONCLUSIONES

Con respecto al objetivo: Determinar los factores de aprendizaje en Promoción de la Salud que los estudiantes de Enfermería valoran para la Educación para la Salud.

1. La educación basada en competencias es fundamental para que los estudiantes puedan sentirse seguros a la hora de desarrollar su futuro rol.
2. La formación en el entorno comunitario cobra gran importancia, ya que estos futuros profesionales deben tener herramientas, así como enfermeras de salud comunitaria referentes, que les puedan servir de orientación cuando desempeñen actividades de promoción de la salud en este ámbito.
3. El fomento de habilidades de comunicación proporcionadas por la formación tanto teórica como práctica a los estudiantes, permiten en ellos un desarrollo adecuado de su capacidad para la promoción de la salud grupal, y es fundamental en la mejora de la confianza en sí mismos.

En relación con el objetivo: Valorar, según el curso académico, las habilidades que potencian o limitan la capacidad del estudiante para realizar actividades de promoción de la salud.

1. El ambiente social, la motivación y el autoconcepto son elementos clave a trabajar en los grupos de estudiantes, independientemente del curso en el que se desarrolle la formación práctica, haciéndoles partícipes de actividades donde puedan expresar sus expectativas y necesidades de mejora, así como aquellos aspectos en los que se encuentran seguros, mejorando así su competencia para la promoción de la salud grupal.

REFERENCIAS

- [1] Hernández M. La formación de grado de enfermería, una visión integral de la realidad de la práctica enfermera. Conocimiento Enfermero. 2020; 3(7): 3-4.
- [2] Rodríguez MC. Percepción de los estudiantes del Grado en Enfermería sobre su entorno de prácticas clínicas: un estudio fenomenológico. Enfermería Clínica. 2019; 29(5): 264-270.
- [3] Ocampo DC, Arango ME. La educación para la salud: Concepto abstracto, práctica intangible. Rev. Univ. Salud. 2016; 18(1): 24-33.
- [4] García CP, Gallegos-Torres RM. El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. Horizonte de enfermería. 2019; 30 (3): 271-285.
- [5] BOE, Orden CIN/2134/2008. [Internet]. 2008. [citado 3 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2008/07/03/cin2134/dof/spa/pdf>
- [6] Díaz-Sánchez R, Arias-Torres D. Efectividad de intervención de enfermería en hábitos de vida saludable desde el modelo de Nola Pender. Rev. esp. nutr. Comunitaria. 2022; 28(2): 1 – 11.
- [7] Aristizábal GP, Blanco DM, Sánchez A. Ostiguín RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2011; 8(4): 17- 23.
- [8] Herrera AS, Machado PM, Tierra VR, Coro EM, Remache AK. El profesional de enfermería en la promoción de salud en el segundo nivel de atención. Revista Eugenio Espejo. 2022; 16(1).

- [9] Lobo JJ, León PE. Conocimientos y actitudes de enfermería sobre promoción de la salud: una mirada de región. *Investig. Enferm. Imagen Desarr.* 2018; 20(1).
- [10] Mori FM, Edquen SB, Leiton ZE, Salazar RS. Competencias de la enfermera en instituciones educativas: una mirada desde los gestores educativos. *Rev. Gaúcha Enfermagem.* 2018; 39.
- [11] Álvarez R, Lodosa CM. Enfermería escolar en España: asociacionismo e investigación. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital). 2020; 24(56).
- [12] Arias D, Nuñez N, Almeida N, Tonini T. Imaginarios de la educación en salud pública en enfermería. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2015; 33 (2): 152-160.
- [13] Gobierno de Canarias. Consejería de Educación; Universidades, Cultura y Deportes, “Red Innovas”. Slate. [Internet]. 2022. [citado el 22 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gobiernodecanarias.org/educacion/web/programas-redes-educativas/redes-educativas/red-canarias-innovas/promo-salud-educa-emocional/>
- [14] Girau DM, Miranda Y, Alvarez I. La intervención comunitaria y la formación de valores en los alumnos de la carrera de enfermería. *Acalán Revista de la Universidad Autónoma del Carmen.* 2020; 1010: 37-43.
- [15] Dandicourt C. El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2018; 34 (1):55-62.
- [16] Santos GC, Torres, SD, Capcha LE, García GF, Infante MV, Erdamnn AL. Experiencias de aprendizaje en salud comunitaria de estudiantes de enfermería. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(4):890-96.
- [17] Lluesma-Vidal M, García L, Sánchez MI, Ruíz C. Satisfacción del alumnado de enfermería en la promoción de la salud a través del aprendizaje servicio. 2019; 22 (6): 12-18.
- [18] Estrada D, Tricas A, Sanfeliu V. Expectativas, Habilidades y Dificultades que presentan los alumnos durante el Prácticum Hospitalario. 2013

Plan de cuidados de enfermería a un paciente con traumatismo múltiple en Atención Primaria

Cintia del Pino Marrero-Medina^a, María del Pino Saavedra-Brito^{b,c}, Daniela-Celia Montesdeoca-Ramírez^c

^aEstudiante del Grado en Enfermería de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bServicio Canario de la Salud; ^cProfesora Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un hombre de 33 años que ha sufrido un traumatismo múltiple y presenta una fijación externa en el miembro inferior izquierdo (MII). El objetivo es diseñar un plan de cuidados individualizado en el ámbito de atención primaria. La valoración se realizó en el domicilio del paciente, utilizando para ello los patrones funcionales de Marjory Gordon y una serie de escalas e índices como el de Katz, Barthel o Norton. Se identificaron diversos diagnósticos de Enfermería de los cuáles se priorizaron de manera conjunta con el paciente seis de ellos: estilo de vida sedentario, disminución de la implicación en actividades recreativas, sobrepeso, deterioro de la ambulación, deterioro de la integridad cutánea y dolor crónico. Para cada una de estas etiquetas diagnósticas, según la taxonomía *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), se establecieron unos objetivos y unas intervenciones, según la taxonomía *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y *Nursing Interventions Classification* (NIC) respectivamente. La escala Likert ha sido la herramienta de evaluación de los indicadores de los resultados esperados. El diseño, planificación y ejecución del plan de cuidados se ha realizado de manera conjunta con el paciente y la familia en el ámbito domiciliario. Se ha evidenciado la importancia de una comunicación terapéutica eficaz por parte del profesional de enfermería, así como la necesidad de fomentar el vínculo profesional-paciente con el fin de conseguir unos cuidados basados en la evidencia y centrados no solo en el paciente sino también en la familia.

Palabras clave: enfermería de atención primaria, continuidad de la atención al paciente, manejo de caso, traumatismo múltiple, cuidados de enfermería.

1. INTRODUCCIÓN

Derivado de un accidente grave se produce un politraumatismo que se define como la presencia de lesiones traumáticas múltiples. Estas suponen un riesgo vital dado que se pueden ver afectadas las constantes vitales y el estado general del paciente, obteniendo como resultado un aumento considerable del riesgo de muerte¹.

Actualmente, el 60% de los politraumas se asocian a accidentes de tráfico y suponen un alto riesgo de mortalidad, siendo una de las principales causas de muerte en la población entre 15 y 29 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS)².

Los accidentes de tráfico son considerados un problema de salud pública con un elevado coste sanitario y social, debido al impacto que genera sus consecuencias en el entorno social afectado². Además, estos implican gastos de hospitalización y tratamiento, así como reparación de daños materiales, recuperación y reinserción del paciente en la sociedad³.

El profesional de enfermería ejerce un papel esencial en el cuidado y recuperación de los pacientes politraumatizados en el marco de la planificación de los planes de cuidados individualizados. La gestión de los cuidados enfermeros es fundamental, requiriendo una atención precoz e inmediata, pudiendo así conseguir una disminución de la morbi-mortalidad¹.

La enfermera de familia actúa como el profesional referente del usuario en el marco del cuidado formal. Para ello realiza una exploración y valoración integral, focalizada en el problema con el fin de prestar unos cuidados humanizados centrados en la persona. Por su accesibilidad son proactivas en la atención domiciliaria lo cual le permite valorar el entorno social y familiar, así como realizar actividades de prevención y de promoción de la salud en cada contacto con el paciente⁴.

En el ámbito de atención primaria se fomenta el autocuidado en el entorno familiar. En este escenario cobra especial importancia el rol del cuidador informal que se define como una persona que no ha recibido una formación profesional y no recibe una remuneración económica por realizar una serie de cuidados⁵. Muchas veces estos cuidadores sufren una sobrecarga que se puede dar por diversos factores como pueden ser la falta de recursos económicos y materiales, lo cual deriva en la aparición de una serie de síntomas como son: estrés, ansiedad, irritabilidad, desmotivación, depresión, entre otros⁶.

Por ende, es preciso prevenir esta sobrecarga mediante una atención enfermera, centrada no solo en el paciente sino también en el cuidador principal, dirigida a mejorar su bienestar y ayudarlo a afrontar de manera eficaz el cuidado de una persona dependiente⁶.

El objetivo general de este trabajo es implementar un plan de cuidados individualizado a un paciente con traumatismo múltiple en el ámbito de la atención primaria.

2. METODOLOGÍA

2.1.- Presentación del caso

Antes de iniciar la intervención, se solicitó permiso a la institución sanitaria con el fin de solicitar el permiso al Comité de Ética e Investigación de Referencia (CEI), obteniendo la resolución el día 21 de noviembre de 2022 (Código CEI/CEIm: 2022-503-1). El consentimiento informado del paciente se obtuvo el 17 de noviembre de 2022.

2.2.- Caso clínico

Paciente varón de 33 años de una zona de salud del norte de la isla de Gran Canaria que sufrió un politraumatismo a consecuencia de un accidente de tráfico, en moto, en abril de 2022. Como consecuencia de este, sufrió una fractura de tibia y peroné del miembro inferior izquierdo (MII), húmero del miembro superior izquierdo (MSI) y escafoides del miembro superior derecho (MSD), además de una rotura del bazo y lesión del nervio radial del miembro superior izquierdo.

En abril de 2022 tuvo lugar la primera operación para reparar el bazo, tras ella estuvo quince días en el servicio de reanimación (los tres primeros en coma). Fue trasladado a la unidad de hospitalización donde estuvo una semana hasta que fue intervenido de la fractura de tibia y peroné. Pasados dos días, fue sometido a la tercera intervención quirúrgica del húmero izquierdo y escafoides del MSD, continuó hospitalizado dos semanas y recibió el alta. En la actualidad se encuentra en situación de desempleo, tras el accidente fue despedido. Antecedentes familiares: hipotiroidismo e hipertensión.

2.3.- Fase de valoración

A través de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon⁷ usados en la anamnesis y exploración del paciente, se han obtenido los siguientes datos:

Tabla 1. Valoración aplicando los patrones funcionales de Marjory Gordon⁷

<i>Percepción-manejo de la salud.</i> El paciente describe su estado actual de salud como “bueno” y admite tener una actitud de “aceptación” frente a este. Su madre es su cuidadora principal desde que tuvo lugar el accidente en abril de 2022. Refiere que no tiene prescrito ningún tratamiento médico. Actualmente, se encuentra en seguimiento por la unidad de atención familiar (médico y enfermera de familia) de su centro de salud, por el servicio de traumatología y rehabilitación del hospital de Referencia, además recibe de dos a tres sesiones de fisioterapia semanales a través de su seguro privado.
<i>Nutricional-metabólico.</i> No sigue ningún tipo de dieta especial, sin embargo, pica entre horas y abusa de dulces y procesados. Su pierna izquierda se encuentra inflamada a consecuencia del fijador externo que porta. Datos antropométricos: peso=80 kg, talla=1,78 m e IMC=25,2 (sobrepeso). Presenta una baja adherencia a la dieta (test de adherencia a la dieta mediterránea=6 puntos) y un riesgo medio de presentar úlceras por presión (escala de Norton= 13 puntos) ⁸ .
<i>Eliminación.</i> El paciente no presenta problemas con la eliminación intestinal realizando una deposición diaria. En cuanto a la eliminación urinaria, orina 3 veces al día siendo el aspecto normal.
<i>Actividad física-ejercicio.</i> Refiere tener problemas de movilidad debido al fijador externo que presenta en el miembro inferior izquierdo y a las secuelas derivadas de la lesión del nervio radial izquierdo. Su fuerza en las manos se encuentra disminuida, aunque tiene fuerza suficiente en su mano derecha, que es la dominante. Presenta rigidez en su pierna izquierda y no tiene estabilidad al caminar, además, siente dolor a la movilidad. Utiliza muletas desde finales de octubre de 2022. Incapacidad leve (índice de Katz=1 punto) y dependencia leve (índice de Barthel=80 puntos) ⁸ .
<i>Sueño.</i> El paciente comenta no tener problema para conciliar y mantener el patrón del sueño Refiere un sueño reparador y un nivel de energía óptimo durante el día.
<i>Cognitivo-perceptual.</i> Manifiesta dolor en el antebrazo del miembro superior izquierdo y en el maléolo externo del pie izquierdo, calificando el dolor en una escala analógica del 0-10 (siendo el 0 que no hay dolor y el 10 dolor insoportable), con un 6
<i>Autocontrol-autoconcepto.</i> El paciente refiere sentirse ansioso por pasar tanto tiempo en el domicilio, además, está preocupado por el dolor de su antebrazo izquierdo y por la pérdida de movilidad de este.
<i>Rol-relaciones.</i> La relación con sus amigos es buena, aunque ha disminuido tras el accidente. Comenta no tener la misma vida social y no quedar mucho con sus amigos. Desde el alta hospitalaria la cuidadora principal es su madre que para asumir este cuidado tuvo que recurrir a una incapacidad laboral. Presenta una sobrecarga leve (escala de Zarit=48 puntos) ⁸ .
<i>Sexualidad-reproducción.</i> No refiere ningún problema en relación con su patrón sexual. No ha tenido hijos.
<i>Adaptación-tolerancia al estrés.</i> Su manejo ante situaciones difíciles es “regular” dado que le generan ansiedad y estrés, sobre todo lo relacionado a su situación laboral actual, ya que no recibe ningún tipo de prestación económica.
<i>Valores y creencias.</i> El paciente refiere ser católico sin influencia relevante en su vida cotidiana. Valora su familia. Tiene como objetivos la recuperación de la movilidad y la incorporación a la vida laboral. Le preocupa su futuro y su situación económica.

2.4.- Fase diagnóstica

Realizada la entrevista y la valoración por patrones funcionales, se establecieron los siguientes Diagnósticos de Enfermería (DdE), los cuáles se han resumido y clasificado por dominios, tal y como contempla la NANDA⁹ (Tabla 2).

Tabla 2. Clasificación de los DdE por dominios según la NANDA⁹

<i>Dominio 1. Promoción de la Salud</i>
- [00168] Estilo de vida sedentario r/c dolor, disminución de la tolerancia a la actividad m/p pérdida de la condición física, la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad
- [00097] Disminución de la implicación en actividades recreativas r/c malestar físico m/p aburrimiento, expresa descontento con la situación
<i>Dominio 2. Nutrición</i>
- [00233] Sobrepeso r/c la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad, comportamiento sedentario durante ≥ 2 horas al día, picoteo frecuente m/p índice de masa corporal $>25\text{kg/m}^2$
<i>Dominio 4. Actividad/Reposo</i>
- [00088] Deterioro de la ambulación r/c pérdida de la condición física, dolor, deterioro del equilibrio postural
<i>Dominio 11. Seguridad/Protección</i>
- [00046] Deterioro de la integridad cutánea r/c dispositivos médicos m/p interrupción de la superficie de la piel
<i>Dominio 12. Confort</i>
- [00132] Dolor crónico r/c afección relacionada con postraumatismo m/p informa de las características del dolor usando un instrumento estandarizado de valoración del dolor

2. 5.- Fase de planificación

Habiendo consensuado con el paciente sus necesidades, capacidades, preocupaciones y temores, se han implantado unos objetivos e intervenciones según la taxonomía NOC¹⁰ y NIC¹¹, estableciéndose un plan de cuidados individualizado.

Tabla 3. DdE, objetivos e intervenciones correspondientes

<i>Diagnósticos de enfermería (NANDA)</i>	<i>Criterios de resultado (NOC)</i>	<i>Intervenciones (NIC)</i>
Estilo de vida sedentario (00168)	0005 tolerancia a la actividad: 519 <i>tolerancia a la caminata</i>	0200 fomento del ejercicio: animar al individuo a continuar con el ejercicio, ayudar al individuo a establecer metas a corto y largo plazo de programa de ejercicios, instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico y/o el fisioterapeuta y proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo
<i>Disminución de la implicación en actividades recreativas (00097)</i>	1604 participación en actividades de ocio: 160402 <i>sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio</i> , 160413 <i>disfruta de actividades de ocio</i>	5100 potenciación de la socialización: fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas, fomentar las actividades sociales y comunitarias y animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine
<i>Sobrepeso (00233)</i>	1854 conocimiento: dieta saludable: 185402 <i>peso personal óptimo</i> , 185405 <i>ingesta diaria de calorías adecuada para las necesidades metabólicas</i>	1260 manejo del peso: comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable, determinar el peso corporal ideal del individuo y animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua
<i>Deterioro de la ambulación (00088)</i>	0200 ambular: 20001 <i>soporta el peso</i> , 20004 <i>camina a paso moderado</i> , 20016 <i>se adapta a diferentes tipos de superficies</i>	0180 manejo de la energía: determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia, observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad, ayudar al paciente a establecer metas realistas de actividades

		y animar al paciente a elegir actividades que mejoren gradualmente su resistencia
<i>Deterioro de la integridad cutánea (00046)</i>	1101 integridad tisular: piel y membranas mucosas: 110113 integridad de la piel, 110117 tejido cicatricial	3660 cuidados de las heridas: monitorizar las características de la herida, incluyendo el drenaje, color, tamaño y olor, limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda y comprobar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida
<i>Dolor crónico (00132)</i>	1605 control del dolor: 160511 refiere dolor controlado, 160505 utiliza analgésicos como se recomienda	2210 administración de analgésicos: determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de apoyo, factores contribuyentes, efectos en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar al paciente, comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito y registrar el nivel de dolor utilizando una escala de dolor apropiada antes y después de la administración de analgésicos

2. 6.- Fase de ejecución

Para la elaboración de este PAE, se realizaron cinco consultas, todas en el domicilio del paciente. En la primera consulta se hizo la valoración inicial (reflejada en la Tabla 1) del paciente junto con la exploración del usuario, revisión de la historia clínica y últimas pruebas realizadas, a partir de esto se identificaron los DdE de los patrones disfuncionales (Tabla 2).

En la segunda consulta se priorizaron algunos diagnósticos con la colaboración del usuario, además de planificar las actividades a realizar y establecer objetivos a corto y largo plazo (Tabla 3).

Las tres consultas restantes han sido de seguimiento, valorando su evolución en función de los resultados obtenidos en base a las actividades fijadas y, adaptando las mismas a la situación que presentaba el paciente en cada visita.

3. RESULTADOS

3.1.- Fase de evaluación

El logro de los objetivos (NOC) establecidos se han evaluado a través de la escala Likert¹². Obteniéndose los siguientes resultados tras la realización de las actividades planteadas (Tabla 4).

Tabla 4. Evaluación de resultados

<i>Indicadores</i>	<i>Inicio</i>	<i>Medio</i>	<i>Final</i>
[519] Tolerancia a la caminata	2	3	4
[160402] Sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio	1	3	4
[160413] Disfruta de actividades de ocio	1	3	4
[185402] Peso personal óptimo	1	1	3
[185405] Ingesta diaria de calorías adecuada para las necesidades metabólicas	2	2	3
[20001] Soporta el peso	2	3	4
[20004] Camina a paso moderado	1	2	3
[20016] Se adapta a diferentes tipos de superficie	2	3	4
[110113] Integridad de la piel	1	2	3
[110117] Tejido cicatricial	1	2	2
[160511] Refiere dolor controlado	1	2	3

[160505] Utiliza analgésicos como se recomienda	3	4	5

Escala Likert²⁰: 1 (inadecuado); 2 (ligeramente adecuado); 3 (moderadamente adecuado); 4 (sustancialmente adecuado); 5 (completamente adecuado).
Elaboración propia

4. DISCUSIÓN

Se ha realizado un plan de cuidados individualizado a un paciente con traumatismo múltiple con el fin de conocer sus necesidades y, en base a ellas, establecer una serie de objetivos e intervenciones que den respuesta a las mismas. Por lo tanto, se puede ver la importancia del papel de la enfermería y la continuidad de cuidados en la recuperación y bienestar físico, mental y social del paciente.

Una parte esencial del trabajo enfermero es la comunicación terapéutica¹³, sobre todo en el marco de la Atención Primaria, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y aumentar la eficacia de la práctica profesional y satisfacción del usuario. Sin una comunicación terapéutica eficaz no se puede garantizar unos cuidados humanizados ni centrados en la persona y por otro lado nuestra práctica profesional carecería de profesionalismo.

El autocuidado se refiere a las acciones que los pacientes realizan para mantener su propia salud y bienestar. Los sistemas de enfermería de Orem¹⁴ se centran en ayudar los usuarios a identificar y satisfacer sus necesidades de autocuidado, y en proporcionar la asistencia necesaria cuando no pueden hacerlo por sí mismos. Estos sistemas son importantes para ayudar a alcanzar y mantener una buena salud, además, son una parte integral de la práctica de enfermería.

El paciente señalaba y le daba especial importancia en la valoración inicial al deterioro de su vida social y actividades de ocio, por lo que se estableció el diagnóstico de disminución de las actividades recreativas. El sociólogo Dumazedier¹⁵ relacionó el ocio con la esfera de lo personal y le asoció tres funciones principales: descanso, diversión y desarrollo de la personalidad. Por ende, se fomentó una implicación en aquellas relaciones ya establecidas y el paciente comenzó a realizar salidas programadas con su grupo de amigos, obteniendo como resultado un aumento de la participación y disminución de su ansiedad.

Por otro lado, teniendo en cuenta que cuánto menor fuese su IMC, más fácil se le haría mejorar la ambulación, se le dieron una serie de pautas nutricionales. Carbajal y Ortega¹⁶ resaltan la importancia de una dieta nutricionalmente equilibrada que cubra las necesidades metabólicas de la persona. Se pudo ver la evolución del paciente desde la tercera visita, donde ya comentaba haber abandonado el picoteo entre comidas y la bollería industrial, consiguiendo el objetivo de disminuir el IMC con la pérdida de 3kg.

La realización de ejercicio físico combinada con la modificación de la dieta también contribuyó a superar el objetivo de mejorar la ambulación, dado que al sentirse menos pesado y al tolerar cada vez mejor la actividad física logró realizar caminatas a paso moderado. Sin embargo, estos avances han sido de forma paulatina dada su limitación física, pero gracias a su perseverancia y constancia se han visto reflejado los resultados.

La Sociedad Española del Dolor¹⁷, afirma que el dolor crónico puede tener un impacto en la movilidad y flexibilidad afectando a su calidad de vida, por lo que es fundamental un correcto control del dolor. La administración de analgesia se considera la intervención más efectiva para lograr un alivio del dolor crónico y conseguir una mejora en su vida cotidiana, por eso abarcar este problema es de suma relevancia y se consiguió resolverlo desde la segunda visita.

La fijación externa ha conducido a un diagnóstico de deterioro de la integridad cutánea por una interrupción de la continuidad de la piel. Diversos autores¹⁸ indican que mantener la integridad de la piel es esencial para proteger el cuerpo, mantener la función sensorial, regular la temperatura corporal y preservar la apariencia. Sin embargo, no se ha podido lograr el objetivo de recuperar la integridad de la piel, aunque se ha abordado el tema y se han dado consejos sobre la curación y prevención de infecciones.

La colaboración e involucración dinámica del paciente ha sido una parte integral y factor determinante en la realización de este PAE, estableciendo unos objetivos y actividades acordadas con el paciente. Todo esto se ha realizado de manera individualizada, teniendo en cuenta sus necesidades, temores, preocupaciones y limitaciones, de manera que el usuario se sienta cómodo con el proceso y, además, ha ayudado a mejorar la satisfacción de este con los cuidados recibidos.

Entre las principales limitaciones, hay que destacar que, durante las primeras dos visitas surgieron dificultades para lograr la adherencia del paciente a ciertos objetivos establecidos. Sin embargo, a través de la comunicación se le pudo explicar la importancia de su participación en el proceso y los beneficios que ello podría aportar a su bienestar. Al comprender mejor la relevancia de su colaboración, el paciente se mostró más motivado y comprometido, lo que facilitó el cumplimiento de dichos objetivos.

4.1.- Perspectiva del paciente

El accidente de moto ha sido un cambio radical en mi vida y en la de mi entorno, las lesiones que he sufrido han hecho que tenga que adaptar mi día a día. He tenido que adecuar mi casa a las circunstancias, comprando una cama acorde a mis necesidades, por ejemplo. También ha hecho que deje de hacer cosas que me encantaban, como salir con mis amigos a bailar o al estadio a ver el fútbol. Además, mi estado de ánimo ha cambiado, ahora estoy más desanimado con los planes de futuro y la recuperación. Hemos tenido que dedicar mucho tiempo y esfuerzo en acudir a las citas, tanto con mi enfermera como con las del hospital. En definitiva, no me siento el mismo y sé que nunca volveré a serlo. Sin embargo, esto no me ha quitado las ganas de volver a coger mi moto y salir de ruta los domingos, simplemente ha sido una experiencia que ha servido de aprendizaje sobre lo que no hay que hacer.

5. CONCLUSIONES

En la elaboración de este plan de cuidados individualizado a un paciente con traumatismo múltiple, se han podido establecer unos objetivos realistas, fomentar la comunicación terapéutica, enfocar las intervenciones en base a las necesidades cambiantes del paciente y favorecer el confort del usuario y el entorno.

Gracias a este trabajo se puede observar la importancia del papel de la enfermería que, mediante la comunicación con el usuario, logró priorizar y planificar unos resultados de mejora, formulando objetivos y actividades ajustados a las necesidades del paciente. Por lo que, debe favorecerse la elaboración de planes de cuidados que favorezcan la correcta atención y continuidad de cuidados de los pacientes.

REFERENCIAS

- [1] Melgarejo D. Cuidados de enfermería en el paciente politraumatizado. Rev. Enferm. 2010; 1(15). Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/388/2002-5.pdf%3Bsequence%3D>
- [2] Dirección General de Tráfico (DGT) D. Consejos y normas de Seguridad Vial. Subdirección Gen Gestión la Movil y Tecnol. 2019; 2. Disponible en: <https://acortar.link/gfjmX4>
- [3] Espinoza JM. Atención básica y avanzada del politraumatizado. Acta méd. Peruana. 2011; 2(28):105-111. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n2/a07v28n2.pdf>
- [4] Talavera ML, Fontseré AM, Raya A. La enfermera de atención primaria: rol y responsabilidades. Aten. Primaria. 2022; 54:1-2. <https://doi.org/10.1016%2Fj.aprim.2022.102345>
- [5] Bustillo MA, Gómez M, Guillén AI. Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. Clínica y Salud. 2018; 29(2). <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a13>
- [6] Martínez S. Síndrome de sobrecarga del cuidador informal. 2020; 14(1):1-3. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v14n1/1988-348X-ene-14-1-e14118.pdf>
- [7] Fernández B. La valoración enfermera. Análisis, síntesis e identificación de problemas. En: Fernández B. Aplicación de los lenguajes normalizados NANDA, NOC, NIC. 4ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE). 2022: 41-54.
- [8] Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Servicio Andaluz de Salud. 2024; 2:122. Disponible en: <https://acortar.link/WQNbtz>
- [9] Healthier T, Kamitsuru S, Takao C. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023. 12ª ed. España: Elsevier. 2022.
- [10] Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M L. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª ed. España: Elsevier. 2018.
- [11] Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. España: Elsevier. 2018.
- [12] Matas A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. Revista electrónica de investigación educativa. 2018; 20(1). Disponible en: <https://cutt.ly/jGvHhys>
- [13] González C. La comunicación terapéutica usuario-enfermera en las consultas de atención primaria. Rqr. 2014; 2(2):82-92. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4724703>
- [14] Prado LA, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Med Electron. 2014; 36(6):835-845. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
- [15] Lazcano I, Madariaga A. El valor del ocio en la sociedad actual. La marcha nocturna: ¿Un rito exclusivamente español? 2016:15-33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6149004>
- [16] Carbajal A, Ortega R. La dieta mediterránea como modelo de dieta prudente y saludable. Rev Chil Nutr. 2001; 28(2):224-236. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/458-2013-07-24-CarbajalOrtegaRevChilNutr2001.pdf>

- [17] Failde I. El dolor crónico, algo más que un problema de quien lo padece. Rev Soc Esp Dolor. 2014; 21(1):1-2. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v21n1/editorial.pdf>
- [18] Carrasco JM, Dumont E, Gálvez F, Gutiérrez M, Montesinos P, García MA. Un antes y un después: del riesgo o deterioro de la integridad cutánea a la integridad tisular. GEROKOMOS. 2008; 19(3):153-158. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n3/153rincon.pdf>

Accidentes biológicos en estudiantes del Grado en Enfermería de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Blanca Hernández-Hernández^a, Tomás Santana-González^a, Adrián Luis Varela-Pedreño^a, Francisco Javier Domínguez-Santana^b, María José Rosas-Molina^c

^aEIR Enfermería del Trabajo en la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín; ^bEspecialista en Enfermería del Trabajo en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno- Infantil de Gran Canaria; ^cTutora de EIR de Enfermería del Trabajo en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

RESUMEN

Se considera accidente con riesgo biológico, al contacto con sangre u otros fluidos biológicos por inoculación percutánea o contacto con mucosas durante la jornada laboral. Estos accidentes son susceptibles de aplicar medidas preventivas, las cuales incluyen medidas de protección al trabajador con materiales de bioseguridad y recomendaciones de uso, pero sin embargo se siguen produciendo accidentes laborales por exposición a materiales biológicos. El objetivo principal fue estudiar la prevalencia de los accidentes biológicos en estudiantes del grado de enfermería de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria (ULPGC), en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN) y en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI). Es un estudio observacional, descriptivo, transversal de los accidentes biológicos declarados en los años 2019, 2020, 2021 y 2022 en el HUGCDN y en el CHUIMI. La muestra se conformó por todos los estudiantes del Grado de Enfermería de la ULPGC que declararon accidentes biológicos en esos años, resultando un registro total de 54 estudiantes. El 74,07% de los accidentes que se produjeron en los años estudiados, ocurrieron por pinchazos y un 9,25% fueron salpicaduras de sangre en conjuntiva. Las agujas subcutáneas fueron el instrumental sanitario causante de más pinchazos en dichos años, correspondiendo a un 38,88% del total de accidentes. Existe desconocimiento y resistencia al uso de elementos de protección individual y a la notificación de los accidentes de riesgo biológico tanto en profesionales del área de la salud como estudiantes. Los estudiantes de ciencias de la salud poseen un nivel de conocimiento regular y la mayoría practican parcialmente las medidas de bioseguridad durante la atención a los pacientes.

Palabras clave: bioseguridad, estudiantes de enfermería, exposición profesional, prevención de accidentes.

1. INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) identifica el riesgo biológico como la probabilidad de que un trabajador sufra un daño a causa de la exposición o contacto con agentes biológicos durante la realización de su actividad laboral¹. Principalmente, los accidentes de riesgo biológico son cuando esta exposición se produce de manera accidental y el trabajador entra en contacto con los diversos agentes patógenos, a través de lesiones percutáneas (pinchazos, cortes, rasguños), por contacto con membranas o piel no intacta (lesiones o dermatitis), con sangre, tejidos o fluidos corporales potencialmente infecciosos (semen, secreciones vaginales, líquidos cefalorraquídeos, sinovial, pleural, pericárdico y amniótico)².

Actualmente, los profesionales sanitarios se ven expuestos a varios agentes patógenos (virus, bacterias, parásitos, priones, cultivos de células, microorganismos modificados genéticamente, etc.), pero las enfermedades infecciosas más importantes son: las originadas por el virus de la Hepatitis B (VHB), siendo esta a su vez la más frecuente; la Hepatitis C (VHC) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)^{3,4}. La actividad que más riesgo presenta en la profesión enfermera es la aplicación de medicación y la práctica asistencial con un 15%, sobre todo en el personal con menos de un año de experiencia laboral debido a la sobrecarga laboral, falta de precaución, etc.², añadiendo a este grupo a los estudiantes del grado de Enfermería, objeto del presente estudio.

Actualmente, la incidencia de accidentes de riesgo biológico en España es escasa, no obstante, hay algunos datos que revelan un ligero aumento entre 51 y 59 por cada 1000 encuestados en un año, a pesar de que no se suelen registrar todos los que se producen durante la jornada laboral, tanto en España como en países extranjeros². Sin embargo, hay más aporte estadístico y de estudios de países de América donde hay mayor incidencia en comparación con España^{2,3}.

En el presente estudio, nos hemos querido centrar en los estudiantes del grado de Enfermería, dado que consideramos que es un grupo muy vulnerable a los accidentes biológicos por diversos factores, siendo los principales, la falta de pericia y experiencia en el ámbito de trabajo⁵.

El objetivo principal del estudio es conocer la prevalencia de accidentes biológicos declarados por estudiantes de enfermería de la ULPGC en el HUGCDN y en el CHUIMI en los años 2019, 2020, 2021 y 2022.

Los objetivos específicos son:

1. Determinar cuál es el mecanismo más habitual que produce dichos accidentes en los estudiantes.
2. Investigar si los estudiantes utilizan las medidas de protección adecuadas.

2. METODOLOGÍA

El presente trabajo es un estudio observacional, descriptivo y transversal de los accidentes biológicos declarados en los años 2019, 2020, 2021 y 2022 en el HUGCDN y en el CHUIMI. La muestra se conformó por todos los estudiantes del grado de enfermería de la ULPGC que declararon accidentes biológicos, resultando un registro total de 54 estudiantes. La recogida de datos fue llevada a cabo por las respectivas enfermeras especialistas en enfermería del trabajo, ubicadas en las Unidades de Prevención de Riesgos Laborales, de los citados hospitales.

Para la recogida de datos, se utilizó una encuesta con preguntas normalizadas y aceptadas por todas las Unidades de Prevención de Riesgos Laborales de los hospitales de la Comunidad Autónoma de Canarias donde recogieron todas las variables que se especificarán a continuación y los datos necesarios para la investigación posterior de dichos accidentes así como la notificación de dichos accidentes a la mutua de accidentes concertada por la Consejería de Sanidad en el caso de los trabajadores de dichos centros de trabajo. La misma encuesta se utilizó para recoger las declaraciones de los estudiantes. Se incluyeron a todos los estudiantes de la citada titulación y universidad que acudieron en algún momento de los años estudiados a declarar algún accidente biológico a las Unidades de Prevención de Riesgos Laborales de los Hospitales públicos de Gran Canaria (HUGCDN y CHUIMI). Estos datos estadísticos fueron proporcionados por dichas Unidades. Se excluyeron a los estudiantes de otras titulaciones sanitarias y a los estudiantes de la misma titulación de otra de las universidades presentes en la isla.

Las variables principales del estudio las podemos dividir en:

Variables demográficas:

- a) Edad: cualitativa categórica, en 6 grupos de intervalos de edad, de 18 a 22, de 23 a 27, de 28 a 32, de 33 a 37, de 38 a 42 estableciendo como grupo extremo > 43 años.
- b) Sexo: nominal (mujer/ hombre/ no binario)
- c) Procedimiento de medida e instrumento: se recogerán a través de preguntas al inicio del cuestionario de la encuesta normalizada, con opciones de respuesta cerrada.

Variables cualitativas:

- a) DNI
- b) Fecha de nacimiento
- c) Fecha y hora de exposición.
- d) Categoría Laboral: Estudiantes.
- e) Tipo de contrato: Formación.
- f) Área de Trabajo: nominal, eligen entre 10 opciones (Hospitalización, laboratorios, urgencias, radiología, cuidados intensivos, quirófano/paritorio, esterilización, hemodiálisis, P. funcionales/ Consultas ext., Otros)
- g) Fluido contaminante: nominal, eligen entre 7 opciones (Sangre, vómito, líquidos estériles, orina, orina/sangre, saliva/ esputo, otros)
- h) Tipo de lesión: nominal, eligen entre 5 opciones (Pinchazo, corte, rasguño, salpicadura, otros)
- i) Sangrado espontáneo. Nominal dicotómica. Sí o No.
- j) La zona corporal expuesta ha sido: nominal, eligen entre 5 opciones (Manos, piel no intacta, conjuntiva, mucosa nasal, otras)
- k) ¿Para qué se había usado el material causante de la exposición? Nominal, eligen entre 10 opciones: Punción Intramuscular (IM)/Subcutánea (SC), Punción Endovenosa (EV), Sutura, Obtención fluido corporal, muestra o tejido, punción dedo, talón o lóbulo de la oreja, incisión quirúrgica, como contenedor de líquido corporal, otra.
- l) El material causante de la exposición ¿es de seguridad?: Nominal, dicotómica: Sí, No.
- m) ¿Ha fallado el material de seguridad? Nominal dicotómica: Sí o No (Fallo mecánico o el trabajador no sabía usarlo): Nominal dicotómica: Fallo mecánico o No sabía usarlo.
- n) ¿Cómo ha ocurrido la exposición? Nominal, eligen entre 6 opciones: Durante el uso del material, al re encapuchar la aguja, problemas en el contenedor, material desechado en lugar inadecuado, durante el transporte/recogida, otros)
- o) ¿Qué objeto ha causado la exposición? Nominal, eligen entre 8 opciones: Aguja SC, Aguja IM, Aguja IV, Aguja de sutura, Instrumental quirúrgico o cortante, material de cristal, lanceta, otros.
- p) Protección o método barrera utilizado en el momento de la exposición.

Nominal, eligen entre 7 opciones: guante, guante doble, gafas, mascarilla, protector facial, ninguna, bata impermeable.
 q) ¿Cuál ha sido su actuación tras la exposición? (Se admite más de una): Provocar sangrado de la herida, aplicar antiséptico, lavar la herida con agua, irrigación con suero fisiológico, lavar la herida con agua y jabón, ninguna.
 r) Estado serológico de la persona expuesta antes del accidente o en la determinación basal post-accidente. Nominal, eligen entre 6 opciones: Portador crónico, antiHBs>10 UI/L, en proceso de vacunación frente a VHB, No vacunado, No respondedor, se desconoce.

3. RESULTADOS

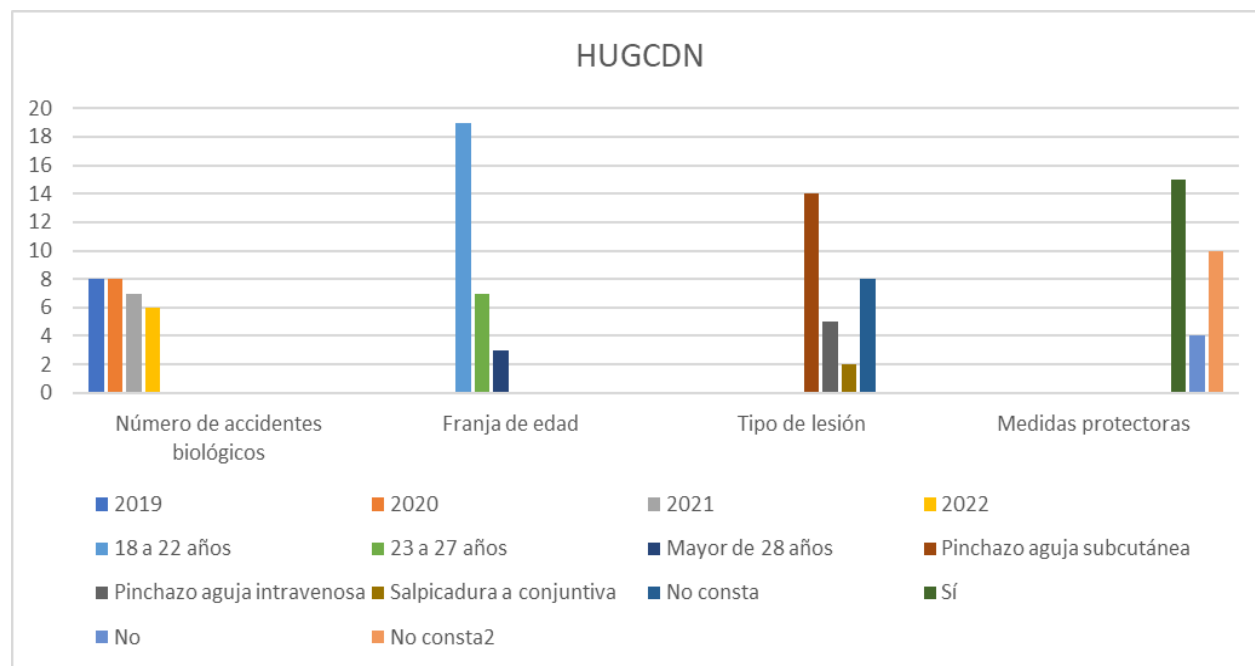


Figura 1. Accidentes biológicos ocurridos en el HUGCDN

En el HUGCDN, las estudiantes de enfermería de la ULPGC declararon durante el año 2019, 8 accidentes biológicos. Fueron todas mujeres. De ellas, tres fueron por agujas SC y llevaban medidas protectoras (guantes). Dos fueron salpicaduras a conjuntivas y no llevaban gafas protectoras.

De estas 8 estudiantes, cuatro se encontraban en la franja de edad de 18 a 22 años y otras cuatro, en la franja de 23 a 27 años.

En el año 2020, se declararon 8 accidentes biológicos, de ellos tres fueron ocasionados por agujas IV y dos, por agujas SC. Resaltar que dos estudiantes no llevaban guantes en el momento del accidente. De ellos, siete se encontraban en la franja de edad entre 18 a 22 años y uno, entre los 23 a 27 años.

En el 2021, se declaran 7 accidentes, siendo tres de ellos por aguja SC y dos por aguja IV. De ellos, cuatro se encontraban con edades entre los 18 a 22 años y tres en franjas superiores a los 28 años.

Finalmente, en el 2022, en el HUGCDN se notificaron 6 accidentes y en todos ellos el mecanismo implicado fue la aguja SC. Todas usaron guantes. cuatro de ellas tenían entre 18 a 22 años, las otras dos estudiantes se encontraban en la siguiente franja (de 23 a 27 años).

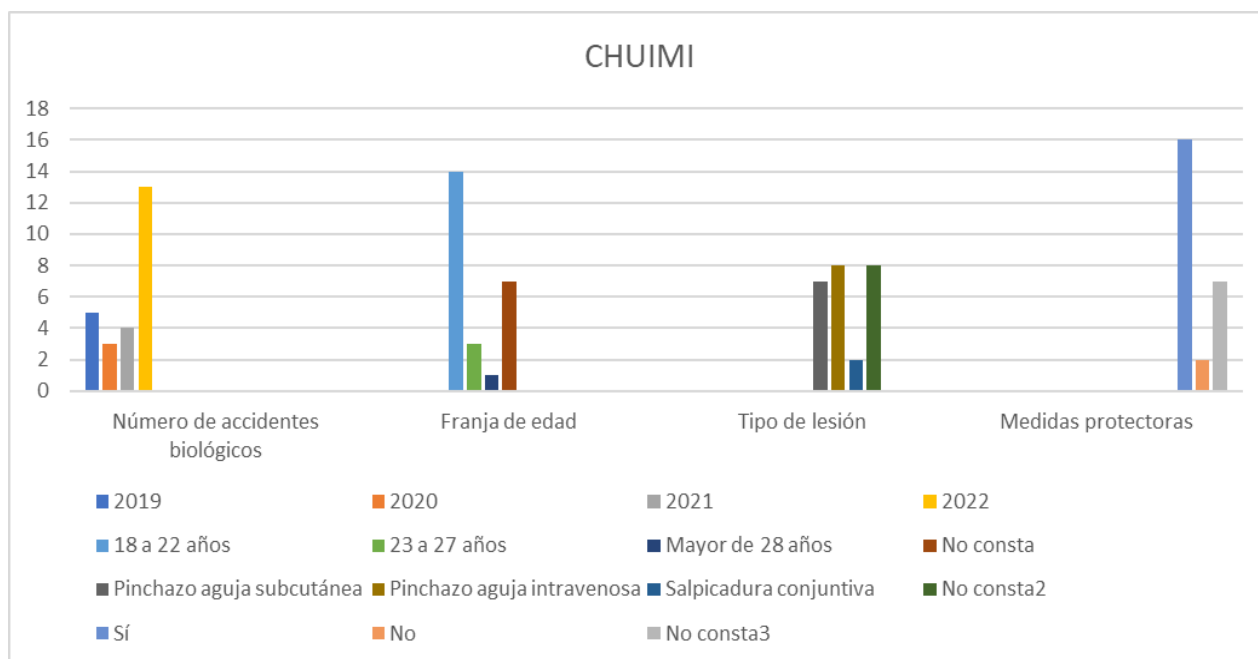


Figura 2. Accidentes biológicos ocurridos en el CHUIMI

En el año 2019, en el CHUIMI se declararon 5 accidentes, tres mujeres y dos hombres. El mecanismo del accidente implicado fue la aguja SC (dos casos, uso de guantes), también ocurrieron 2 salpicaduras en conjuntivas (no medidas de protección). De esos 5 accidentes, tres estudiantes se encontraban en la franja de edad entre 18 a 22 años y dos en la franja de 23 a 27 años.

En cambio, en el año 2020, se notifican solo 3 accidentes, y dos de ellos por agujas IV, llevaban guantes. Dos de ellos, tenían edades comprendidas entre los 18 a 22 años, y uno de ellos, no tenía registrada la fecha de nacimiento.

Durante el año 2021, uno de ellos por aguja SC y en otro caso, no se registra el mecanismo. Solo dos llevan guantes. De ellos, tres estaban entre los 18 y 22 años.

Finalmente, en el año 2022, en el CHUIMI se notificaron 13 accidentes biológicos, siendo el mecanismo más implicado la aguja IV (seis) y la aguja SC (cuatro). Todos llevaban guantes. Sus edades eran siete en la primera franja de edad (de 18 a 22 años), una en la franja de 23 a 27 años, otra entre 33 a 37 años y cuatro no habían especificado la edad.

Destaca que todos los accidentes por pinchazos de los que se tienen datos se produjeron en los miembros superiores (manos) y las salpicaduras de sangre en conjuntivas oculares.

4. DISCUSIÓN

En el mundo hay 35 millones de trabajadores en el sector sanitario, de los cuales aproximadamente 3 millones sufren algún tipo de exposición percutánea con implicación de riesgo biológico⁶, de estos tres millones, dos millones se exponen al Virus de la Hepatitis B (VHB), 0,9 millones al Virus de la Hepatitis C (VHC) y 170.000 al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)⁷. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que al año se producen dos millones de pinchazos con agujas en los sanitarios que resultan en infecciones por estos virus, en todo el mundo⁸.

Revisiones de estudios, concluyen que los años de experiencia suponen un factor protector frente a los accidentes, los trabajadores con experiencia menor de un año suponían el 47,7% de los accidentes acaecidos, por lo que tendría que tenerse en cuenta dada la limitada experiencia clínica de los estudiantes⁹.

1) Tipo de accidente biológico más declarado:

Un estudio de María Mercedes García¹⁰ "Estudio de caracterización de accidentes biológicos en estudiantes de pregrado de la Facultad de Ciencias de la Salud", concluye que un 17,1% de estudiantes sufre accidentes biológicos durante las prácticas asistenciales. El mecanismo de transmisión más frecuente fueron los pinchazos con elementos cortopunzantes en miembro superior, representados con el 65,9%, el segundo mecanismo fue la exposición a mucosas oculares con sangre o fluidos corporales con un 17%.

Se compara con otro estudio de 364 accidentes biológicos en trabajadores donde el accidente más frecuente es la punción con agujas (81,8%), seguido de salpicadura (6,5%). La mano es la zona del cuerpo donde ocurren la mayoría de los accidentes (91,2%), seguido de conjuntiva ocular (3,8%) en relación a las salpicaduras. Siendo las enfermeras el colectivo sanitario que más lo sufre (61,8%). Coinciden los resultados entre los accidentes declarados por estudiantes y por enfermeras graduadas¹¹.

2) Dispositivos de bioseguridad para evitar los pinchazos:

Con el objetivo de disminuir los accidentes biológicos se han instaurado en los centros sanitarios, dispositivos de seguridad (DS), y se ha visto la importancia del buen uso de estos^{12,13}. Diferentes estudios avalan la disminución y protección de los profesionales sanitarios frente a exposiciones biológicas han sido debidas al buen uso de DS¹²⁻¹⁴, y más recientemente con la actual pandemia, Carreira y cols., estima que hubo un 100% de eficacia en los DS, tanto los de tipo activo, como los de tipo pasivo¹⁴, no obstante sugieren la implicación del conocimiento necesario en el buen uso de estos dispositivos, sobre todo los de tipo activo que dependen del profesional para activar su correcto uso¹³.

3) Género:

En la totalidad de los estudios analizados, queda reflejado que la distribución es notablemente mayor en mujeres frente a los hombres. En cuanto a los profesionales de enfermería, la predominancia del sexo femenino se debe a que tradicionalmente la carrera se ha considerado propia de las mujeres, por lo que en las instituciones de salud existe aún una mayor proporción.

En España, hay 316.094 profesionales de enfermería colegiados, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) hasta el año 2019. El 84,2% de estos profesionales son mujeres (266.020)¹⁵.

4) ¿Por qué pueden ocurrir accidentes en los estudiantes de enfermería?

La ausencia de formación específica sobre prevención de riesgos laborales se asocia a una mayor probabilidad de exposición accidental sin la adopción o el cumplimiento de las precauciones estándares¹⁶, pero las intervenciones para prevenir los accidentes biológicos deben ser específicas para cada categoría profesional y área de trabajo y apostar por la introducción de dispositivos de seguridad implementando acciones individualizadas que minimicen los riesgos¹⁷.

5) Declaración de los accidentes:

El principal motivo que consideran los encuestados por el que los estudiantes de enfermería no notifican los accidentes biológicos sufridos, es el temor a la estigmatización (41,7%)⁵.

Se necesitan nuevas estrategias para reducir el riesgo de exposición, así como la implementación de laboratorios de simulación para la práctica de enfermería y la presencia adecuada de tutores en la formación clínica¹⁷⁻¹⁹.

Debido a la alta incidencia de los accidentes biológicos y que la estigmatización ha sido el motivo más relevante para no notificarlo al tutor de prácticas, se considera necesario ofrecer una adecuada formación e información. Esta puede ofrecerse en la facultad o en el servicio de prácticas al que haya sido asignado el estudiante, transmitiéndole tranquilidad y asegurándole que no va a haber ningún tipo de repercusión ni represión si sufre un evento de estas características¹⁷.

6) ¿Utilizan o no los estudiantes las medidas preventivas?

Se realizó un estudio en La Universidad de Barcelona (UB) donde concluyen para dar respuesta a esta pregunta: “En primer lugar, la formación en medidas preventivas y de higiene está contemplada en los planes de estudio como una formación puntual y no lineal en la carrera. En segundo lugar, los estudiantes los perciben como una formación necesaria dado su grado de inexperiencia, pero que no es necesaria cuando se adquieren ciertas destrezas. En tercer y último lugar, tanto por lo que respecta a los centros de salud como a los hospitales no hay un consenso en la obligatoriedad que todos los profesionales adopten estas medidas a la práctica diaria”^{18,19}.

Limitaciones del estudio.

No existen datos estadísticos de la entrega del Seguro Escolar que se realiza posteriormente por parte de la Administración de la Facultad de Ciencias de la Salud de la ULPGC para poder comparar si coinciden dichas declaraciones. Se debería plantear tener un registro de estos accidentes por parte de la Facultad. Tampoco hemos dispuesto de los datos estadísticos de los accidentes biológicos ocurridos en Atención Primaria por lo que no podemos concretar, si estos accidentes ocurren con mayor o menor frecuencia en Atención Primaria o Atención Especializada.

Hay que destacar la escasez de estudios actuales en referencia al tema de estudio por lo que es una línea de futuras investigaciones.

Finalmente, al no ser considerados trabajadores (se encuentran en formación pregrado), no se han recogido en algún caso, todos los datos necesarios para poder investigar esos accidentes o poder obtener más conclusiones.

5. CONCLUSIONES

1. El 74,07% de los accidentes que se produjeron en los años estudiados, ocurrieron por pinchazos y un 9,25% fueron salpicaduras de sangre en conjuntiva. Las agujas subcutáneas fueron el instrumental sanitario causante de más pinchazos en dichos años, correspondiendo a un 38,88% del total de accidentes, afectando sobre todo a la parte anatómica de las manos. Estos datos coinciden con los estudios consultados. De los 41 pinchazos, solo tres estudiantes no llevaban los guantes puestos en el momento del accidente. En cambio, en las 5 salpicaduras de sangre en conjuntiva declaradas, ninguno llevaba protección facial o gafas de seguridad.
2. Es importante conocer el uso de los diferentes DS, cómo funcionan y, además, la retirada de objetos peligrosos en las áreas de trabajo. Se debería insistir en los laboratorios de simulación, el conocimiento de los DS que se van a encontrar a la hora de realizar las diferentes técnicas en las prácticas clínicas.
3. Se debe insistir en todas las asignaturas durante el grado en las medidas preventivas (uso de guantes, mascarillas, gafas de seguridad...) no resumirlo en un tema puntual de una sola asignatura, es decir, abordarlo de manera transversal.

REFERENCIAS

- [1] Riesgos Biológicos - INSST - Portal INSST. Disponible en: <https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-biologicos>
- [2] Vieytes-Vera ST, García-Aranguren KV, Numpaque-Pacabaque A. Conocimiento de accidentes de riesgo biológico en estudiantes y trabajadores del área de la salud. *Cienc Salud Virtual*. 2017;9(2):90–103. <http://dx.doi.org/10.22519/21455333.961>
- [3] Rodríguez-Sotolongo MA, Begerano-Gil N, Pérez-Hidalgo N, Pedroso-Moya MV, Álvarez-Monteagudo CR. Riesgo biológico laboral en instituciones de salud y su control: precauciones estándar en la atención a pacientes. *Rev Invest Medicoquir*. 2017; 9(1):127–42. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2017/cm-q171j.pdf>
- [4] Mutualia. Manual para la prevención del riesgo de accidente biológico. Euskadi. Disponible en: <file:///C:/Users/hp/Downloads/Manual%20para%20la%20prevenci%C3%B3n%20del%20riesgo%20de%20accidente%20biol%C3%B3gico.pdf>
- [5] Ladrero-Paños I, Pérez-Aranda MJ. Riesgos biológicos en los estudiantes de Enfermería de la Universidad San Jorge. *Conocimiento Enfermero*. 2020; 9: 45-55. Disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/119/69>
- [6] Yenesew MA, Fekadu GA. Occupational Exposure to Blood and Body Fluids Among Health Care Professionals in Bahir Dar Town, Northwest Ethiopia. *Safety and Health at work*. 2014; 5(1):17-22. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2013.11.003>
- [7] Pérez-Ruiz C, Torres-Salinas M, de la Red-Bellvis G, Msabri N, Niño-Aragón E, Sobrino-Martínez J. Incidencia de exposiciones accidentales a sangre y fluidos biológicos en el personal sanitario de un hospital comarcal. 2016; 31(6):505-10. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.08.008>
- [8] Ozer ZC, Bektas HA. Needlestick injuries during education period in nursing students in Turkey. *Procedia Soc and Beh Sci*. 2012; 46: 3798-801. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.06.149>
- [9] Motaarefi H, Mahmoudi H, Mohammadi E, Hasanpour-Dehkordi A. Factors Associated with Needlestick Injuries in Health Care Occupations: A Systematic Review. *J Clin Diagn Res*. 2016. 10(8): <https://doi.org/10.7860%2FJCDR%2F2016%2F17973.8221>
- [10] García-Gómez M. Estudio de caracterización de accidentes biológicos en estudiantes de pregrado de la Facultad de Ciencias de la Salud: Universidad Libre. Seccional Cali. 2013. *Enferm Glob*. 2016; 15(42):199-214. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.2.212291>
- [11] Arroyo-Mateo X, Zapata-Chumbes U, Llargués-Masachs M, Cabot-Mota L, Rodríguez-Torreblanca JE. Análisis descriptivo de los accidentes biológicos registrados en la Mutua de Accidentes de Trabajo. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab*. 2015; 24(3):108–12. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552015000300003&lng=es.
- [12] Caballé-Roselló M. Uso de dispositivos de bioseguridad en Enfermería: análisis de un cambio cultural. *Rev Enf del Trab*. 201; 8(2):62-71. Disponible en: <https://www.mutuauniversal.net/export/sites/webpublica/.content/docs/Publicaciones/dispositivo-bioseguridad-enfermeria.pdf>
- [13] Viguera-Bravo MC, Palmer-Ruiz A, Vadillo-García C. Situación actual de los accidentes biológicos tras introducción de material de seguridad. *Rev Enf del Trab*. 2013; 3(4):146-54. Disponible en: <file:///C:/Users/hp/Downloads/Dialnet-SituacionActualDeLosAccidentesBiologicosTrasIntrod-4698242.pdf>

- [14] Carreira-González P, González-Centeno P, Lameiro-Vilariño MC. Eficacia de materiales con dispositivos de bioseguridad en un Área Sanitaria. *Rev Enf del Trab.* 2013; 3(4):129-37. Disponible en: <file:///C:/Users/hp/Downloads/Dialnet-EficaciaDeMaterialesConDispositivosDeBioseguridadE-4698170.pdf>
- [15] Instituto Nacional de Estadística. Área de prensa / Notas de prensa publicadas. www.ine.es/prensa/prensa.htm
- [16] Alcántara-Luque R, Rodríguez-Borrego M.A, González-Galán C.M, Clapes-Roldán C. Percepción de riesgo en alumnos de Enfermería. *Enferm. glob.* 2013; 12(29): 341-351. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100018&lng=es.
- [17] Petrucci C, Alvaro R, Cicolini G, Cerone MP, Lancia L. Percutaneous and mucocutaneous exposures in nursing students: an italian observational study. *J Nurs Scholarsh.* 2016; 41: 337-43. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2009.01301.x>
- [18] Moreno-Arroyo MC, Puig-Llobet M, Falco-Pegueroles A, Lluch-Canut MT, García IC, Roldán-Merino J. What is the perception of biological risk by undergraduate nursing students? *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016; 24(0):e2715. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0722.2715>
- [19] López-Matheu C. Actitudes y creencias en los estudiantes del Campus de Bellvitge sobre las medidas higiénicas y las precauciones estándar. *Cultura Cuidados.* 2009; 25:81-7. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/11543>

“Comiendo bien para vivir mejor”. Una intervención educativa con familiares de escolares de infantil de Arrecife

Dolores-Ariana García-Robayna^a, María-Magdalena Marrero-Montelongo^b

^aEstudiante Maestría en Enfermería Escolar. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bProfesora del Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

En la actualidad el sobrepeso y la obesidad adquieren cifras de epidemia llegando a ser preocupante en el ámbito infantil, superándose en Canarias la media nacional. *Objetivo:* Capacitar a las madres de los educandos de 1^{er} curso de Educación Infantil de un colegio de Arrecife en alimentación saludable a través del diseño, ejecución y evaluación de un programa educativo. *Metodología:* Intervención de promoción de la salud de carácter grupal desarrollada en el ámbito de la escuela con mediciones pre y post intervención y sin grupo control. Se obtuvo información del peso y la talla de los educandos a través de sus madres. Para la recogida del resto de datos se utilizaron los cuestionarios GNKQ-R y MEDAS-14, la entrevista y la observación directa. *Resultados:* Grupo formado por ocho madres de educandos de 1^{er} curso de Educación Infantil de un colegio de Arrecife. El 75% de los educandos presentaba normopeso, el 12,5% sobrepeso y el 12,5% restante obesidad infantil leve. *Conclusiones:* La intervención educativa Comer bien para vivir mejor ha sido importante para las participantes, incidiendo positivamente en ellas y de forma indirecta en sus hijos, mostrando cambios en los datos obtenidos al inicio y al final a pesar del corto espacio de tiempo en el que se ha podido desarrollar.

Palabras clave: preescolar, padres, sobrepeso, obesidad pediátrica, crianza del niño, relaciones familiares.

1. INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Resulta paradójico que mientras mueren millones de personas por hambre en el mundo, la obesidad adquiere caracteres de epidemia¹, llegando a producir consecuencias tanto en el entorno social, económico, cultural y físico de la población. Pero es en la etapa infantil y juvenil donde sus consecuencias son aún más preocupantes, pues estos hábitos aprendidos tienden a ser mantenidos en el futuro, con la consecuente repercusión en la propia salud. De ahí la importancia de actuar de manera prioritaria en materia de prevención². El diagnóstico de sobrepeso y obesidad no es sencillo. Requiere de un adecuado estudio de la historia clínica identificando la etiología del problema para así poder abordarlo de raíz. En la población infantil mayor de 2 años existe un carente consenso sobre cómo realizar esta ardua labor. En la actualidad se sigue tomando como herramienta las tablas de la Fundación Orbegozo de 1988. El Índice de Masa Corporal (IMC) es un indicador fiable que nos proporciona el porcentaje de grasa corporal clasificando el peso entre normopeso, sobrepeso y obesidad. Tanto el cálculo de IMC como las tablas de Orbegozo nos permiten diagnosticar la obesidad, pero no conocer su grado de cuantificación. Para ello disponemos del cálculo de Z-score, el cual nos permite clasificar la obesidad en leve, moderada o grave según el número de desviaciones estándar para la edad y sexo pudiendo hacer un seguimiento más preciso durante el tratamiento tanto a corto como a largo plazo.

Según datos del Estudio Nutricional de la Población Española, la obesidad infantil en Canarias supera la media nacional en niños mayores de 5 años al alcanzar el 43,31% mientras que en España la media se sitúa en el 40%³. Esto unido a los cambios en los estilos de vida son los principales causantes de la prevalencia de patologías como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus o enfermedades cardiovasculares entre otras² llegando a acortar la esperanza de vida de una persona hasta en 10 años además de suponer un elevado coste para el sistema sanitario⁴.

En Canarias existe el Programa de Intervención para la Prevención de la Obesidad Infantil (PIPO)⁵, el cual consiste en una guía pediátrica de alimentación que dota a los lectores de pautas nutricionales y de actividad física. En ella se destaca que las dietas tradicionales como la mediterránea han sido reemplazadas por alimentos con alto contenido en grasas y azúcares, que junto con la disminución de la ingesta de frutas, verduras y cereales empobrecen el valor nutritivo de las mismas⁶. A nivel nacional destaca la estrategia NAOS cuyo objetivo es llegar a invertir la prevalencia de la obesidad y por ende reducir las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles.

Es una realidad que el acto de la nutrición juega un papel importantísimo en nuestra salud siendo esencial durante la infancia que los niños aprendan a comer correctamente. Durante esta etapa los menores adquieren los hábitos tanto sanos como

insanos por lo que tiene un cariz más importante que estas rutinas sean las adecuadas, favoreciendo el correcto crecimiento físico, así como el intelectual⁷. La escuela se convierte por tanto en el lugar idóneo para desempeñar la educación para la salud⁸ siendo el servicio de comedor escolar un recurso positivo, permitiendo a los educandos cubrir al menos el 30-35% del aporte energético diario, durante al menos ocho meses al año, además de conformar una potente herramienta en la construcción de hábitos alimentarios saludables promoviendo una alimentación sana, variada, inculcando rutinas, hábitos de higiene y de comportamiento, favoreciendo la convivencia y la autonomía.

La figura de la enfermera escolar, cada vez más en auge, completa al equipo educativo apostando por la calidad de la educación para la salud, así como dotando de tranquilidad a los docentes que en ocasiones deben asumir tareas para las cuales no están cualificados. Lamentablemente, hoy en día no está normalizada su presencia en nuestro país a pesar de que esta está más que justificada por su ardua labor en la promoción de la educación para la salud entre otros⁹. Por otra parte, la promoción de la salud por parte de la enfermera y más concretamente inculcar hábitos alimentarios saludables a menores en la escuela ha sido enfocado directamente a los niños. Estos no disponen de los nutrientes y/o alimentos por sí solos. Precisan de un adulto encargado de sus cuidados que los adquiera, los procese y los disponga para que ellos los puedan consumir. La familia como miembro de la comunidad educativa¹⁰ tiene un papel muy importante en el cuidado de los hijos pudiendo influir y modificar las conductas de estos¹¹. Es por ello por lo que se considera la importancia de promover el empoderamiento de las madres, padres y tutores legales en el ámbito de la alimentación ya que a su vez repercute en la salud de los alumnos en edades tempranas. Esta intervención educativa pretende crear hábitos alimentarios saludables en educandos de infantil de 3 años de manera indirecta, actuando sobre las familias. Este tipo de abordaje es novedoso puesto que habitualmente esta formación era ofrecida únicamente a los pequeños.

Objetivo general

Capacitar a las madres, padres y/o tutores legales de los educandos de 1^{er} curso de Educación Infantil de un colegio de Arrecife en alimentación saludable a través del diseño, ejecución y evaluación de un programa educativo.

Objetivos específicos

- Mostrar el porcentaje de hijos de madres del grupo con obesidad o sobrepeso antes y después de la intervención.
- Describir el tipo de alimentación que el grupo de madres aporta a sus hijos, antes y después de la intervención.
- Describir el patrón de actividad física extraescolar de los hijos del grupo de madres, antes y después de la intervención.
- Identificar las madres del grupo con conocimientos sobre la alimentación saludable, actividad física y problemas de salud derivados de una mala alimentación de sus hijos, antes y después de la intervención.
- Precisar las madres del grupo que muestran habilidades de negociación con sus familiares, antes y después de la intervención.

2. METODOLOGÍA

La intervención educativa se desarrolló en la ciudad de Arrecife, capital de Lanzarote, que se encuentra en el sureste de dicha isla a una altitud de 10 metros sobre el nivel del mar, con una topografía muy suave¹². Tiene una extensión de 32,95 kms² y consta de una población aproximada de 55.000 habitantes. El centro educativo elegido se encuentra en dicho municipio, en una ubicación de fácil acceso. Se trata de un colegio público de línea 3, donde se cursa Educación Infantil y Primaria. El nivel socioeconómico de las familias es muy variado. Coexisten núcleos familiares de bajo poder adquisitivo, mediana renta y en menor medida de nivel económico superior. Es importante matizar que la Comunidad Autónoma de Canarias presentó una tasa de riesgo de pobreza del 28,4% en el año 2021, bastante por encima de la tasa nacional siendo esta de 21,7%¹³. Hay que destacar también que en la zona residencial la mayoría de las viviendas son de protección oficial. Así, en cuanto al número de hijos/as en el municipio a estudio la tasa es de 1,26, siendo ligeramente inferior a la media nacional^{1,3}.

Inicialmente, se contactó telefónicamente con el centro educativo elegido para concertar una cita con la directora. En este encuentro se presentó el programa educativo y posteriormente fue expuesto al Consejo Escolar del propio colegio siendo aceptado. Una vez obtenido el permiso, la propuesta fue presentada al Comité de Ética de Investigación de la provincia de Las Palmas, el cual también dio su visto bueno. Una vez obtenidos los permisos se procedió a la captación de la población propiamente dicha. A través de la aplicación TokApp School¹⁴ del propio colegio se envió una circular a las madres, padres y/o tutores legales de alumnos de infantil de 3 años de un colegio de Arrecife donde se les invitaba a asistir a una sesión informativa. Una vez realizada la misma, donde las asistentes pudieron resolver in situ las dudas generadas, se les solicitó su consentimiento de participación. Los criterios de inclusión fueron ser madres, padres y/o tutores legales de educandos de 1^{er} curso de Educación Infantil del colegio de Arrecife seleccionado y haber firmado el documento de consentimiento informado. En cambio, no pudo participar quien no tuviera conocimientos del castellano.

El grupo quedó definitivamente conformado por ocho madres, cuya participación fue libre, informada y voluntaria, y su privacidad garantizada en todo momento según estipula la Ley Orgánica 7/2021 sobre la protección de datos de carácter personal. Eran conocedoras de los riesgos y beneficios asociados al estudio y que podían revocar su decisión a participar en cualquier momento sin ningún tipo de perjuicio. Tras obtener sus permisos se realizó una valoración inicial del grupo atendiendo a algunos de los diagnósticos que contempla el modelo PRECEDE-PROCEDE¹⁵. Se trató de una intervención de promoción de la salud de carácter grupal desarrollada en el ámbito de la escuela con mediciones pre y post intervención y sin grupo control.

Fase de valoración

Se valoraron como principales problemas de salud el sobrepeso y la obesidad. Para ello se utilizaron los datos facilitados por las madres mediante la entrevista lo que permitió realizar una valoración del nivel de IMC de cada uno de los hijos/as de los miembros del grupo y a su vez, el grado de obesidad con el cálculo del Z-score. Se valoraron también los hábitos y el patrón de consumo de estos, así como los conocimientos de las familias al respecto y en definitiva sobre las necesidades e inquietudes que manifestaban mediante el Cuestionario de conocimientos generales sobre nutrición: versión revisada del General Nutrition Knowledge Questionnaire (GNKQ-R)¹⁶ y el Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (MEDAS-14)¹⁷. El primero consta de una batería de 88 preguntas con respuestas tipo Likert y en abanico sobre conocimientos dietéticos, grupo de alimentos y elecciones saludables. Cada respuesta acertada suma un punto. Nos permite realizar una evaluación inicial previa al desarrollo del programa educativo y tras este. El segundo cuestionario, como su nombre indica, permite conocer los hábitos alimentarios y si éstos son correctamente clasificados como dieta mediterránea. Consta de 14 preguntas con respuestas dicotómicas donde cada respuesta correcta suma un punto y así, alcanzar más de 9 puntos se considera buena adherencia a la dieta mediterránea. También se obtuvo información de las entrevistas semiestructuradas individuales y de la observación directa.

Fase diagnóstica

Diagnóstico epidemiológico

Se realizó la valoración del sobrepeso y la obesidad de los hijos de las componentes del grupo detallándose que:

- 6/8 (75%) presentan un IMC correspondiente a normopeso
- 1/8 (12,5%) presenta un IMC correspondiente a sobrepeso
- 1/8 (12,5%) presenta un Z-score de obesidad infantil leve

Diagnóstico conductual

Para realizar la valoración sobre el patrón de alimentación de sus hijos y el nivel de actividad física/sedentarismo se les hizo entrega a las madres de los dos cuestionarios anteriormente mencionados y se pudo recopilar información de entrevistas semiestructuradas individuales durante la puesta en práctica de las actividades a modo de valoración continua. A través de los instrumentos se detectan las siguientes carencias:

- 6/8 (75%) de los menores consumen chucherías todas las semanas
- 8/8 (100%) de los menores consumen verduras al menos 5 veces a la semana gracias al comedor escolar
- 4/8 (50%) de los menores no realizan actividad física extraescolar, pero salen al parque, juegan con otros niños, etc.

Diagnóstico educativo

Se procedió al tratamiento de los datos desgranando cada apartado. Con los factores predisponentes se analizaron los conocimientos, creencias y actitudes mediante los cuestionarios (GNKQ-R y MEDAS-14) y la entrevista. En los factores capacitantes se observaron las habilidades físicas, psicológicas y sociales, así como los recursos, la legislación y la publicidad. Finalmente, los factores reforzantes estudiaron el apoyo personal.

Fase de planificación

Gracias a toda la información obtenida, se detectaron las carencias en la población y se pudo así diseñar, planificar y ejecutar el programa educativo con aquellas actividades necesarias que ayudasen a conseguir los objetivos planificados. Así, se formularon un total de 14 objetivos que se subdividen en base al diagnóstico del que derivan:

- Objetivo de salud (S) (ver tabla 2) que surge del diagnóstico epidemiológico
- Objetivos conductuales (C) (ver tabla 1) que nacen del diagnóstico conductual
- Objetivos educativos cognitivos (Co), afectivos (A) y de habilidad (H) (ver tabla 1) que provienen del diagnóstico educativo

Para la consecución de estos objetivos se planifican una serie de actividades. La primera actividad llamada “El conocimiento es poder” llevada a cabo en dos sesiones de 150 minutos cada una, buscaba mediante la técnica expositiva-charla transmitir información sobre los buenos y malos hábitos alimentarios y la actividad física, así como dotar a las discentes para que fueran capaces de detectar publicidad engañosa, de obtener habilidades de negociación, de conseguir alimentos saludables a un coste económico más asequible, etc. La segunda actividad “¡Manos a la obra! se basó en fomentar en una sesión de 90

minutos que las discentes fueran capaces de planificar un menú saludable de un día completo y además detectasen si existía algún error en el de las compañeras, buscando alternativas saludables a los mismos. En la tercera actividad llamada “Snacks saludables para celebraciones infantiles” se expusieron durante 90 minutos alternativas saludables, así como consejos para demostrar que es posible celebrar una fiesta sin chucherías. La cuarta actividad denominada “En Navidad también se puede comer saludable” se aprovechó el período navideño para elaborar un tríptico con infografía relacionada con los buenos hábitos alimentarios.

Fase de ejecución

El programa tuvo una temporalización de 4 meses. Se inició a mediados de septiembre del año 2022 donde se informó a las familias, se obtuvieron sus permisos y se les valoró. A continuación, en el mes de octubre se analizaron e interpretaron los datos y se confeccionó el programa, el cual fue desarrollado hasta principios de enero del año 2023, dando lugar a la evaluación final y la posterior difusión de los resultados y conclusiones. El tiempo de puesta en práctica, así como la baja tasa de participación y la asistencia únicamente de mujeres fueron las limitaciones observadas.

Consentimientos informados

- Aceptación por parte del Consejo Escolar del centro educativo elegido
- Aceptación por parte del Comité de Ética de Investigación de la provincia de Las Palmas
- Consentimientos de participación de todas las integrantes del grupo debidamente cumplimentados

3. RESULTADOS

Fase de evaluación

Evaluación del proceso

En la evaluación del proceso se valora:

- El número de madres participantes en el programa educativo a través del sistema de registro mediante una hoja de firmas de los asistentes. Se obtiene el 100% (8/8).
- El grado de satisfacción de las madres en cuanto a conocimientos obtenidos y reforzados a través de un cuestionario de satisfacción. Obteniéndose el 100% (8/8).
- El número de actividades realizadas con las que inicialmente estaban estipuladas por medio del cronograma de actividades. Resultando el 100% (8/8).

Evaluación del impacto

En la Tabla 1 se detallan los objetivos planificados a raíz de la información recopilada, detallándose el porcentaje obtenido tanto al inicio de la intervención como al final, una vez realizada la intervención educativa grupal.

Tabla 1. Evaluación del impacto

<i>Objetivo</i>	<i>Antes</i>	<i>Después</i>
C1 El 50% (4/8) de las madres sustituirá las chucherías por snacks saludables durante un mes hasta finalizar la intervención.	25% (2/8)	75% (6/8)
C2 El 75% (6/8) de las madres completará el consumo diario de verduras recomendado en base a lo que ingieran sus descendientes en el comedor escolar durante un mes hasta finalizar la intervención.	62,5% (5/8)	87,5% (7/8)
C3 El 62,5% (5/8) realizará actividad física extraescolar, al menos 2 o 3 veces a la semana durante un mes hasta finalizar la intervención.	50% (4/8)	62,5% (5/8)
Co1 El 75% (6/8) indicará los beneficios de la actividad física extraescolar al finalizar la intervención.	50% (4/8)	75% (6/8)
Co2 El 62,5% (5/8) enumerará los efectos negativos de consumir asiduamente alimentos procesados, bollería industrial y/o comida rápida al finalizar la intervención.	37,5% (3/8)	62,5% (5/8)
Co3 El 62,5% (5/8) describirá alimentos saludables a bajo precio que permita un uso diario al finalizar la intervención.	37,5% (3/8)	62,5% (5/8)
Co4 El 50% (4/8) de las madres argumentará qué tipo de ejercicio físico y durante cuánto tiempo lo deben realizar sus hijos para que éste sea beneficioso al finalizar la intervención.	25% (2/8)	50% (4/8)
A1 El 37,5% (3/8) de las madres expresará tener la certeza de la falsedad de los mitos sobre hábitos alimentarios al finalizar la intervención.	12,5% (1/8)	50% (4/8)

A2 El 62,5% (5/8) de las madres expresará la importancia de la necesidad de realizar un correcto desayuno cada día, que ayude a mantener la energía durante la jornada matinal al finalizar la intervención.	37,5% (3/8)	100% (8/8)
A3 El 75% (6/8) de las madres expresará su voluntad de favorecer unos buenos hábitos alimentarios, consumiendo los mismos alimentos que se ofrecen a los menores al finalizar la intervención.	50% (4/8)	75% (6/8)
H1 El 87,5% (7/8) de las madres reproducirá correctamente un menú diario completo en dos meses.	62,5% (5/8)	87,5%(7/8)
H2 El 75% (6/8) de las madres desarrollará habilidades de negociación como herramientas para tratar la situación con asertividad en caso de desacuerdo con otros familiares que regalen chucherías o snacks a modo de recompensa al finalizar la intervención.	37,5% (7/8)	75% (6/8)
H3 El 50% (4/8) de las madres demostrará organizar mejor sus tiempos mostrando habilidades para elaborar cocinados para el resto de la semana y así evitar el hándicap del tiempo en dos meses.	25% (2/8)	87,5%(7/8)

Evaluación de los resultados

Tras el período estival navideño se realiza un nuevo control de peso y talla. Así, en la tabla 2 se detallan los resultados obtenidos donde no se observan cambios en los resultados con respecto al inicio de la intervención educativa.

Tabla 2. Evaluación de los resultados

Objetivo	Antes	Después
S1 El 87,5% (7/8) de los niños mantendrá su IMC dentro de los valores normales al finalizar la intervención.	75% (6/8)	75% (6/8)

4. DISCUSIÓN

El objetivo general de la intervención fue capacitar a las madres de los escolares de 1^{er} curso de Educación Infantil de un colegio de Arrecife en alimentación saludable a través del diseño, ejecución y evaluación de un programa educativo. En dicha intervención educativa se detectaron las carencias de las madres en hábitos alimentarios saludables, no solo en conocimientos sino en habilidades de cocinado y manejo de situaciones familiares entre otros. Además, se identificaron en algunos de sus hijos que el IMC superaba la normalidad. Es evidente que el papel de la familia es vital. El abordaje de la obesidad infantil es complicado y ahí la familia tiene una labor importantísima, hecho que estudiosos como Núñez et al. lo hacen constar en su artículo llamado Abordaje de la obesidad infantil, algo más que dieta y ejercicio físico¹⁹. Es evidente que los menores no pueden controlar ningún condicionante pero que en cambio los progenitores sí, tanto para prevenirla en primera instancia e incluso para tratarla una vez instaurada. Por ello, es necesario poner en práctica nuevas estrategias en Educación para la Salud que impliquen a toda la familia desde el ámbito comunitario.

El Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (2022-2030) el cual fue presentado en mayo de 2022 por el Gobierno de nuestro país¹⁸ evidencia los obstáculos que se les presentan a los menores como el acceso a una alimentación adecuada en base al nivel económico. Según datos de dicho plan, el porcentaje de menores con obesidad se duplica en hogares con menos ingresos (23,7%) en comparación con los que tienen mayores ingresos (10,5%). Este hecho fue trabajado a lo largo de la intervención, fomentando crear una variación de conciencia más que necesaria para conseguir el cambio esperado hacia una nueva conducta. Este plan estratégico también recalca la importancia de la actividad física puesto que la tendencia al ocio sedentario es cada vez mayor. En esta intervención también se le da un lugar relevante, fomentando el movimiento, dotando de herramientas para la planificación del tiempo y promoviendo el uso de los numerosos recursos al respecto que se presentan en este municipio donde existe una amplia oferta de actividades a costes bastante asequibles o incluso gratuitos dependiendo de la situación socioeconómica de la población.

Es necesario destacar que a priori en este trabajo se detectó la falta de iniciativa por parte de las madres para apuntarlos en actividades extraescolares consiguiéndose finalmente una mejora. En cuanto a la evaluación de los resultados se observa que no se ha podido conseguir el objetivo de salud planificado. Esto es debido al tiempo de puesta en práctica que ha actuado como limitación. Es obvio que los cambios de IMC son lentos. No varían drásticamente de un día para otro, siendo más duradero en el tiempo si el cambio es progresivo. El hecho de ser necesaria una valoración a largo plazo (6 meses)⁵ ha sido por tanto una limitación de este trabajo que podría ser tenida en cuenta para futuras intervenciones. Sería, además interesante hacer una valoración de si los pequeños cuyas madres participaron en la intervención educativa realizaban mejoras en sus

hábitos saludables frente a los que no participaron. La finalidad de este estudio es que de una manera indirecta se actúe sobre los hábitos de los menores para mejorarlos. Así, la evaluación del impacto arroja datos bastante positivos al respecto donde la mayoría de los objetivos fueron conseguidos e incluso mejorados.

Es importante destacar la baja tasa de participación en un programa educativo gratuito y de fácil acceso al que fueron invitados todos los padres, madres y tutores legales de educandos de 1^{er} curso de Educación Infantil. Asimismo, se detecta que la participación fue femenina, hecho que nos hace considerar que el peso de la implicación de los progenitores no ha variado con el paso del tiempo, tal y como Vacas y García²⁰ destacan en su artículo sobre la participación e implicación de las familias.

Perspectivas del grupo intervención

Al desglosar los datos de la evaluación del proceso quedó patente que ésta también es bastante positiva ya que las madres se mostraron muy agradecidas y satisfechas con su asistencia a la intervención. La participación ha sido completa de inicio a fin, valorando la calidad de la intervención y de las actividades establecidas como productivas y necesarias, así como de la labor de la tutora. Todas coincidieron además en que les hubiera gustado que el programa educativo se impartiese de forma continua y lo recomiendan a otras familias.

5. CONCLUSIONES

Tras la intervención se puede concluir:

1. Se capacita a las madres de los educandos de 1^{er} curso de educación infantil en hábitos alimentarios saludables a través de un programa educativo donde se observa la baja participación.
2. No hay variación en el porcentaje de los hijos de madres con IMC de normopeso, sobrepeso y/u obesidad.
3. La mayoría de las madres participantes aumentan el aporte de verduras diarios a sus hijos para completar con la comida del comedor y reducen el consumo de chuches sustituyéndolo por snacks saludables. Así son capaces también de obtener herramientas para enfrentarse a situaciones familiares donde se les ofrezcan alimentos insanos.
4. Más de la mitad de las madres mejoran el patrón de actividad física extraescolar de sus hijos.
5. La mitad de las madres es capaz de erradicar falsas creencias y mejoran sus habilidades para realizar cocinados saludables a un coste económico más reducido.
6. La mayoría de las madres participantes se concientiza de la importancia de realizar un correcto desayuno y de además predicar con el ejemplo, consumiendo los mismos alimentos que sus hijos.
7. La mayoría adquiere habilidades para elaborar correctamente un menú saludable y para realizar estrategias de cocinado que permita administrar el tiempo.

Se recomienda:

- Fomentar la participación de las familias, involucrando a otros actores y no solo a las madres.
- Diseñar y poner en práctica nuevos métodos de captación de las familias que fomenten su participación.
- Implementar la puesta en práctica de programas de intervención educativa en hábitos alimentarios saludables de larga temporalidad a lo largo del curso académico, que ayude a la consecución de los objetivos planificados.

REFERENCIAS

- [1] Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso. [Internet]. 2021. [citado 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- [2] Gobierno de Canarias. Abordaje de la obesidad infantil y juvenil en Canarias. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/5e6bd169-0ee5-11e2-afb1-b9b294c3b92c/AbordajeObesidadInfantilyJuvenil.pdf> (20 mayo 2022).
- [3] Aranceta J, Ganzo M, Pérez C. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población española entre 3 y 24 años. Estudio ENPE". Rev Esp de Cardiol. 2020; 69(6):579-587.
- [4] Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia NAOS. 2005. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>
- [5] Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias. Programa PIPO de intervención para la prevención de la obesidad infantil. [Internet]. 2011. [citado el 20 de junio de 2022] Disponible en: <http://www.programapipo.com>
- [6] Serra L, Ortiz, A. La dieta mediterránea como ejemplo de una alimentación y nutrición sostenibles: enfoque multidisciplinar. Nutr Hosp. 2018; 35(4):96-101.
- [7] González O, Expósito H. Alimentación del niño preescolar, escolar y del adolescente. Pediatr Integral. 2020; 24(2), 98-107.
- [8] García L. Una mirada profesional sobre la enfermería escolar. Nuber Científ. 2017; 3(21), 44-49.

- [9] Soler E. Marco contextual de la enfermería escolar en el ámbito internacional y nacional. ACISE y ACEESE. [Internet]. 2022. [citado el 22 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/coronavirus/documentos/MARCO_CONTEXTUAL_DE_LA_ENFERMERA_ESCOLAR_Julio_2022.pdf
- [10] Ministerio de Educación Cultura y Deporte. La participación de las familias en la educación escolar. 2014. <https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:c60ac608-1cc3-49fc-9605-ad20f35b0627/estudioparticipacion.pdf>
- [11] García T. Importancia de la intervención escuela-familia para eliminar la obesidad infantil y tender hacia patrones de alimentación saludables. EFDeportes. 2011.
- [12] Ayuntamiento de Arrecife, “Geografía, la ciudad de Arrecife”, 2022, <https://www.arrecife.es/node/6>
- [13] Instituto Nacional de Estadística (INE). Demografía y población. 2021. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984
- [14] Romero J. TokApp School. [Aplicación Móvil]. 2013. Disponible en: <https://www.tokappschool.com>
- [15] Green L, Kreuter M. Health promotion Planning. An educational and ecological approach. 2005.
- [16] Kliemann N, Wardle J, Johnson F, Croker H. Reliability and validity of a revised version of the General Nutrition Knowledge Questionnaire. Eur J Clin Nutr. 2016; 70(10): 1174-1180.
- [17] Schröder H, Fitó M, Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J. et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. The Journal of nutrition. 2011; 141(6), 1140-1145.
- [18] Gobierno de España. Plan estratégico nacional para la reducción de la obesidad infantil (2022-2030). [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2022/100622-plan-estrategico-nacional-reduccion-obesidad-infantil_en-plan-bien.pdf
- [19] Núñez C, Planas T, Cabeza E, Artigues G, Salvá M, Capó L. Abordaje de la obesidad infantil, algo más que dieta y ejercicio físico”, Rev Pediatr Aten Primaria. 2020; 22 (28): 112.
- [20] Vacas A, García M. La participación e implicación de las familias en un centro privado de Granada. IJNE. 2018; 2: 17-37.

Estilos de vida de los estudiantes del área de la salud

Pedro-Brian Ramírez-Mendoza^a, Carmen-Nieves Hernández-Flores^b, Daniela-Celia Montesdeoca-Ramírez^c

^aEstudiante del Grado en Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bProfesora Departamento de Matemáticas, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^cProfesora Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

La vida universitaria supone un gran cambio en los hábitos de las personas que deciden iniciar un grado universitario. Entre estos cambios encontramos modificaciones en los estilos de vida que determinan el bienestar y calidad de vida. El objetivo de este estudio fue conocer los estilos y hábitos de vida de los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Se diseñó un estudio descriptivo que incluyó a 275 estudiantes del Grado de Enfermería, Fisioterapia y Medicina matriculados en el curso académico 2022/2023. Para analizar las principales dimensiones del estudio, se usó instrumentos utilizados en población general o en el colectivo objeto de este estudio. Se usó como instrumento de recogida de datos una e-encuesta con variables relacionadas con datos autoreferidos de peso y talla, hábitos alimentarios y de actividad física, así como hábitos tóxicos. El análisis de los datos se realizó con el programa JAMOV. Las variables cualitativas se resumieron en frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se utilizaron medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos IQR=25-75 percentil, según se dieran o no los supuestos de normalidad. Los porcentajes se compararon usando el test de Chi-cuadrado, para comparar las medias se hizo con el t-test y las medianas con el test de Wilcoxon para datos independientes. La significación estadística se estableció en el 5%. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue del 20,4% y 5,1% respectivamente. El 29,9% presenta un patrón de adherencia a la dieta mediterránea óptima. El 70,5% de los participantes tiene un patrón de actividad física alto. El 4% y 60,6% son consumidores de tabaco y alcohol respectivamente. Los resultados ponen de manifiesto la necesidad de implementar medidas de educación y promoción de la salud en el marco de una Universidad Promotora de la Salud.

Palabras clave: estilo de vida saludable, estudiantes del área de la salud, obesidad, ejercicio físico, dieta mediterránea.

1. INTRODUCCIÓN

El estilo de vida se define como los hábitos, actividades, actitudes y conductas habituales que afectan, de manera positiva o negativa, tanto a la salud física como mental^{1,2}. La sociedad considera que un estilo de vida saludable se refiere exclusivamente a llevar un patrón alimentario adecuado y a realizar ejercicio a diario, pero es algo más, ya que incluye también un buen descanso, el consumo de sustancias, la sexualidad, la seguridad vial, entre otros³⁻⁵.

Un estilo de vida poco saludable es un factor de riesgo para muchas enfermedades crónicas no transmisibles como son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, la obesidad y la hipertensión^{1,3}. Estas enfermedades no transmisibles acaban con la vida de 41 millones de personas todos los años, representando el 74% de todas las muertes a nivel mundial⁶. Cabe destacar, que estos hábitos de vida están determinados por el ambiente familiar, cultural y social donde se desarrolla los individuos¹. Por ende, se debe promover un estilo de vida saludable desde edades tempranas, a través de la prevención y promoción de la salud, con el fin de tener una mejor calidad de vida en las edades futuras⁷. En la universidad, los adultos jóvenes (18 a 24 años) se encuentran en un momento crítico de su ciclo vital, ya que son altamente vulnerables a los cambios emocionales y sociales⁴. Esto hace que los hábitos de vida impacten en la salud que tendrán en el futuro, como adultos mayores.

En relación con los estudiantes de Ciencias de la Salud, se podría pensar que mantienen hábitos saludables, pues reciben información y formación sobre hábitos y estilos de vida, sobre prevención y promoción de la salud, y adquieren herramientas para ser futuros educadores en el ámbito de la educación para la salud. Esto podrían extrapolarse a su autocuidado, sin embargo, diversos estudios señalan que un alto porcentaje de los estudiantes de Ciencias de la Salud presentan hábitos de vida poco saludables^{1,5,7}. Es importante que estos estudiantes tomen conciencia de los hábitos y estilos de vida que contribuyen a mejorar su nivel de autocuidado. Los profesionales de la salud son un referente y un modelo a seguir por parte de los pacientes y de la población en general⁵. Varios estudios han puesto de relieve que, a los profesionales que proyectan estilos de vida saludables, los pacientes y sus familias le prestan una mayor atención a sus consejos⁵.

El objetivo general de este trabajo es conocer los estilos y hábitos de vida que tienen los estudiantes de ciencias de la Salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Como objetivos específicos nos hemos planteado:

1. Conocer la prevalencia de obesidad y sobrepeso de los participantes.
2. Identificar el patrón de alimentación según el modelo de dieta mediterránea.
3. Conocer el nivel de actividad física de los estudiantes del Área de la Salud.
4. Describir los hábitos tóxicos más prevalentes en este grupo poblacional.

2. METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio descriptivo transversal. La población diana estuvo constituida por los estudiantes matriculados en las titulaciones de Enfermería (586), Fisioterapia (278) y Medicina (854) matriculados en el curso académico 2022/2023, haciendo un total de 1.718 estudiantes.

Para la recogida de datos, se creó un cuestionario electrónico y anónimo con variables sociodemográficas como la edad, el género y la titulación que cursa. Se utilizó instrumentos utilizados en población general o bien en el colectivo objeto de estudio para valorar las principales dimensiones del estudio.

El cuestionario fue elaborado usando la herramienta *Google Forms*. Este cuestionario se administró a los grupos de WhatsApp de los estudiantes. En el mensaje, se especificaba el asunto y en el cuerpo del comunicado se explicaba cuál era el objetivo del estudio y se solicitaba la colaboración voluntaria del estudiante. En todo momento se garantizaba el anonimato, al no usar ningún tipo de identificador. El participante antes de cumplimentar el cuestionario marcaba la opción relacionada con su consentimiento a participar en el estudio. Con esto se garantizó cumplir con todos los requisitos éticos propios de un estudio de estas características. Tomando como referencia el artículo 1 de la Ley 14/2007, de Investigación Biomédica no procede su evaluación por el Comité de Ética e Investigación de referencia.

El índice de masa corporal (IMC), se calculó a partir del peso (en kilogramos) y la altura (en metros) autodeclarado, con la fórmula $IMC = Kg/m^2$. Los resultados se categorizaron en: bajo peso (IMC <18,5), normopeso (IMC 18,5-24,9), sobrepeso (IMC 25-29,9) y obesidad (IMC ≥ 30)⁸.

Para medir el nivel de actividad física que realizaban los estudiantes, se empleó el Cuestionario Internacional de Actividad física (IPAQ)⁹. La versión corta del IPAQ consta de 7 ítems en donde se evalúa la duración (tiempo por día), frecuencia (días por semana) e intensidad (vigorosa y moderada) de la actividad realizada en los últimos siete días y con una continuidad de diez minutos. Asimismo, incluye también preguntas sobre el caminar y el tiempo sentado en un día hábil. Esta actividad física se registra en METs (*Metabolic Equivalent of Task*), cuyas fórmulas son:

- Actividad física vigorosa: 8 MET x minutos x días por semana.
- Actividad física moderada: 4 MET x minutos x días por semana.
- Caminata: 3,3 x minutos x días por semana.

Con esto se obtiene un índice energético global que permite diferenciar a los individuos como sedentarios o con actividad física, moderada o intensa.

Respecto al consumo de tabaco se solicitó tanto el hábito de consumo autodeclarado, la edad de inicio, la cantidad. La ingesta de alcohol también se basó en el consumo autodeclarado, la edad de inicio y la frecuencia de consumo. Se preguntó también por el consumo de bebidas estimulantes como el café, bebidas energéticas o té.

Se ha utilizado el cuestionario KIDMED¹⁰ para evaluar la adherencia a la dieta mediterránea. Este está formado por 16 preguntas donde las preguntas con connotación positiva suman un punto, las preguntas con connotación negativa restan un punto. El resultado se clasifica en tres niveles según el número de puntos obtenidos: calidad óptima de la dieta si se consiguen 8 o más puntos, necesidad de mejorar la dieta de 4 a 7 puntos y muy baja calidad de la dieta si se obtiene 3 puntos o menos. Se estimó un tamaño muestral, en base a la población diana (1.718), con un error de precisión del 5%, en 315 participantes. La recogida de datos se realizó del 20 febrero al 10 de marzo de 2023. Durante este periodo, se recordó la participación usando el contacto telefónico con los delegados y el WhatsApp.

Tras la recogida de datos, la información obtenida fue mecanizada en una base de datos Excel. El análisis de los datos se realizó con el programa JAMOV¹¹. Las variables cualitativas se resumieron en frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se utilizaron medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos IQR=25-75 percentil, según se dieran o no los supuestos de normalidad. Los porcentajes se compararon usando el test de Chi-cuadrado, para comparar las medias se hizo con el t-test y las medianas con el test de Wilcoxon para datos independientes. La significación estadística se estableció en el 5%.

3. RESULTADOS

Del total de estudiantes matriculados, participaron 275 (16%): 205 mujeres (74,5%), 69 hombres (25,1%) y una persona no binaria (0,4%). En relación con la distribución de los estudiantes según la titulación que cursan, nos encontramos que 140 (50,9%) participantes estudian Enfermería, 81(29,4%) Medicina y 54 (19,6%) Fisioterapia.

El mínimo de edad entre los participantes fue de 18 años, mientras que la máxima edad fue 53 años. La mediana de edad es de 20 años [19;21].

Con respecto al IMC de los participantes, se ha observado diferencias significativas por género (p -value=0,0084). La mediana es de 22,49 [20,22;25,09], siendo en hombres 23,60 [21,39;25,64] y en mujeres 22,22 [19,95;24,80]. La prevalencia de sobrepeso es de 20%, siendo mayor en hombres (29,1%) que en mujeres (17,6%). La titulación que presenta mayor prevalencia de sobrepeso entre sus participantes es Fisioterapia con un 33,3%. Un 5,1% de los participantes presentan obesidad (4,3% hombres y 5,4% mujeres). Destacando que ningún estudiante del grado de Fisioterapia presenta obesidad. El 6,9% declara un bajo peso, siendo mayor en mujeres (8,3%) que en hombres (2,9%). Un 67,5% de los participantes presentan normopeso (63,8% hombres y 68,8% mujeres). En la Figura 1, se muestra los datos de prevalencia de sobrecarga ponderal por titulación.

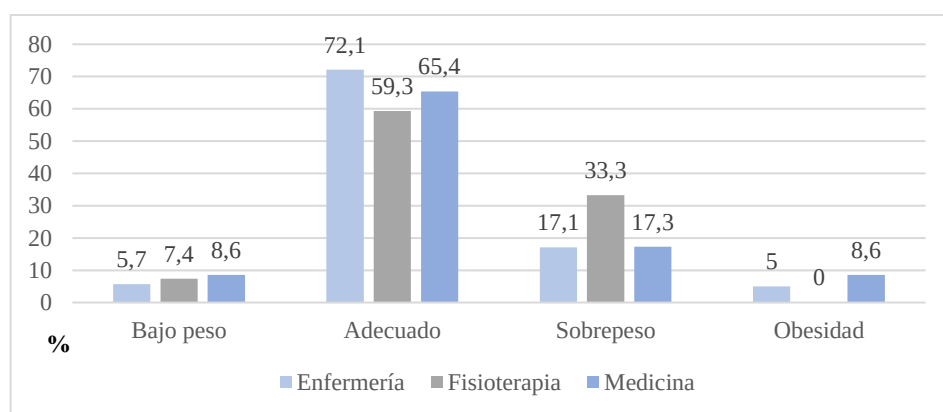


Figura 1. Distribución de la muestra por titulación y según la situación ponderal de los participantes

Respecto a la calidad del patrón alimentario, no se observan diferencias significativas según el género ni la titulación. El 30,2% tiene un patrón alimentario óptimo. Un 15,6% de muy baja calidad, observando una diferencia porcentual entre los estudiantes de Medicina (23,5%), Fisioterapia (18,5%) y Enfermería (10%). Más de la mitad de los participantes necesita mejorar su patrón alimentario (54,2%). Asimismo, entre los participantes que presentan sobrepeso y obesidad (25,5%), un 15,7% tiene un patrón de baja calidad, un 30% tiene una dieta mediterránea óptima y un 54,3% necesita mejorar su patrón alimentario. En la Tabla 1, se representa la frecuencia de consumo de alimentos, según el cuestionario KIDMED. En la Figura 2 se presenta la distribución de la muestra según la calidad del patrón alimentario.

Tabla 1. Distribución de la muestra según las variables relacionadas con el patrón alimentación

Test KIDMED	Mujeres (n= 205) n (%)	Hombre (n=69) n (%)	Total (n=274) n (%)
Toma una fruta o un zumo natural todos los días	147 (71,7)	53 (76,8)	200 (73)
Toma una segunda pieza de fruta todos los días*	82 (40)	37 (53,6)	119 (43,4)
Toma verduras frescas o cocinadas regularmente una vez al día	141 (68,8)	44 (63,8)	185 (67,5)
Toma verduras frescas o cocinadas de forma regular más de una vez al día	83 (40,5)	20 (29)	103 (37,6)
Consume pescado con regularidad (> 2-3 veces a la semana)*	85 (41,5)	41 (59,4)	126 (46)
Acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida	71 (34,6)	23 (33,3)	94 (34,3)
Le gustan las legumbres y las toma más de 1 vez a la semana	156 (76,1)	56 (81,2)	212 (77,4)
Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana)*	87 (42,4)	42 (60,9)	129 (47,1)
Desayuna un cereal o derivado	110 (53,7)	39 (56,5)	149 (54,4)

Toma frutos secos con regularidad (>2-3 veces a la semana).	100 (48,8)	32 (46,4)	132 (48,2)
Se utiliza aceite de oliva en casa	198 (96,6)	63 (91,3)	261 (95,3)
No desayuna	31 (15,1)	9 (13)	40 (14,6)
Desayuna un lácteo	146 (71,2)	47 (68,1)	193 (70,4)
Desayuna bollería industrial, galletas o pastelitos	31 (15,1)	14 (20,3)	45 (16,4)
Toma 2 yogures y/o 40gr queso cada día*	74 (36,1)	35 (50,7)	109 (39,8)
Toma golosina y/o caramelos varias veces al día	36 (17,6)	8 (11,6)	44 (16,1)
Índice KIDMED			
≤ 3 dieta de muy baja calidad	35 (17,1)	8 (11,6)	43 (15,7)
4-7 necesidad de mejorar patrón alimentario	113 (55,1)	36 (52,2)	149 (54,4)
≥ 8 dieta óptima	57 (27,8)	25 (36,2)	82 (29,9)
*= $p<0,05$. Nota. Elaboración propia			

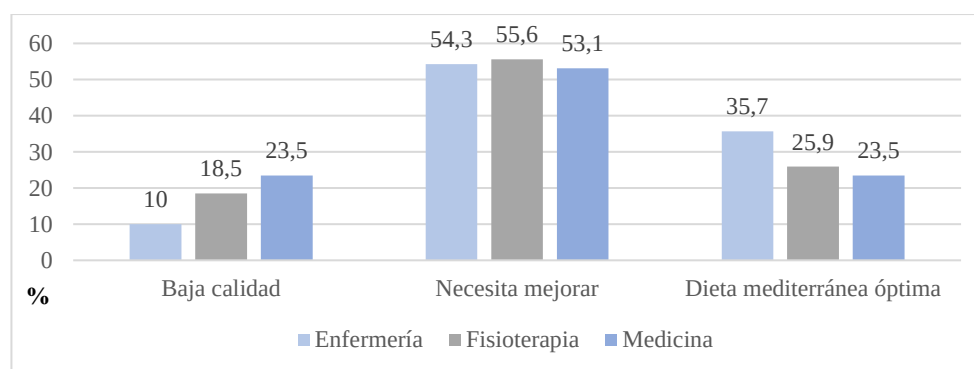


Figura 2. Distribución de la muestra según el patrón alimentario

Al analizar la actividad física, no se observan diferencias significativas ni por género ni por titulación. Encontramos que un 70,6% de los participantes tienen un nivel de actividad física alto. Más de la mitad de los participantes de cada titulación se encuentran en este nivel. Un 15,3% de participantes un patrón moderado de actividad física y un 14,2% en un nivel bajo. De los participantes con sobrepeso y obesidad, un 97,1% presentan actividad física alta y un 2,9% moderada. En la Figura 3, observamos el patrón de actividad física de los participantes por titulación.

Encontramos diferencias significativas ($p<0,0001$) por titulación, en el tiempo que permanecen sentados el estudiantado. La mediana de minutos que permanecen sentados los alumnos es de 410 [300;480] siendo para los alumnos de Enfermería 360 minutos, 440 minutos en Fisioterapia y 480 minutos Medicina.

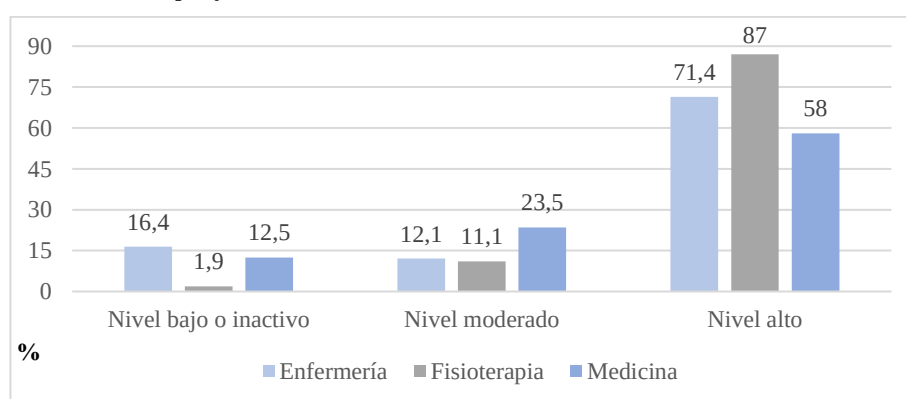


Figura 3. Distribución de la muestra según el nivel de actividad física

El porcentaje de fumadores es del 4% (4,4% mujeres y un 2,9% hombres). La mediana de edad de inicio es de 16 años [15;17]. Un 60,6% de los participantes señalan que consumen alcohol (63,8% hombres y 59,5% mujeres). La mediana de edad de inicio es de 16 años [16;18]. El 88% de los participantes declaran que solo beben cuando salen de fiesta y el 12% restante los fines de semana.

En cuanto al consumo de bebidas estimulantes, no se observan diferencias significativas por género ni titulación. El 60,9% de los participantes señalan que toman alguna bebida estimulante (62,3% hombres y 60,5% mujeres). El consumo de estas bebidas es: 70,4% en Medicina, un 63% en Fisioterapia y un 55% en Enfermería. La media de tomas en una semana es de 127 unidades. Entre los motivos para consumir bebidas estimulantes encontramos que el 49,1% lo hace porque le gusta, un 45,6% para mantenerse despierto y con un 5,3% por costumbre.

4. DISCUSIÓN

A la hora de generalizar los resultados se debe realizar con cautela debido a las limitaciones que presenta un estudio descriptivo, con una muestra de conveniencia y de participación voluntaria, usando como instrumento de recogida de datos un e-formulario. El porcentaje de mujeres que estudian en la Facultad de Ciencias de la Salud en la ULPGC es del 70,5%, de ahí que la tasa de respuesta haya sido mayor en mujeres, habiendo una homogeneidad en los resultados obtenidos.

Respecto a la prevalencia de sobrepeso y obesidad de los participantes de este estudio, destaca la similitud con los estudiantes murcianos¹², donde existe una prevalencia de 18,7% de sobrepeso (13% hombres y 24,3% mujeres). En cambio, la prevalencia de obesidad en los estudiantes murcianos¹² y los de nuestro estudio difieren bastante, con una diferencia de 4,6% en mujeres (mayor en la ULPGC) y de 6,5% en hombres (mayor en estudiantes murcianos). En comparación con un estudio realizado con estudiantes de diversas universidades españolas³, se observan similitudes de sobrepeso en los hombres (28,1%) y la diferencia en las mujeres (11,8%). En cuanto a la obesidad ocurre lo mismo, siendo un 3,2% en hombres y 2,1% en mujeres³. Conviene destacar el porcentaje de bajo peso que es mayor siempre en mujeres que en hombres. Al tratarse de datos autoreferidos, puede estar relacionado con un sesgo de información donde se infravalore los datos relacionados con las medidas antropométricas.

Con respecto al patrón alimentario según el modelo de dieta mediterránea, destaca la similitud del consumo de fruta y verdura diario, si lo comparamos con los resultados obtenidos en estudiantes de Galicia¹³, Murcia¹² y Navarra¹⁴. En cambio, se objetiva que disminuye el consumo de una segunda fruta al 39,8 en Galicia¹³ y al 32,1% en Navarra¹⁴, mientras que en los estudiantes murcianos¹² se eleva hasta el 47,7%, siendo incluso mayor que en nuestro estudio. En lo referente al consumo de verduras más de una vez al día, los estudiantes de nuestro estudio tienen un porcentaje mayor en comparación con los de Galicia (18,4%)¹³, Murcia (29,2%)¹² y Navarra (18,1%)¹⁴.

El consumo de comida rápida fue manifestado por el 34,3%, siendo un porcentaje bastante elevado si lo comparamos con los resultados de los estudios en Galicia (13,9%)¹³, Murcia (19,9%)¹² y Navarra (21,2%)¹⁴. Esto podría generar problemas de salud derivados del alto contenido de grasa saturada y azúcares en este tipo de alimentos, pudiendo generar obesidad, hipertensión, dislipemia, entre otras.

Un 14,6% de los participantes de nuestro estudio declaran que no desayunan, datos similares a los manifestados por los estudiantes gallegos (18,4%)¹³ y navarros (16,8%)¹⁴. Este porcentaje es mayor entre los estudiantes murcianos¹² que no desayunan (32,6%). Por el contrario, aquellos estudiantes que si desayunan, lo hacen consumiendo algún tipo de cereal (54,4%) y un lácteo (70,4%). No obstante, estos últimos porcentajes son más pequeños en comparación con los estudios de Galicia¹³, Murcia¹² y Navarra¹⁴. El 16,4% desayunan bollería industrial, galletas o pastelitos, resultados similares a los estudiantes de Galicia (17,7%)¹³ y de Navarra (16,5%)¹⁴, siendo los estudiantes de Murcia los que más consumen estos productos en el desayuno (84,8%)¹².

Un 15,7% de los encuestados refieren una baja adherencia a la dieta mediterránea (DM) y un 54,4% mostró una necesidad de adherencia a la DM. Este último dato es superior a los resultados de los estudiantes de Murcia¹² pero inferior a los de Navarra¹⁴, que se ve aumentado hasta un 62,1%. En cuanto a la adherencia óptima a la DM, un 29,9% la presentan, estando en concordancia con los resultados de Navarra¹⁴, pero con una diferencia de 13,9% con respecto a los estudiantes de Murcia¹².

En relación con la actividad física. Los estudiantes de Ciencias de la Salud realizan actividad física intensa un promedio de 3 días, estando en similitud con los resultados obtenidos con los estudiantes colombianos¹⁵ cuyo promedio fue de 2,8 días. En nuestro estudio los estudiantes pasan sentados 410 minutos [300;480], encontrándose los resultados por debajo en

comparación con los estudiantes de Vigo¹⁶, donde la mediana es de 451,72 minutos, y con los de Colombia¹⁵, cuya promedio es de 420 minutos.

Un elevado porcentaje de los participantes de nuestro estudio tienen un nivel de actividad física alto (70,5%), siendo incluso mayor que en los estudios realizados en Barcelona (52,9%)¹⁷ y Colombia (57%)¹⁵. En cuanto a un nivel bajo o inactivo, encontramos diferencias con los otros estudios, siendo nuestros participantes los que menor porcentaje presentan en esta categoría y elevándose al 30,8% en Barcelona¹⁷ y al 25% en Colombia¹⁵. No obstante, son datos preocupantes ya que no realizar una actividad física adecuada podría contribuir a la aparición de futuras enfermedades como diabetes, obesidad, dislipemia, entre otras. Resulta alarmante que los futuros profesionales de la salud reconozcan, pero no pongan en práctica el importante papel que tiene la realización de actividad física para prevenir futuros problemas de salud. Sería de interés implementar estrategias para disminuir el nivel de sedentarismo en la población universitaria en el marco de la promoción de la salud.

Es importante tener en cuenta las limitaciones que tiene este estudio, ya que este cuestionario exige informar del tiempo dedicado a varias actividades en los últimos 7 días. Asimismo, pueden existir errores de autorreporte de los cuestionarios, ya sea por equivocación en el tiempo o errores en la comprensión de las preguntas.

Con respecto a los hábitos tóxicos, el consumo de alcohol en nuestros participantes fue del 60,7%, porcentaje similar al resultado de los estudiantes de Colombia (56%)⁷ pero mayor en comparación con los estudiantes de Granada¹⁸, donde no consume un 50%. De los alumnos que consumen alcohol, un 88,1% lo hace cuando acude al ocio nocturno, porcentaje elevado comparado a los estudiantes de Colombia (43%)⁷. La prevalencia del consumo de tabaco (4%), es menor que el obtenido en los estudiantes de Colombia, donde la prevalencia fue del 10%⁷. En cambio, en Granada, la prevalencia del consumo de tabaco fue del 7,8%¹⁸.

La edad media en la que se iniciaron en ambos hábitos fue a los 16 y es que, en estos últimos años, se ha observado que un gran número de adolescentes comienzan a consumir tabaco y alcohol desde edades tempranas por diversos factores como son los grupos sociales, el escaso control sobre su venta y consumo de estos productos, entre otros.

Un 61,1% de los participantes consumen algún tipo de bebida estimulante, ya sea bebidas energéticas, café o té, siendo más habitual el consumo de café. En un estudio realizado en las Islas Baleares, se observó que un 91,1% de sus participantes consumían cafeína en alguna de sus presentaciones¹⁹. Asimismo, en Oviedo un 19% declaró consumir algún tipo de bebida energética²⁰. El elevado porcentaje de consumo de estas bebidas puede deberse a la cantidad de horas que pasan los estudiantes en la facultad o por la sobrecarga de trabajos añadida a los estudios, ya que un 45,6% declara que lo consume para mantenerse despierto.

5. CONCLUSIONES

Se puede concluir que:

1. Más de dos de cada diez estudiantes del área de la salud presentan sobrecarga ponderal. Un 20,4% sobrepeso y un 5,1% obesidad.
2. Más de la mitad del estudiantado de Ciencias de la Salud necesita mejorar su patrón alimentario. El 15,6% señalan tener una dieta de muy baja calidad. Solo el 30,2% presenta una patrón de dieta mediterránea óptimo.
3. Casi nueve de cada diez estudiantes siguen las recomendaciones diarias de actividad física.
4. El consumo de tabaco está presente en el 4% de los estudiantes. Seis de cada diez estudiantes es consumidor de alcohol. El 61,1% de los estudiantes revela consumir bebidas estimulantes siendo el motivo más frecuente mantenerse despiertos.

Considerando estos resultados, se estima oportuno promover en el propio entorno universitario actividades de prevención y promoción de la salud. Esto contribuiría a incrementar el nivel de conocimientos y habilidades entre el estudiantado, facilitando un cambio en sus hábitos y estilos de vida lo que mejoraría su nivel de autocuidado. La Facultad de Ciencias de la Salud, como institución responsable de formar a los futuros profesionales sanitarios, puede ser un escenario ideal para potenciar, entre su alumnado, el rol como agente promotor de la salud, en el marco de la estrategia de la Red Española de Universidades Saludables.

REFERENCIAS

- [1] Canova-Barrios C, Quintana-Honores M, Álvarez-Miño L. Estilos de vida y su implicación en la salud de los estudiantes Universitarios de las Ciencias de la Salud: Una revisión sistemática. UCES. 2018; 23(2): 98-126.
- [2] Canova-Barrios C. Estilo de vida de estudiantes universitarios de Santa Marta, Colombia. Rev Colomb Enferm. 2017; 14, 23-32. <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v14i.2025>
- [3] Wanden-Berghe C, Martín-Rodero H, Rodríguez-Martín A, Novalbos-Ruiz J, Martínez E, Sanz-Valero J et al. Calidad de vida y sus factores determinantes en universitarios españoles de Ciencias de la Salud. Nutr Hosp. 2015; 31(2): 952-958.
- [4] Gómez Z, Landeros P, Romero E, Troyo R. Estilos de vida y riesgos para la salud en una población universitaria. RSPYN. 2016; 15(2),15-21.
- [5] Sánchez-Ojeda M, Roldán C, Melguizo-Rodríguez L, de Luna-Bertos E. Analysis of the Lifestyle of Spanish Undergraduate Nursing Students and Comparison with Students of Other Degrees. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022; 19(9); 5765.
- [6] Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles. [Internet]. 2022. [citado 8 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- [7] Velandia M, Arenas J, Ortega N. Estilos de vida de los estudiantes de enfermería. Rev. cienc. ciudad. 2015; 2(1): 27-39.
- [8] World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee". WHO Technical Report Series [Internet]. 1995: 854. [citado el 8 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://bit.ly/33a8wU2>
- [9] Carrera Y. Cuestionario Internacional de actividad física (IPAQ). Revista Enfermería del Trabajo. 2017; 7(11), 49-54.
- [10] Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, Ortega R, García A, Pérez C et al. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. Public Health Nutrition 2004; 7(7), 931-935. <https://doi.org/10.1079/PHN2004556>
- [11] The jamovi project (2020), (Version 1.6) [Computer Software]. Disponible en: <https://www.jamovi.org/>
- [12] Navarro-González I, Ros G, Martínez-García B, Rodríguez-Tadeo A, Periago M. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con la calidad del desayuno en estudiantes de la Universidad de Murcia. Nutr Hop. 2016; 33(4): 901-908.
- [13] De la Montaña J, Castro L, Cobas N, Rodríguez M, Míguez M. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el índice de masa corporal en universitarios de Galicia. Nutr. clín. diet. hosp.2012; 32(3): 72-80.
- [14] Durá T, Castroviejo A. Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. Nutr Hosp. 2011; 26(3): 602-608.
- [15] Rubio R, Varela M. Barreras percibidas en jóvenes universitarios para realizar actividad física. Rev Cubana Salud Pública. 2016; 42 (1): 61-69.
- [16] Cancela J, Ayán C, Vila H, Gutiérrez J, Gutiérrez A. Validez de Constructo del Cuestionario Internacional de Actividad Física en Universitarios Españoles". Rev Iber Diag Eva. 2018; 52 (3): 5-14.
- [17] Solera A, Gamero A. Hábitos saludables en universitarios de ciencias de la salud y de otras ramas de conocimiento: un estudio comparativo. Rev Esp Nutr Hum Diet. 2019; 23(4), 271-282.
- [18] Castro M, Puertas P, Ubago J, Pérez A, Linares, M, Zurita F. Consumo de tabaco y alcohol en universitarios. J Sport Health Res. 2017; 9 (1) 151-162.
- [19] Riera-Sampol A, Rodas L, Martínez S, Moir H, Tauler P. Caffeine Intake among Undergraduate Students: Sex Differences, Sources, Motivations, and Associations with Smoking Status and Self-Reported Sleep Quality. Nutrients. 2022; 14(1661)1-15. <https://doi.org/10.3390/nu14081661>
- [20] Villanueva E. Consumo de bebidas energéticas en estudiantes universitarios. RqR Enfermería Comunitaria. 2016; 4(3) 31-43. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5609072>

La conducta alimentaria en una población infantojuvenil de Gran Canaria. Una dimensión emocional

Yurena-Yaiza Pérez-Macías^a; Carmen-Nieves Hernández-Flores^b; Daniela-Celia Montesdeoca-Ramírez^c

^aEstudiante de la Maestría Enfermería Escolar, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria;

^bProfesora del Departamento de Matemáticas, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^cProfesora Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

La conducta alimentaria se define como el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación. La obesidad infantil es un problema de salud que tiene su origen en la interacción de factores genéticos y ambientales, como los hábitos y las emociones. Los objetivos de este trabajo fueron conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil, determinar la prevalencia de personas comedoras emocionales e identificar la actitud emocional en la conducta alimentaria de una población escolar de la isla de Gran Canaria. Se diseñó un estudio descriptivo transversal. La población diana estuvo constituida por escolares de 6 a 12 años, ubicados en un municipio de Las Palmas de Gran Canaria. Se estimó un tamaño muestral de 244. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario autoadministrado y adaptado. Para identificar la prevalencia de comedores emocionales y la actitud emocional en la conducta alimentaria se utilizaron dos cuestionarios validados: el cuestionario Comedores Emocionales y *Three Factor Eating Questionnaire*. El análisis de los datos se realizó con el programa JAMOV. La prevalencia de sobrecarga ponderal es del 37,7%. El 61,8% de los escolares con problemas de sobrepeso y obesidad son también comedores emocionales en algún grado. Un 54,6% de los participantes presentan conductas de restricción. El 40,7% de los escolares con conductas de desinhibición presenta problemas de exceso de peso. Este estudio pone en evidencia la necesidad de implementar intervenciones educativas dirigidas a revertir la prevalencia de obesidad infantil. Las emociones pueden ser un determinante en la elección de los alimentos ingeridos, lo que llevaría al aumento o disminución del peso corporal. El entorno escolar sería el escenario ideal para implementar acciones de prevención y promoción mantenidas en el tiempo, evaluando estrategias efectivas en materia de educación nutricional.

Palabras clave: trastornos de ingestión y alimentación en la niñez, conducta alimentaria, emociones, obesidad infantil, servicios de salud escolar.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de La Salud (OMS) estableció en el marco de la Iniciativa Europea de Vigilancia de la Obesidad Infantil, en 2007, el rango de edad de 6 a 9 años para disminuir las posibles diferencias ponderales atribuibles al inicio de la pubertad. Durante 2018 y 2020 tuvo lugar su quinta ronda de recopilación de datos, en la que 33 de los 45 países que la conforman, estudiaron a casi 411.000 niños de 6 a 9 años. Este análisis concluyó que el 29% de los escolares de 7 a 9 años de la región europea tenía sobrepeso u obesidad¹.

En Canarias los datos de prevalencia son algo superiores a los reportados a nivel nacional^{2,3}, donde la prevalencia de exceso ponderal en escolares de 6-9 años fue del 43%. La OMS¹ define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La principal causa es un desequilibrio energético producido por un aumento en la ingesta de alimentos con alto contenido calórico y una disminución de la actividad. La inactividad física se ha potenciado durante el último siglo, por los cambios sociales generados tras la industrialización, el abandono de los asentamientos rurales, el desarrollo económico y la globalización; generando modificaciones en los patrones alimentarios y los hábitos de vida saludables⁴.

Las medidas antropométricas simples se utilizan como herramientas de detección de la obesidad para fines clínicos y epidemiológicos⁵, siendo la determinación del Índice de Masa Corporal (IMC), la forma que habitualmente se utiliza para determinar si una persona tiene sobrepeso u obesidad⁶. Las medidas antropométricas referidas por los padres son válidas y pueden utilizarse en la investigación epidemiológica⁷. En la población infantil (niños y adolescentes), deben compararse con las referencias de crecimiento poblacional ajustadas por sexo y edad⁸.

La obesidad genera un alto coste sociosanitario⁹, y su etiología está en continuo estudio. Gordillo et al.¹⁰ subrayan que, en el 99% de los casos, se debe a una asociación de factores ambientales (sedentarismo y dieta inadecuada), factores genéticos (hijos de padres obesos tienen mayor predisposición a ser obesos) y factores psicológicos (uso de la comida para gestionar

problemas emocionales entre otros).

Por otro lado, el estado emocional puede influir en la cantidad y calidad del consumo de alimentos. Palomino⁹ señala que las emociones negativas (ira, apatía, frustración, estrés, miedo, pena, ansiedad, inquietud, soledad y aburrimiento) generan respuestas alimentarias relacionadas con atracones de alimentos con un alto contenido calórico (azúcares y grasas) en un breve espacio de tiempo. Estas conductas suelen ser más frecuentes en mujeres, en personas obesas y en contextos de restricción alimentaria. Se describe así el término “Comedor Emocional” (CE), que define a las personas que comen en exceso ante respuestas emocionales, generalmente negativas, incapaces de afrontarlas adecuadamente, tendiendo a elegir alimentos de alta densidad energética para calmarse, no así para saciarse, pues no ingieren alimentos en respuesta a una necesidad física de hambre, sino emocional¹¹.

Los cambios en la ingesta alimentaria asociados a las emociones generan, a largo plazo, problemas de salud como la obesidad y los trastornos de conducta alimentaria (TCA)¹². Identificar, en la población infantil escolarizada, problemas de sobrepeso, obesidad y/o comedores emocionales, ayuda a determinar las necesidades de salud de dicha población y fundamenta las intervenciones educativas de profesionales cualificados, entre ellos, la enfermera escolar¹³.

Jebeile et al.⁸ describen que las intervenciones psicológicas (terapia cognitivo-conductual), unidas a las intervenciones de educación para la salud, logran el cambio de comportamientos alimentarios relacionados con la obesidad, la imagen corporal distorsionada, el estado de ánimo negativo y el control de estímulos.

En este contexto, se ha planteado esta investigación teniendo como objetivos:

- 1.- Conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en la población infantil escolarizada de una zona de salud de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria.
- 2.- Determinar la prevalencia de comedores emocionales en este grupo de escolares.
- 3.- Identificar la actitud emocional en la conducta alimentaria de esta población infantil.

2. METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio descriptivo transversal de corte cuantitativo.

La población objeto de este estudio fueron los escolares (669) de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años, matriculados en los colegios de titularidad pública (5) y en un centro concertado, en el curso académico 2022/2023. Estos centros educativos están en una zona de salud del municipio de Las Palmas de Gran Canaria. La población de esta zona de salud tiene un nivel socioeconómico bajo-medio, elevado riesgo social y una tasa de desempleo elevada. Se estimó un tamaño muestral de 244, considerando un error del 5% y un nivel de confianza del 95%.

El proyecto se presentó al equipo directivo de todos los centros. Uno de ellos declinó su participación, dando finalmente su consentimiento informado para participar en el estudio 4 centros de titularidad pública y uno concertado. Posteriormente se solicitó permiso al Comité de Ética e Investigación (CEI) de referencia, obteniéndose su aprobación el 13 de enero de 2023 (Código CEIm de Las Palmas: 2022-579-1).

Se consideró como criterios de inclusión:

- Ser alumno de 6-12 años, escolarizado durante el curso 2022/2023 en los centros educativos, públicos y concertados de la zona de salud y aceptar su participación en el estudio.
- Contar con el consentimiento de los progenitores para participar en la recogida de datos.

Como instrumento de recogida de datos y con el fin de conseguir el objetivo, se elaboró un cuestionario anónimo, *ad hoc*, autoadministrado y adaptado para la recolección de datos sociodemográficos, talla y peso autoreferidos de los escolares y sus familiares. Este quedó estructurado en:

- Datos generales del alumnado. Se contempló variables relacionadas con datos sociodemográficos como: edad, género (hombre, mujer y no binario) y curso, así como datos autoreferidos de peso y talla con el fin de conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad de este grupo poblacional. Para el cálculo de las prevalencias se utilizó los puntos de corte correspondientes al percentil 85 para sobrepeso y el percentil 97 para obesidad específicos por edad y sexo, de las tablas de crecimiento y desarrollo de la población española¹⁴.
- Datos generales de los progenitores. Se consideraron variables sociodemográficas como: edad, género, nivel educativo y situación laboral (profesión y turno de trabajo), así como datos autoreferidos de peso y talla. Para calcular la prevalencia de obesidad de los progenitores se utilizó el IMC, considerando el criterio de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad¹⁵.

Como instrumentos para evaluar la dimensión emocional, se utilizaron dos cuestionarios ya validados:

- La alimentación emocional se evaluó con el cuestionario de comedores emocionales autoadministrado, validado por Garaulet et al.¹⁶. Se establecen cuatro categorías en función del resultado obtenido: comedor no emocional (0-5), comedor poco emocional (6-10), comedor emocional (11-20) y comedor muy emocional (21-30).
- La conducta alimentaria se evaluó con el cuestionario validado *Three Factor Eating Questionnaire*, TFEQ¹⁷. Es un

instrumento de evaluación que a través de la combinación de una escala categórica y una continua, evalúa la restricción alimentaria, catalogándola en tres factores: restricción (I), desinhibición (II) y hambre (III). El análisis factorial estableció tres subescalas: restricción cognitiva de la conducta de comer (21 ítems), desinhibición/ingesta incontrolada/ingesta emocional (16 ítems) y hambre (14 ítems).

El trabajo de campo se realizó entre el 20 y el 30 de enero de 2023.

La información obtenida fue mecanizada en una base de datos Excel. El análisis de los datos se realizó con el programa JAMOV¹⁸. Las variables cualitativas se resumieron en frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se utilizaron medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos IQR=25-75 percentil, según se dieran o no los supuestos de normalidad. Los porcentajes se compararon usando el test de Chi- cuadrado, para comparar las medias se hizo con el t-test y las medianas con el test de Wilcoxon para datos independientes. La significación estadística se estableció en el 5% ($p < 0,05$).

3. RESULTADOS

La población diana estuvo constituida por 669 escolares de edades comprendidas entre 6-12 años. La participación fue del 35,8% ($n = 240$): 43,8% hombres y 56,2% mujeres.

El 37,7% de los escolares participantes presenta un incremento de su peso corporal (13% de sobrepeso y el 10,7% obesidad). Existe diferencia significativa entre el género de los escolares y su situación ponderal ($p = 0,0138$), observándose un 35,1% de los escolares varones con problemas de peso frente al 13% de las niñas.

El 65,4% de los padres presentan problemas de sobrepeso-obesidad y un 55,7% de las madres. Existe diferencia porcentual entre los padres que trabajan a jornada completa 65,8%, y las madres 42,5%.

Con respecto a la aplicación del cuestionario de Garaulet et al.¹⁶, el número de alumnos que respondió a todos los ítems del cuestionario fue bastante elevado y homogéneo ($n = 230-237$). El Alpha de Cronbach de este instrumento de medida es de 0.80. En la Tabla 1 se presenta la distribución de la muestra según la asociación del perfil emocional de los escolares en el contexto de la ingesta de alimentos entre su situación ponderal.

Tabla 1. Asociación entre la situación ponderal de los escolares y el tipo de comedor emocional

	Normopeso n (%)	Sobrepeso-obesidad n (%)
Comedor poco emocional ($n = 38$)	27 (27,6)	11 (32,4)
Comedor no emocional ($n = 73$)	60 (61,2)	13 (38,2)
Comedor emocional-muy emocional ($n = 21$)	11 (11,2)	10 (29,4)

Nota. Elaboración propia

Con diferencias significativas ($p = 0,0196$) se ha observado que los comedores poco emocionales sienten que ciertos alimentos influyen sobre su voluntad y que la comida es algo más que comida, de estos el 32,4% presenta sobrepeso-obesidad. Por otro lado, los comedores emocionales reconocen que sus sentimientos y estado de ánimo, en algunos momentos, determinan cuanto y cómo comer, pudiendo llegar a sufrir algún trastorno de comportamiento alimentario. Con sobrepeso u obesidad y este comportamiento emocional asociado hay un 29,4% entre los escolares estudiados. Esto significa que el 61,8% de los escolares con problemas de sobrecarga ponderal son también comedores emocionales en algún grado, frente al 38,2% que, pese a tener sobrepeso-obesidad, no lo son.

Se ha observado diferencias significativas ($p = 0,0162$) al asociar los diferentes perfiles emocionales de los escolares con la situación ponderal de las madres, no encontrándose asociación con el IMC del padre ($p = 0,6937$). Es muy significativo el porcentaje de madres con sobrepeso-obesidad cuyos hijos son comedores emocionales en algún grado (45,4%), siendo el 24,2% comedor emocional de riesgo clínico. No existen diferencias significativas entre el género de los escolares y el tipo de comedor emocional ($p = 0,5267$). Tampoco entre el tipo de comedor emocional y el horario laboral de la madre ($p = 0,1292$), ni del padre ($p = 0,2196$), ni el nivel formativo de ambos progenitores ($p = 0,42$).

En la aplicación del cuestionario de los tres factores emocionales que determinan la ingesta alimentaria (TFEQ¹⁷), el valor del Alpha de Cronbach es de 0,83 para la primera parte de este cuestionario y de 0,68 para la segunda.

En cuanto a las diferencias asociadas al género de los escolares, al responder el cuestionario, se observó diferencias significativas ($p = 0,0054$) entre los escolares varones (58,1%) que “a menudo se sienten tan hambrientos que tienen que comer algo ya” (ítem 12) con respecto a las mujeres (39,2%). Lo mismo ocurre en el ítem 15 “cuando empiezo a comer parece que

no puedo parar” donde los hombres (31,1%) se identifican más ($p=0,0444$) con este comportamiento en comparación con las mujeres (19%). Ambas manifestaciones se asocian a comportamientos de desinhibición (Factor II). En el resto de los ítems no se ha observado diferencias significativas contemplando la perspectiva de género.

Del análisis general de los resultados de este cuestionario, se obtiene la Tabla 2, que muestra la puntuación media de los tres factores determinantes de la conducta alimentaria para la población infantil escolarizada estudiada.

Tabla 2. Distribución de la muestra según los factores determinantes de la conducta alimentaria

<i>Factor de Restricción Cognitiva (n=185)</i>	<i>n (%)</i>
Bajo ≤ 6	84 (45,4)
Medio 7-13	80 (43,2)
Alto 14-20	21 (11,4)
<i>Factor de Desinhibición (n= 168)</i>	
Bajo 0-5	109 (64,9)
Medio 6-11	49 (29,2)
Alto 12-17	10 (6)
<i>Factor Hambre (n= 191)</i>	
Bajo 0-4	73 (38,2)
Medio 5-9	79 (41,4%)
Alto 10-14	39 (20,4)

Nota. Elaboración propia

El factor de restricción I (FR) sólo presentó diferencias significativas al asociarlo al horario laboral del padre ($p= 0,0360$). En las unidades familiares donde los padres tienen una jornada laboral completa, el 11,9% de sus hijos presenta comportamientos restrictivos graves en su ingesta alimentaria con la intención de controlar o perder peso. En aquellos que trabajan a media jornada, el porcentaje asciende a un 20%. En los escolares cuya conducta es de riesgo, también existe una diferencia significativa, estando presente en el 60% de los hijos de padres que trabajan a media jornada, en el 66,7% de los que trabajan a turnos y en el 68,4% de los que no trabajan, pero reciben prestación económica por desempleo.

El factor de desinhibición II (FD) se ha asociado al IMC de los escolares ($p=0,0081$), al nivel de estudios de ambos progenitores, y al IMC de las madres ($p=0,0513$). Asociado al IMC de los escolares, el factor de desinhibición (FD), definido como la tendencia a comer en exceso en respuesta a la pérdida de control sobre la comida y a estados de ánimo negativos muestra, que del total de los escolares con problemas clínicos o de riesgo por esta conducta alimentaria, un 40,7% presenta problemas asociados de sobrepeso-obesidad. Destaca que el nivel de instrucción del padre ($p= 0,0270$) y de la madre ($p= 0,0415$) se asocia de manera significativa con este factor. En el 43,7% de los alumnos con FD, siendo el 12,5% de rango clínico, sus padres han cursado estudios primarios.

No hemos observado ningún escolar con FD de rango clínico y que sus padres tuvieran estudios universitarios, pero si se ha obtenido un 10% de escolares en riesgo. En padres con estudios secundarios, sólo un 2% de los alumnos con FD presenta rango clínico, y un 28% es de riesgo. El FD está asociado al nivel de instrucción del padre, concretamente a padres con estudios primarios y secundarios. Algo similar ocurre con las madres, estando presente este comportamiento de desinhibición en el 48,2% de los escolares cuyas madres tiene estudios primarios. Con rango clínico, el FD está presente en el 6,2% de los escolares cuyas madres tiene estudios secundarios, en el 9,3% de madres con estudios primarios y en el 2,5% con estudios universitarios. Cabe destacar que en el 90% de los alumnos de padres universitarios y en el 82,5% de alumnos de madres con estudios universitarios, no existe conducta alimentaria de desinhibición en rango clínico ni de riesgo asociada. Por otro lado, asociado al IMC materno, el 9,1% de los alumnos con FD en rango clínico tienen madres con sobrepeso-obesidad, y el 32,5% de los alumnos con FD de riesgo también. Es decir, existe asociación significativa entre el 41,6% de los alumnos con conductas de riesgo y rango clínico del comportamiento alimentario relacionado con la desinhibición y las madres con sobrepeso-obesidad. En el 58,4% cuyas madres tienen sobrepeso-obesidad, este comportamiento no está asociado. El resto de las variables estudiadas, como el género, el horario laboral de los progenitores y el IMC del padre, no presentan una asociación significativa con este factor de desinhibición.

Con respecto al factor III hambre (FH), es decir, susceptibilidad al hambre, solo se ha evidenciado diferencias significativas ($p= 0,0514$) al asociarlo con el IMC de la madre. Se ha podido observar que en un 26,4% de escolares en rango clínico y en un 35,6% de escolares en riesgo, sus madres presentan sobrepeso-obesidad. Esto supone el 61,6 % de los menores con algún grado de FH cuyas madres presentaron sobrepeso-obesidad.

4. DISCUSIÓN

Cabe señalar, que a la hora de comparar los resultados obtenidos con los datos disponibles en nuestro medio se debe realizar con cautela al ser muy heterogéneos en cuanto a la edad y a la metodología utilizada, así como por tratarse de datos autoreferidos.

En relación con la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en la muestra de escolares estudiada, se ha obtenido una prevalencia del 37,7%. Este resultado está en consonancia con los datos obtenidos a nivel nacional^{2,3} para la misma población y el mismo rango de edad en España (40,6%), poniéndose de relieve que, el aumento ponderal en la población infantil continúa siendo un problema de salud. A pesar de no haber contemplado en nuestro estudio el patrón de alimentación y de actividad física, se ha evidenciado que este incremento ponderal puede estar asociado a cambios en los hábitos alimentarios y actividad física³. Poder modular estos hábitos interviniendo no solo con los escolares sino también con las familias y con el resto de la comunidad educativa, justificaría la presencia de la Enfermera Escolar¹³.

Cabe resaltar la diferencia porcentual existente entre los padres que trabajan a jornada completa 65,8%, y las madres 42,5%. El estudio ALADINO³ recoge la importancia del gradiente socioeconómico inverso en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, sugiriendo que la desigualdad socioeconómica pudiera estar asociada a un acceso desigual de los recursos que promocionan los hábitos saludables, como la actividad física extraescolar. También recoge la influencia de la transmisión intergeneracional de la sobrecarga ponderal, teniendo mayor riesgo de sobrepeso-obesidad los hijos de progenitores con alguno de estos problemas. Este último dato es muy importante si tenemos en cuenta que, en nuestro estudio, el 64,4% de los padres presentan problemas de sobrepeso-obesidad y el 55,7% de las madres. La prevalencia de obesidad infantil pudiera estar determinada por el contexto social, la desigualdad económica y el nivel de instrucción de los progenitores, lo que predispone al menor a un ambiente obesogénico.

Con respecto a la actitud emocional en la conducta alimentaria, dentro de los factores causales de la obesidad descritos por Gordillo et al.¹⁰, los factores psicológicos desempeñan un gran papel, no a menudo estudiado en esta población. El estudio PASOS², además de recoger la asociación de las rentas bajas con el aumento ponderal, describe que el 20,4% de los menores escolarizados de 12 años declara sentirse “preocupado, triste o infeliz”. Este dato aumenta entre adolescentes escolarizados. De hecho, concluye que el género femenino, la población adolescente y la población evaluada en centros educativos ubicados en secciones censales de elevadas rentas promedio por persona y año son las que declaran, en mayor medida, sentirse “preocupadas, tristes o infelices”. Comer en respuesta a emociones, buscando en la comida una recompensa que mitigue sus frustraciones¹⁰, describe un tipo de persona que, en la muestra estudiada se ha identificado. El 61,8% de los escolares con problemas de sobrepeso-obesidad come en función de sus sentimientos y estado de ánimo, y un 38,8% son CE sin alteraciones ponderales. Este es un porcentaje bastante elevado que deberíamos considerar si, a la hora de realizar intervenciones educativas, queremos afrontar el exceso ponderal descrito por la población infantil de la zona de salud estudiada.

Palomino⁹ señala que el 75% de las personas con aumento ponderal son CE. También señala diferencias entre CE y el género, principalmente, mujeres adultas, aunque también reporta resultados donde las prevalencias son similares en ambos sexos. En nuestro estudio, se evidencia que tener emociones negativas y una mala gestión emocional pueden ser factores determinantes de la obesidad, pero no excluyentes en todos los obesos. Esto puede ser debido a que, en el grupo estudiado, en edad escolar, aún no se han conformado todos sus rasgos de comportamiento y personalidad. La falta de estudios que determinen la presencia de CE en edad escolar hace de esta última una mera interpretación personal.

La asociación de madres con sobrepeso-obesidad cuyos hijos son comedores emocionales en algún grado (45,4%) ya fue observada por otros autores^{19,20}. La alimentación emocional materna se asocia positivamente con la alimentación emocional de los niños en la infancia y las conductas alimentarias de las madres están asociadas a sus prácticas de alimentación en la niñez¹⁹. Los niños pueden estar reproduciendo conductas que han observado en los padres¹⁰, y si tenemos en cuenta el apego a la madre presente en estas edades, junto con los informes de asociación de CE y género femenino en etapas adultas descritas por Guivarch et al.¹⁹, esta influencia pudiera estar justificada.

Mallan et al.²⁰ recogen que la asociación positiva entre el comer en exceso emocional de la madre y el niño estaba parcialmente mediada por el uso materno de alimentos como recompensa y como restricción. Señala que las prácticas de alimentación utilizadas por los padres tienen un impacto en los comportamientos alimentarios de los niños y viceversa. En definitiva, el perfil emocional de la ingesta de alimentos, puede ser un determinante del IMC de los escolares y de sus madres.

Con respecto a la aplicación del cuestionario de Garaulet et al.¹⁶, el Alpha de Cronbach obtenido (0,80) evidencia su validez interna para este grupo de edad, lo que nos permite recomendar su uso en este grupo poblacional.

En relación con los factores que determinan la conducta alimentaria. En el estudio, *en relación con las conductas de restricción* (FR), se reflejan niveles altos de riesgo en la población infantil (43,2%), frente a un 11,4% de los escolares que restringe consciente y patológicamente la ingesta para controlar o perder peso.

Mallan et al.²⁰ refieren que las prácticas de alimentación restrictivas de los progenitores se asocian positivamente con una mayor ingesta de alimentos restringidos, por parte de los hijos, cuando estos están disponibles, así como con una mayor capacidad de ingesta alimentaria desinhibida. Además, pone de manifiesto que la restricción de la comida del niño con el fin de controlar el peso se asocia con comportamientos asociados a conductas de desinhibición (comer descontroladamente y en exceso) a largo plazo. Estos estudios no abordan los motivos por los que las madres restringen los alimentos a sus hijos. Guivarch et al.¹⁹ observó pautas similares, donde los patrones alimentarios restrictivos maternos se asociaron a las prácticas de alimentación restrictivas hacia sus hijos (restricción por salud y restricción por peso) y el uso de alimentos como recompensa en la niñez por su parte, lo que podría afectar la autorregulación de la ingesta de energía de los niños. También observó que la alimentación descontrolada materna se asoció positivamente con la presión para comer hacia los menores. No podemos saber si las conductas restrictivas descritas por los menores en nuestro estudio son suyas o forzadas por prácticas de alimentación restrictivas paternas y/o maternas, pues no se evaluó la conducta alimentaria de los progenitores, ni sus prácticas en la alimentación infantil. En nuestro estudio, este FR sólo está asociado al horario laboral del padre. Podemos intuir, basándonos en los resultados de otros autores^{19,20}, que los escolares con conductas restrictivas tienen madres con prácticas de alimentación restrictivas, ya sea por la salud de estos o por la percepción real o subjetiva de exceso ponderal de las madres para con sus hijos. La alimentación restrictiva puede ser una acción de enseñanza de los padres a los hijos para controlar el aumento ponderal. Podríamos pensar que, la influencia de madres que trabajan menos horas, y por tanto pasan más tiempo en casa encargadas de la alimentación, podría estar alterando el comportamiento alimentario de sus hijos, pero para realizar este tipo de afirmaciones, tendríamos que realizar el estudio también a los progenitores.

En relación con las conductas de desinhibición (FD), que comprenden comportamientos alimentarios asociados a las emociones, a eventos sociales o a consumos excesivos de manera recurrente y habitual, un 35,2% de la muestra ya presenta comportamientos asociados a este FD. Se observó asociación de esta conducta al IMC de los escolares, donde un 40,7% con sobrepeso-obesidad tienen conductas clínicas o de riesgo por desinhibición. Destaca que el nivel de instrucción del padre y de la madre se asocia también de manera significativa con este factor. En el 43,7% de los alumnos con FD, sus padres han cursado estudios primarios y en el 48,2% de los escolares sus madres tienen estudios primarios. El estudio ALADINO³ señala una mayor prevalencia de obesidad infantil entre escolares cuyos progenitores tienen estudios primarios, así como un mayor porcentaje de niños con normopeso entre progenitores universitarios. Identifica, como factores protectores de la obesidad infantil, el sexo femenino, realizar actividad física intensa, un nivel medio alto de ingresos familiares, el origen europeo del padre y, en menor medida, la situación ponderal de delgadez de la madre. Esto podría significar que, a menor nivel de instrucción, menor posibilidad de acceder a un puesto de trabajo mejor remunerado, y, por tanto, menor capacidad para disponer de recursos saludables. Encontrar el equilibrio y disminuir las desigualdades se plantea como todo un reto en los programas de Salud Escolar.

La asociación entre el FD y el IMC materno, donde el 41,6% de los alumnos con conductas de riesgo y rango clínico del comportamiento alimentario relacionado tienen madres con sobrepeso-obesidad, reforzaría el resultado obtenido por el estudio ALADINO³, en el que la delgadez materna se considera un factor de protección.

Mallan et al.²⁰ evidenció que las asociaciones entre la presión para comer (ejercida por los padres) y los resultados del niño, incluidos los comportamientos alimentarios y el IMC, son variables. Así, en niños de 5 a 6 años, la presión para comer se asoció con una mayor ingesta diaria estimada de energía y un mayor consumo de bocadillos dulces y salados, generando un comportamiento alimentario obesogénico en el niño, determinado por comer emocionalmente y comer en exceso. Esta práctica parental puede estar asociada a la preocupación de los progenitores sobre el peso del menor y a las conductas de evitación de estos a la hora de comer. Mallan et al.²⁰ sugiere que las prácticas de alimentación como la alimentación instrumental (usar alimentos como recompensa de un comportamiento) y la alimentación emocional (uso de alimentos como fuente de consuelo) influyen en el IMC del niño, pudiendo incurrir en patrones de alimentación disfuncionales y aumento de peso en estos. Aunque estas prácticas de alimentación pueden ayudar a controlar el comportamiento o el estado de ánimo de los niños a corto plazo, la evidencia indica que a largo plazo puede resultar perjudicial para su salud, manifestándose con desórdenes alimentarios y aumento del IMC.

Entre nuestros escolares se pueden observar diferencias significativas asociadas al género masculino y las conductas alimentarias de desinhibición. Un 58,1% de los varones que “a menudo se sienten tan hambrientos que tienen que comer algo ya” (ítem12) y un 31,1% de los chicos que “cuando empiezo a comer parece que no puedo parar” (ítem15), podrían estar desarrollando conductas alimentarias del FD asociadas a pautas de alimentación instrumental.

Guivarch et al.¹⁹ también observó que la alimentación desinhibida de la madre se asoció negativamente con la restricción de peso solo entre los niños, utilizando menos restricción de peso para los niños que para las niñas. Esto podría deberse a las distintas percepciones sociales y expectativas que los progenitores tienen sobre el peso corporal ideal según el género del niño: las madres tienden a preocuparse menos por el peso de los niños (apreciación subjetiva de ventaja social y física a mayor peso) en comparación con el de las niñas (deberían estar delgadas).

Garza-Olivares et al.¹² afirma que la práctica de presión para comer sí se correlaciona positivamente con el riesgo de ingesta emocional en el niño y no señala la existencia de una relación entre la ingesta emocional de la madre y el riesgo de ingesta emocional del hijo/a. Esto reforzaría los resultados de Mallan et al.²⁰.

En cuanto al factor hambre, caracterizado por sus rasgos internos (regulación interna) y externos (regulación por variables externas como los eventos sociales), el 41,4% de los escolares presentan el riesgo de convertir ésta en una conducta incontrolada y desarrollar trastornos del control del apetito, y, por ende, de la conducta alimentaria. Se ha evidenciado asociación entre el FH y el IMC materno, así, en el 61,6 % de los menores con algún grado de FH, sus madres presentaron sobrepeso-obesidad. Mallan et al.²⁰, puso de manifiesto en su estudio que, las niñas de madres con sobrepeso con prácticas de alimentación restrictiva mostraron una mayor ingesta en ausencia de hambre entre los 5 y los 9 años.

Gordillo et al.¹⁰ refiere que el desarrollo de la conciencia emocional, el desarrollo del autoconcepto y la imagen corporal y el autocontrol en niños y adolescentes, tienen un gran peso en su incremento ponderal. Estas características se desarrollan con la edad y pueden relacionarse con el hecho de que las emociones se convierten en desencadenantes para comer y con el aumento de restricciones alimentarias. Este patrón de conductas puede desencadenar los trastornos alimentarios (FR) más frecuentes entre las adolescentes, justificando el supuesto respecto a los trastornos alimentarios que, para las niñas, con el tiempo, el control del peso a través de una alimentación autorrestrictiva tiene mayor peso que las propias señales fisiológicas de hambre y saciedad.

El hecho de que no exista asociación significativa entre el FH de este estudio y el IMC de los menores, pero sí con el de las madres, parece corroborar el factor causal descrito por los anteriores autores, donde las prácticas de alimentación restrictivas maternas se asociaban a conductas de desinhibición en los menores.

El valor Alpha de Cronbach del TFEQ¹⁷ obtenido para ambas partes del cuestionario nos permite recomendar su uso en la población escolar de nuestro entorno con problemas de sobrepeso y obesidad.

Este estudio presenta limitaciones inherentes al diseño descriptivo de corte transversal, donde no se puede establecer una relación causal, al tipo de muestreo intencional, así como en el método de recogida de datos (cuestionario autoadministrado), que pudo generar un posible sesgo de información. Como fortaleza hemos de destacar que la validez interna del estudio se ha evidenciado, lo que nos permite diseñar y planificar una intervención educativa realista adaptada al entorno concreto de esta zona de salud.

Se evidencia la necesidad de diseñar, planificar e implementar intervenciones educativas, con un enfoque intersectorial y mantenidas en el tiempo, donde participen de manera activa todos los actores implicados en mejorar la salud comunitaria. Diseñar estudios que permitan establecer relaciones causales e identificar los factores que determinan la conducta alimentaria de nuestros escolares y de sus familias, contribuiría a una práctica, como Enfermeras Escolares, más eficiente y eficaz.

5. CONCLUSIONES

- 1.- Casi cuatro de cada diez escolares presentan sobrecarga ponderal. Siendo más prevalente en los hombres que en la mujeres (35,1% y 13% respectivamente).
- 2.- El 17,4% de los escolares son comedores emocionales-muy emocionales. Seis de cada diez escolares con problemas de sobrepeso-obesidad son también comedores emocionales en algún grado.
- 3.- Determinados comportamientos influyen en la conducta alimentaria de los escolares. El factor de restricción está asociado con el horario laboral del padre. El factor de desinhibición es más prevalente en los hombres que en las mujeres, estando asociado al IMC de los escolares y de sus madres y al nivel de instrucción de los progenitores. La susceptibilidad al hambre manifestada por los escolares está asociada al IMC de la madre.

REFERENCIAS

- [1] Organización Mundial de La Salud. (OMS). Informe sobre la quinta ronda de recopilación de datos, 2018-2020: Iniciativa Europea de Vigilancia de la Obesidad Infantil de la OMS (COSI). [Internet]. 2022. [citado el 8 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6594-46360-67071>
- [2] Gómez S, Lorenzo L. Ribes C. Segunda edición del Estudio PASOS sobre los estilos de vida y el estado de salud de la población española de 8 a 16 años. Informe breve. Gasol-Foundation-Europa. [Internet]. 2022. [citado el 22 de enero de 2023]. Disponible en: <https://gasolfoundation.org/wp-content/uploads/2023/01/GF-PASOS-informe-2022-WEB.pdf>
- [3] García-Solano M, Gutiérrez-González E, López-Sobaler A, Ruiz-Álvarez M, Bermejo L, Aparicio A et al. Situación ponderal de la población escolar de 6 a 9 años en España: resultados del estudio ALADINO 2019. *Nutrición Hospitalaria*. 2021; 38(5), 943-953. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03618>

- [4] Fernández-Lucas L. Influencia de las Emociones en la Conducta Alimentaria. Revisión Narrativa. (2018). Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/684855>
- [5] Hudda M, Fewtrell M, Haroun D, Lum S, Williams J, Wells J et al. Development and validation of a prediction model for fat mass in children and adolescents: meta-analysis using individual participant data. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2019; 366, 14293. <https://doi.org/10.1136/bmj.14293>
- [6] Vaquero-Álvarez M, Romero-Saldaña M, Valle-Alonso J, Llorente Cantarero F, Blancas- Sánchez I, Fonseca F. Estudio de la obesidad en una población infantil rural y su relación con variables antropométricas. [Study of obesity in a rural children population and its relationship with anthropometric variables]. *Atención primaria*. 2019; 51(6), 341-349. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.03.007>
- [7] Olid A, Martín L, Moreno J, Martínez M, Pascual V, Martín N. Validación de los datos antropométricos declarados por padres de participantes en el proyecto SENDO. *Nutrición Hospitalaria* 2021; 38(6), 1162-1168. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03621>
- [8] Jebeile H, Kelly A, O'Malley G, Baur L. Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. *The lancet. Diabetes and endocrinology* 2022; 10(5), 351–365. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(22\)00047-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(22)00047-X)
- [9] Palomino A. Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Rev Chil Nutr*. 2020; 47(2), 286-291. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000200286>
- [10] Gordillo M, Sánchez S, Bermejo M. La obesidad infantil: análisis de los hábitos alimentarios y actividad física. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD. Revista de Psicología*. 2019; 2(1), 331-344.
- [11] Schachter S, Goldman R, Gordon A. Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of personality and social psychology*. 1968; 10(2), 91-97. <https://doi.org/10.1037/h0026284>
- [12] Garza-Olivares X, Navarro-Contreras G, González-Torres M, Gómez A, Zacarías-Salinas X. Validación psicométrica del Cuestionario de Emociones en la Motivación de la Ingesta. *Universitas Psychologica* 2021; 20, 1-13. <https://doi.org/10.11144/Jave-riana.upsy20.vpc>
- [13] Martín N, Montesdeoca-Ramírez D. Importancia de la enfermera escolar. Una revisión bibliográfica. 2022. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10553/115433>
- [14] Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, Bilbao A, Fernández-Ramos C, Lizárraga A et al. Curvas y tablas de crecimiento (estudios longitudinal y transversal),” Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo Fundación Faustino Orbeagozo. Bilbao: Fundación Faustino Orbeagozo. 2004.
- [15] Salas-Salvado J, Rubio M, Barbany M, Moreno B. Grupo colaborativo de la SEEDO. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina clínica*. 2007; 128(5), 184-196.
- [16] Garaulet M, Canteras M, Morales E, López-Guimera G, Sánchez-Carracedo D, Corbalán-Tutau M. Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity: the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutrición Hospitalaria*. 2012; 27(2), 645-51.
- [17] Stunkard A, Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of psychosomatic research*. 1985; 29(1), 71-83. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90010-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90010-8)
- [18] The jamovi project, jamovi (Version 2.3) [Computer Software], (2022). Disponible en: <https://www.jamovi.org>.
- [19] Guivarch C, Charles MA, Forhan A, Heude B, de Lauzon-Guillain B. Associations between maternal eating behaviors and feeding practices in toddlerhood. *Appetite*. 2022; 174, 106016. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106016>
- [20] Mallan K, Miller N. Effect of Parental Feeding Practices (i.e., Responsive Feeding) on Children's Eating Behavior. *Nestle Nutrition Institute workshop series*. 2019; 91: 21-30. <https://doi.org/10.1159/000493675>

Promoviendo la inteligencia emocional desde la escuela. Una intervención enfermera en la escuela

Idaira-María Arencibia-Rodríguez^a, Gabriel-Jesús Estévez-Guerra^b

^aEstudiante de la Maestría en Enfermería Escolar. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bProfesor Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

Las escuelas tienen un papel importante que desempeñar en la crianza de niños sanos al fomentar no solo su desarrollo cognitivo sino también su desarrollo social y emocional. El dominio efectivo de las competencias socioemocionales se asocia con un mayor bienestar y un mejor rendimiento escolar, mientras que el hecho de no lograr la competencia en estas áreas puede conducir a una variedad de dificultades personales, sociales y académicas. Una manera efectiva de apostar por el desarrollo de competencias emocionales en la escuela es mediante la ejecución de programas de intervención en el aula. El presente estudio tenía como objetivo evaluar la eficacia de una intervención educativa grupal sobre la competencia emocional en alumnos de Primaria. Se llevó a cabo entre septiembre y noviembre de 2022 y en él participaron 30 alumnos de Primaria (50% niñas y 50% niños), de entre 9 y 12 años, de un centro educativo público de Las Palmas de Gran Canaria. Se trató de un estudio cuantitativo, longitudinal, de tipo cuasi-experimental con evaluación pre y post-intervención, utilizando como instrumento de medida el CDE 9-13. La intervención consistió en 12 sesiones, de carácter semanal y de 50 minutos de duración, en el que se desarrollaron actividades relacionadas con la competencia emocional y sus 5 dimensiones. Recogidos los datos y analizados en el SPSS se obtuvo como resultado una mejoría estadísticamente significativa en la competencia emocional y en su dimensión “Conciencia emocional”, y una mejoría cuasi significativa para la “Competencia para la vida y el bienestar”, en los estudiantes que partían de un nivel de competencia emocional baja. El programa ha resultado eficaz en estudiantes que partían de un nivel de competencia emocional baja y los alumnos del grupo total que han obtenido un mayor beneficio son las niñas de 6º curso.

Palabras clave: inteligencia emocional, promoción de la salud, educación primaria, servicio de salud escolar.

1. INTRODUCCIÓN

Los últimos años han estado caracterizados por una fuerte crisis: desempleo, dificultades económicas, división política, pandemia, guerras, ... resultando el escenario desalentador. Enmarcados en este contexto pesimista, urge más que nunca defender la importancia de fortalecer la estabilidad emocional de nuestros niños y jóvenes, quienes también están creciendo inmersos en este ambiente de presión¹.

Las escuelas tienen un papel importante que desempeñar en la crianza de niños sanos al fomentar no solo su desarrollo cognitivo sino también su desarrollo social y emocional². Ya en 1996, la UNESCO elabora el Informe Delors cuyo título es “La educación encierra un tesoro”. En él se hace referencia a los cambios de estilos de vida que vive el mundo contemporáneo y con el fin de dar respuesta a esas presiones plantea cuatro pilares de la educación referidos al mundo emocional, que son³: Aprender a conocer, Aprender a hacer, Aprender a convivir y participar en proyectos comunes y Aprender a ser. Estos cuatro pilares se ven íntimamente relacionados con el concepto de Inteligencia Emocional (IE), término acuñado en 1990 por Peter Salovey y John Mayer, quienes definieron entonces la Inteligencia Emocional como la capacidad de controlar y regular las emociones de uno mismo para resolver y enfrentar genuinos problemas de la vida diaria de manera pacífica, obteniendo un bienestar para sí mismo y para los demás, siendo también guía capaz de equilibrar el pensamiento y la acción³.

Dentro del campo de la Inteligencia Emocional, el desarrollo de Competencias Emocionales es relevante en el ámbito educativo, puesto que se considera un componente integral de la educación para fomentar la resiliencia y evitar una trayectoria ascendente de comportamientos agresivos y problemas de salud mental⁴. Una extensa investigación sobre el desarrollo de los niños y adolescentes indica que el dominio efectivo de las competencias socioemocionales se asocia con un mayor bienestar y un mejor rendimiento escolar, mientras que el hecho de no lograr la competencia en estas áreas puede conducir a variedad de dificultades personales, sociales y académicas².

El modelo teórico utilizado como base para este estudio ha sido el Modelo Pentagonal de Competencias Emocionales^{1,5} que entiende por competencia emocional el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para

comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales. En el concepto de competencia se integra el saber, el saber hacer y el saber ser. Partiendo de este concepto se estructuran las competencias emocionales en cinco dimensiones: la Conciencia Emocional, la Regulación Emocional, la Autonomía Emocional, la Competencia Social y las Competencias para la Vida y el Bienestar⁵.

Una manera efectiva de apostar por el desarrollo de competencias emocionales en la escuela es mediante la ejecución de programas de intervención en el aula basados en el aprendizaje socioemocional⁴ y la figura idónea para ello es la de la Enfermera Escolar, cuyo objetivo específico es conseguir un desarrollo físico, mental y social adecuado que permita a los estudiantes un estado de salud óptimo para conseguir un buen rendimiento escolar, así como conseguir el empoderamiento de su salud a partir de la adolescencia y en la edad adulta, repercutiendo más allá de la propia escuela, incidiendo positivamente en la sociedad, de una forma equitativa e igualitaria⁶. En consecuencia, se plantea como objetivo general, evaluar la eficacia de una intervención educativa grupal sobre la competencia emocional en alumnos de Primaria; y como objetivo específico, medir el desarrollo de habilidades relacionadas con la conciencia emocional, la regulación emocional, la autonomía emocional, la competencia social y la competencia para la vida y el bienestar.

2. METODOLOGÍA

Se planteó un estudio de investigación longitudinal de tipo cuasiexperimental, con evaluación pre y post intervención, que fue llevada a cabo entre el 5 de octubre y el 28 de noviembre de 2022.

La población a estudio eran los alumnos de Primaria de un Centro de Educación Infantil y Primaria (CEIP) del municipio de Las Palmas de GC, y la población diana, la conformada por los alumnos que cursan 4º, 5º y 6º de Primaria durante este curso escolar 2022-2023 (34 alumnos en total). Para la obtención de la muestra no se llevó a cabo ningún tipo de selección ya que formaban parte de ella el total de alumnos de 4º, 5º y 6º de Primaria del centro escolar, al tratarse de un centro pequeño, de línea 1, que fue elegido a conveniencia por ser un centro conocido y abierto a la realización del proyecto desde el primer momento en el que se les propuso su desarrollo.

El tamaño muestral fue de 30 alumnos del total de 34 con los que se contaba como población diana. Dos estudiantes no presentaron el consentimiento firmado por sus padres, y de otros dos, no fue posible obtener sus datos pre-intervención por no asistir a clase el día que se cumplimentó el pre-test. A estos dos últimos alumnos se les permitió participar en las sesiones de intervención, pero no se recogieron sus datos en la post intervención.

Como criterios de inclusión o elegibilidad, los estudiantes debían estar cursando 4º, 5º o 6º de Primaria en el CEIP seleccionado, estar presentes en el aula el día de cumplimentación del pre-test, haber aceptado participar en el estudio y que sus padres/tutores legales hubieran firmado el consentimiento informado para la participación en el mismo. Por contra, los alumnos con dificultades en el aprendizaje y que no manejan el idioma español de forma fluida fueron excluidos.

La variable a estudio ha sido la competencia emocional, teniendo en cuenta sus 5 dimensiones (Conciencia emocional, Regulación emocional, Autonomía emocional, Competencia social y Competencias para la vida y el bienestar) y las variables de tipo sociodemográfico que se han considerado de interés (edad, sexo y curso escolar).

La evaluación de la competencia emocional se ha realizado con el Cuestionario de Desarrollo Emocional CDE para niños de 9 a 13 años (CDE-9-13) diseñado de acuerdo con el modelo de competencia emocional del GROU (Grupo de Investigación en Orientación Psicopedagógica), que mide específicamente la Competencia Emocional⁵. Consiste en una escala de autoinforme con 41 ítems en formato de respuesta tipo Likert, con 11 opciones de respuesta en una escala de 0 (completamente en desacuerdo) a 10 (completamente de acuerdo). Este instrumento está compuesto por cinco grandes dimensiones o bloques: Conciencia emocional, Regulación emocional, Autonomía emocional, Competencia social y Competencia para la vida y el bienestar. Según sus autores, los resultados que se obtienen permiten detectar las necesidades que cada alumno puede tener a nivel global y en cada una de las dimensiones y los estudios realizados con muestras de diversas edades indican que su índice de consistencia interna medida el coeficiente alfa de Cronbach oscila, según los casos entre 0,79 y 0,85⁷. En este estudio fue de 0,85.

Para poder hacer uso de este cuestionario fue necesaria la firma de un convenio con la Fundació Bosch i Gimpera (Universitat de Barcelona) y el posterior pago de tasas. De esta manera se tuvo acceso al cuestionario cuyos resultados finales fueron comunicados por el Grupo de Investigación en Orientación Psicopedagógica (GROU), concretamente por la Dra. Nùria Pérez Escoda, con quien se ha estado en contacto durante el desarrollo de este proyecto.

Intervención a realizar y recogida de datos

Se llevó a cabo una intervención educativa grupal para el desarrollo de la competencia emocional que constó de 10 sesiones presenciales, de carácter semanal y de 50 minutos de duración. El mismo día se realizaba la sesión correspondiente con los 3 grupos participantes, de manera que a primera hora se trabajaba con los/as alumnos/as de 4º, a segunda hora con los/as de 5º y a tercera hora con los/as de 6º. Se desarrollaron en la biblioteca del centro, un aula grande, ventilada, con césped artificial y cojines que permitía que las sesiones fueran distendidas y acogedoras. El personal encargado de llevar a cabo las

actividades fue la enfermera responsable de este trabajo, que contó con el acompañamiento del maestro/tutor de cada uno de los grupos seleccionados.

En cada sesión se trabajaron cuestiones que tienen que ver con cada una de las 5 dimensiones de la Competencia Emocional (Conciencia Emocional, Regulación Emocional, Autonomía Emocional, Competencia Social y Competencias para la Vida y el Bienestar), de manera que se desarrollaron dos sesiones para trabajar cada una de esas dimensiones. Las actividades llevadas a cabo estuvieron basadas en las actividades desarrolladas por Arretxe et al.⁸.

La primera toma de contacto con el centro educativo tuvo lugar en junio de 2022, momento en el que se les comunicó la idea del proyecto y se les planteó un esbozo, obteniendo una respuesta positiva por su parte. En septiembre, una vez obtenida la aprobación por parte del Comité de Ética de la Investigación Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, se envió al centro educativo la información concerniente al proyecto y se estableció el plan de trabajo en colaboración con el secretario de este. Para facilitar la comunicación con las familias candidatas, se elaboró una carta de presentación, que acompañó a las hojas informativas y de consentimiento informado, que se envió a los padres/tutores legales y se estableció un plazo, entre el 22 de septiembre y el 4 de octubre, para que lo devolvieran firmado al centro en caso de aceptar la participación de sus hijos e hijas en el proyecto. También se realizó una sesión presencial en el centro educativo el 3 octubre, entre la enfermera responsable del proyecto y los padres, en la que se explicó brevemente el proyecto y se resolvieron dudas. Una vez obtenido el consentimiento, por parte de los padres/tutores legales, dio comienzo al desarrollo de la intervención como se detalla en el siguiente cronograma (Tabla 1).

Tabla 1. Cronograma de sesiones

<i>Sesión</i>	<i>Objetivos</i>
5 octubre 2022 <i>Presentación + Pre-test</i>	-Conocer la intervención y a la persona que va a impartirla. -Obtener datos pre-intervención.
7 octubre 2022 1º.- <i>El cofre de las emociones</i> Conciencia emocional	-Valorarse a sí mismo/a como ser único/a. -Conocer lo que sentimos en cada momento. -Conocer al resto.
14 octubre 2022 2º.- <i>¿De qué emoción se trata?</i> Conciencia emocional	-Conocer en cada momento lo que sentimos. -Conocer los gustos personales. -Conocer al resto.
17 octubre 2022 3º.- <i>Me preocupa</i> Regulación emocional	-Saber identificar y controlar las propias emociones. -Saber afrontar situaciones difíciles. -Conocer diversas estrategias para controlar las emociones.
24 octubre 2022 4ª.- <i>Me relajo</i> Regulación emocional	-Sentir y valorar la relajación. -Darse cuenta de la propia respiración. -Darse cuenta del estado de nuestra mente y cuerpo al relajarnos.
2 noviembre 2022 5ª.- <i>Soy optimista</i> Autonomía emocional	-Acostumbrarlos a convertir los pensamientos negativos en positivos. -Aprender a interrumpir la comunicación negativa.
9 noviembre 2022 6ª.- <i>Mis pequeños grandes tesoros</i> Autonomía emocional	-Aceptarme y amarme. -Darse cuenta de los logros obtenidos. -Ser capaz de expresar logros.
14 noviembre 2022 7ª.- <i>Aprender a escuchar</i> Competencia social	-Experimentar las dificultades de la comunicación unidireccional. -Profundizar en la importancia de la escucha. -Identificar las actitudes buenas y malas del oyente. -Desarrollar la sensibilidad de la comunicación no verbal.
18 noviembre 2022 8ª.- <i>¿Qué harías si...?</i> Competencia social	-Aprender a comunicarse expresando adecuadamente sentimientos, pensamientos e intereses respetando a los demás. -Aprender a resolver conflictos fomentando el respeto y una buena comunicación.
21 noviembre 2022 9ª.- <i>Ser buen compañero</i>	-Describir las características del buen compañero. -Trabajar en equipo.

<i>Sesión</i>	<i>Objetivos</i>
Competencias para la Vida y el Bienestar	
25 noviembre 2022	-Fomentar la ayuda. -Fortalecer el trabajo en equipo. -Saber pedir ayuda.
10ª.- <i>La importancia de la ayuda</i>	
Competencias para la Vida y el Bienestar	
28 noviembre 2022	-Agradecer la participación.
Despedida + Post-test	-Recoger datos post-intervención y de satisfacción con el taller.

Fuente: Elaboración propia

Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos. Las variables categóricas se resumieron en frecuencias; las numéricas en media y desviación estándar. Para la comparación de distribuciones pre y post intervención se utilizó la prueba de la t de Student, previa comprobación del supuesto de normalidad (test de Shapiro-Wilk). Se estimó un intervalo de confianza (IC) del 95%. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS v. 15.

Fundamentos éticos del estudio

En junio de 2022 se solicitó al Comité de Ética de la Investigación en la Provincia de Las Palmas (CEI-CEIM) la autorización para poder desarrollar este proyecto, teniendo en cuenta que el presente estudio ha sido elaborado conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los principios bioéticos de la Declaración de Helsinki, obteniendo el código CEIM de Las Palmas: 2022-337-1.

3. RESULTADOS

El tamaño muestral final fue de 30 alumnos, repartidos de la siguiente manera, según curso escolar, 4º (n=8; 62,5% chicas y 37,5% chicos) correspondiendo al 26,7% de la muestra, 5º (n=9; 33,33% chicas y 66,66% chicos) correspondiendo al 30% y 6º (n=13; 53,85% chicas y 46,15% chicos) representando el 43,3% del total. Del total de participantes en la intervención, el 50% de la muestra era de sexo femenino y el 50% de sexo masculino, perteneciendo al rango de edad de 9 a 12 años, siendo la edad media de los participantes de 10,55 años (DE= 0,923).

La puntuación media de la “Competencia Emocional” como concepto global aumentó ligeramente después del desarrollo del programa de educación emocional, aunque sin significación estadística. En lo referido a sus dimensiones, a excepción de la regulación emocional que disminuyó, las otras se incrementaron. En todos los casos, sin significación estadística.

En la tabla 2 se muestran las variables analizadas considerando solo a los niños que obtuvieron una puntuación en el CDE 9-13 inferior a 7. Este análisis reflejó mayores diferencias en la “Competencia Emocional” entre el pre-test y el pos-test con significación estadística, al igual que para la dimensión “Conciencia emocional”. Para la dimensión “Competencias para la vida y el bienestar” la mejora fue cuasi significativa.

Tabla 2. Niños con CDE <7 (n=18)

	<i>Pre-test¹</i>	<i>Post-test¹</i>	<i>p²</i>
Conciencia emocional	5,62 (1,72)	6,41 (1,45)	0,026
Regulación emocional	4,40 (1,51)	4,52 (1,97)	0,789
Autonomía emocional	6,04 (2,70)	6,47 (1,99)	0,499
Competencia social	5,62 (1,68)	6,40 (1,63)	0,161
C. para la vida y el bienestar	5,57 (2,08)	6,57 (1,66)	0,057
COMPETENCIA EMOCIONAL	5,32 (1,03)	5,93 (1,03)	0,036

¹Media (desviación estándar); ²Nivel de significación. Fuente: Tabla de elaboración propia

Así mismo, se estudiaron la “Competencia Emocional” y sus cinco dimensiones por sexo (Tabla 3 y 4). Se observó que las diferencias entre las puntuaciones antes y después de la intervención, en el caso de los varones, no fueron estadísticamente significativas. En relación con las niñas se vio que la mejoría en “Competencias para la vida y el bienestar” sí tenía relevancia estadística y que las diferencias en “Conciencia emocional” eran cuasi significativas.

Tabla 3. Diferencias según sexo: niños/varones (n=15)

	Pre-test ¹	Post-test ¹	p ²
Conciencia emocional	6,67 (2,03)	6,72 (1,50)	0,909
Regulación emocional	5,29 (2,17)	5,29 (1,83)	0,993
Autonomía emocional	7,03 (2,67)	7,06 (2,27)	0,965
Competencia social	6,23 (1,81)	6,83 (1,53)	0,366
C. para la vida y el bienestar	6,83 (2,36)	6,94 (1,82)	0,855
COMPETENCIA EMOCIONAL	6,27 (1,54)	6,43 (1,05)	0,702

¹Media (desviación estándar). ²Nivel de significación
Fuente: Tabla de elaboración propia

Tabla 4. Diferencias según sexo: niñas (n=15)

	Pre-test ¹	Post-test ¹	p ²
Conciencia emocional	6,72 (1,90)	7,25 (1,57)	0,056
Regulación emocional	5,59 (1,85)	4,88 (1,99)	0,092
Autonomía emocional	7,45 (2,67)	7,35 (2,22)	0,818
Competencia social	6,66 (1,66)	7,09 (1,58)	0,111
C. para la vida y el bienestar	6,55 (2,12)	7,54 (1,49)	0,011
COMPETENCIA EMOCIONAL	6,45 (1,64)	6,63 (1,39)	0,308

¹Media (desviación estándar). ²Nivel de significación
Fuente: Tabla de elaboración propia

Por último, también se estudiaron estas variaciones, según curso, agrupando por un lado a los niños de 4º y 5º (17 niños), y por otro, a los de 6º (13 niños). Este análisis no constató diferencias significativas, desde un punto de vista estadístico, entre el pre y el post-test en el primer grupo (4º y 5º). En lo referido a los niños de 6º (tabla 5), sólo se encontraron diferencias significativas en “Competencias para la vida y el bienestar”, si bien, las diferencias fueron cuasi significativas en “Competencia Emocional”.

Tabla 5. Diferencias según curso: sexto (n=13)

	Pre-test ¹	Post-test ¹	p ²
Conciencia emocional	5,74 (1,50)	6,40 (1,20)	0,160
Regulación emocional	5,03 (1,38)	4,88 (1,33)	0,668
Autonomía emocional	6,35 (2,93)	7,08 (2,06)	0,309
Competencia social	5,98 (1,85)	7,01 (1,18)	0,090
C. para la vida y el bienestar	5,19 (2,13)	6,43 (1,29)	0,033
COMPETENCIA EMOCIONAL	5,57 (1,36)	6,19 (0,95)	0,077

¹Media (desviación estándar); ²Nivel de significación. Fuente: Tabla de elaboración propia

4. DISCUSIÓN

Con el desarrollo de este trabajo se pretendía evaluar la eficacia de una intervención educativa grupal sobre la competencia emocional en los alumnos de Primaria de un CEIP del municipio de Las Palmas de GC. Los resultados obtenidos muestran que no hay diferencias significativas entre la valoración realizada antes de la intervención y después de la misma, lo que parece contradecir otros trabajos que desarrollan programas de educación emocional con niños en edades similares⁹⁻¹¹. Este hecho nos llevó a considerar que la presencia de niños con buena competencia emocional basal podía estar afectando a los resultados y consideramos segmentar la muestra, incluyendo únicamente a los niños que presentaban una competencia emocional por debajo de 7, considerándose que esa puntuación corresponde a una competencia emocional baja y que dejaba un margen de más de 3 puntos para la mejora o desarrollo de dicha competencia. Al proceder de esta manera, constatamos que este grupo de niños sí presentaba una mejora estadísticamente significativa en esta variable. Esto podría indicar que los programas de educación emocional podrían no beneficiar de la misma manera a todos los estudiantes si se desarrollan de manera genérica, y que sus efectos serían más potentes en aquellos que parten de limitaciones en sus competencias emocionales. Este aspecto confirma la teoría de que los programas de educación emocional deben basarse en las necesidades reales de los alumnos que participan en ellos y que las actividades a desarrollar deben estar enfocadas a las dimensiones con mayor déficit o potencial de desarrollo¹, consiguiendo con ello ajustar mejor los objetivos y contenidos prioritarios a atender. En lo que respecta a las dimensiones de la competencia emocional, una vez realizada la segmentación, se observó mejora significativa en la “Conciencia emocional”. Esto es relevante porque, como recogen Villanueva et al.¹², los menores con más dificultades para diferenciar y analizar las emociones y comunicarlas (conciencia emocional), son aquellos que manifiestan más síntomas somáticos tales como dolor de cabeza o dolor de estómago. La mejora en esta dimensión también se ha constatado en otros trabajos^{2,10,13-16}.

En relación con el resto de las dimensiones, la mejoría en la “Competencia para la vida y el bienestar” estuvo muy cerca de que la diferencia entre el pre-test y el pos-test fuera significativa. Dado que esta hace referencia a comportamientos que permiten afrontar de manera satisfactoria los desafíos diarios de la vida, para su desarrollo sería conveniente aprovechar las

situaciones que se generan habitualmente de forma natural y espontánea en la clase, en el recreo, o en cualquier momento de la cotidianidad, y analizarlas para favorecer la comprensión emocional y el aprendizaje funcional de la educación emocional¹. Por esto, sería preciso establecer programas de desarrollo de competencias emocionales integrados en el currículum escolar, con la posibilidad de su implementación a lo largo del curso, de manera que se puedan trabajar transversalmente los conceptos o incluso como una asignatura en sí misma. Lo esencial es ejercitar y practicar las capacidades emocionales y convertirlas en una parte más del repertorio emocional del niño¹⁷ y la enfermera escolar es el profesional idóneo para conseguir este objetivo, ya que esta figura surge con el propósito de preparar al alumnado para una vida independiente en sociedad y educarlo en los valores de la dignidad, la tolerancia y la igualdad¹⁸.

Aunque la Regulación y la Autonomía emocional incrementaron discretamente su puntuación, estas variaciones no alcanzaron significación estadística. Pensamos que, probablemente se deba a que una de las habilidades más complicadas de desplegar y dominar es la regulación de nuestros estados emocionales. Una regulación efectiva contempla la capacidad para tolerar la frustración y sentirse tranquilo y relajado ante metas que se plantean como muy lejanas o inalcanzables y permite poner en práctica nuestra capacidad para automotivarnos¹⁷. Conseguir integrar esta habilidad como una competencia precisa de mucha práctica vivencial con lo que probablemente la temporalidad de este proyecto se haya quedado escasa. Por otro lado, la Autonomía Emocional se puede entender como un concepto amplio que incluye un conjunto de características y elementos relacionados con la autogestión personal, entre las que se encuentran la autoestima, actitud positiva ante la vida, responsabilidad, capacidad para analizar críticamente las normas sociales así como la autoeficacia emocional¹, características que se puede presuponer que se adquirirán con la madurez y la experiencia vital.

En cuanto a la Competencia social, los resultados obtenidos no concuerdan con resultados de otros estudios^{2,10,13-16} en los que se obtiene una mejoría estadísticamente significativa en la competencia socioemocional de los alumnos a través de programas de intervención en el aula. Hubo una mejora de la puntuación en esta dimensión pero sin relevancia significativa. Para poder relacionarnos bien con los demás, es preciso saber relacionarnos bien con nosotros mismos. Este último punto pudieron entenderlo los alumnos con su participación en el programa, a la vista de la mejoría significativa de la dimensión “Conciencia emocional” con lo que los siguientes pasos serían poder continuar con una práctica, propuesta en el currículum anual de la escuela, para desarrollar el resto de las dimensiones de la competencia emocional e integrarlo como una respuesta emocional más automática.

Por otro lado, en el análisis del grupo total por sexo, se vio en las niñas una mejoría estadísticamente significativa en “Competencias para la vida y el bienestar” y que las diferencias en “Conciencia emocional” eran cuasi significativas. Estos datos coinciden con López-Cassá et al.¹⁶, quienes concluyeron en su estudio que sí existían diferencias significativas a favor de las chicas, en su caso para la mayoría de las dimensiones de la competencia emocional. Según argumentan, este resultado es consistente con la gran mayoría de estudios sobre inteligencia emocional en la infancia, que lo atribuyen a que las niñas tienen una orientación social y empática diferente a la de los niños de la misma edad. En cuanto al análisis por curso, los alumnos de 6º presentaron mejoría significativa en la dimensión “Competencia para la vida y el bienestar” y una mejoría cuasi significativa en la variable “Competencia emocional”. Datos que coinciden con López-Cassá et al.¹⁶. Los alumnos de 6º de Primaria son los de mayor edad, y por ende, de los que se espera una mayor madurez y quizás esto es lo que haya posibilitado que hubiera una mejoría cuasi significativa en la “Competencia emocional”.

Limitaciones al estudio

En cuanto al tamaño de la muestra, el estudio ha podido resultar demasiado pequeño, a lo que se une la imposibilidad de haber relacionado los datos obtenidos con un grupo control, que era la intención inicial de este proyecto, aspectos que se deberían tener en cuenta en futuras investigaciones. Respecto a los sesgos de información, podría darse el Efecto Hawthorne, que ocurre cuando los participantes alteran su comportamiento o sus respuestas por el hecho de saber que son sujetos de un estudio. Así mismo podría estar presente el sesgo de falseamiento al dar respuestas falsas o incompletas de forma premeditada o inconsciente en las preguntas que tengan carácter más íntimo. Por otro lado, sería pertinente para futuras intervenciones adecuar las actividades a desarrollar según las realidades específicas detectadas en la población a estudio y se intuye como necesario un estudio posterior a los 6 y 12 meses, una vez finalizada la intervención, que permita conocer el impacto de esta y la realidad de la adquisición de la competencia emocional y sus 5 dimensiones y su integración en el día a día.

5. CONCLUSIONES

1. El programa de intervención grupal sobre la Competencia Emocional implementado, ha conseguido una mejora en la misma, y en cuatro de sus cinco dimensiones, en el grupo total de niños participantes en el estudio, sin llegar a mostrar un cambio estadísticamente significativo.
2. Este programa sí ha mostrado eficacia en el desarrollo de la competencia emocional de los niños participantes en el estudio que partían de una puntuación inicial baja (< 7), siendo la mejora significativa en “Conciencia emocional” y cuasi significativa para “Competencias para la vida y el bienestar”.
3. Esto sugiere que los programas de educación emocional podrían no beneficiar de la misma manera a todos los estudiantes si se desarrollan de manera genérica, y que sus efectos serían más potentes en aquellos alumnos que parten de mayores limitaciones en sus competencias emocionales.
4. Las niñas son, el grupo por sexo, que ha conseguido un mayor desarrollo de las dimensiones de la competencia emocional, concretamente en “Competencia para la vida y el bienestar”.
5. Por grupos de edad, sólo hubo cambios significativos en los estudiantes de 6º, que mejoraron en “Competencias para la vida y el bienestar”, y alcanzaron un cambio cuasi significativo en la “Competencia emocional”.

Aportaciones a la práctica profesional

Resulta necesario establecer programas de desarrollo de competencias emocionales integrados en el currículum escolar y debe ser de mano de la figura de la enfermera escolar, quien cuenta con la formación y las habilidades necesarias para realizar intervenciones que potencien la inteligencia emocional en las escuelas, fomentando el ejercicio y la práctica de las capacidades emocionales, consiguiendo así su integración en el desarrollo emocional del niño.

REFERENCIAS

- [1] Pérez, N, Filella G. Educación emocional para el desarrollo de competencias emocionales en niños y adolescentes. *Prax. Saber.* 2019; 10(24): 23-44. <http://dx.doi.org/10.19053/22160159.v10.n25.2019.8941>
- [2] Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions: Social and emotional learning. *Child. Dev.* 2011; 82(1): 405-32. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- [3] Calle MG, Remolina de Cleves N, Velásquez Burgos BM. Incidencia de la Inteligencia Emocional en el Proceso de Aprendizaje. *Nova.* 2011; 9(15): 94. Disponible en: <https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/nova/article/view/492>
- [4] Prieto Rojas C, González Arias M. Desarrollo de Competencias Emocionales en estudiantes de séptimo y octavo de educación básica. *Estud. Pedagóg.* 2022; 48(1): 323-341. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-07052022000100323>
- [5] Bisquerra R, Pérez-Escoda N. Las competencias emocionales. Madrid, octubre 2007. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:EducacionXXI-2007numero10-823/Documento.pdf>
- [6] Soler Pardo G. Marco contextual de la enfermería escolar en el ámbito internacional y nacional. ACEESE-ACISE. Madrid, octubre 2021. Disponible en: <http://acise.cat/wpcontent/uploads/2021/10/PESEI-2021-Actualizado.pdf>
- [7] Pérez-Escoda N. [Cuestionarios del GROPE para la evaluación de la competencia emocional (CDE)]. En Soler JL, Aparicio L, Díaz O, Escolano E, Rodríguez A. *Inteligencia emocional y bienestar II. Reflexiones, experiencias profesionales e investigaciones.* Villanueva de Gállego. 2016. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/655308.pdf>
- [8] Arretxe Dorronsoro I, Izagirre Gorostegi A. *Inteligencia emocional. 3º ciclo Primaria.* Guipuzcoa, 2008. Disponible en: <http://carei.es/wp-content/uploads/contenidos-programa-INTELIGENCIA-EMOCIONAL-Primaria-10-12-a%C3%B1os.pdf>
- [9] Filella-Guiu G, Agulló Morera MJ, Pérez-Escoda N, Oriol Granado X. Results of an emotional education program in primary school. *Estud. Educ.* 2014; 26:125-147. <http://dx.doi.org/10.15581/004.26.125-147>
- [10] Gutiérrez-Lestón C, Pérez-Escoda N, Reguant Alvarez M, Eroles Asensio M. Innovación de educación emocional en el ocio educativo: el Método La Granja.” *Rev. Investig. Educ.* 2020; 38(2): 495-513. <http://dx.doi.org/10.6018/rie.405721>
- [11] Vila S, Gilar-Corbí R, Pozo-Rico T. Effects of Student Training in Social Skills and Emotional Intelligence on the Behaviour and Coexistence of Adolescents in the 21st Century. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021; 18, 5498. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/115184/1/Vila_etal_2021_IntJEnvironResPublicHealth.pdf
- [12] Villanueva L, Prado-Gascó V, González R, Montoya I. Conciencia emocional, estados de ánimo e indicadores de ajuste individual y social en niños de 8-12 años. *An Psicol.* 2014; 30(2): 722-780.
- [13] Taylor RD, Oberle E, Durlak JA, Weissberg RP. Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child. Dev.* 2017; 88(4): 1156–1171 <http://dx.doi.org/10.1111/cdev.12864>

- [14] Cefai C, Bartolo PA, Cavioni V, Downes P. Strengthening Social and Emotional Education as a core curricular area across the EU. A review of the international evidence, NESET II report. Luxemburgo. 2018 <https://doi.org/10.2766/66443920>
- [15] Veltro F, Latte G, Ialenti V, Bonanni E, Di Padua P, Gigantesco A. Effectiveness of psycho-educational intervention to promote mental health focused on emotional intelligence in middle-school. *Ann. Ist. Super Sanita.* 2020; 56(1): 66-71. http://dx.doi.org/10.4415/ANN_20_01_10
- [16] López-Cassà È, Barreiro Fernández F, Oriola Requena S, Gustems Carnicer J. Emotional competencies in primary education as an essential factor for learning and well-being. *Sustainability.* 2021; 13(15): 8591. <http://dx.doi.org/10.3390/su13158591>
- [17] Fernández-Berrocal P, Extremera Pacheco N. La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Rev Iberoamer. Educ.* 2002; 29(1): 1-6. <http://dx.doi.org/10.35362/rie2912869>
- [18] Álvarez Terán R, Eguilaz Fanlo M, Miguel Moreno S. La enfermería escolar: un recurso necesario para la comunidad educativa. *Contextos Educ. Rev. Educ.* 2018; (22): 165. <http://dx.doi.org/10.18172/con.3374>

Hábitos de alimentación y actividad física. Determinantes de la obesidad en escolares de Gran Canaria

Nauzet-Acaymo Martín-Pérez^a, Carmen-Nieves Hernández-Flores^b, Daniela-Celia Montesdeoca-Ramírez^c

^aEstudiante de la Maestría en Enfermería Escolar. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria;

^bProfesora del Departamento de Matemáticas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^cProfesora Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

Una alimentación deficiente, ya sea por déficit o por exceso determina el crecimiento infantil. Los hábitos y estilos de vida inadecuados pueden provocar sobrepeso u obesidad en la población infantil. Los objetivos de este estudio fueron conocer la prevalencia de obesidad, la calidad del patrón alimentario y el nivel de actividad física en una población infantil de 6 a 12 años, del noroeste de la isla de Gran Canaria. Se realizó un estudio descriptivo transversal de corte cuantitativo en escolares de 6-12 años. La prevalencia del sobrepeso y obesidad se determinó usando datos de peso y talla autoreferidos para calcular el Índice de Masa Corporal. Las características de los hábitos alimentarios y de actividad física se analizaron mediante el test Kidmed y el test rápido de Krece Plus respectivamente. Todos los datos fueron recogidos mediante un cuestionario autoadministrado y analizados con el programa JAMOV. Las variables cualitativas se resumieron en frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se utilizaron medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos. La significación estadística se estableció en el 5%. El exceso de peso afecta al 21,3% de los escolares sin objetivarse diferencias significativas atendiendo a las variables edad y género. El 78% de los escolares precisan mejorar su patrón de alimentación para adecuarlo al modelo de dieta mediterránea. Un 49% no cumple con la recomendación de actividad física diaria, siendo las mujeres más sedentarias que los hombres. Este estudio proporciona un análisis basal de las necesidades reales de nuestros escolares. Se evidencia la necesidad de implementar estrategias de educación nutricional y promoción de la actividad física con un enfoque intersectorial y de manera continuada en el tiempo.

Palabras clave: servicios de salud escolar, hábitos alimentarios, actividad física, obesidad infantil, servicios de Enfermería Escolar.

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud¹, una nutrición deficiente, ya sea por déficit de nutrientes o por exceso conlleva a un crecimiento infantil inadecuado. Si este patrón se mantiene en el tiempo puede derivar en un mayor consumo de calorías y provocar sobrepeso u obesidad. La desnutrición se refiere a las deficiencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía y/o nutrientes de una persona.

Desde los años setenta se ha incrementado por ocho la prevalencia de la obesidad infantil a nivel mundial, por lo que se hace necesario reducir la incidencia de ésta según Weihrauch y Wiegand². El observatorio mundial de la obesidad³ estimó que la prevalencia de obesidad infantil, en edades comprendidas entre los ocho y dieciséis años, era del 33,4% en nuestro país en el año 2022. En España, en 2019, un 40,6% de la población infantil presentaba exceso ponderal, un 23,3% de sobrepeso y un 17,3% de obesidad, siendo la prevalencia mayor en los escolares con dietas menos saludables, con menor actividad física y con un menor nivel socioeconómico⁴.

El último estudio ALADINO Canarias elaborado en 2019, reveló tras analizar datos medidos de peso y talla, que la prevalencia de sobrepeso infantil de Canarias era del 24,5% y la obesidad del 18,5%. Por sexo, el porcentaje de niños con sobrepeso fue muy similar en las niñas (24,5% vs 24,4%), mientras que el porcentaje de obesidad fue superior en niños (19,2% vs 17,6%). El de obesidad severa fue mayor en los niños que en las niñas (4,5% vs 2,9%). Destacar que el 90,2% de los progenitores de escolares presentó sobrepeso y el 50% obesidad⁵.

En los últimos años, diversos autores han contemplado en sus líneas de investigación la alimentación y nutrición en la población infantil. Rubio-Sánchez et al.⁶ señala la relación entre la obesidad infantil y los factores ambientales. Navarro-Solera et al.⁷ en una población escolar valenciana correlaciona la obesidad infantil con la adherencia a la dieta mediterránea. Ambos autores evidencian una asociación directa entre una dieta saludable, la salud física y la salud mental de las personas.

Los niveles de actividad física y las costumbres familiares están directamente relacionadas con la actividad física de sus hijos según indican Blanco et al.⁸, quien señalan que implicar a las madres a realizar un aumento de la actividad física podría conllevar un aumento de los niveles de actividad física en los niños con obesidad infantil.

En cuanto a las medidas eficaces para reducir la obesidad, podemos destacar las aportaciones realizadas por, Altman y Wilfley⁹, que señalan que realizar intervenciones dirigidas a modificar la conducta familiar, la dieta y el ejercicio, son útiles para reducir la obesidad infantil. Otros autores como López-Sobaler et al.¹⁰ también añaden el tiempo de pantalla y sueño como factor a modificar. Como apuntan estos autores, los esfuerzos para disminuir la obesidad infantil se deben orientar a los cambios de la conducta, aumento de la actividad física diaria, mejora de la dieta y el descanso desde edades muy tempranas.

En este contexto, se plantea esta investigación con los siguientes objetivos:

1. Conocer la prevalencia de obesidad en una población infantil, de 6 a 12 años, del noroeste de la isla de Gran Canaria.
2. Identificar la calidad del patrón alimentario de esta población infantil.
3. Describir el nivel de actividad física de este grupo poblacional.

2. METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio descriptivo y transversal, de corte cuantitativo.

La población diana estuvo conformada por 1.047 escolares, matriculados en los centros educativos (7 de titularidad pública y 1 privado), durante el curso 2022/2023, en un municipio del norte de la isla de Gran Canaria. Este municipio está situado al noroeste de la isla de Gran Canaria, es un pueblo con empaque capitalino. Su economía se basa en el sector agrícola y ganadero principalmente.

Se estimó un tamaño muestral de 281 escolares para un error del 5% y un nivel de confianza del 95%.

Una vez obtenido el consentimiento informado de los 8 centros educativos para adherirse al estudio, se solicitó el permiso al Comité de Ética e Investigación (CEI) de referencia. Se obtuvo su resolución el 26 de agosto de 2022 (Código CEIm de Las Palmas: 2022-368-1).

Los criterios de selección de los participantes fueron:

- Ser alumno de 6-12 años, escolarizados durante el curso 2022/2023 en los centros educativos de la zona de salud.
- Contar con el consentimiento de los progenitores para participar de manera voluntaria en el estudio.

Como instrumento de recogida de datos se utilizó un cuestionario anónimo y autoadministrado. La administración del cuestionario se realizó en cada centro educativo, siendo los profesores tutores los responsables de su entrega y recepción. La recogida de datos fue realizada del 15 al 30 de enero de 2023.

El cuestionario quedó estructurado en cuatro partes:

- Datos generales del alumnado. Se contempló variables relacionadas con datos sociodemográficos como: edad, género y curso, así como datos autoreferidos de peso y talla con el fin de conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad de este grupo poblacional, usando como indicador el Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC se obtuvo con la fórmula $IMC = \text{peso en Kg} / \text{altura en m}^2$. Los niños y niñas con un IMC entre los percentiles 85 y 95 se consideraron con sobrepeso y los comprendidos por encima del percentil 95 con obesidad, con el uso de las tablas percentiladas de la Fundación Faustino Orbeagoitia¹¹.
- Datos generales de los progenitores. Se consideró variables relacionadas con datos sociodemográficos como: edad, género, nivel educativo y situación laboral (profesión y turno laboral), así como datos autoreferidos de peso y talla con el fin de conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad de este grupo poblacional, usando como indicador el Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC se obtuvo con la fórmula $IMC = \text{peso en Kg} / \text{altura en m}^2$. Los criterios para definir y clasificar la muestra según el IMC fueron los propuestos por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad¹²:
 - Peso insuficiente: $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$
 - Peso normal: $IMC 18,5 \text{ kg/m}^2 - 24,9 \text{ kg/m}^2$
 - Sobrepeso: $IMC 25 \text{ kg/m}^2 - 29,9 \text{ kg/m}^2$
 - Obesidad: $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$
- Para evaluar la calidad del patrón alimentario se utilizó el test KIDMED de frecuencia de consumo corto, utilizado por diversos autores, entre ellos Altavilla et al.¹³ Cada ítem se puntuó con la puntuación (+1 o -1). El alumnado se clasificó en tres categorías: dieta de muy baja calidad (test ≤ 3), necesidad de mejorar el patrón alimentario para ajustarlo al modelo mediterráneo (test 4-7) y dieta mediterránea óptima (test ≥ 8).
- La actividad física fue valorada con el test corto de la actividad física Krece Plus, utilizado por Calvo-Pacheco et al.¹⁴ Este consta de dos preguntas relacionadas con las horas dedicadas a ver la televisión o practicar juegos sedentarios y la dedicación diaria a la práctica de actividad física fuera del ámbito escolar. Según la puntuación obtenida, el alumnado se clasificó en tres niveles de actividad física: bueno (7-9), regular (4-6) y malo (0-3).

La información obtenida fue mecanizada en una base de datos Excel. El análisis de los datos se realizó con el programa JAMOV¹⁵. Las variables cualitativas se resumieron en frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se utilizaron medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos IQR=25-75 percentil, según se dieran o no

los supuestos de normalidad. Los porcentajes se compararon usando el test de Chi-cuadrado, para comparar las medias se hizo con el t-test y las medianas con el test de Wilcoxon para datos independientes. La significación estadística se estableció en el 5%.

3. RESULTADOS

El número total de escolares matriculados en los centros educativos fue de 1.047, finalmente accedieron a participar en este estudio 610, obteniéndose una participación del 57,7%. La muestra obtenida estuvo constituida finalmente por 305 (50%) mujeres y 299 (49%) hombres y 6 (1%) no identifican el género.

Destacar que el 48,5% de las madres presentan problemas de sobrecarga ponderal frente al 63,1% de los padres. Un 21,3% de los escolares presenta un IMC superior al normal (9,7% sobrepeso y 11,6% obesidad). No se ha objetivado diferencias significativas atendiendo a criterio edad y género.

Como se muestra en la Tabla 1, al correlacionar el IMC de los niños con el IMC de los padres, se observó diferencias significativas (p-valor =0,001). Los padres con problemas de peso multiplican por dos la probabilidad de tener niños con problemas de sobrecarga ponderal [Odds ratio de 2,42 (1,39; 4,19)] y con las madres ocurre una situación similar (p-valor =0,010) y una Odds ratio 1,81 (1,15; 2,85).

Los niños que no desayunan, de manera significativa (p= 0,005), tienen mayor probabilidad de tener exceso ponderal [Odds ratio 3,87 (1,42; 10,6)] como se muestra en la Tabla 2.

No se han encontrado diferencias entre el IMC del alumnado y el resto de las variables estudiadas, relacionadas con los hábitos alimentarios y con la actividad física.

Tabla 1. Distribución de la muestra derivadas de asociar el IMC de los padres con el IMC de los niños

		IMC Niños		OR (IC)	p-valor
		Sin problemas de peso n= (%)	Con problemas de peso n= (%)		
IMC Padres	Sin problemas de peso	139 (88,0)	19 (12)	2,42 (1,39 - 4,19)	0,001
	Con problemas de peso	209 (75,2)	69 (24,8)		
IMC Madres	Sin problemas de peso	190 (83,7)	37 (16,3)	1,81 (1,15 - 2,85)	0,010
	Con problemas de peso	176 (73,9)	62 (26,1)		

IMC= Índice de masa corporal; OD= Odds Ratio; IC= Intervalo de confianza. Nota: Elaboración propia

Tabla 2. Distribución de la muestra derivada de asociar el hábito de desayunar con el IMC de los escolares

		IMC Niños		OR (IC)	p-valor
		Sin problemas de peso n= (%)	Con problemas de peso n= (%)		
Niños que desayunan	SI	391 (79,5)	101 (20,5)	3,87 (1,42 - 10,6)	0,005
	NO	8 (50)	8 (50)		

OD= Odds Ratio; IC= Intervalo de confianza. Nota: Elaboración propia

Señalar que más del 78% necesita mejorar su patrón alimentario para ajustarlo al modelo de dieta mediterránea. Un 22% tiene un patrón alimentario óptimo. No se ha encontrado diferencias significativas por género ni edad (Tabla 3).

Al correlacionar las diferentes variables estudiadas con el IMC de los escolares participantes, no se ha observado diferencias significativas entre el patrón alimentario derivado de aplicar el test KIDMED y la situación ponderal de los encuestados.

En la Tabla 4, se observa que el 49% de los escolares tienen un patrón de actividad física inadecuado. Las mujeres son más sedentarias que los hombres (53,5% y 44,4% respectivamente). El 51% tiene un patrón de actividad física bueno, encontrado diferencias significativas (p=0,045), según el género (46,5% mujeres y 55,6% hombres).

No hemos observado diferencias significativas (p=0,0842) al asociar el nivel de actividad física y el IMC de los escolares. El 55, 9% de los escolares con normopeso tiene un nivel de actividad física bueno. Por otro lado, el patrón de actividad física bueno y regular es similar en aquellos que presentan sobrepeso y obesidad.

Tabla 3. Distribución de la muestra según el test Kidmed por género

<i>Test KIDMED</i>	Mujeres (n= 305) n (%)	Hombre (n=299) n (%)	Total (n=604) n (%)
Toma una fruta o un zumo natural todos los días	230 (75,4)	226 (75,6)	456 (75,5)
Toma una segunda pieza de fruta todos los días	116 (38)	111 (37,1)	227 (37,6)
Toma verduras frescas o cocinadas regularmente una vez al día	227 (74,4)	216 (72,2)	443 (73,3)
Toma verduras frescas o cocinadas de forma regular más de una vez al día	124 (40,7)	111 (37,1)	235 (38,9)
Consume pescado con regularidad (> 2-3 veces a la semana)	174 (57)	190 (63,5)	364 (60,3)
Acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida	68 (22,3)	62 (20,7)	130 (21,5)
Le gustan las legumbres y las toma más de 1 vez a la semana	238 (78)	231 (77,3)	469 (77,6)
Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana)	102 (33,4)	99 (33,1)	201 (33,3)
Desayuna un cereal o derivado	226 (74,1)	228 (76,3)	454 (75,2)
Toma frutos secos con regularidad (>2-3 veces a la semana).	131 (43)	108 (36,1)	239 (39,6)
Se utiliza aceite de oliva en casa	290 (95,1)	280 (93,6)	570 (94,4)
No desayuna	289 (94,8)	292 (97,7)	581 (96,2)
Desayuna un lácteo	276 (90,5)	285 (95,3)	561 (92,9)
Desayuna bollería industrial, galletas o pastelitos	79 (26)	72 (24,1)	151 (25)
Toma 2 yogures y/o 40gr queso cada día	138 (45,2)	174 (58,2)	312 (51,7)
Toma golosina y/o caramelos varias veces al día	53 (17,4)	42 (14)	95 (15,7)
<i>Índice KIDMED</i>	n = 282	n = 281	n = 563
≤ 3 dieta de muy baja calidad	26 (9,2)	31 (11)	57 (10,1)
4-7 necesidad de mejorar patrón alimentario	200 (70,9)	182 (64,8)	382 (67,9)
≥ 8 dieta óptima	56 (19,9)	68 (24,2)	124 (22)

Nota. Elaboración propia

Tabla 4. Distribución de la muestra según el test de actividad física Krece Plus por género

<i>Test de actividad física Krece Plus</i>	Mujeres n (%)	Hombre n (%)	Total n (%)
¿Cuántas horas ves la televisión o juegas a videojuegos diariamente de promedio?	n = 303	n = 296	n = 599
0	16 (5,3)	19 (6,4)	35 (5,8)
1	111 (36,6)	103 (34,8)	214 (35,7)
2	124 (40,9)	117 (39,5)	241 (40,2)
3	35 (11,6)	42 (14,2)	77 (12,9)
≥4	17 (5,6)	15 (5,1)	32 (5,3)
¿Cuántas horas dedicas a actividades deportivas extraescolares semanalmente?	n = 304	n = 296	n = 600
0	31 (10,2)	15 (5,1)	46 (7,7)
1	15 (4,9)	11 (3,7)	26 (4,3)
2	72 (23,7)	44 (14,9)	116 (19,3)
3	52 (17,1)	53 (17,9)	105 (17,5)
≥4	134 (44,1)	173 (58,4)	307 (51,2)
<i>Clasificación Test Krece Plus</i>	n = 303	n = 295	n = 598
0-3 Nivel de actividad física malo	29 (9,6)	17 (5,8)	46 (7,7)
4-6 Nivel de actividad física regular	133 (43,9)	114 (38,6)	247 (41,3)
7-9 Nivel de actividad física bueno	141 (46,5)	164 (55,6)	305 (51)

Nota. Elaboración propia

4. DISCUSIÓN

En relación con la prevalencia de obesidad de la población estudiada, cabe destacar que autores como Fernández-Bustillo et al.¹⁶ obtuvieron datos de prevalencia de sobrepeso (9,3%) similares a los obtenidos en nuestro estudio, mientras que al comparar la prevalencia de obesidad (9,7%) esta es inferior con respecto a la obtenida entre nuestros participantes. Al analizar la sobrecarga ponderal nos encontramos con una población con una prevalencia similar (19%), frente a la que padece nuestra población que es del 21%. Al realizar una discriminación por género con los datos que nos reporta el estudio de Obesgal¹⁶ nos encontramos que la diferencia porcentual es mayor en niños (9,8% de sobrepeso y 11,5% de obesidad) que en las niñas (8,7% de sobrepeso y 7,8% de obesidad), sin embargo, en nuestro estudio no se observó diferencias por género ni por edad.

En un estudio de similares características¹⁷ realizado en una población de Barcelona, se obtuvo una prevalencia de sobrepeso superior a la nuestra (16,3%) y una prevalencia de obesidad menor (6,6%). En este estudio, se reportó una prevalencia de exceso de peso (22,9%) similar a la obtenida en nuestro estudio.

Cano-Martín et al.¹⁸ en su estudio entre escolares toledanos obtuvo una prevalencia de sobrepeso del 18,8%, cifra que duplica la obtenida en nuestro estudio y una prevalencia de obesidad (6,1%) inferiores a los nuestros, sin diferencias según la edad y género. En este mismo estudio la prevalencia de obesidad de los niños (5,9%) es inferior a la prevalencia de obesidad de las niñas (6,3%) al contrario de lo que ocurre en nuestros escolares (7,3% vs 4,3%).

Con respecto al patrón alimentario de los participantes, cabe destacar que el 22% de los participantes presentan una adecuada adherencia a la dieta mediterránea, en concordancia con los resultados obtenidos en la población manchega (21,1%) estudiada por Cano-Martín et al.¹⁸. Al realizar la comparativa con la población catalana (39,2%) estudiada por Bibiloni et al.¹⁷, nuestra población tiene una menor adherencia a la dieta mediterránea. Los resultados obtenidos ponen de relieve la necesidad de continuar implementado estrategias de educación nutricional pues hemos observado un 78% de escolares que necesitan mejorar su patrón alimentario para ajustarlo al modelo de dieta mediterránea.

Al comparar los resultados obtenidos en relación con la frecuencia de consumo de alimentos, observamos que solo un 32% de la población del estudio INFADIMED¹⁷ toma una segunda pieza de fruta al día, en nuestra población este consumo lo manifiesta casi el 38% de los participantes. Los datos que ofrece Cano-Martín et al.¹⁸ son algo superior (49,6%) pero sigue estando muy por debajo de las recomendaciones nutricionales, donde todos debemos consumir 2-3 piezas de fruta al día. La población infantil estudiada por diversos autores Bibiloni et al.¹⁷ y Cano-Martín et al.¹⁸ de las comunidades autónomas de Cataluña y Castilla y la Mancha respectivamente y nuestra población canaria, tienen muy bajo porcentaje de consumo de verduras diario, siendo el consumo de más de un vegetal al día de: 22,6, 17,9%, y 38,9% respectivamente. La frecuencia de consumo de pescado es muy superior (75,9%) en el estudio realizado en Barcelona por Bibiloni et al.¹⁷ y en nuestro estudio (60,3%) si se compara con los recogidos en la Comunidad Manchega (19,2%). Quizás estas diferencias se deban a la situación geográfica, lo que permite a las poblaciones costeras tener una mayor disponibilidad de pescado. En nuestro estudio se observa que el 21,5% de los escolares frecuentan más los restaurantes de comida rápida que las poblaciones estudiadas por Bibiloni et al.¹⁷ y Cano-Martín et al.¹⁸ que reporta un porcentaje en torno al 7%. Otro dato a destacar es el número de escolares que no desayunan habitualmente en nuestro estudio (96,2%), cifra muy superior si la comparamos con el 12,5% reportado por Bibiloni et al.¹⁷.

Hemos objetivado una asociación significativa entre los escolares que no desayunan y el IMC, a diferencia de lo observado por Bibiloni et al.¹⁷ y Cano-Martín et al.¹⁸, que no encontraron asociación directa entre ninguno de los parámetros que mide el índice KIDMED y el IMC. En nuestro estudio se ha observado mayor probabilidad de sufrir exceso de peso en los escolares que no desayunan.

Nuestros menores escolarizados con sobrecarga ponderal presentan una mayor adherencia a la dieta mediterránea que los estudiantes con normopeso. Apuntando que los cambios en el IMC no están asociados con los cambios en el índice KIDMED, se señala que en la modificación de la sobrecarga ponderal además de la calidad y la cantidad de la dieta influyen otros factores como refiere Bibiloni et al.¹⁷.

En relación con el nivel de actividad física de esta población escolar, se obtiene unos datos de actividad física mala y regular similares tanto para niños como para niñas, pero el nivel de actividad física buena (51%) fue mayor para los niños (55,6%) que para las niñas (46,5%). Comparando estos datos con una región que comparte las mismas condiciones geográficas como es la isla de Tenerife, Calvo-Pacheco et al.¹⁴ obtuvo unos resultados de actividad física buena inferiores (8,8%), donde un 4,8% eran niños y un 13,2% niñas. Nuestros escolares, ante la pregunta ¿cuántas horas ves la televisión o juegas a videojuegos diariamente de promedio?, el mayor porcentaje de niños (39,5%) y de niñas (40,9%) refieren pasar 2 horas realizando esta actividad sedentaria. En otras poblaciones los resultados con mayor porcentaje pertenecen a los alumnos que pasan 1 hora viendo la tele o jugando a videojuegos Martínez-Álvarez et al.¹⁹; Calvo-Pacheco et al.¹⁴, revela datos muy similares, siendo éstos (niños 43,2% vs niñas 30,8%) y (niños 48% vs niñas 47,8%) respectivamente. En cambio, un 5,3% de nuestra población refiere ver la tele o jugar a videojuegos diariamente un promedio de 4 horas, mientras que el

12,1% de la población estudiada por Calvo-Pacheco et al.¹⁴ y el 12,4% de los estudiados por Martínez-Álvarez et al.¹⁹ refieren valores superiores. Las actividades deportivas extraescolares realizadas por los alumnos del estudio presentan su mayor prevalencia de actividad en más de 4 horas semanales, los alumnos estudiados por Calvo-Pacheco et al.¹⁴ presentan su mayor porcentaje (28,4%) en 2 horas semanales y los alumnos extremeños estudiados por Martínez-Álvarez et al.¹⁹ presentan el mayor porcentaje (44,6%) en 3 horas de actividades extraescolares semanales.

Aun así, los resultados no son los deseados, ya que en las tres poblaciones al menos la mitad de los individuos deben mejorar su nivel de actividad física y disminuir las horas que pasan realizando actividades sedentarias. Al establecer asociación entre los patrones de actividad física y la clasificación del IMC no se ha objetivado. Sin embargo, Martínez-Álvarez et al.¹⁹ evidenció una asociación significativa entre los niños con obesidad, siendo estos los que le dedican menos horas a la semana a las actividades deportivas.

Se observa una diferencia en los patrones de actividad física por géneros, teniendo los niños un mejor patrón de actividad física que las niñas. Este patrón de actividad no coincide con lo reportado por Calvo-Pacheco et al.¹⁴, donde los datos obtenidos con relación a la actividad física son iguales tanto para los niños como para las niñas. Al comparar la actividad física con los grupos de IMC se observa que la población con sobrepeso y obesidad obtienen unos valores similares de actividad física regular y actividad física buena, esto nos hace pensar que tener un patrón de actividad física óptimo, no solo dependerá de la situación ponderal de la población.

Aquellos estudiantes que no desayunan tienen tres veces más probabilidades de padecer sobrepeso u obesidad que los estudiantes que si realizan el desayuno. Esto coincide con lo revelado por Rodríguez-Pallares et al.²⁰ donde se evidenció una asociación positiva entre el hábito de no desayunar y el exceso de peso, presentando dos veces más probabilidades de padecer sobrecarga ponderal. En nuestro estudio hay una asociación entre los padres y madres que tienen problemas de sobrepeso u obesidad y la situación ponderal de sus hijos. Las familias donde los padres presentan problemas de peso, la probabilidad que sus hijos lo padezcan se multiplica por dos en comparación con las familias que sus padres no padecen este problema. También es mayor la probabilidad de padecer problemas de peso en las familias que las madres presentan problemas de peso.

Como limitación cabe destacar las propias del diseño de estudio elegido. Se ha optado por una muestra por conveniencia. Los datos analizados son autoreferidos, lo que puede determinar un sesgo de información entre otros, pudiendo generarse una infravaloración o supervaloración en algunas de las variables estudiadas, de ahí la cautela a la hora de realizar la comparativa con otros estudios. No se puede establecer relaciones de causalidad.

Este estudio tiene como fortaleza que en un corto periodo de tiempo nos ha permitido realizar un análisis basal de esta población, pudiendo identificar sus hábitos y estilos de vida, así como prevalencia de obesidad infantil y sus posibles determinantes. Por otro lado se puede destacar haber superado la muestra estimada inicialmente. Este análisis basal puede contribuir al diseño, planificación e implementación de una intervención educativa dirigida a la prevención y promoción de la salud.

A la luz de los resultados obtenidos se recomienda diseñar, planificar e implementar estrategias con un abordaje intersectorial, dirigidas a promocionar la educación nutricional y la actividad física. Implicar de manera activa a toda la comunidad educativa y al resto de actores implicados en mejorar el nivel de salud de la comunidad determina la eficacia de dichas intervenciones. Es necesario medir el impacto de las intervenciones educativas potenciando líneas de investigación centradas en la prevención y promoción de la salud en el entorno escolar, con el fin de dar respuesta a las necesidades reales de nuestros escolares.

La escuela es un escenario idóneo para implementar intervenciones intersectoriales, con la implicación activa de los escolares, familias, personal docente y no docente. La presencia de una Enfermera Escolar se plantea como una necesidad con el propósito de conseguir este trabajo coordinado e intersectorial en el contexto de la prevención y promoción de la salud.

5. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos podemos concluir que:

1. Dos de cada diez escolares presentan sobrecarga ponderal. Siendo la prevalencia de sobrepeso del 9,7% y de obesidad del 11,6% sin objetivarse diferencias atendiendo a la variable edad y al género. Los escolares con padres obesos tienen dos veces más probabilidad de tener exceso ponderal.
2. Casi ocho de cada diez escolares tienen un riesgo nutricional alto, necesitando mejorar su patrón alimentario para ajustarlo al modelo de dieta mediterránea. Destaca el bajo consumo de fruta, de verduras, de pasta y arroz. Más del 20% consume semanalmente comida rápida y golosinas varias veces al día. Un 96% de escolares no desayuna antes de ir al colegio. Los escolares que no desayunan multiplican por casi cuatro la probabilidad de sufrir sobrepeso y obesidad.

3. El 49% de nuestros escolares tienen un patrón de actividad física que no se adecua a las recomendaciones. Las mujeres son más sedentarias que los varones.

REFERENCIAS

- [1] Organización Mundial de la Salud (OMS). Desnutrición. [Internet]. 2023. [citado el 5 febrero de 2023]. Disponible en: <https://bit.ly/3lWQez0>
- [2] Weihrauch-Blüher S, Wiegand S. Risk Factors and Implications of Childhood Obesity, Current obesity reports. 2018; 7(4): 254-259. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0320-0>
- [3] Observatorio Mundial de la Obesidad. España. [Internet]. 2023. [citado el 13 de febrero de 2023.]Disponible en: <http://bit.ly/3Y3QgWJ>
- [4] García-Solano M, Gutiérrez-González E, López-Sobaler AM, Ruiz-Álvarez M, Bermejo-López LM, Aparicio A, García-López MA et al. Situación ponderal de la población escolar de 6 a 9 años en España: resultados del estudio ALADINO 2019, Nutrición hospitalaria. 2021; 38 (5):943-953. <https://doi.org/10.20960/nh.03618>
- [5] Consejería Sanidad del Gobierno de Canarias (CSGC). Estudio Aladino en Canarias, Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en Canarias. 2019. Disponible en: <https://bit.ly/3Zkj2mM>
- [6] Rubio-Sánchez P, Hidalgo-Sanz J, Subirón-Ortego R, Hernández-Abadía R, Castejón-Ramírez S, Arriba-Muñoz A. Obesidad infantil en niños prepúberes y su relación con factores ambientales, Pediatría Atención Primaria. 2020; 22(28): 113.
- [7] Navarro-Solera M, González-Carrascosa R, Soriano Del Castillo JM. Estudio del estado nutricional de estudiantes de educación primaria y secundaria de la provincia de Valencia y su relación con la adherencia a la Dieta Mediterránea, Revista española de nutrición humana y dietética. 2014; 18 (2): 81-88.
- [8] Blanco M, Veiga O, Sepúlveda A, Izquierdo-Gómez R, Román FJ, López S et al. Ambiente familiar, actividad física y sedentarismo en preadolescentes con obesidad infantil: estudio ANOBAS de casos-controles. Atención Primaria. 2020; 52(4): 250-257.<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.05.013>
- [9] Altman M, Wilfley DE. Evidence updates on the treatment of overweight and Obesity in children and adolescents. J Clin Child, Adolesc Psychol. 2015; 44(4): 521-537.
- [10] López-Sobaler AM, Aparicio A, Salas-González MD, Loria-Kohen V, Bermejo-López LM. Obesidad en la población infantil en España y factores asociados. Nutrición Hospitalaria. 2021; 38(spe2): 27-30.
- [11] Fernández C, Lorenzo H, Vrotsou K, Aresti U, Rica I, Sánchez E. Estudio de crecimiento de Bilbao curvas y tablas de crecimiento, Fundación Faustino Orbeagoiz Eizaguirre. 2011: 1-38.
- [12] Salas-Salvado J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. 2007; 128 (5): 184-196. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-consenso-seedo-2007-evaluacion-del-13098399>
- [13] Altavilla C, Comeche JM, Comino IC, Pérez PC. El índice de calidad de la dieta mediterránea en la infancia y la adolescencia (KIDMED): Propuesta de actualización para países hispanohablantes. Revista española de salud pública. 2020; (94): 39.
- [14] Calvo-Pacheco M, Rodríguez-Álvarez C, Moreno P, Abreu R, Aguirre-Jaime A, Arias A. Valoración del estado nutricional de escolares de primaria de la isla de Tenerife (España). Hig. Sanid. Ambient. 2014; 14 (1): 1171-1177.
- [15] The Jamovi project, jamovi, (Version 2.3) [Computer Software], 2022. Disponible en: <https://www.jamovi.org>
- [16] Fernández-Bustillo JM, Pereira-García P, Méndez-Bustelo MJ. Sobrepeso y obesidad: ¿cuál es nuestra realidad?, ¿qué referencia utilizamos?: el estudio OBESGAL. Pediatría Atención Primaria. 2015; 17(68): 301-307.
- [17] Bibiloni MDM, Fernández-Blanco J, Pujol-Plana N, Martín-Galindo N, Fernández Vallejo MM, Roca-Domingo, M et al. Mejora de la calidad de la dieta y del estado nutricional en población infantil mediante un programa innovador de educación nutricional: INFADIMED. Gaceta Sanitaria. 2017; 31(6): 472-477.
- [18] Cano-Martín LM, González-González J, Mohedano-Moriano A, Viñuela A, Criado-Álvarez JJ. Estado nutricional de una población escolar en España y su relación con hábitos de alimentación y actividad física. Revista de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición. 2019;69 (4): 233-241. <https://doi.org/10.37527/2019.69.4.004>
- [19] Martínez-Álvarez M, Rico-Martín S, Rodríguez-Velasco FJ, Gil-Fernández G, Santana-Mogena E, Calderón-García JF. Influencia de los hábitos de ocio sedentario en el estado nutricional en escolares extremeños. NURE investigación: Revista Científica de enfermería. 2017; 14 (87): 1-8.
- [20] Rodríguez X, Piñuñuri R, Flores K, Rivera K, Di Capua-Ramírez G, Toledo-San Martín A. Asociación entre el consumo de desayuno, estado nutricional y riesgo cardiovascular en escolares chilenos de 6 a 9 años edad. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética. 2019; 23(4): 222-230.<https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.23.4.643>

Detección Precoz de la Hipoacusia Neonatal. Evaluación de los resultados entre 2018 y 2022

Fayna Cruz-León^a, Juan Carlos Falcón-González^b, Daniela-Celia Monstedeoca-Ramírez^c

^aEstudiante Grado en Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bComplejo Hospitalario Universitario Insular-Materno-Infantil; ^cProfesora Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

La elevada prevalencia de trastornos auditivos ha demostrado la importancia del programa de cribado universal. Con la implementación de este se previenen numerosos problemas en el desarrollo de los niños, destacando los lingüísticos. El objetivo de este trabajo fue evaluar el funcionamiento, según los criterios de calidad establecidos por la Comisión para la Detección Precoz de la Sordera Infantil (CODEPEH) del Programa de Cribado de Hipoacusia Neonatal, del Área de Salud de Gran Canaria. Se diseñó un estudio descriptivo retrospectivo, donde se analizó los resultados obtenidos en las diferentes Fases del Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Neonatal del Área de Salud de Gran Canaria, durante el periodo de enero de 2018 hasta diciembre de 2022. Se contó con el permiso de Comité de Ética e Investigación (Código CEI/CEIm: 2022-472). La población objeto de este estudio fueron 20.572 niños nacidos durante este periodo. Los datos fueron exportados desde SQL Server 2019, a Microsoft Excel y procesados estadísticamente con el paquete estadístico SPSS en su versión 25.0 para Windows 15. Las variables cualitativas se resumieron mediante tablas de frecuencias, y las numéricas mediante porcentajes, media y desviación típica. Desde enero de 2018 hasta diciembre de 2022 hubo un total de 20.572 nacimientos obteniéndose un porcentaje de cobertura de la primera fase de un 96,45% de los nacidos. Un total de 6.815 nacidos presentaron factores de riesgo para la hipoacusia. Se produjo un porcentaje de derivación a la segunda fase del 1,70% trasladándose a fase diagnóstica un 4,14% de estos. Finalmente 105 niños presentaron algún grado de hipoacusia y 48 hipoacusia neurosensorial profunda. Se puede concluir que el programa de screening es adecuado, alcanzando un porcentaje de cobertura superior al 95% valor ampliamente satisfactorio teniendo en cuenta las recomendaciones de la CODEPEH.

Palabras clave: cribado neonatal, cuidados de enfermería, pérdida auditiva, diagnóstico precoz.

1. INTRODUCCIÓN

La hipoacusia consiste en un déficit auditivo, lo que se traduce en una discapacidad para oír. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la pérdida de audición discapacitante como aquella pérdida mayor de 35 decibelios en el oído que mejor oye. Esto es un grave problema de salud ya que poder oír es primordial para el desarrollo tanto social como académico, lingüístico y emocional del niño^{1,2}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece unos criterios necesarios para la implantación de un programa de cribado³:

- La enfermedad da lugar a una morbilidad grave (mental y física) o una mortalidad, si no se diagnostica en el periodo neonatal.
- La enfermedad no se detecta clínicamente por un simple examen físico en el período neonatal.
- Hay un tratamiento efectivo disponible.
- La enfermedad tiene una incidencia relativamente alta.
- Hay un procedimiento de cribado rápido, fiable y de bajo coste.

Según la OMS en el mundo hay alrededor de 430 millones de personas que padecen una pérdida de audición discapacitante². El Cribado Neonatal Universal comenzó en el año 2007, después de que la *Joint Committee on Infant Hearing* publicara los principios y guías para la detección e intervención precoz de la hipoacusia. Este cribado tiene como objetivo detectar la posible pérdida auditiva antes del mes de vida del neonato, con el fin de obtener un diagnóstico precoz antes de los tres meses y garantizar el inicio del tratamiento antes de que cumpla los seis meses de vida. Todo esto con el propósito de que las habilidades comunicativas y lingüísticas del niño se vean lo menos afectadas posible⁴. La implementación de este cribado es fundamental. Según la OMS la pérdida de audición no tratada genera más costes que las intervenciones para prevenir, tratar y detectar esta enfermedad².

El funcionamiento del cribado poblacional universal se describe en el siguiente flujograma:

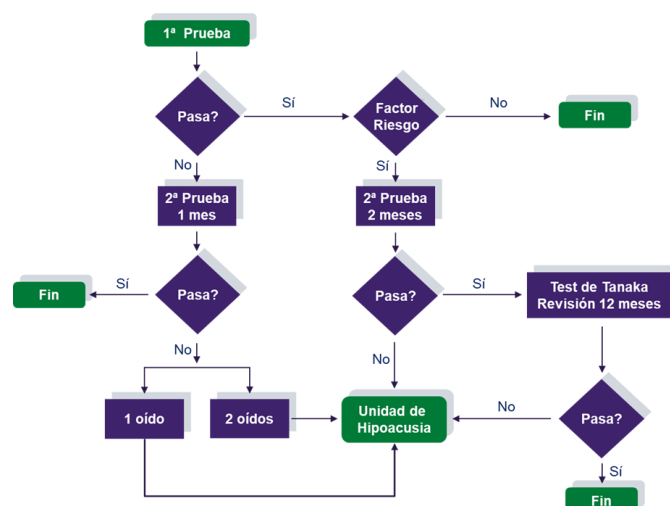


Figura 1. Flujograma utilizado en el Programa Universal de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria

Los neonatos dados de alta del Programa de Cribado continúan un seguimiento con vigilancia de una posible hipoacusia en el periodo lactante, preescolar y escolar en el marco del Programa Nacional del Niño Sano, donde se coordina la Atención Primaria y el Facultativo Especialista de Área⁵.

Seis de cada 1.000 nacidos presentan algún tipo de sordera, un diagnóstico precoz permite implementar de manera precoz un tratamiento, con mayor eficacia y efectividad, siendo determinante en los casos de hipoacusia en recién nacidos⁶.

En este contexto se diseña este estudio de investigación cuyo objetivo general es evaluar el funcionamiento, según los criterios de calidad establecidos por la CODEPEH, del Programa de Cribado de Hipoacusia Neonatal, del Área de Salud de Gran Canaria.

Y como objetivos específicos se pretende:

1. Conocer si se cumple el criterio de indicador de calidad de cribado universal.
2. Identificar si se cumple el criterio de indicador de calidad de confirmación diagnóstica.
3. Determinar si se cumple el criterio de indicador de calidad de seguimiento del Programa.

2. METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo en el Servicio de Otorrinolaringología, del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI). La población diana de este estudio fueron todos los recién nacidos (20.572) en la isla de Gran Canaria, entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2022. Tras obtener el dictamen del Comité de Ética e Investigación (Código CEI/CEIm: 2022-472). La recogida y análisis de los datos se realizó entre enero y febrero de 2023.

Se establecieron como variables a estudio independientes, las variables demográficas: edad y sexo de los niños. Como variables dependientes se tomaron:

- Resultados de la prueba de la primera fase (resultados de productos de distorsión).
- Resultados de la prueba de segunda fase (resultados de pruebas de potenciales evocados y otoemisiones clínicas).
- Factores de riesgo asociado a la hipoacusia.

Como único criterio de inclusión se determinó haber nacido entre las fechas seleccionadas del estudio. Se utilizó como instrumento de recogida de datos el aplicativo informático desarrollado para el Programa de Cribado Universal de la Hipoacusia Infantil de la Comunidad Autónoma de Canarias (SQL Server 2019). Los datos fueron exportados desde SQL Server 2019, a Microsoft Excel y procesados estadísticamente con el paquete estadístico SPSS en su versión 25.0 para Windows⁷. Estos fueron documentados y registrados en forma tabulada. Las variables cualitativas se resumieron mediante tablas de frecuencias, y las numéricas mediante porcentajes, media y desviación típica. Al correlacionar las variables se utilizó como nivel de significación un p-valor $\alpha < 0,05$.

3. RESULTADOS

La descripción de los datos de los recién nacidos (RN) incluidos en el Programa de Screening para la Detección Precoz de la Hipoacusia en el Área de Salud de Gran Canaria, durante el periodo 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2022, se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1 Distribución de la muestra durante el periodo de evaluación (enero 2018-diciembre 2022)

Año	Nacimientos	RN que no superan la 2ª prueba	Factores de riesgo (FR)	% derivación a la 2ª fase por FR	% derivación a fase diagnóstica	Otros RN derivados al programa
2018	4.493	101	1.663	38,76	5,84	202
2019	4.316	87	1.508	35,57	5,47	77
2020	3.870	46	1.227	32,90	3,55	140
2021	3.907	47	1.248	33,29	3,60	158
2022	3.986	28	1.169	30,49	2,27	152
Total	20.572	309	6.815	-	-	729

Nota. Elaboración propia

En la Figura 1A se representa el total de nacimientos por año, así como los recién nacidos que han superado las pruebas durante la primera fase. Se observa que en el año 2018 superan la primera prueba un total de 4.226 sujetos, en 2019 un total de 4.156, en 2020 un total de 3.660, en 2021 un total de 3.691 y finalmente en 2022 un total de 3.772 sujetos. En la Figura 1B se refleja el porcentaje de cobertura de la primera fase observándose los siguientes datos; 95,50%; 98,22%; 96,38%; 95,96% y 96,19% (media de 96,45%) respectivamente desde 2018 hasta 2022.

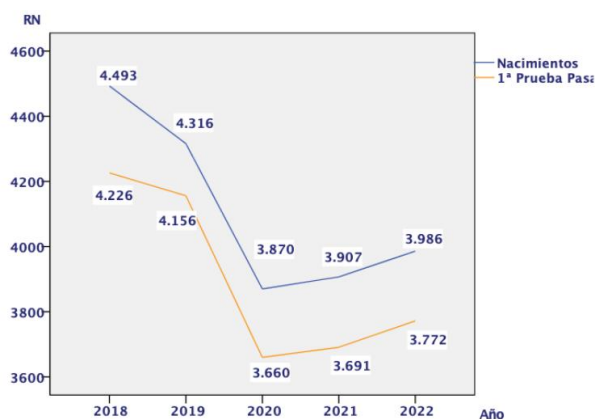


Figura 1(A).- Recién nacidos que pasan la 1ª prueba



Figura 1(B).- Porcentaje de cobertura en 1ª fase



Figura 2(A).- Recién nacidos que no pasan las primera prueba

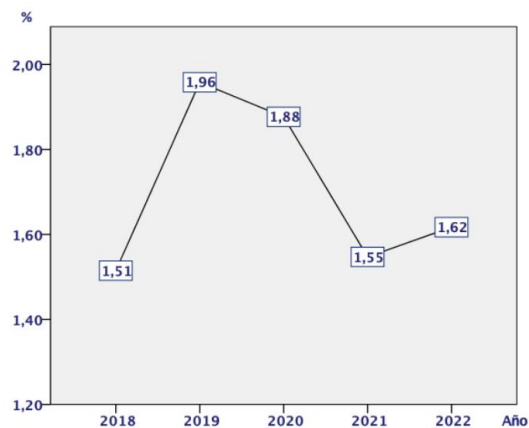


Figura 2 (B).- Porcentaje de derivación a 2º fase

La Figura 2A representa los recién nacidos que no pasan la primera prueba. A su derecha, en la Figura 2B se refleja el porcentaje de derivación a la segunda fase. Podemos observar que 65 sujetos no pasan la primera prueba en el año 2018 con una derivación del 1,51% a segunda fase, 83 sujetos que no pasan la primera prueba en el año 2019 con una derivación del 1,96% a segunda fase, 70 sujetos que no pasan la primera fase en el año 2020 con una derivación del 1,88%, 58 sujetos que no pasan la primera fase en el año 2021 con una derivación del 1,55% y por último 62 sujetos que no pasan la primera fase en el año 2022 con una derivación del 1,62% a segunda fase.



Figura 3(A).-Recién nacidos con factores de riesgo que pasan a 2º fase

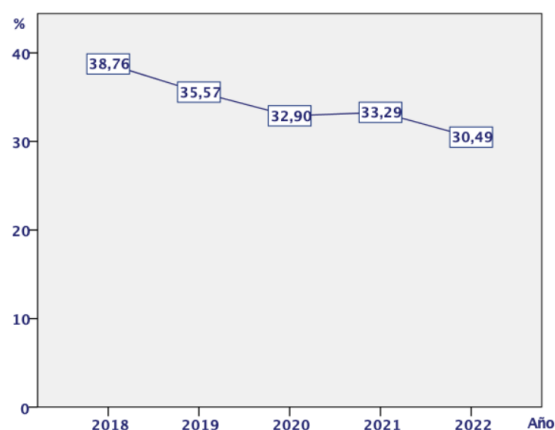


Figura 3(B).- Porcentaje de derivación a 2º fase por factor de riesgo

En la Figura 3A se muestran los recién nacidos con factores de riesgo donde 1.663 sujetos corresponden al año 2018, 1.508 al año 2019, 1.227 al año 2020, 1.248 al año 2021 y 1.169 sujetos al año 2022.

En la Figura 3B se muestran los porcentajes de derivación a segunda fase por factores de riesgo encontrándonos con el 38,76%; 35,57%; 32,90%; 33,29% y 30,49% desde el 2018 hasta 2022 respectivamente.



Figura 4(A).- Niños/as derivados a 2º fase y que pasan la 2ª prueba



Gráfico 4(B).- Porcentaje de niños/as que pasan la 2ª prueba

En la Figura 4A se observan el total de sujetos derivados a segunda fase y cuántos de ellos la superan.

En la Figura 4B se muestra el porcentaje de sujetos que pasan la segunda fase. En esta fase 1.728 sujetos 999 (90,82%) pasan la segunda fase en el año 2018; en el año 2019 del total de sujetos 1.591 pasan la segunda fase 1.010 (91,16%), en el 2020 del total de 1.297 sujetos pasan la segunda prueba un total de 859 (94,92%), en el año 2021 de 1.306 sujetos pasan la segunda fase un total de 777 (94,30%) y finalmente en el año 2022 del total de 1.231 sujetos pasan la segunda fase 602 (95,56%).

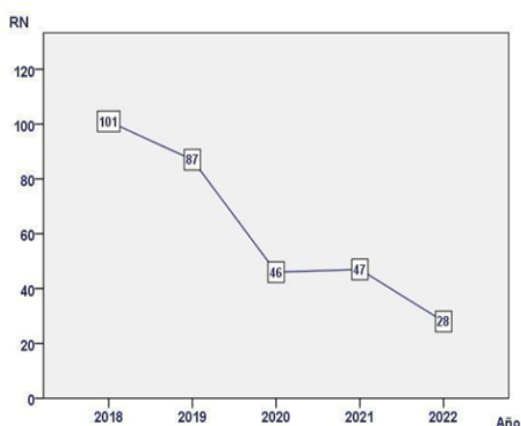


Figura 5A: Sujetos que no superan la 2ª Fase.

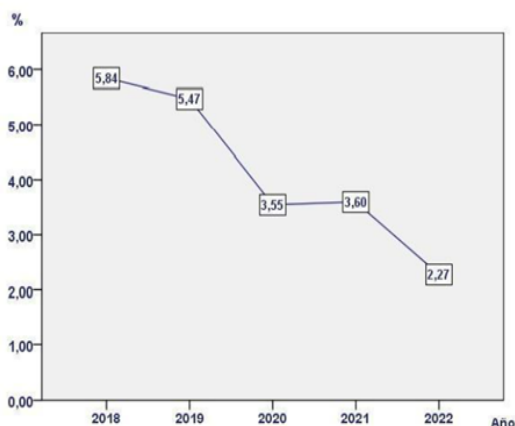


Figura 5B: Porcentaje de sujetos que no superan la 2ª fase.

En la Figura 5A y Figura 5B, respectivamente, se observa el total de sujetos, así como el porcentaje que no superan la segunda fase, donde 101 (5,84%) corresponde al 2018; 87 (5,47%) al año 2019; 46 (3,55%) al año 2020; 47 (3,60%) al 2021 y 28 (2,27%) al año 2022.

Los factores de riesgo que más afectaron a los recién nacidos entre 2018 y 2022 fueron la exposición a medicamentos ototóxicos, seguida de la cardiopatía congénita, la estancia mayor de 5 días en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y la hiperbilirrubinemia.

4. DISCUSIÓN

La detección universal de la pérdida auditiva en recién nacidos y la acción temprana sobre esta son las claves para evitar los efectos adversos que la hipoacusia produce. De ahí la instauración de los programas de cribado neonatal universal siendo los protocolos de diagnóstico un foco de interés⁸. En el estudio realizado por Faistauer et al.⁹ se refleja la importancia de conseguir que la detección de este déficit auditivo sea lo antes posible, señalando como resultado que los recién nacidos sometidos al programa de cribado, lograron una mejor adquisición del lenguaje y una reducción de los problemas de desarrollo que la hipoacusia provocan.

Según los datos obtenidos durante el período de estudio, el Programa de Detección Precoz Neonatal de la Hipoacusia implementado en Gran Canaria tiene una cobertura mayor del 95% cumpliendo así con los criterios de calidad de la CODEPEH donde se objetiva estudiar ambos oídos en al menos el 95% de los recién nacidos vivos¹⁰. Este criterio además se equipara a los resultados de otros programas de cribado auditivo, tales como el Comité Conjunto sobre Audición Infantil de la Academia Americana de Pediatría o el Comité Multiprofesional sobre Salud Auditiva^{11,12}.

Los principales factores de riesgo asociados a la hipoacusia que presentaron los recién nacidos del programa son la exposición a medicamentos ototóxicos como causa principal, seguida de la cardiopatía congénita, la estancia mayor de 5 días en la UCIN y la hiperbilirrubinemia. Sin embargo, si este dato se compara con otros estudios de screening audiológico como los realizados por Pont et al.¹³ encontraremos que los principales factores de riesgo varían, en este caso los más relevantes serían los medicamentos ototóxicos y el peso menor a 1.500 gr al nacer, siendo la hiperbilirrubinemia la menos frecuente. En otro estudio de screening realizado en el Hospital Regional de Sobradinho encontramos que el factor de riesgo más prevalente es la prematuridad del recién nacido¹⁴.

Por otra parte, en un estudio llevado a cabo sobre 9.698 recién nacidos en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca se realiza la primera fase sobre un 96,82% de los nacidos, pasando la fase un 87,80% de estos. De los derivados a segunda fase un 87,37% la superan con éxito, siendo un 12,63% de los derivados a segunda fase los que son derivados a la tercera fase, obteniendo finalmente una tasa diagnóstica de 4,50%¹⁵. Si comparamos estos datos con los obtenidos en nuestro estudio encontramos unos porcentajes de derivación de 96,45% en la primera fase, pasando a la segunda fase un 94,80%; siendo un 4,14% los derivados a fase diagnóstica, porcentaje que se ajusta a los criterios de la CODEPEH¹⁰.

Fertilo et al.¹⁶ en Sicilia, señalan que a la tercera fase acudieron 67 de los 71 niños esperados, diagnosticando finalmente un total de 60 hipoacusia. Sin embargo, en los cinco años que abarca este estudio de los 19.505 recién nacidos cribados en nuestro programa han sido derivados a la fase diagnóstica un total de 309 niños. Los niños que presentaron algún grado de hipoacusia fueron 105 (5,38%) mientras que 48 presentaron hipoacusia neurosensorial profunda (2,46%). Durante el periodo de estudio han recibido implante coclear como tratamiento de su hipoacusia un total de 33 niños.

Según los criterios de la CODEPEH el porcentaje de falsos positivos, es decir nacidos diagnosticados erróneamente como hipoacúsicos en los programas de screening debe ser inferior al 3% y la proporción de falsos negativos, es decir nacidos con hipoacusia que no son diagnosticados debe tender a cero¹⁰. En el estudio sobre el programa de screening de hipoacusia realizado por Guirri et al.¹⁷ basado en otoemisiones acústicas (OEA) y potenciales evocados auditivos de tronco cerebral automáticos (PETACa) se detectaron un total de 0,54% de falsos positivos en los sujetos examinados. En este estudio se han detectado un total de 11 recién nacidos 0,05% falsos positivos y 14 recién nacidos 0,07% de falsos negativos cumpliendo con los criterios marcados por la CODEPEH.

En cuanto a las limitaciones que presenta esta investigación, podemos destacar que debido a la transversalidad del estudio, existirán sujetos que aún se encuentren en proceso de diagnóstico y/o en proceso de tratamiento con implantes cocleares. Esto también comporta que existirá un número de sujetos de los que se desconozca su seguimiento en el Programa de Salud Infantil.

La aplicabilidad de este estudio en la práctica profesional de Enfermería se podría dividir en dos campos. Por un lado, conocer la importancia del cribado neonatal de hipoacusia y los factores de riesgo que la provocan. Esto es de gran utilidad sobre todo desde el ámbito competencial de la Enfermera de Familia y Comunitaria de manera general y de manera particular para las matronas, por su rol en el seguimiento de las mujeres embarazadas y de la preparación al parto. En el contexto de la educación para la salud, la enfermera puede informar a los futuros padres de la importancia de este cribado y prevenir los factores de riesgo. Por otra parte, es necesario conocer el funcionamiento del cribado, es decir sus fases, pruebas, tratamientos, entre otros ya que el profesional de enfermería es quien realiza las pruebas y colabora en los procedimientos, además de hacer el seguimiento desde el programa salud infantil.

5. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos podemos concluir que:

- 1.- En relación con el indicador de calidad de seguimiento del programa, comprobamos que el flujograma establecido es adecuado al funcionamiento de este. El sistema de información unificado que se utiliza permite realizar el control y seguimiento de todos los recién nacidos cribados.
- 2.- El Programa de Detección Precoz de Hipoacusia Neonatal del Área de Salud de Gran Canaria cumple con las recomendaciones de la CODEPEH en cuanto a los criterios de calidad de cribado universal y confirmación diagnóstica.
- 3.- Es importante mantener una coordinación con Atención Primaria para realizar el seguimiento de los recién nacidos cribados, tal y como se establece con el Programa de Salud Infantil.

REFERENCIAS

- [1] Marco J, Matéu S. Detección precoz de la Hipoacusia en recién nacidos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/maternoInfantil/Hipoacusia.htm>
- [2] Organización Mundial de la Salud (OMS). Sordera y pérdida de la audición. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- [3] Wilson JMG, Junger G. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers 34. Geneva: World Health Organisation, (1968).
- [4] American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics. 2007; 120(4):898-921. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-2333>
- [5] Borkoski-Barreiro SA, Falcón-González JC, Cándido-Corrujo S, Ángel-Orsorio A, Ángel-Ramos M. Detección temprana de la hipoacusia con emisiones acústicas. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2017; 77(2):135-43.
- [6] Puig T, Municio A, Medà C. Cribaje (screening) auditivo neonatal universal versus Cribaje (screening) selectivo como parte del tratamiento de la sordera infantil”, la Biblioteca Cochrane Plus. 2008; 2.
- [7] BM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- [8] Núñez-Batalla F, Jádenes-Casabón C, Sequí-Canet JM, Vivanco-Allende A, Zubizaray-Ugarteche J, Cabanillas-Farpón R. Diagnóstico etiológico de la sordera infantil: recomendaciones de la CODEPEH. Acta Otorrinolaringol Esp. 2017; 68(1): 43-55. Disponible en: <https://www.servicioorluca.com/wp-content/uploads/2015/02/Diagn%C3%B3stico-etiol%C3%B3gico-de-la-sordera-infantil-recomendaciones-de-la-CODEPEH.pdf>
- [9] Faistauer M, Silva AL, Domínguez D, Bohn R, Félix TM, Costa SS da, et al. Does universal newborn hearing screening impact the timing of deafness treatment? J Pediatr (Rio J). 2022; 98(2): 147-54. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755721000802>
- [10] Marco J, Almenar A, Alzina V, Bixquert V, Jaudenes MC, Ramos Á. Control de calidad de un programa de detección, diagnóstico e intervención precoz de la hipoacusia en recién nacidos. Documento oficial de la comisión para la detección de la hipoacusia en recién nacidos (codepeh). Acta Otorrinolaringol Esp. 2004; 55(3): 103-106. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001651904784915>
- [11] American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics. 2007; 120(4):898-921. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-2333>
- [12] Lewis DR, Marone SAM, Mendes BCA, Cruz OLM, Nóbrega M. Comitê multiprofissional em saúde auditiva: COMUSA. Braz J Otorrinolaringol. 2010; 76(1):121-128. <https://doi.org/10.1590/S1808-86942010000100020>
- [13] Colomer EP, Martín JA, Casado BM, Martínez SM, Ripollés AL, Navarro JMG. Resultados del cribado de hipoacusia infantil en la provincia de Castellón. Archive.org. Disponible en: https://web.archive.org/web/20180502062656id_/http://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2012/aom123e.pdf
- [14] Marinho ACA, Pereira EC, Torres KKC, Miranda AM, Ledesma ALL. Evaluation of newborn hearing screening program”. Rev Saude Publica. 2020; 54-44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32374803/>
- [15] Escobar-Ipuz FA, Soria-Bretones C, García-Jiménez MA, Cueto EM, Torres-Aranda AM, Sotos JM. Early detection of neonatal hearing loss by otoacoustic emissions and auditory brainstem response over 10 years of experience”. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2019; 127. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016558761930391X>

- [16] Ferlito S, Maniaci A, Cocuzza S, La Mantia I, Di Mauro P, Poli G, et al. Universal newborn hearing screening in the Italian Region of Sicily in 2018. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2021; 41(4): 356-63. Disponible en: <https://www.actaitalica.it/article/view/1162>
- [17] Ghirri P, Liumbruno A, Lunardi S, Forli F, Boldrini A, Baggiani A, et al. Universal neonatal audiological screening: experience of the University Hospital of Pisa". *Ital J Pediatr.* 2011; 37(1):16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3082242/>

Intervención educativa sobre primeros auxilios con escolares de 11 a 12 años

Herenia Del Rio-Guardia^a, Magdalena Marrero-Montelongo^b

^aEstudiante de la Maestría en Enfermería Escolar. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria;

^bProfesora Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

En España se producen en torno a 30.000 paradas cardíacas súbitas al año y el 80% de los casos tiene lugar en la vía pública o en los hogares. Según un estudio de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, los españoles son los peores preparados en Europa para afrontar una situación de primeros auxilios. El objetivo de este trabajo fue diseñar, implementar y evaluar una intervención educativa con los alumnos de un CEIP de 11 a 12 años en el archipiélago canario dirigida a capacitarlos sobre los primeros auxilios. Se realizó una intervención educativa de carácter grupal, durante el año escolar 2022-2023. Tras una valoración inicial y siguiendo algunas de las fases del modelo PRECEDE-PROCEDE de planificación en promoción de la salud, se clasificaron los datos en factores predisponentes, factores capacitantes y factores reforzantes y, a su vez en positivos y negativos. Se diseñó un programa educativo titulado 'Intervención educativa grupal sobre primeros auxilios con escolares de 11 a 12 años'. Como resultados, se obtuvo que aumentó en un 23% de los escolares que identificaron los signos y síntomas para el inicio de las maniobras de RCP y el conocimiento de un uso adecuado de antisépticos en más de un 50% tras la realización de esta intervención. Como objetivo de habilidad también se observó un aumento del 60% de alumnos en la colocación de manos para una correcta técnica de RCP. Se puede concluir que hay una mejoría notable en cuanto a la formación en educación de primeros auxilios de los escolares de 11 a 12 tras la consecución de la mayoría de los objetivos planteados. Sin embargo, se recomienda que la enseñanza en primeros auxilios se realice de manera periódica, regular, adaptada a la edad de los alumnos y con la implicación de la enfermera escolar.

Palabras clave: intervención educativa, primeros auxilios, servicio de enfermería escolar.

1. INTRODUCCIÓN

Las visitas a los servicios de urgencias hospitalarias han aumentado en la última década por diversos factores; esto tiene como consecuencia una inadecuada utilización del sistema sanitario aumentando los tiempos de espera por paciente ¹. Desde la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) se ultima una propuesta sobre cursos de primeros auxilios para la población con el objetivo de ver aumentado de forma notable el número de ciudadanos con conocimientos básicos en primeros auxilios siendo actualmente los ciudadanos españoles de los peores preparados. Solo un tercio de los europeos se siente con la confianza suficiente para prestar primeros auxilios y apenas un 18% sabe qué hacer ante un accidente. En España se producen unas 30.000 paradas cardíacas al año. Se estima que debido a la escasa formación de la población en primeros auxilios, solamente el 5% de quienes sufren una parada en la calle sobrevive ².

En la infancia los datos no son más alentadores, cada día 14 niños mueren, 2.240 ingresan en hospitales, y otros 28.000 reciben tratamiento en departamentos de emergencia o salas de urgencias. Las lesiones son la principal causa de muerte en Europa y entre la población de 1 y 14 años ocurre una muerte por lesión en una ratio dos veces superior a la muerte por cáncer, u ocho veces a las producidas por enfermedades respiratorias ³.

Desde el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, de Madrid se crea una guía práctica de primeros auxilios para padres que describe de una manera sencilla y práctica cómo se deben abordar algunas de las situaciones. Reconocer algunos síntomas que pueden ser graves o iniciar el tratamiento in situ pueden ser importantes para evitar la progresión de la enfermedad, unas veces, y otras para evitar el innecesario traslado a un centro sanitario ⁴.

La mayoría de las lesiones por accidentes podrían evitarse con conocimientos en primeros auxilios, en ámbitos educativos como colegios, guarderías o centros deportivos. La ignorancia del peligro, la curiosidad, el gran impulso de autonomía y el alto grado de actividad son factores que explican el gran número de accidentes en niños. Por este motivo la prevención es, sin duda, la intervención que más vidas puede salvar ². Los centros escolares forman parte de un papel importante en la seguridad de los niños donde se debe poner en marcha todas las medidas posibles para convertirse en un entorno seguro. En este sentido, la administración debe garantizar el cumplimiento de las normativas de seguridad establecidas y poner en marcha las medidas preventivas a su alcance. Además, todos los implicados deben estar adecuadamente informados y

preparados para intervenir ante cualquier emergencia, siendo imprescindible la formación del personal y también de los alumnos y de la incorporación de los primeros auxilios en el currículo escolar ^{2, 5}.

Actualmente se demanda un recurso humano para la atención y cuidado de los niños con patologías crónicas o agudas que surjan en la jornada escolar junto con la educación sanitaria. Por lo tanto, resulta esencial incorporar a dichos profesionales a la cadena de formación en Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) ⁶. Dicha figura, la del profesional de enfermería es esencial para la educación en salud de los niños viéndose reflejado en un proyecto bastante conocido como el proyecto ‘Con tus manos puedes salvar vidas’ de Gijón que consiguió calar en algunas autoridades sanitarias y también en los colegios ⁷.

El Objetivo General de esta intervención fue diseñar, implementar y evaluar una intervención educativa con los alumnos de un CEIP en el archipiélago canario, de 11 a 12 años dirigida a capacitarlos sobre los primeros auxilios.

2. METODOLOGÍA

2.1 Fase de valoración

Se trata de una intervención educativa de carácter grupal desarrollada en la escuela para niños de 11 a 12 años. El centro educativo de Infantil y Primaria se encuentra en una isla del archipiélago canario, España. Se trabajó con un total de 46 alumnos de 6º de Educación Primaria desde octubre a noviembre del año escolar 2022-2023.

Se presentó el programa de intervención al Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CEIm del CHUC), Provincia de Santa Cruz de Tenerife, para ser evaluado y se obtuvo un dictamen favorable (código CHUNSC_2022_91). Además, se obtuvo un consentimiento informado por parte de los padres de los alumnos.

Para la realización de esta intervención se siguieron algunas de las fases del modelo PRECEDE-PROCEDE de planificación en promoción de la salud ⁸. Actualmente, este modelo es uno de los más completos enfoques utilizados para la promoción de la salud. En dicho modelo se distinguen la etapa PRECEDE, que consiste en planificar un programa para la acción y conocer primero lo que precede a la programación de la intervención, y posteriormente la etapa PROCEDE, en la que se organiza la ejecución del programa y la planificación de la evaluación ⁸.

En la valoración inicial se recogieron datos relacionados con los conocimientos y creencias sobre los primeros auxilios mediante un cuestionario validado por la American Heart Association (AHA) y la Encuesta Nacional de Salud para personas de 0 a 15 años ⁹. Las habilidades psicológicas se recogieron mediante el Cuestionario de Rosenberg ¹⁰ y el Test de Coopersmith ¹¹, y las habilidades físicas y las actitudes mediante talleres. Para la valoración de los recursos se realizó un reconocimiento del centro junto a los profesores para conocer el estado de los botiquines ¹² y poster o folletos educativos disponibles, entre otros, mediante la observación directa. Para valorar el apoyo de los padres se usó la observación indirecta mediante los profesores y comentarios de los propios alumnos. Para el análisis de los datos se realizaron cálculos de frecuencia relativa y porcentaje y se organizaron según las fases del modelo de planificación PRECEDE-PROCEDE.

2.2 Fase diagnóstica

Tabla 1. Factores Predisponente, Capacitantes y Reforzantes

<i>Factores predisponentes</i>		
Conocimientos	Negativos	El 70% de los alumnos desconocía al menos 5 materiales básicos que debe contener un botiquín El 54% de los alumnos desconocía dónde se encontraba el botiquín escolar. El 80% de los alumnos desconocía la frecuencia correcta de compresiones torácicas en una RCP. El 70% no conocía la frecuencia cardíaca correcta de un adulto en reposo. El 85% de los alumnos desconocía el uso de desinfectantes adecuados para las heridas superficiales de la piel. El 42% de los alumnos no identificó correctamente los signos y síntomas para iniciar una RCP.
	Positivos	El 91% de los alumnos identificó el número de teléfono de emergencias.
Creencias	Positivos	El 78% de los alumnos consideraba que su nivel de salud era entre bueno y muy bueno.
Actitudes	Negativos	Un 10% de los alumnos no respetaban las demás opiniones.
	Positivos	Un alto porcentaje de los alumnos participó de manera activa.
<i>Factores capacitantes</i>		
<i>Habilidades físicas</i>	Negativos	El 85% no colocó las manos de manera adecuada para realizar un RCP de calidad. El 88% no localizó más de una zona del cuerpo donde tomar el pulso.
	Positivos	El 90% de los alumnos sabía dónde tomar el pulso de manera rápida.
<i>Habilidades psicológicas</i>	Negativos	Solo el 25% de los alumnos se consideraba una persona confiable para que los demás dependan de ellos.
	Positivos	El 90 % afirmó no tener vergüenza para hablar delante de los compañeros. El 86% de los alumnos presentó interés en realizar el taller.

<i>Recursos</i>	Negativos	Los botiquines del centro no eran móviles. No existía una figura destinada ante una emergencia.
	Positivos	Disponen de más de 4 botiquines repartidos por todo el colegio.
<i>Legislación y publicidad</i>	Negativos	No existe la formación de primeros auxilios en el centro No existían carteles ni folletos sobre primeros auxilios.
	Positivos	Existencia Real Decreto 126/2014, 28 de febrero para regular los primeros auxilios en el curriculum escolar.
<i>Factores reforzantes</i>		
<i>Efectos futuros</i>	Negativos	La necesidad de refuerzo de conocimientos y habilidades.
	Positivos	Formación de calidad para ayudar y salvar vidas.
<i>Apoyo de los padres</i>	Preocupación por parte de los padres	
	Colaboración de los padres mediante las reuniones y trabajos.	

Tabla 2. Objetivos Educativos

<i>O. Cognitivos</i>	Más del 90% de los alumnos reconocerá los materiales básicos que debe contener un botiquín.
	El 100% de los alumnos identificará el lugar correcto donde encontrar el botiquín escolar.
	El 90% de los alumnos describirá los antisépticos adecuados para el uso de heridas superficiales.
	El 100% de los alumnos reproducirá el número de teléfono correcto de emergencias, el 112.
	El 95% de los alumnos reconocerá los signos y síntomas para el inicio de una RCP.
	El 85% de los alumnos identificará la frecuencia cardíaca correcta de un adulto en reposo.
	Más del 80% de los alumnos explicará la frecuencia correcta de compresiones en una RCP.
<i>O. Psicomotrices</i>	El 95% de los alumnos reproducirá de forma correcta la colocación de las manos en una RCP.
	El 95% de los alumnos ejecutará la técnica correcta para tomar el pulso en más de 3 zonas.
<i>O. Habilidades Psicológicas</i>	Más del 50% de los alumnos calificará de positiva su visión como persona confiable para sí mismo y amigos.
<i>O. Operativos</i>	El equipo directivo habilitará al menos uno de los botiquines que se pueda desplazar.
	El equipo directivo coordinará la inclusión en el curriculum escolar de la formación de primeros auxilios y evaluará la necesidad de tener una persona formada según las necesidades de los alumnos

2.3 Fase de planificación

Tabla 3. Actividades Primeros Auxilios

<i>Actividad 1</i>	<i>Prepara tu botiquín¹²</i>
Objetivos de la actividad	Mostrar los componentes y sensibilizar sobre la importancia del botiquín. Dar importancia a la asignatura de inglés mediante el juego.
Objetivos que cubre la actividad	Objetivos educativos 1, 2 y 3.
Instrucciones	Mediante técnicas como la charla y el juego, se dispone de varios artículos para que cada alumno escoja uno y explique la importancia del mismo y decidir si pudiera formar parte o no en el botiquín. Se explica el contenido esencial de los botiquines, corrigiendo y analizando los materiales. Se realiza en inglés con una duración de 45 minutos.
<i>Actividad 2</i>	<i>Infografía del Botiquín¹²</i>
Objetivos de la actividad	Concienciar de la importancia de la ubicación del botiquín.
Objetivos que cubre la actividad	Objetivos 1 y 2.
Instrucciones	Se presenta una infografía realizada con el Canvas sobre el botiquín; material necesario y localización de este en el centro escolar. Se realiza en el aula con una duración para la presentación de 30 minutos.
<i>Actividad 3</i>	<i>¿Cómo funciona el corazón?⁵</i>
Objetivo de la actividad	Identificar el número de teléfono correcto de emergencias. Reproducir la técnica correcta para la toma del pulso.
Objetivos que cubre la actividad	Objetivos educativos 4, 6 y 9
Instrucciones	Mediante la técnica del juego se explican los valores normales de la frecuencia cardíaca y como tomar el pulso radial y carotídeo. Se presenta la canción del 112 en clase y se inicia la canción mientras los alumnos caminan por la habitación hasta que se pare la música, teniendo que tomar el pulso de un compañero en 15 segundos. Se realiza en la asignatura de

	matemáticas para potenciar la transversalidad realizando multiplicaciones para calcular el pulso. Se realiza en el aula con una duración de 40 minutos.
<i>Actividad 4</i>	<i>¿Centro de Salud o Urgencias⁴</i>
Objetivos de la actividad	Valorar e identificar los recursos disponibles en la isla. Concienciar de la importancia de no saturar urgencias. Valorar las actitudes de los alumnos frente a situaciones de estrés.
Objetivos que cubre la actividad	Objetivos educativos 3 y 5
Instrucciones	Mediante la técnica del rol playing y el estudio de casos se realizan diferentes situaciones que los alumnos tienen que interpretar y analizar según signos y síntomas. Se abre debate tras cada supuesto. <u>Primera situación:</u> 3 alumnos para interpretar a un padre, una madre y un niño de 4 años. El niño tiene dolor abdominal y presenta un vómito, no fiebre. <u>Segunda Situación:</u> 4 alumnos para interpretar 4 alumnos que presentan un golpe jugando en el recreo. Dos de ellos caen al suelo con heridas superficiales de la piel y los otros dos presentan dolor e inflamación en mano y pie derecho. <u>Tercera Situación:</u> 3 alumnos para interpretar un profesor, un alumno y un padre o madre. El niño está en el colegio con dolor de garganta y febrícula de 37.5°C. <u>Cuarta Situación:</u> 3 alumnos para interpretar a 3 niños. Caída de uno de ellos por las escaleras, no responde a estímulos, está inconsciente. Se realiza en el aula con una duración de 45 minutos.
<i>Actividad 5</i>	<i>Taller RCP⁵</i>
Objetivos de la actividad	Técnica correcta de RCP y signos y síntomas de una parada cardio-respiratoria.
Objetivos que cubre la actividad	Objetivos educativos 5,6,7 y 8.
Instrucciones	En este taller se da una clase explicativa mediante power point sobre cómo actuar ante una persona inconsciente, que no respira ni tiene pulso. Usando un muñeco con torso interactivo se formarán grupos por los que los alumnos irán pasando para explicar la maniobra lateral de seguridad y la colocación de las manos para realizar una RCP de calidad. Se realiza en el gimnasio del colegio con una duración de 40 minutos.
<i>Actividad 6</i>	<i>Refuerzo de la Autoestima^{10,11}</i>
Objetivos de la actividad	Conocer la opinión de unos alumnos sobre otros. Recaltar la importancia del respeto.
Objetivos que cubre la actividad	Objetivo educativo 10.
Instrucciones	En la clase de plástica mediante un taller de manualidad los escolares elaboran un sobre con el nombre de cada alumno aprovechando la temática de ese momento (Halloween, Navidad, Verano...).En el interior de cada sobre se coloca una cartulina y se reparten los sobres entre los alumnos. Cada uno escribe una frase o palabra bonita a cerca de la persona que le ha tocado, a los pocos minutos se pasará el sobre a la persona de la derecha tocándoles un nuevo sobre repitiendo el mismo proceso. Finalmente se devolverán todos los sobres a sus dueños y se leerán algunos en clase. Se realiza en el gimnasio del colegio con una duración de 45 minutos.
<i>Actividad 7</i>	<i>Presentación del proyecto^{13, 14, 15}</i>
Objetivos de la actividad	Concienciar sobre la necesidad de la figura de la enfermera escolar. Valorar la necesidad de cambio de botiquines.
Objetivos que cubre la actividad	Objetivos educativos 11 y 12.
Instrucciones	Mediante un power point de elaboración propia se realiza una presentación del proyecto para el equipo directivo, en el que se exponen los datos recogidos a partir de la encuesta inicial para sensibilizar a cerca de las carencias observadas. Se realiza en el salón de actos durante 40 minutos.

2.4 Fase de ejecución

Tabla 4. Cronograma

	Junio				Septiembre				Octubre				Noviembre			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Contacto con el equipo directivo			X													
Contacto con los profesores						X										
Contacto con los padres							X									
Evaluación inicial									X							
Sesión 1 (Actividad 1 y 2)											X					
Sesión 2 (Actividad 3 y 4)												X				
Sesión 3 (Actividad 5 y 6)													X			
Sesión 4 (Actividad 7)														X		
Evaluación final																X

3. RESULTADOS

3.1 Evaluación del proceso

Como instrumentos se utilizó un sistema de registro según clase y curso entregado. Se evaluaron las autorizaciones firmadas por parte de los padres o tutores legales y se realizó un cuestionario final con preguntas de satisfacción.

Tabla 5. Indicadores y Resultados de la evaluación del proceso

Indicadores	Resultados
Colaboración del profesorado (n.º de profesores implicado) / (n.º total de profesores que han colaborado) x 100	90%
Participación de escolares (n.º de escolares participantes en el programa educativo) / (n.º total de escolares) x 100	95%
Satisfacción de los alumnos y profesores (n.º de niños satisfechos con las actividades desarrolladas) / (n.º total de escolares) x 100	90%
Cumplimiento del desarrollo de las actividades (n.º de actividades realizadas) / (n.º total de actividades de programa educativo) x 100	98%
Consentimiento de los padres (n.º de autorizaciones firmadas) / (n.º total de autorizaciones) x 100	100%

3.2 Evaluación del Impacto

Como instrumentos se utilizaron los cuestionarios entregados a los alumnos 2 semanas después de la finalización de los talleres, la observación directa durante el desarrollo de las actividades y una entrevista con el equipo directivo. El indicador utilizado fue '(N.º de participantes que logran el objetivo) / (n.º total de participantes del programa) x 100'.

Tabla 6. Resultados de la evaluación del impacto (Comparativa de Resultados)

	Antes	Después
El 100% de los alumnos identificará el lugar correcto donde encontrar el botiquín.	54%	90%
Más del 90% de los alumnos reconocerá los materiales básicos de un botiquín.	70%	92%
El 95% de los alumnos reconocerá los signos y síntomas para el inicio de una RCP.	58%	81%
El 100% de los alumnos reproducirá el número de teléfono correcto de emergencias	91%	93%
El 85% de los alumnos identificará la frecuencia cardíaca correcta de un adulto.	30%	75%
Más del 80% de los alumnos explicarán la frecuencia correcta de compresiones por minuto a realizar en una RCP.	20%	23%
El 95% de los alumnos reproducirá de forma correcta la colocación de las manos para realizar una RCP de calidad.	15%	75%
El 95% de los alumnos ejecutará la técnica correcta para tomar el pulso en más de 3 zonas corporales distintas.	12%	65%
El 90% de los alumnos describirá los antisépticos más adecuados para el uso de heridas superficiales.	15%	81%

Más del 50% de los alumnos modificará positivamente su visión como persona confiable para sí mismo y para sus amigos.	25%	55%
El equipo directivo habilitará al menos uno de los botiquines que se pueda desplazar.	Sin botiquín desplazable	Compromiso
El equipo directivo coordinará la inclusión en el curriculum escolar de la formación de primeros auxilios y evaluará la necesidad de tener a una persona formada para las necesidades de aprendizajes de los alumnos, expuestas en el curriculum escolar.	No existencia	Compromiso y valoración positiva

4. DISCUSIÓN

La promoción de la salud tiene como objetivo principal capacitar a la población en estilos de vida saludables. Para ello se intenta reforzar los conocimientos y concienciar a la población de la importancia de estos factores. Los centros educativos junto con el hogar son los ámbitos socializadores clave donde tiene lugar el desarrollo de las personas desde las etapas más tempranas de su vida, ejerciendo un importante papel en la configuración de la conducta y los valores sociales de la infancia, la adolescencia y la juventud ¹³. En este programa se objetivó el aprendizaje a edades tempranas de primeros auxilios, botiquín básico y el proceso PAS en los escolares de primaria de 10 a 12 años en consonancia con las directrices del Programa de Educación para la Salud en las Escuelas e Institutos (PESEI). Dicho programa, es llevado a cabo por enfermeras escolares, con la formación docente y experiencia en la salud escolar ¹⁴.

Los resultados de la mayoría de los objetivos educativos fueron favorables observándose un claro aumento en el porcentaje de escolares que demostraron comprender la identificación según signos y síntomas del inicio de las maniobras de RCP, en un 23% tras la realización de esta intervención. También se apreció un aumento considerable en el conocimiento del uso de antisépticos en un 66% y el uso de materiales básicos en un botiquín en un 22% de los escolares. Sin embargo, respecto al objetivo educativo a cerca de la frecuencia correcta de compresiones por minuto a realizar en una RCP se observó que no se había cumplido aumentando solo un 3% del resultado, y esto puede haberse debido a algunas dificultades de comprensión durante la intervención. En cuanto a las habilidades prácticas se valoró un aumento de la colocación de manos para una buena técnica de RCP pasando de un 15% a un 75% de éxito.

En la evaluación del proceso se obtuvo una participación altamente importante. Todos los miembros participantes, tanto alumnos como profesores de esta intervención, mostraron una colaboración casi en su totalidad (90-95%), con una actitud positiva y colaboradora que favoreció la consecución de todas las actividades.

Durante la intervención se han encontrado una serie de limitaciones:

La mayoría de las intervenciones y proyectos a cerca de primeros auxilios se han realizado a lo largo de los años como el proyecto de Gijón ‘Salvar vidas está en tus manos’ que se desarrolló durante 2 años pasando por los cursos 13.568 alumnos y 476 profesores ⁷. Para esta intervención duró poco más de 3 meses, realizando una intervención corta y no muy compleja debido a la necesidad de obtener un resultado temprano para evaluar el programa sin poder evaluar un conocimiento más profundo del alumno sobre la memoria a largo plazo y el tipo de apoyo familiar durante la intervención.

En los recursos del centro también se detectaron algunas carencias tales como falta de material ¹⁴ o de personal formado por parte del centro según el real decreto 126/2014 ¹⁵, siendo imposible una consecución del objetivo a corto plazo. Se observa en muchas bibliografías que la mayoría de las veces las lecciones de primeros auxilios a los niños surgen de iniciativas externas al sistema educativo, de carácter puntual y limitadas a ciertas regiones ¹⁶.

El continuo cambio de horarios para la realización de las actividades por parte del colegio provocó una desorganización a la hora de adecuar las actividades en tiempo y espacio con duraciones diferentes según el día y la hora ⁵.

5. CONCLUSIONES

Se diseña, implementa y evalúa una intervención de promoción de la salud capacitando a escolares de 11 a 12 años en primeros auxilios con una alta participación por parte de los profesores y los alumnos.

La mayoría de los escolares de 11 a 12 años participantes mejoran sus conocimientos sobre los primeros auxilios. Además, aumentan la proporción de escolares que logran los objetivos educativos de habilidades, reproduciendo la técnica correcta de colocación de manos de RCP y toma de frecuencia cardiaca en diferentes zonas del cuerpo.

Se consigue la consecución de los objetivos específicos: Se describen los conocimientos sobre primeros auxilios y se valora la autoestima y las actitudes de los alumnos frente a los talleres pre y post, junto con las habilidades físicas.

La disminución de aciertos en algunas preguntas justifica la necesidad de que esta enseñanza se realice de manera periódica, con un programa regular y adaptado a los alumnos, incluyendo los primeros auxilios en el curriculum escolar.

Se recomienda diseñar, ejecutar y evaluar una intervención durante todo un curso académico e instaurar la figura de la

enfermera escolar en el centro escolar o tener al menos una persona formada para el aprendizaje de los alumnos.

REFERENCIAS

- [1] Agustín A, Agustín S. ¿Por qué acuden los niños a urgencias?' Nuberos Científica, Julio- octubre 2017, Disponible en: https://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/Nuberos-Cientifica-2.jpg
- [2] SEMES. España es uno de los países de Europa con menos formación en primeros auxilios. SEMES, 2017. Disponible en: <https://www.semes.org/espana-es-uno-de-los-paises-de-europa-con-menos-formacion-en-primeros-auxilios/>
- [3] Vincenten J. Prioridades para la seguridad infantil en la UE. Alianza Europea para la seguridad infantil. Ministerio de Sanidad, ECOSA. 2004: 6-7.
- [4] Casado J, Jiménez R. Guía práctica de primeros auxilios para padres. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid. 2017: 8-20.
- [5] Piernavieja S. Aprendizaje de RCP y primeros auxilios en el ámbito escolar: Papel de la enfermera escolar. Publicaciones Didácticas. 2018; 94(1): 290–295.
- [6] Pichel M, Martínez S. Barcala R, Fernández F, Vázquez D, Sánchez L, et al. Un primer paso en la enseñanza del soporte vital básico en las escuelas: la formación de los profesores. Anales de pediatría.2018; 89(5): 265-271.
- [7] Fonseca L, Enseñar a salvar vidas tiene premio. El Comercio. Disponible en: <https://www.elcomercio.es/gijon/201605/30/ensenar-salvar-vidas-tiene-20160530004532-v.html>
- [8] Green L, Kreuter M. Health promotion Planning: An Educational and Ecological Approach, McGraw-Hill Education. 2005.
- [9] Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Cuestionario de Menores Personas de 0 a 15 años. Encuesta Nacional de Salud de España. Instituto Nacional de Estadística 2017. Disponible en: https://www.ine.es/metodologia/t15/ens_men.pdf
- [10] Equipo editorial. Test de autoestima de Rosenberg online. [Intenet]. 2019. [citado 25 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/test-de-autoestima-de-rosenberg-online-3932.html>
- [11] Guerri M. Test de Coopersmith. Psicoactiva. Disponible en: <https://www.psicoactiva.com/test/test-de-autoestima-coopersmith-para-adultos.htm>
- [12] Álvarez S. Recursos de atención sanitaria en educación primaria' Enfermería Escolar y botiquín escolar. Universidad de Valladolid 2019: 2-3.
- [13] Salvador T, Suelves J M, Puigdollers E. Guía para las administraciones educativas y sanitarias. Criterios de Calidad para el Desarrollo de Proyectos y Actuaciones de Promoción y Educación para la Salud en el sistema educativo. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion.pdf>
- [14] Soler G, del Campo E, Guillén D, Ortégón R, Ayuso R, Asensio N et al. Programa de educación para la salud en las escuelas e institutos. PESEI. 2021: 80-81.
- [15] Real Decreto 126/2014. Currículo básico de la Educación Primaria. BOE 28 febrero 2014, Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2014/BOE-A-2014-2222-consolidado.pdf>
- [16] Samper E. La enseñanza de primeros auxilios en las escuelas sigue siendo minoritaria, pese a ser obligatoria por ley. El Diario 2020. Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/ensenanza-primeros-auxilios-minoritaria-obligatoria_1_1068596.html

Projeto + cuidador - sobrecarga do cuidador. Um estudo quantitativo

Viveiros Jéssica^a, Freitas Petra^a, Gouveia Laura^a, Vition Ângela^a, Lourenço Tânia^{b,c}, Figueiredo, Rita^{b,c}

^aEstudantes de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem. São José de Cluny. Funchal; ^bProfessor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem. São José de Cluny. Funchal; ^cCINTESIS@RISE

RESUMO

O cuidador informal (CI) encontra-se na rede mais próxima da pessoa dependente, normalmente um familiar que voluntariamente e sem remuneração, assume a responsabilidade de prestar cuidados continuados ao idoso no domicílio, proporcionando-lhe uma melhor qualidade de vida. Devido a diversos aspetos relacionados com o cuidado, poderá surgir a sobrecarga no CI e consequentemente, degradação do seu estado de saúde, a nível físico, mental, relacional e socioeconómico. Este estudo é de natureza quantitativa, descritivo e correlacional, com uma amostra não probabilística por conveniência de 80 cuidadores do concelho da Calheta e Ponta de Sol, Região Autónoma da Madeira (RAM). Foi utilizado um formulário, centrado na avaliação do idoso (Índice de Barthel) e do cuidador: Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) e uma questão sobre a perceção do estado de saúde. Os dados foram colhidos em 2021 e 2022. Constatamos que a maioria dos cuidadores informais (60,4%) apresentavam sobrecarga, sendo que 34,5% das situações eram de sobrecarga intensa e 25,9% sobrecarga ligeira. Além disso, 65,0% dos CI sofre de algum problema de saúde, de entre os quais 29,1% surgiram após a prestação de cuidados. Verificou-se uma ausência de correlação entre a ESC e o nível de dependência dos idosos ($\rho=0,069$; $p=0,622$). Conclui-se então que, alguns dos resultados encontrados divergiram da evidência consultada. Sugerimos, portanto, outros estudos de forma a melhor conhecer estes fenómenos.

Palavras-chave: saúde, sobrecarga, cuidador informal, comunidade.

1. INTRODUÇÃO

O International Council of Nurses (ICN)¹ define cuidador como aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente”. O cuidador informal pode ser definido como sendo “um membro da família (ou amigo, ou vizinho) que ajuda outro, de maneira regular e não remunerada, a realizar atividades que são necessárias para viver com dignidade”². Este cuidado debruça-se sobre pessoas “numa situação de doença crónica, deficiência e, ou dependência, parcial ou total, de forma transitória ou definitiva, ou noutra condição de fragilidade e necessidade de cuidado”, sendo o foco deste trabalho os CIs de idosos dependentes³.

Embora qualquer outra pessoa possa contribuir pontualmente nos cuidados, o papel de CI primário é desempenhado por aquele que se encontra na rede mais próxima da pessoa dependente, normalmente um familiar, seja por razões de afinidade, disponibilidade de tempo ou por razões económicas⁴. Este assume a responsabilidade de prestar cuidados continuados no domicílio, nos âmbitos do bem-estar físico, afetivo, social, psicológico e espiritual do idoso^{5,6}. Atende às atividades de vida diária, satisfazendo todas as suas necessidades, no que toca aos cuidados de higiene e conforto, comer e beber, manter ambiente seguro, sono e repouso, lazer e mobilização/transferência. Para além disso, compete-lhe a administração da medicação, assim como a gestão de aspetos económicos e a expressão de preocupação, interesse, consideração e afeto para com a pessoa cuidada, de forma a proporcionar uma melhor qualidade de vida^{6,7}.

O CI padrão é aquele que se disponibiliza de forma voluntária, sem remuneração, a cuidar da pessoa dependente diariamente. Na sua maioria, não possui formação profissional específica, ainda que possa adquirir conhecimentos através da experiência individual e/ou ações de formação/*Workshops*⁷.

De acordo com vários estudos, o CI caracteriza-se, maioritariamente, por ser do género feminino, com idade a partir dos 50 anos, estado civil casado e com ocupação laboral, sendo que podem ser conjugues, filhos ou ter outra relação com a pessoa cuidada, coabitando com a mesma. Têm mais de 8 anos de escolaridade e são CI há mais de 6 anos, despendendo a maior parte do dia no cuidado. Adicionalmente, verificamos na literatura que parte dos CIs não exercem atividade profissional, uma vez que abdicaram desta para poderem desempenhar as suas funções como CI^{3,8-10}.

O cuidado informal poderá acarretar aspetos positivos, tais como a aquisição de conhecimentos e competências, sentimentos de solidariedade, realização pessoal, gratificação e utilidade. No entanto, a junção de dificuldades económicas, limitações nas relações interpessoais, stress e esforço físico, cognitivo e emocional, poderão conduzir à sobrecarga⁶.

A sobrecarga consiste numa responsabilidade/encargo que pesa ou incomoda o indivíduo⁶. A literatura faz referência à sobrecarga na descrição dos efeitos negativos do cuidado informal⁷. A sobrecarga divide-se em dois tipos, objetiva e subjetiva. A primeira consiste numa visão, em que “a doença e dependência e consequente exigência dos cuidados prestados, referindo-se ao impacto do cuidar nas várias dimensões da vida do CI”⁷. Ou seja, é mais facilmente observável, uma vez que advém do cuidado técnico e das exigências físicas, provocando maior desgaste do CI³. A segunda concerne no resultado “das atitudes e das respostas emocionais do CI à tarefa de cuidar, isto é, existe uma repercussão emocional das exigências ou problemas associados à tarefa de cuidar, podendo a sobrecarga subjetiva aparecer como um fator preditor do bem-estar do CI”⁷. Ou seja, verifica-se que esta ocorre a nível emocional, que se pode fazer acompanhar de sentimentos de culpa, vergonha, baixa autoestima e preocupação excessiva com a pessoa dependente, por derivar da própria experiência de prestação de cuidados, geradora de stress e de cunho emocional importante^{3,6}. Ainda, o ICN¹ define saúde como “Status: processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou de enfermidade”, sendo que podemos considerar a sobrecarga como um conceito de não saúde.

Ser CI implica um esforço contínuo, muitas vezes não reconhecido pelos demais. Frequentemente, as responsabilidades inerentes ao cuidar, à vida profissional e familiar acumulam-se, surgindo um conflito entre a satisfação das necessidades do CI e da pessoa cuidada, traduzindo-se num “fardo pesado” e potenciando problemas de saúde. Desta forma, influenciam as rotinas diárias e repercutem, na vida pessoal (baixa autoestima, cansaço, frustração), social (isolamento social, constrangimento), económico e familiar (processo disruptivo familiar)^{3,4,6,11}.

Como autor de referência no domínio da sobrecarga, Zarit defende que esta é influenciada pela perceção subjetiva individual do CI, de que os recursos que possui são ou não suficientes para lidar com as exigências. Estes recursos constam em “conhecimentos, experiências, estratégias utilizadas, o significado que é atribuído ao cuidado, capacidade de lidar com situações de stress, apoio emocional, cultura, tipo de relacionamento com o idoso, personalidade, intensidade e o tipo de cuidado que é necessário”¹².

Existem diversos fatores de risco que podem contribuir para a presença de sobrecarga, entre os quais destacam-se o desconhecimento sobre a doença, quais os cuidados mais adequados, a carência de recursos técnicos (ex.: camas articuladas, cadeiras de rodas, auxiliares de marcha e meios de apoio existentes na comunidade), financeiros, sociais, familiares e emocionais^{4,6,12}. Também, o grau de dependência da pessoa cuidada constitui um fator, sendo que o número de horas de cuidado e/ou de vigilância é proporcional ao nível de sobrecarga^{3,7}. Existem ainda outros fatores como baixo nível de educação, ser mulher casada, ter filhos menores, estar desempregada, coabitar com o idoso, do qual cuidam há mais de três anos, a personalidade do CI, história previa de depressão e luto antecipatório^{3,7}.

Relativamente aos fatores de proteção, salientam-se os mecanismos de *coping* como sendo processos automáticos protetores do indivíduo perante situações geradoras de stress, diminuindo o risco de sobrecarga. Desta forma, estratégias eficazes podem definir positivamente a qualidade de vida do CI, se o mesmo for capaz de se relacionar com terceiros, reorganizar o seu tempo e equilibrar responsabilidades, tendo consciência que não é apenas CI, mas sim, também CI⁶.

Os pontos fortes e as experiências emocionalmente gratificantes, enriquecedoras do cuidar são essenciais como forma de proteção pessoal. Destes, surgem o crescimento pessoal, sentimentos de realização e orgulho, aperfeiçoamento das relações, aumento do prazer da vida, satisfação relativamente à qualidade dos cuidados prestados e resiliência⁶.

As consequências da sobrecarga do CI refletem-se nas várias dimensões da vida do indivíduo, acabando por afetar a qualidade dos cuidados prestados. Assim, tem sido relatada uma maior degradação a nível físico e maior prevalência de doenças crónicas, salientando-se hipertensão arterial, problemas reumatológicos e digestivos. Relativamente ao foro mental prevalecem manifestações de stress, isolamento social e depressão¹². Todas estas modificam a capacidade de resistência do próprio, debilitando o seu estado de saúde^{5,6}.

De forma a avaliar, objetivamente, a sobrecarga do CI, pode ser utilizada a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, adaptada e validada para Portugal por Sequeira¹⁵.

No âmbito do Projeto +Cuidador, concebido para promover as competências dos CIs na assistência ao idoso no domicílio, procurou-se avaliar a sobrecarga do CI relacionando-a com a perceção do estado de saúde e o nível de dependência da pessoa cuidada.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritivo e correlacional, com uma amostra não probabilística por conveniência de 80 cuidadores de idosos do concelho da Calheta e Ponta de Sol, RAM.

O procedimento de recolha de dados decorreu desde novembro de 2021 a dezembro 2022. Utilizou-se um formulário com 42 questões, centrado na avaliação do idoso e do cuidador. Foi utilizado “Burden Interview Scale” de Zarit (1980)¹⁵, versão traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa por Sequeira¹⁶, trata-se de um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do CI e que compreende informações sobre a saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamentos¹².

A ESC, da versão de Sequeira, é constituída por 22 perguntas, sendo respondidas numa escala tipo Likert de cinco opções de resposta: 1 (Nunca), 2 (Quase nunca), 3 (Às vezes), 4 (Muitas vezes) e 5 (Quase Sempre). Apresenta um caráter multidimensional, integrando sete fatores: (1) Privacidade (itens 11 e 13); (2) Autoeficácia (itens 20, 21, 7 e 19); (3) Relações interpessoais (itens 12, 2, 6 e 17); (4) Impacto da prestação de cuidados (itens 15, 10, 3 e 22); (5) Irritabilidade (itens 1, 14 e 9); (6) Expetativas futuras (itens 8 e 16); (7) Relação com o doente (itens 4, 5 e 18). Devido ao enquadramento dos itens 9 e 22 em mais do que um fator, o autor optou por colocá-los nos que estavam mais relacionados³. A soma final determina o nível de sobrecarga sentida. Assim, se o resultado for inferior a 46, o CI não tem sobrecarga, entre 46 e 56, o CI apresenta sobrecarga ligeira e, se o resultado for superior a 56, o CI possui sobrecarga intensa¹⁵. A escala apresenta uma boa consistência interna, com um *Alpha de Cronbach* a variar entre 0,790 e 0,920 ao nível dos diferentes fatores¹². Foi ainda uma questão sobre a perceção do estado de saúde do CI quando comparado com o do ano transato

Recorremos à versão abreviada do Índice de Barthel para determinar o grau de dependência funcional da pessoa cuidada na execução das suas atividades de vida diárias, um instrumento válido e fácil de aplicar na prática clínica e na investigação¹⁷. Considera-se ‘totalmente dependente’ ao atingir um score menor que 20, entre 20 e 35 ‘severamente dependente’, entre 40 e 55 ‘moderadamente dependente’, 60 a 90 ‘ligeiramente dependente’ e entre 90 e 100 ‘independente’¹⁸.

Os dados colhidos foram tratados com recurso à estatística descritiva e inferencial, através do *software* SPSS, versão 29. Para a estatística descritiva, recorremos a medidas de tendência central e de dispersão. Na estatística inferencial, usamos o teste de Kolmogorov-Smirnov, para determinação da normalidade das variáveis e o coeficiente de correlação de Spearman (ρ), para determinar a associação entre as variáveis.

As considerações éticas acompanharam todo o processo de investigação. Entre os requisitos básicos a considerar neste artigo, incluem-se a relevância do estudo, a validade científica, a relação risco-benefício, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre, bem como a confidencialidade e proteção dos dados), em todas as fases do estudo.

3. RESULTADOS

O presente estudo abrange um total de 80 participantes do concelho da Calheta e Ponta de Sol, da RAM. A maioria dos CI são do sexo feminino (93,8%), encontram-se na faixa etária dos 45 a 60 anos (57,5%). A tabela 1 relaciona algumas das características do cuidador com os níveis de sobrecarga. Constatamos que relativamente à situação profissional, predominam os trabalhadores por conta de outrem, sendo este o grupo onde é mais prevalente a sobrecarga intensa (52,9%). Podemos verificar ainda que a maioria dos participantes casados apresentaram sobrecarga ligeira (38,9%) ou intensa (27,8%). A maioria dos participantes coabita com a pessoa cuidada (63,2%), sendo que 24,6% apresentam sobrecarga intensa. Verificamos ainda que 18 cuidadores não estão a assumir pela primeira vez o papel de cuidador e 48,7% destes não apresenta sobrecarga.

Tabela 1. Relação entre as características do cuidador e o nível de sobrecarga

		ESC						Total	
		Sem		Ligeira		Intensa			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Situação Profissional	Trabalhando por conta de outrem	7	41,2	1	5,9	9	52,9	17	100
	Trabalhador por conta própria	2	50,0	2	50,0	0	0,0	4	100
	Reformado	3	50,0	2	33,3	1	16,7	6	100
	Desempregado	4	25,0	5	31,3	7	43,7	16	100
	Doméstica	6	50,0	4	33,3	2	16,7	12	100
Estado Civil	Solteiro	2	25,0	0	0,0	6	75,0	8	100
	Casado	12	33,3	14	38,9	10	27,8	36	100
	União de Facto	1	50,0	0	0,0	1	50,0	2	100
	Divorciado	4	66,7	0	0,0	2	33,3	6	100
	Viúvo	4	66,7	1	16,7	1	16,7	6	100

Coabita habitualmente com a pessoa cuidada	Não	11	52,4	4	19,0	6	28,6	21	100
	Sim	12	33,3	10	27,8	14	38,9	36	100
É a primeira vez que assume o papel de CI?	Não	18	48,6	6	16,2	13	35,1	37	100
	Sim	5	25,0	8	40,0	7	35,0	20	100

Através da Figura 1, podemos constatar que, no conjunto, a maioria (60,4%) dos CI apresentavam sobrecarga, sendo que 34,5% das situações eram de sobrecarga intensa e 25,9% sobrecarga ligeira.

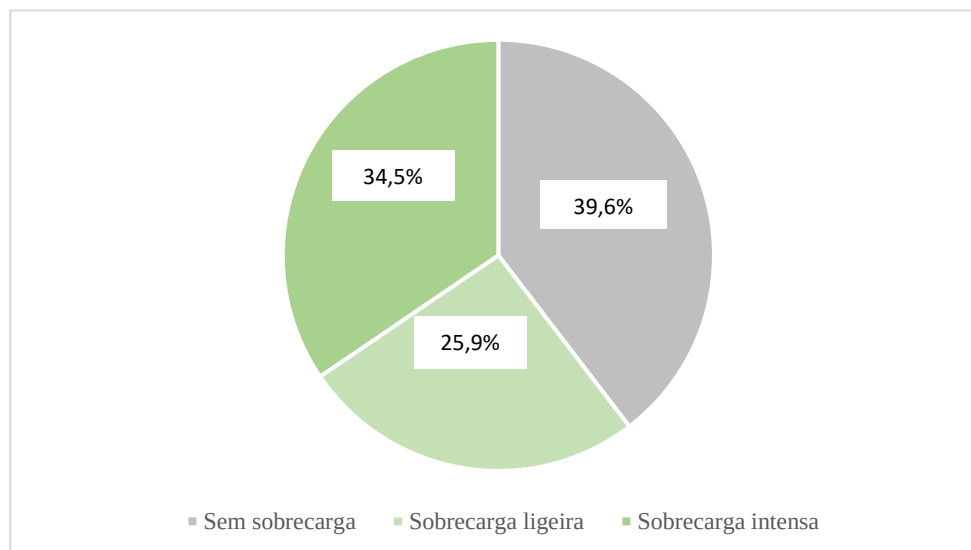


Figura 1. Níveis de sobrecarga dos CIs

De acordo com a Tabela 2, relativa aos scores totais obtidos na ESC, verificamos que a pontuação média de sobrecarga dos cuidadores é de 52,28 valor este que indica sobrecarga ligeira e que nenhum dos cuidares informais atingiu a pontuação mínima (22) ou máxima desta escala (110).

Para a verificação das condições de normalidade, recorremos ao Teste de KolmogorovSmirnov, sendo que a variável apresentou uma distribuição normal ($p\text{-value}=0,082$), segundo a Tabela 2. Sobre a consistência interna da escala utilizada, o valor de α de Cronbach é satisfatório (0,874).

Tabela 2. Medidas de tendência central, dispersão e teste de normalidade dos resultados da ESC

	Média	Mediana	Moda	DP	Max	Min	α	KMS ($p\text{-value}$)
ESC	52,28	50,50	41	14,258	94	31	0,874	0,082

A relação entre a ESC com o estado de saúde atual do cuidador comparado com o do ano transato está representada na Figura 2. Ao observarmos as medianas de cada opção, identificamos que os CI que consideraram que a sua saúde está ‘Muito pior’ obtiveram uma pontuação mais elevada (63,00) corresponde à categoria ‘Sobrecarga Intensa’; ‘Um pouco pior’ (55,50), ‘Aproximadamente igual’ (47,00) e ‘Com algumas melhorias’ (49,00), correspondem à categoria ‘Sobrecarga Ligeira’; ‘Muito melhor’ (43) corresponde à categoria ‘Sem sobrecarga’.

Os máximos e mínimos de cada opção são, respetivamente, 94 e 60 na ‘Muito pior’, 90 e 41 na ‘Um pouco pior’, 84 e 31 na ‘Aproximadamente igual’, 60 e 40 na ‘Com algumas melhorias’, 49 e 38 na ‘Muito melhor’. Ou seja, aqueles que avaliam a sua saúde atualmente como ‘Muito pior’, ‘Aproximadamente igual’ e ‘Com algumas melhorias’ comparando com há um ano apresentaram a maior variedade de resultados, abrangido os três níveis da ESC. Moda

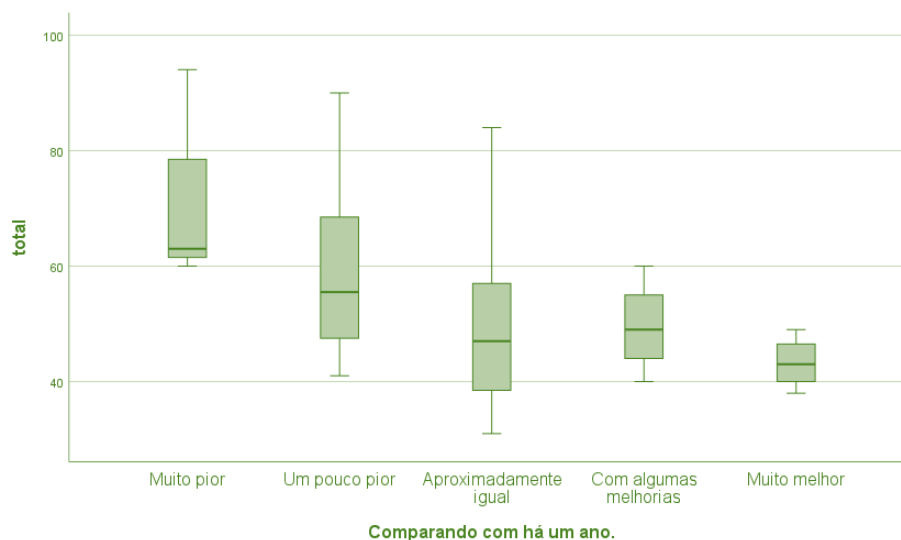


Figura 2. Boxplot da relação entre a ESC e o estado de saúde no cuidador comparado há um ano

No gráfico de dispersão representado na Figura 3, e segundo o coeficiente de Spearman de 0,069 ($p\text{-value} = 0,622$), conferimos uma ausência de correlação entre a dependência da pessoa cuidada e o nível de sobrecarga no cuidador.

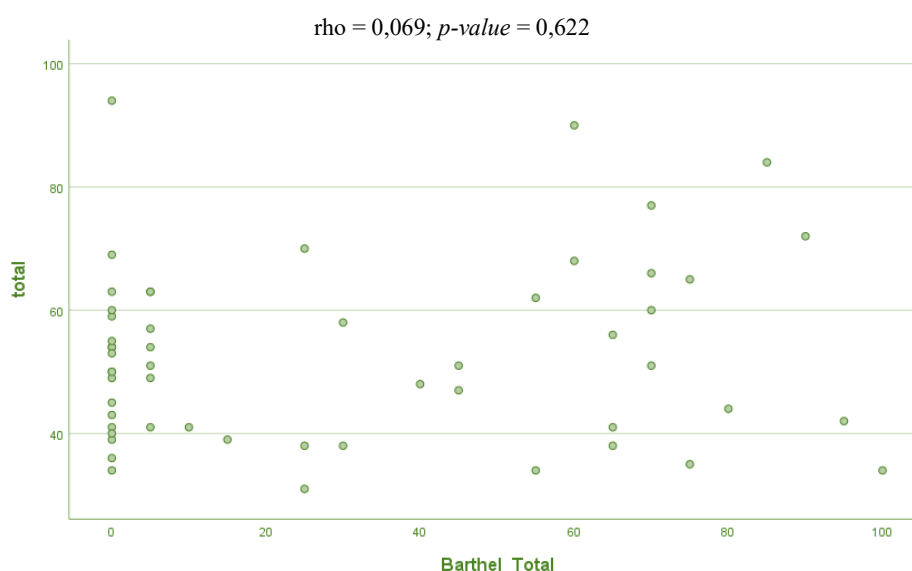


Figura 3. Diagrama de Dispersão entre a ESC e o IB

4. DISCUSSÃO

Através da literatura, sabemos que o cuidador caracteriza-se, maioritariamente, por ser do género feminino, estado civil casado, com ocupação laboral e que coabita com a pessoa cuidada, sendo que estes constituem-se como fatores de risco para o aparecimento da sobrecarga^{3, 8-10}. O perfil do cuidador do nosso estudo coincide com o descrito na literatura, ou seja, estão reunidos um conjunto de fatores de risco que explicam o facto da maioria dos CI apresentarem sobrecarga.

Neste estudo verificamos que os trabalhadores por conta de outrem eram o grupo onde era mais prevalente a sobrecarga intensa. Efetivamente o conjugar as exigências profissionais, nomeadamente o cumprimento de horários, com a atividade de cuidar de um idoso dependente poderá ser um enorme desafio, gerador de sobrecarga. Por este motivo alguns dos CIs

que exercem atividade profissional, abdicaram desta para poderem desempenhar as suas funções como CI^{3,8-10}. A responsabilidade de cuidar de uma pessoa dependente recai maioritariamente sobre um indivíduo – o cuidador principal. Independentemente de ter ajuda de terceiros ou não, este CI tem necessariamente de dedicar a maior parte do seu tempo à pessoa cuidada, com as inerentes consequências na vida pessoal, familiar e profissional. O facto de o CI ter muitas vezes de abdicar da sua atividade laboral, pode trazer sentimentos de revolta, e o ato de cuidar da pessoa dependente tornar-se uma obrigação e um “fardo pesado”, aumentando consequentemente os níveis de sobrecarga^{3, 4,6, 11}.

No entanto, em muitas situações, a responsabilidade pelo cuidado da pessoa dependente recai sobre os CI que não estão numa situação profissional ativa, nomeadamente desempregados, reformados ou domésticas. Pois considera-se que, de entre o núcleo de suporte mais próximo da pessoa cuidada, são os indivíduos que têm mais tempo disponível e, portanto, assumem o cuidado do idoso^{3, 8, 9, 10}.

Relativamente ao estado civil, a bibliografia não destaca nenhum como o mais favorável ou protetor da sobrecarga. Aquando solteiro, pode-se apresentar uma maior sobrecarga devido à falta de tempo e/ou espaço para o CI conviver com terceiros e se relacionar, podendo conduzir à solidão e isolamento. Este fator pode também predispor o indivíduo à responsabilidade de CI.

Os cuidadores casados ou em união de facto estão suscetíveis a sofrer dois desfechos dependentes do apoio que irão receber dos seus parceiros e restante família próxima. O apoio que um CI recebe da sua rede de suporte é inversamente proporcional ao nível de sobrecarga vivenciado, ou seja, quanto maior o apoio, menor será a probabilidade de desenvolver níveis altos de sobrecarga, e vice-versa. Ainda pode verificar-se que os CIs que possuem famílias e parceiros acabam por não usufruir de tempo de qualidade com as suas famílias ou consigo mesmo, quando assumem a responsabilidade do cuidar dos seus familiares ou outros, evidenciando outro fator de risco^{3,8-10}.

O CI que coabita com a pessoa cuidada, seja por razões financeiras, gestão de tempo, ou outra situação, está sujeito a desenvolver altos níveis de sobrecarga, sendo que passa a maioria do tempo com a pessoa dependente e ainda não tem separação do ambiente de descanso e lazer para o ambiente onde desempenha as suas funções^{3, 7}.

Embora a bibliografia não aborde esta vertente com frequência acredita-se que o indivíduo que assume pela primeira vez o papel de CI enfrenta um período de novas aprendizagens, autorregulação e desenvolvimento de novas capacidades, que, se não forem guiadas de acordo com as corretas orientações, vão levar a um maior desgaste físico e mental, e altos níveis de sobrecarga. Recomenda-se então, a fundação e desenvolvimento de projetos como o Projeto +Cuidador que visa o estudo destes CIs, o destaque das maiores dificuldades, transmissão e acompanhamento na adesão aos recursos sociais, e capacitação de estratégias e técnicas que vão reduzir o esforço físico e mental e consequentemente, a sobrecarga vivenciada. Quanto aos CIs que já assumiram anteriormente este papel, enquanto por um lado, à partida, já atingiram todos estes passos, encarregam-se dos cuidados à pessoa dependente por longos períodos. Deparam-se, por vezes, com diferentes pessoas como alvo dos seus cuidados, o que requer diferentes pontos de atenção.

Verificamos, por um lado, níveis de sobrecarga mais elevados nos cuidadores que identificaram uma grande deterioração no seu estado de saúde e, por outro lado, menores níveis de sobrecarga, assim como a ausência desta, naqueles que reconheceram uma crescida melhoria da sua saúde, o que confirma que a sobrecarga é proporcional ao estado de saúde^{5, 6, 12}.

O nível de dependência do idoso influencia diretamente no nível de sobrecarga, ou seja, quanto maior o nível de dependência do idoso, mais elevado será o nível da sobrecarga do cuidador²⁰. Neste estudo, obtiveram-se resultados opostos aos que encontramos na literatura, pois não identificamos uma relação direta entre estas duas variáveis⁷. A diferença encontrada poderá dever-se a outras variáveis não incluídas no tratamento de dados deste estudo, como o suporte/recursos sociais, financeiros e/ou técnicos, o tempo dedicado ao cuidado da pessoa dependente, assim como o conhecimento que possuem relativamente aos cuidados a serem prestados ao idoso, não obstante ao seu nível de dependência^{4,6,12}. Contudo, autores descrevem vários fatores que demonstram que um CI que presta cuidados a um utente acamado pode apresentar níveis de sobrecarga mais baixos do que um CI que cuida de um utente com demência, devido a todo o quadro clínico de agitação e confusão mental associada e não apenas uma dependência física que vai se exacerbando ao longo do tempo, exigindo um esforço mental por parte do CI para além do esforço físico já subentendido³. Ainda temos outros pontos que podem influenciar a sobrecarga no CI quando associada ao nível de dependência dos idosos, sendo essas os apoios dos serviços, que têm como base as necessidades do utente, se este apresenta maior dependência na mobilização no leito, é fornecido assim que possível, um colchão de pressão alterna³. Outro exemplo consta, a dependência total do idoso nas atividades de vida referentes à higiene corporal e pessoal, no qual recorre-se ao auxílio de cuidadores formais para auxiliar na hora do banho³. Deste modo, conclui-se que quantos mais fatores protetores o CI tiver, menor será a incidência de altos níveis de sobrecarga.

De modo a garantir uma vigilância do bem-estar geral dos indivíduos e acompanhamento mais individualizado, propomos a criação de projetos que visem aprimorar as capacidades dos cuidadores e fornecer-lhes ferramentas para uma melhor

performance, desenvolvendo inclusive formações específicas sobre diversas temáticas, assim como encaminhamento para diversos recursos disponíveis na comunidade, conforme as necessidades de cada um.

5. CONCLUSÃO

A literatura descreve como a sobrecarga do cuidador pode ter diversas implicações na saúde do mesmo, nomeadamente, promoção da degradação física, maior prevalência de doenças crónicas, maiores manifestações de stress, isolamento social e depressão. Estas possuem influência direta nos cuidados que serão prestados pelos cuidadores, na saúde destes e consequentemente no estado geral da pessoa cuidada.

Enquanto futuros enfermeiros consideramos importante saber quais as principais manifestações sentidas pelos cuidadores no ato de cuidar, para assim sermos capazes de intervir adequadamente para a promoção da saúde do cuidador e, consequente, da pessoa cuidada.

Como principal dificuldade, identificámos a falta de bibliografia que fosse de encontro com os resultados obtidos no presente estudo, como, por exemplo, o facto de vários dos CIs casados não vivenciarem sobrecarga, podendo o fator protetor ser, uma maior rede de suporte e ajuda nos cuidados.

Alguns dos resultados encontrados divergiram da literatura consultada, podendo considerar-se que, existe a necessidade de mais estudos relativamente à sobrecarga do cuidador, atendendo a diversas variáveis, especialmente em amostras maiores. Ainda assim, consideramos que este estudo foi pertinente, tendo em conta que foi possível justificar as diferenças encontradas. Foi ainda fulcral para nós, enquanto futuros enfermeiros, entendermos a importância de conhecer as necessidades individuais da população de modo a intervir de forma pertinente, adequada e eficaz.

REFERÊNCIAS

- [1] Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (CIPE), 2019.
- [2] Figueiredo D. Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores. 2007.
- [3] Lourenço TMG. Validação Clínica do Diagnóstico de Enfermagem Sobrecarga do Cuidador (Caregiver Role Strain) em Cuidadores Familiares de Doentes Paliativos. 2019.
- [4] Amaral MOP, De Matos NAM, Veiga NJ, De Matos DSMP. Problemas experienciados pelo cuidador informal de pessoa idosa em situação de dependência. Archives of Health Sciences. 2020; 27(1): 37-41.
- [5] Brito CM, Figueiredo ML, Tyrrell MA. Comportamentos promotores de saúde por cuidadores informais de idosos: revisão integrativa. Acta Paulista Enfermagem 2022; 35(eAPE003782): 1-8.
- [6] Teixeira AMDP. Sobrecarga do Cuidador Informal da Pessoa Dependente no Autocuidado. 2018.
- [7] Cachada CR. Cuidadores informais de idosos: avaliação dos antecedentes e consequentes do cuidar. 2014.
- [8] Azevedo RS. Sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa frágil: uma revisão sistemática. 2010.
- [9] OECD. Health at a Glance. 2017.
- [10] Perdigão LMVB, De Almeida SC, Assis MG. Estratégias utilizadas por cuidadores informais. Revista Terapia Ocupacional. 2017; 28(2): 156-162.
- [11] Zarit SH. ZBI- Zarit Burden Interview. Version 1.0: Scaling and Scoring. 6ª Ed. 2018.
- [12] Lemos J A. Avaliação das dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes. 2012.
- [13] Santos DCS, Bandeira M. Estratégias de enfrentamentos e sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: revisão de literatura. Psicologia Em Pesquisa. 2015; 9(1): 88-104.
- [14] Granero GS, Santos ÁDS, Sousa KCR, Cintra CP, Casemiro MDC, Garcia LAA et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com depressão: estratégias de intervenções. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social. 2019; 7(4): 491-503.
- [15] Costa JCS. A Sobrecarga dos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. 2015.
- [16] Sequeira C. Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto editora. 2007.
- [17] Silva FM. Avaliação da dependência funcional da pessoa idosa nas atividades básicas e instrumentais de vida diária: Um estudo num serviço de ortopedia. 2013.
- [18] Apóstolo JLA. Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instrument). 2012
- [19] Santos VMA. Percepção de Saúde: Validação do The Health Perceptions Questionnaire para a população Portuguesa. 2015.
- [20] Guedes AC, Pereira M G. Sobrecarga, enfrentamento, sintomas físicos e morbidade psicológica em cuidadores de familiares dependentes funcionais. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2013; 21(4): 1-6.

Catorce necesidades de Virginia Herdenson en la siringomielia. Una revisión sistemática exploratoria

Cristina María Aguiar-Pérez^a, Beatriz del Carmen Aguiar-Pérez^a, María-José Morales-Gázquez^b

^aEnfermera y estudiante de Doctorado. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bProfesora Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

La siringomielia es una enfermedad neurológica poco frecuente que afecta tanto a hombres como a mujeres. Puede ser secundaria a otras enfermedades afectando principalmente a adultos jóvenes y repercutiendo en las 14 Necesidades Básicas de Virginia Herdenson del ser humano. Esta patología cursa con dolor neuropático y su tratamiento comprende desde intervenciones quirúrgicas a terapias de diversa índole. La intervención del equipo multidisciplinar es crucial para disminuir los signos y síntomas y aumentar la calidad de vida. El objetivo de este trabajo ha sido: Conocer cómo la siringomielia afecta a la capacidad del ser humano para satisfacer sus necesidades básicas según el enfoque de Virginia Herdenson. Se llevó a cabo una búsqueda sistemática exploratoria siguiendo las fases del marco SALSA y los estándares de calidad de PRIMSA ScR, en diferentes bases de datos. Se obtuvieron 17 estudios (5 revisiones sistemáticas; 4 estudios clínicos; 2 estudios de casos y controles y 3 de Cohorte; y 3 reportes de casos). Por lo que, como conclusión se ha llegado al consenso de que todas las 14 Necesidades Básicas se ven afectadas, siendo necesaria la implementación de los cuidados, las intervenciones enfermeras junto con los familiares y la colaboración con otras áreas de la salud, impidiendo las complicaciones biopsicosociales características en la siringomielia. También, se ha descubierto que hay inexperiencia por parte de los profesionales sanitarios, en concreto en el ámbito de la enfermería, escasez de estudios y desconocimiento ante cuáles son las mejores intervenciones enfermeras.

Palabras clave: Siringomielia, cuidados, tratamiento, dolor, lesión medular, enfermería.

1. INTRODUCCIÓN

En el ámbito sanitario observamos enfermedades poco conocidas por su baja incidencia que dificultan el estado biopsicosocial del enfermo, ocasionando una pérdida para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

La siringomielia, del griego siringo (flauta) y myelos (médula), es una enfermedad progresiva generada por un quiste (siringe) en la médula espinal que irá propagándose¹. En cuanto a la fisiopatología se produce daño en la materia gris, oprimiendo los tractos ascendentes y descendentes¹. Concretamente, las fibras de los tractos espinotalámicos laterales no se cruzan (decusación), y frecuentemente, se produce la desaparición de las células del asta anterior¹. La sintomatología es diversa en función del grado y localización de la afectación. Los síntomas más comunes son: dolor neuropático; hormigueo y pérdida parcial o total del tacto, carencia de la percepción del dolor o sistema sensorial; atrofia; pérdida de equilibrio; arreflexia; escoliosis; etc¹.

Se identifican tres tipos de siringomielia¹: Tipo I Siringomielia con obstrucción del foramen magnum y dilatación del conducto central; tipo II Siringomielia sin obstrucción del foramen magnum; tipo III Siringomielia asociada con otras enfermedades de la médula espinal¹. El diagnóstico requiere de pruebas como: examen neurológico; resonancia magnética (RM); radiografía, y/o tomografía computarizada (TC)¹. Asimismo, su prevalencia es inferior a 5 casos por cada 10.000 habitantes. Su impacto es igual en todas las razas y sexos, y su incidencia a nivel mundial es de 8,4 casos por cada 100.000 personas, aunque varía de unos países a otros. Por ejemplo, en Estados Unidos la incidencia es de 7 casos por 100.000, mientras que en algunas regiones de Rusia es de 130. En el continente europeo se produjo un descenso entre los años 1940 y 1980².

El tratamiento puede ser quirúrgico o no quirúrgico. Este último puede estar compuesto por anticonvulsivantes, anestésicos locales, antidepresivos y/o analgésicos, terapias psicológicas y tratamiento rehabilitador². Se trata de un proceso complejo, que afecta, no solo a la física, sino también a las dimensiones psicológica, social y espiritual del ser humano. Dentro del equipo de atención a estas personas, el profesional enfermero desarrolla su labor en el marco de la atención centrada en las personas. En este sentido, Virginia Henderson proporciona a la enfermera un marco adecuado para el cuidado de las personas con siringomielia. Esta autora define al ser humano como un todo complejo que desea la independencia y se esfuerza por lograrla a través de la satisfacción de una serie de necesidades entendidas como requisitos indispensables para mantener su integridad, esto es, la armonía, de todos los aspectos que conforman al ser humano. Además, Henderson aporta una visión

del trabajo enfermero tanto independiente como formando parte del equipo multidisciplinar que atiende a las personas con esta patología³. Sin embargo, al tratarse de una enfermedad con muy baja prevalencia, son pocos los estudios que abordan los cuidados enfermeros más adecuados para las personas con siringomielia y su entorno.

Por todo ello, se plantea con este trabajo, aumentar el conocimiento sobre pacientes con siringomielia en la primera fase del proceso enfermero siendo el objetivo general de este trabajo: conocer cómo la siringomielia afecta a la capacidad del ser humano de satisfacer sus necesidades básicas según el enfoque de Virginia Herdenson.

2. METODOLOGÍA

Esta revisión sistemática exploratoria no precisó de la elaboración de un protocolo de revisión previo, pero se realizó siguiendo en el marco de trabajo SALSA (Search, Appraisal, Synthesis y Analysis) y se siguieron los estándares de calidad PRISMA-Statment extendidos para las Revisiones Exploratorias (PRISMA-ScR Checklist) para estructurar la presentación del informe de investigación o búsqueda. El framework SALSA permitió organizar el trabajo en cuatro grandes fases:

Fase 1 Búsqueda: la búsqueda se llevó a cabo entre diciembre de 2022 y febrero de 2023. La pregunta de investigación fue: ¿Cómo afecta la siringomielia a la capacidad del ser humano para satisfacer sus necesidades básicas según el enfoque de Virginia Herdenson? De la misma se extrajeron las palabras clave, así como los DeCS (Siringomielia, cuidados, tratamiento, dolor, lesión medular, enfermería) y los MeSH (Syringomyelia, care, treatment, pain, spinal injury, nursing) correspondientes. Las bases de datos consultadas fueron: Medline vía PubMed, CINAHL, Scielo Cuiden y LILLACS. Los criterios de inclusión que fueron: estudios con seres humanos, publicados en español, portugués e inglés entre 2008 y 2023. Los criterios de exclusión se pueden observar en el diagrama de flujo de la Figura 1. Se utilizaron diferentes fórmulas de búsqueda según los thesaurus de cada base consultada. Como ejemplo a continuación se expone una de las utilizadas en PubMed: “Syringomielia”[All Fields] AND (“nursing”[MeSH Subheading] OR “nursing”[All Fields] OR (“nursing”[All Fields] AND “care”[All Fields]) OR “nursing care”[All Fields] OR “nursing care”[MeSH Terms] OR (“nursing”[All Fields] AND “care”[All Fields])) AND (ffrft[Filter]).

Fase 2 Evaluación: Una vez seleccionados los documentos a partir de los registros y la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión descritos, se procedió a la evaluación de la calidad metodológica de los artículos mediante los instrumentos de evaluación facilitados por el programa CASPe. Todo el proceso de selección y cribado se puede observar en la Figura 1.

Fase 3 Síntesis: Los artículos definitivos se cotejaron, resumieron y se agruparon en forma de resultados que se presentan en la Tabla 1.

Fase 4 Análisis: El análisis de los documentos definitivos se realizó mediante un análisis temático inductivo a partir de las Catorce Necesidades Básicas de Virginia Herdenson que produjo una serie de temas principales y subtemas que se muestran en el apartado de discusión.

3. RESULTADOS

El proceso de selección y cribado de artículos se presenta en el Diagrama de Flujo Prisma de la Figura 1.

Este proceso dio como resultado un total de 17 estudios que se pueden observar en la Tabla 1 ordenados alfabéticamente por el apellido del primer autor. Se incluyeron 5 revisiones sistemáticas, 4 estudios clínicos, 2 estudios de casos y controles, 3 estudios de cohortes y, finalmente, 3 reportes de casos. En la misma tabla 1 se pueden observar las características principales de dichos estudios.

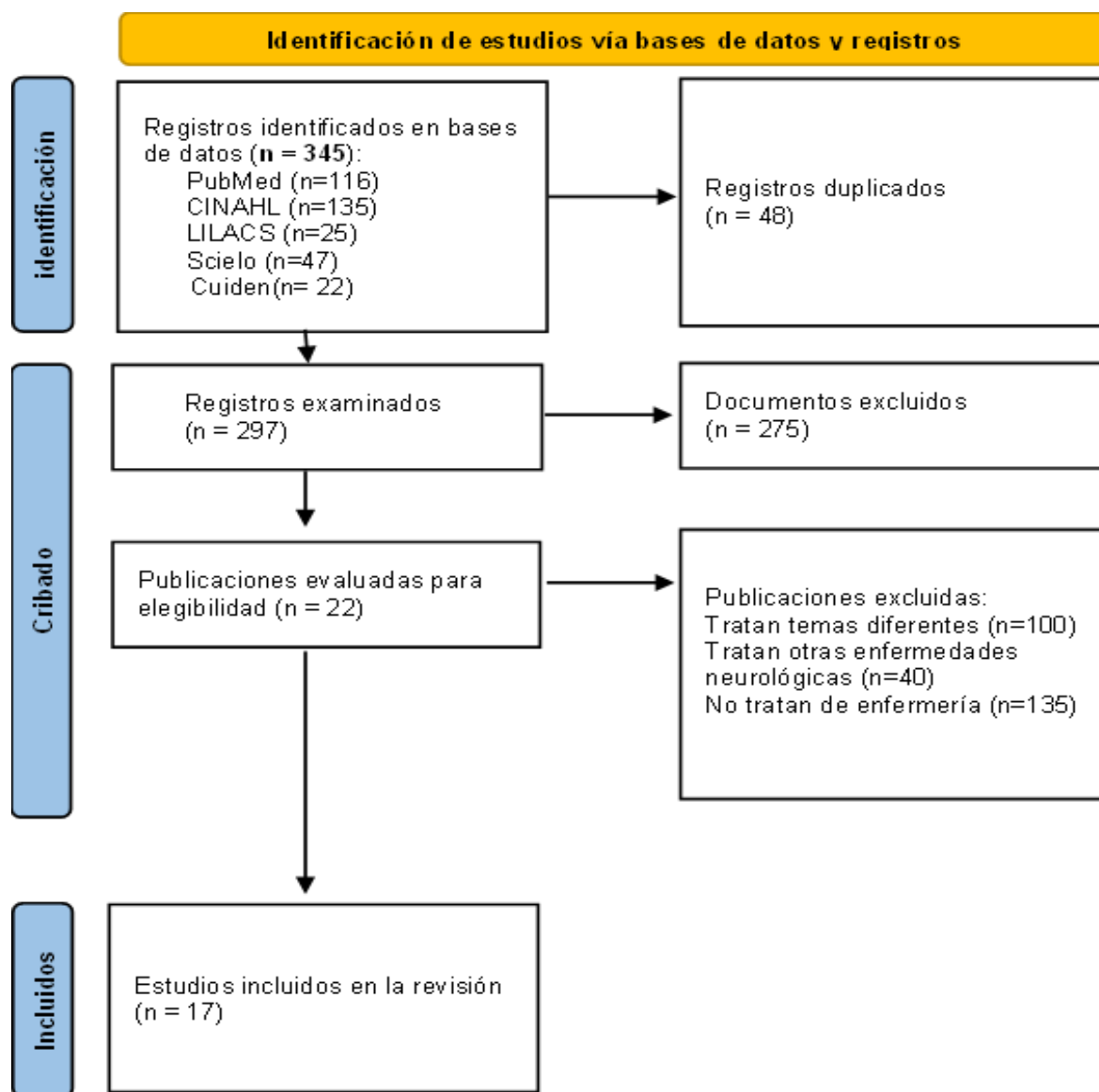


Figura 1. Diagrama de flujo de PRISMA. Elaboración propia a partir de [PRISMA-Statment](#)

Tabla 1. Autores y principales datos del trabajo

Autor/es - Año	Título	Diseño	Objetivo	Resultados
Andrade ⁴ , 2013.	Validação de intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular e mobilidade física prejudicada.	Revisión sistemática estudio clínico.	Validar las intervenciones para el diagnóstico de movilidad física deteriorada en adultos con LME.	Cuestionario a 54 enfermeras sobre el diagnóstico <i>Movilidad física deteriorada</i> en pacientes con LME, obteniéndose 46 intervenciones enfermeras; 14 no se llevaron pues su promedio era menor o igual a 0.5.
Benedetti ⁵ , 2013.	La estimulación medular torácica es útil en el tratamiento del dolor post lesión medular cervical incompleta.	Reporte de casos.	Hallar los beneficios de la estimulación medular torácica en el dolor post lesión medular cervical incompleta.	En el epéndimo cervical con siringomielia se comprobó que la estimulación medular es efectiva en el dolor neuropático, en comparación con terapias tradicionales.
Clares et al ⁶ , 2019.	Terminologia especializada de enfermagem para o cuidado à pessoa com lesão medular.	Revisión sistemática.	Desarrollar los términos del lenguaje enfermero especializado para el cuidado de la persona con LME.	2778 términos en el ámbito de la enfermería, finalmente siendo 446, observándose 333 (74.7%) en el ICNP.
Cazares et al ⁷ , 2017.	Beneficios de la consejería personalizada de enfermería en pacientes neurológicos.	Caso-control.	Evaluar los resultados de la Intervención de enfermería basada en Consejo Enfermería (CE) dirigida a pacientes neurológicos.	171 personas (100 CE y 71 grupo control). Comparando factores de riesgo de ambos, CE señaló: "la razón de momios favorables para rehabilitación física (OR=3.37; IC=95%), identificación de signos y síntomas (9.5; IC=95%), actividades recreativas (OR=6; IC=95%) y productivas (OR=4; IC=95%), e infecciones vías urinarias (OR=3.9; 95%)".
Fernández ⁸ , 2016.	Intervenciones enfermeras en el proceso de aceptación y compromiso con la vida ante una lesión medular adquirida: revisión literatura.	Revisión sistemática.	Identificar las intervenciones enfermeras más adecuadas para el cuidado de la dimensión espiritual y emocional de una persona con LME.	7 intervenciones enfermeras elaboradas para enfrentarse a aquellas adversidades que presentan los pacientes con LME, resultando satisfactorias.
Humphrey ⁹ , 2019.	Chiari malformations in adults: their surgical and nursing management.	Revisión sistemática.	Identificar la manera más idónea de llevar a cabo la función enfermera pre y post operatoria	La mayor parte paciente padecen problemas respiratorios, disfagia e insomnio, y dolor neuropático. Así como, una correcta observación pre y postoperatoria cirugía.
Jayaraman et al ¹⁰ , 2011	Anestesia para Cesariana em Paciente com Siringomielia Lombar.	Reporte de casos.	Destacar la seguridad de la anestesia general en la cesárea en pacientes con siringomielia Lumbar.	En pacientes con siringomielia se recomienda la cesárea con anestesia general y rocuronio, otros autores utilizaron anestesia general, galamina o anestesia epidural.
Kashcheev et al ¹¹ , 2017	Thecaloscopy: A Novel Method in Spine Surgery.	Revisión sistemática de estudio clínico.	Averiguar la mejoría con Tecaloscopia en aracnopatías espinales, quistes aracnoideos, siringomielia asociada, entre otras.	32 operados por Tecaloscopia: 87% con restablecimiento de la calidad neurológica, y en el 9% se hallaron perturbaciones en la sensibilidad que, posteriormente, fueron disminuidas mediante terapia conservadora.
Kulshrestha et al ¹² , 2017.	Long-term outcome of paediatric spinal cord injury.	Estudio de cohorte.	Describir las lesiones, los factores, la demografía y las complicaciones secundarias en niños con LME.	69 pacientes (0-18 años), de los que 6 (11,7%), presentaron siringomielia secundaria a traumatismo realizaron maniobras a favor del adecuado funcionamiento de los órganos vitales (manejo vejiga, intestino, músculos, etc) así como terapias psicológicas.
Palamar ¹³ , 2019.	Posturographic examination of body balance in patients with Chiari type I malformation and correlation with the presence of syringomyelia and degree of cerebellar ectopia.	Estudio de Cohorte.	Evaluar el equilibrio y riesgo de caída con v sistema de equilibrio interactivo Tetrax en pacientes con Malformación de Chiari y otros parámetros clínicos.	36 con CM-I, cuyo valor medio del índice del Riesgo de Caída (FI) fue 42.4 ± 29.8 (moderado), y del BBS fue de 55.5 ± 1.5 (bajo). De ellos, 15 (41.67%) con siringomielia asociada, donde FI fue menor al resto de patologías y BBS casi idénticas. Afectó al equilibrio, a los problemas visuales y al déficit de vitamina D.
Pellatt ¹⁴ , 2009.	Nontraumatic spinal cord injury part 5: vascular causes and syringomyelia.	Revisión sistemática.	Ayudar mediante el equipo multiprofesional a disminuir los síntomas en los pacientes con siringomielia.	Los pacientes con siringomielia no solo presentan síntomas físicos sino también psicológicos, hay que ayudarlos de una forma biopsicosocial satisfactoria para estos.
Pellat ¹⁵ , 2013.	Non-traumatic spinal cord injury: less well-known causes and the challenges to nurses.	Revisión sistemática.	Evitar el deterioro funcional de las personas con siringomielia.	Diversas intervenciones enfermeras, en pacientes con LME traumáticas y no traumáticas con siringomielia, y el equipo

Autor/es - Año	Título	Diseño	Objetivo	Resultados
				multidisciplinario proporciona mejora en la calidad de vida.
Perrini ¹⁶ , 2012.	Spontaneous resolution of syringomyelia in an adult patient with tight cisterna magna.	Estudio de cohorte.	Describir los casos de resolución espontánea en pacientes con siringomielia con impactación amigdalina de la cisterna magna.	Erradicar maniobras de Valsalva y el trabajo dañino resuelve o limitan los síntomas de la siringomielia, en N=1 la desaparición natural de la misma. Otros autores confirman: 8 con disminución de síntomas; 2 con desaparición de la siringe al no realizar trabajos forzados; y 1 tras ejecutar actividades en el agua.
Magalhães et al ¹⁷ ,2015.	Influência da espiritualidade, religião e crenças na qualidade de vida de pessoas com lesão medular.	Revisión sistemática de estudio clínico.	Evaluar en el hospital y hogar la influencia de la espiritualidad, la religión y las creencias personales en la calidad de vida de las personas con LME d	49 pacientes con LME, realizada escala WHOQOL-SRPB con evaluación de las dimensiones en área de hospital y domicilio: ``Conexión ser (p=0.374); significado de vida (p=0.052); admiración (p=0.198); completitud e integración (p=0.107); fuerza espiritual (p=0.049); paz interior (p=0.599); esperanza y optimismo (p=0.090); fe (p=0.575); y puntaje de dominios (p=0.992)``.
Roper et al ¹⁸ , 2018.	Management and birth outcomes of pregnant women with Chiari malformations: A 14 years retrospective case series.	Revisión sistemática de estudio clínico.	Evaluar el manejo y los resultados de salud de las mujeres embarazadas atendidas en un centro regional de referencia y destacar elementos de las mejores prácticas.	21 mujeres (23 embarazos), 4 de ellas (21,19%) con siringomielia y 6 (29%) con ``descompresión craneovertebral``, pudiendo llevarse a cabo el tipo de parto preferido: 15 vía vaginal (65.2%), 6 cesáreas (26.1%) y 2 cesáreas por contratiempo a la hora del parto (8,7%). Sin presentar ningún daño neurológico a la anestesia y al alta.
Smith et al ¹⁹ ,2016.	Are Established Methods of Physiotherapeutic Management for Long-term Neurological Conditions Applicable to 'Orphan' Conditions such as Syringomyelia?.	Estudio caso-control.	Investigar la captación y las percepciones de los usuarios mediante intervenciones fisioterapéuticas en la siringomielia.	100 pacientes (34 con siringomielia y 13 con CM). En el 75% con siringomielia mejora de los síntomas con la fisioterapia, mientras que la hidroterapia influyó de forma satisfactoria en el 100% de los que lo realizaron. Se consiguió prevenir muchas caídas, y aumentar la información sobre qué medidas eran las más oportunas a realizar para aliviar el dolor.
Vilella ²⁰ , 2018.	Tratamento da dor e recuperação da funcionalidade em ex-atleta diagnosticada com síndrome dolorosa miofascial no curso de siringomielia: Relato de caso.	Reporte de casos.	Analizar la eficacia del tratamiento fisioterapéutico para los síntomas de la siringomielia.	1 paciente con siringomielia con Síndrome de dolor miofascial, presentando mejoría de los síntomas gracias a la fisioterapia, a las diversas escalas utilizadas y a la disminución del estrés.

4. DISCUSIÓN

A continuación, se muestra el resultado del análisis de los documentos seleccionados en función de cómo la siringomielia afecta a cada una de las necesidades básicas indicadas por Virginia Henderson.

NB 1. Respirar con normalidad

El daño neurológico ocasionado por la siringe puede causar complicaciones respiratorias⁹. De acuerdo con Humphrey⁹, el enfermo puede manifestar disfagia, lo que podría ocasionar neumonías recurrentes por broncoaspiraciones. Además, si hubiera lesión a nivel cervical algunos pacientes no serían capaces de respirar por ellos mismos precisando dispositivos de ayuda^{9,11}.

NB 2. Comer y beber adecuadamente

La valoración de disfagia es tenida en cuenta por autores como Humphrey⁹, Benedetti⁵ y Smith et al¹⁹ en sus artículos. Asimismo, la presencia de dolor neuropático podrá generar que la persona con siringomielia tenga menos ganas de comer^{5,15,19}. Esa falta de apetito podría ocasionar pérdida de peso e incluso otras enfermedades crónicas como anemia, incapacidad física, mayor riesgo de UPP, infecciones, anomalías óseas, problemas circulatorios, entre otras^{4-6,12,15,18}. Al mismo tiempo, el propio tratamiento de la enfermedad puede influir en el apetito aumentándolo o disminuyéndolo^{8,15,18}.

NB 3. Eliminar por todas las vías corporales

Esta necesidad se vería afectada como bien se pueden observar en los artículos de Cazares et al⁷ o Kulshrestha et al¹² entre otros que plantean que a medida que avanza la enfermedad, se podrá tener relajación de esfínteres, infecciones y/o daño intestinal^{7,12,15,17}. Si el daño neurológico está por encima de C5 lo anterior aumentará^{7,12,15,17}.

NB 4. Moverse y mantener posturas adecuadas

En función de las características de la enfermedad la capacidad de la movilidad de la persona se verá más o menos afectada. Este aspecto puede ocasionar otros problemas como tendencia a la obesidad, anemia y/o desnutrición, alteraciones en la coagulación, ocasionando un mayor aumento de probabilidad de UPP, dolor, infecciones, entre otras^{4,6,7,15}. En este aspecto el entorno donde vive el paciente cobra vital importancia pues la presencia de las barreras arquitectónicas puede aumentar el riesgo de caída, con el consiguiente empeoramiento de la sintomatología del paciente^{7,15,19}.

NB 5. Dormir y descansar

En la siringomielia el dolor neuropático hará que la persona no descanse de forma satisfactoria^{5,6,15,19}. Por lo que no descansar bien puede ocasionar problemas biopsicosociales como estrés, ansiedad, mal afrontamiento de la enfermedad, entre otras^{4-8,13,19}.

NB 6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.

La evolución de la enfermedad podría ocasionar en la persona dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como podría ser ayuda para vestirse y desvestirse^{4-7,9,10,12,15-17,18,19}.

NB 7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente

La evolución de los síntomas, como podría ser la falta de sensibilidad al tacto hará que la persona no sea capaz de controlar la temperatura del cuerpo y necesite ayuda para las ABVD^{4-7,9,10,12,15-17,19}.

NB 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

La agravación de la sintomatología hará que el autocuidado sea cada vez más difícil por lo que habrá que potenciar la ayuda para las tareas de higiene^{4-8,15,18}.

NB 9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas

La persona con esta patología tiene mayor riesgo de caídas, riesgo de movilizarse y, por tanto, mayor riesgo de UPP, que puede desembocar en incapacidad física^{6,15,19}, generando dificultad a la hora de realizar actividades^{4,7,12,15,17}.

Para evitar esa pérdida funcional se intentará alternar terapias comunes y no comunes^{4,5,7-9,15,17,19} como pueden ser la hidroterapia y/o fisioterapia^{16,19}. Además, la disminución de actividades forzadas y la no realización de maniobras de Valsalva disminuirán las complicaciones en la siringomielia^{12,15-17,19}.

NB 10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores y opiniones

Al ser una enfermedad con deterioro físico significativo la persona podría sentirse cada vez menos independiente pudiendo generar problemas de estrés y/o pérdida autoestima, entre otros⁸. Ello puede precisar de ayuda por parte de profesionales de la salud mental, para proporcionarles ítems para que sean capaces de expresarse satisfactoriamente^{4,6,7,10,15}.

NB 11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias

En algunos pacientes tener una familia unida puede generar grandes ventajas como ayuda para suplir las necesidades básicas pues genera confianza y bienestar^{6-8,15,17}. Sin embargo, en otros pacientes el necesitar ayuda por parte de la familia puede generar falta de autoestima por ellos sentirse dependientes^{7,8,15}.

NB 12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal

Si la persona físicamente se encuentra estable será capaz de realizar su labor de trabajo^{4,12,15-17,19}. Conseguirá paliar la falta

de autoestima presente por el deterioro físico, potenciar la aprobación propia y las buenas vibraciones^{4-8,12-15,17,18}.

Con respecto al bienestar psíquico se mostró disminución de patologías mentales como el *estrés* o la *ansiedad*, que puede ser un detonante a la hora de trabajar^{4,7,8,12,13,15,17,18}.

En cuanto a la NB 13. Participar en actividades recreativas y NB 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles no se han encontrado referencias bibliográficas.

Por lo que cabe mencionar, de forma general, que solo hay un estudio de Kulshrestha et al¹² que se refiere a los niños, con los cuales hay que tener especial cuidado, pues son más sensibles a las dificultades, al ser una enfermedad poco conocida¹². Por lo general, ellos tienen menos indicios de sufrir infecciones urinarias, pero más a desencadenar escoliosis¹². Sin embargo, la recuperación se produce antes en el paciente pediátrico que, en el adulto, aunque no hay estudios suficientes que apoyen esto¹². Por ello, padecer siringomielia de joven, traerá mayores consecuencias biopsicosociales que en el adulto^{4-8,12,15,19}.

Para prevenir todo lo anteriormente mencionado en esta discusión, será crucial los cuidados pertinentes en esta patología, tanto en la persona adulta como en el niño, junto con el trabajo en equipo, puesto que algunos estudios han demostrado que englobando a todos los profesionales sanitarios se ha conseguido responder ante las adversidades de salud^{4,6,8,9,15,19,20}. Las limitaciones presentes en este trabajo han sido la poca presencia de literatura sobre el abordaje enfermero en general y en base a las Catorce Necesidades Básicas de Virginia Henderson en particular, pues solo se han encontrado documentos que mencionan la parte biomédica de esta enfermedad. Asimismo, al no encontrar muchos estudios de los últimos cinco años, se ha tenido que abrir los años de búsqueda.

En relación con la implicación para la profesión enfermera este trabajo aporta conocimientos sobre la valoración enfermera en la siringomielia.

En cuanto a las líneas futuras, es necesario investigar no solo a nivel médico sino, también, a nivel de enfermería. El trabajo es un punto de partida sobre cómo ampliar conocimientos enfermeros en la siringomielia, y en un futuro conocer más sobre los modelos enfermeros, y en concreto sobre el Modelo de Virginia Henderson en esta enfermedad.

5. CONCLUSIONES

1. Se ha encontrado que la siringomielia afecta a la capacidad de satisfacer muchas de las necesidades básicas de Virginia Henderson.
2. Las necesidades básicas más afectadas según la evidencia localizada han sido: NB 1. Respirar con normalidad, NB 2. Comer y beber adecuadamente, NB 3. Eliminar por todas las vías corporales, NB 4. Moverse y mantener posturas adecuadas, NB 5. Dormir y descansar, NB 6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse, NB 7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente, NB 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, NB 9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas, NB 10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores y opiniones, NB 11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias, NB 12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
3. No se han encontrado estudios que expliquen cómo se afectan las necesidades básicas siguientes: NB 13. Participar en actividades recreativas y NB 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.
4. Se ha encontrado que la implicación de los familiares repercute positivamente en la calidad de vida de la persona con siringomielia.
5. La información pertinente, en los diversos artículos encontrados, hace mayor referencia al ámbito biomédico que al ámbito enfermero.

REFERENCIAS

- [1] NINDS. NIH. GOV. Siringomyelia. [Internet]. Maryland: National Institute of Neurological Disorders and Stroke; 2008. Disponible en: <https://espanol.ninds.nih.gov/es/trastornos/siringomieli>
- [2] Royo MB. Aportación a la etiología de la Siringomielia. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 1992. Disponible en: https://institutcharibcn.com/pdf/publicaciones/drroyo/tesis_doctoral-Aportacion-etilogia-Siringomieli.pdf
- [3] Fernández Ferrin C, Navarro Gomez MV, Rodrigo MT. De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI (3ª edición). 2005: 46-54.
- [4] Andrade LT, Chianca TCM. Validação de intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular e mobilidade física prejudicada. Rev. bras. enferm. 2013;66(5):688-693. Disponible en:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- [5] Benedetti EM. La estimulación medular torácica es útil en el tratamiento del dolor post lesión medular cervical incompleta. 2013. 41(2):146-149. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v41n2/v41n2a12.pdf> (10 enero 2023)
 - [6] Clares JWB, Fernandes BKC, Guedes MVC, De Freitas MC. Terminologia especializada de enfermagem para cuidado à pessoa com lesão medular. 2019. ;53(0):1-5. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/n7mDp8XNRc69W5ZSLJkhxhH/?lang=pt>
 - [7] Cazares V, Solís L, Granados MG, Méndez F, López JC. Beneficios de la consejería personalizada de enfermería en pacientes neurológicos. 2017; 46 (C): 18-25. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanolaenfermeria-319-pdf-S2013524617300144>
 - [8] Fernández C. Intervenciones enfermeras en el proceso de aceptación y compromiso con la vida ante una lesión medular adquirida: revisión de la literatura. Rev. Cient. Soc. Neurol. 2016; 43 (C): 8-16. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientificasociedad-espanola-enfermeria-319-pdf-S2013524615000318>
 - [9] Humphrey E. Chiari malformations in adults: their surgical and nursing management. Br.J. Neurosc. Nurs. 2019;15 (3): 130-136. Disponible en: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjnn.2019.15.3.130>
 - [10] Jayaraman, L, Sethi N, Sood J. Anestesia para Cesariana em Paciente com Siringomielia Lombar. 2011; 61(4): 469-473. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rba/a/HyVQJtJhFjqmG985qk5CYFt/>
 - [11] Kashcheev A, Arestov S., Gushcha A. Thecaloscopy: A Novel Method in Spine Surgery. Coluna/Columna. 2017. 16 (3): 213-219. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/coluna/v16n3/1808-1851-coluna-16-03-00213.pdf> 48
 - [12] Kulshrestha R, Kumar N, Chowdhury JR, El Masri W, Osman A. Long-term outcome of paediatric spinal cord injury. The Spine Journal. 2017; 0(0): 1-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/316592585_Longterm_outcome_of_paediatric_spinal_cord_injury
 - [13] Palamar D, Güler H, Hanci M, Sucuoğlu H, Sanus GZ, Tüzün S. Posturographic examination of body balance in patients with Chiari type I malformation and correlation with the presence of syringomyelia and degree of cerebellar ectopia. Turk J. Phys. Med. Rehab. 2019; 65(1): 74-79. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31453546/>
 - [14] Pellatt GC. Nontraumatic spinal cord injury part 5: Vascular causes and syringomyelia. British Journal of Neuroscience Nursing. 2009; 5(1), 16- 21. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/272450095_Nontraumatic_spinal_cord_injury_part_5_Vascular_causes_and_syringomyelia
 - [15] Pellatt GC. Non-traumatic spinal cord injury: Less well-known causes and the challenges to nurses. British Journal of Neuroscience Nursing. 2013; 4(9):416- 422. Disponible en: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjnn.2008.4.9.31083>
 - [16] Perrini P. Spontaneous resolution of syringomyelia in an adult patient with tight cisterna magna. Neurol Sci.2012; 33(6): 1463-1467. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/221760091_Spontaneous_resolution_of_syringomyelia_in_an_adult_patient_with_tight_cisterna_magna
 - [17] Magalhães SR, Carvalho ZMF, De Andrade LM, Pinheiro AKB, Studart RMB. Influência da espiritualidade, religião e crenças na qualidade de vida de pessoas com lesão medular. Enferm. 2015; 24(3): 792-800. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/yJd4DRQryPKhsGZZMHcRGmP/abstract/?lang=pt>
 - [18] Roper JC, Al Wattar BH, Dulanka AH, Samarasekera S, Flint G, Pirie AM. Management and birth outcomes of pregnant women with Chiari malformations: A 14 years retrospective case series. Eur. J. Obste. Gynecol Reprod. Biol. 2018; 230: 1-5. Disponible en: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(18\)30964-3/pdf](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(18)30964-3/pdf) 49
 - [19] Smith R, Jones G, Curtis A, Murphy H, Flint G. Are Established Methods of Physiotherapeutic Management for Long-term Neurological Conditions Applicable to “Orphan” Conditions such as Syringomyelia? Physiother. Res. Int.2016; 21 (1): 4-21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25475405>
 - [20] Vilella RC. Tratamento da dor e recuperação da funcionalidade em ex-atleta diagnosticada com síndrome dolorosa miofascial no curso de siringomielia: Relato de caso. Brazilian Journal Of Pain. 2018; 1 (1): 87-89. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1038917>

Promovendo a literacia do cuidador informal. Relato da construção de um Website por estudantes de Enfermagem

Laura Gonçalves^a, Beatriz Gonçalves^a, Sara Abreu^a, Iara Silva^a, Tânia Lourenço^{b,c} and Luísa Gonçalves^b

^aEstudante da Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Funchal, Portugal; ^b Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Funchal, Portugal; ^c Investigador Integrado do CINTESIS@RISE, Porto

RESUMO

A construção de um website no âmbito da saúde constitui uma ferramenta essencial para a comunicação e promoção da literacia do cuidador. Da mesma forma, esta experiência, poderá trazer diversos benefícios para os envolvidos, nomeadamente os estudantes de enfermagem ao longo do seu processo de aprendizagem. Procurou-se relatar a experiência dos estudantes na realização de um website e identificar as competências percecionadas perante esta estratégia de promoção da literacia dos cuidadores. Para tal, foi realizado um estudo de natureza quantitativa com uma amostra não probabilística por conveniência de 19 estudantes de Enfermagem inscritos na disciplina: Estatística e Informática na Saúde e na Enfermagem. A colheita de dados foi realizada em março de 2023, através de um questionário online (*Google Forms*) sobre as competências percecionadas, sendo os mesmos tratados com recurso à estatística descritiva. Ainda, recorreu-se à metodologia descritiva e reflexiva, através de uma análise SWOT para relatar a experiência dos estudantes. Constatou-se que 68,4% dos estudantes consideram este percurso como uma contribuição para a aquisição da competência de “promoção em saúde”, 42,1% para a competência da “melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem” e 68,4% para o desenvolvimento da competência “Trabalhar em equipa”. Os estudantes relatam a experiência como gratificante e contribuiu para a gestão da informação em saúde e promoção da criatividade. Conclui-se que criação de um website por estudantes contribui para o desenvolvimento de competências transversais, promovendo o papel relevante que o Enfermeiro poderá assumir aquando da criação de ferramentas digitais em saúde.

Palavras-chave: website, cuidador, estudantes, enfermagem, saúde.

1. INTRODUÇÃO

Em Portugal, atualmente, verifica-se que a população está cada vez mais envelhecida com o aumento da prevalência de doenças crónicas, que se têm traduzido num aumento significativo de pessoas em situação de dependência ¹. Esta dependência, acarreta diversas alterações na estrutura familiar, visto que, muitas das vezes, são os próprios familiares a prestarem cuidados aos seus entes-queridos, desempenhando o papel de cuidador informal ¹. O *International Council of Nurses* (ICN) ² define cuidador como “*Indivíduo: aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente*”. O cuidador informal é, por norma, um indivíduo da rede mais próxima da pessoa dependente, normalmente um familiar, sem formação profissional específica que, por necessidade, razões de afinidade, disponibilidade de tempo ou por razões económicas, cuida da pessoa dependente diariamente de forma voluntária e sem remuneração ^{3,4}.

Os cuidadores informais têm de se adaptar psicologicamente, ao processo de dependência do familiar e gerir os elevados níveis de stress relacionados com o cuidar do outro ⁵. Outro aspeto a ter em conta, é a alteração das suas rotinas, requerendo por parte dos mesmos uma readaptação das suas atividades pessoais, sociais e profissionais. Perante estas problemáticas, é essencial que os mesmos expressem as suas emoções e comuniquem as suas dificuldades, de forma que, os profissionais possam intervir a tempo, evitando possíveis conflitos intrapessoais/interpessoais e promovendo a qualidade de vida dos cuidadores ⁶. Para que a adaptação ao papel de cuidador seja efetiva torna-se necessário promover as competências do cuidador na assistência ao idoso no domicílio, sendo esta a finalidade de um projeto de intervenção comunitária, denominado “+Cuidador”. Este projeto teve o financiamento do Fundo Social Europeu (M1420-08-4538-FSE-000001). Este contemplou 80 cuidadores informais de idosos dependentes no domicílio da Ilha da Madeira (Portugal), onde foram avaliadas as suas necessidades e concebidas sessões de educação para a saúde em grupo sobre diversos temas: saúde do idoso, alimentação e hidratação, mobilizações e prevenção de úlceras por pressão, cuidados paliativos, comunicação e autocuidado do cuidador, entre outros. De entre várias atividades desenvolvidas foi construído um *website* informativo sobre o projeto que pretendeu divulgar o projeto e promover a literacia junto dos cuidadores informais. Este *website* foi

desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular: *Estatística e Informática na Saúde e na Enfermagem*, inserida no terceiro ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESESJC.

Assim, pretende-se relatar a experiência dos estudantes na realização de um *website* (O1), e também, identificar as competências percebidas perante esta estratégia de promoção da literacia dos cuidadores (O2).

2. METODOLOGIA

Para atingir o primeiro objetivo (O1), recorreu-se à metodologia descritiva e reflexiva, focada nas situações experienciadas durante o decurso de construção do site (maio-junho de 2022), efetuada por quatro estudantes que realizaram o site, moderados por uma das professoras envolvidas. O processo descritivo e reflexivo foi suportado por uma análise SWOT (*streghts, weaknesses, opportunities, threats*), também conhecida como análise ou matriz FOFA (forças, oportunidades, fraquezas, ameaças). Esta estratégia tem se revelado muito eficaz em contextos de cuidados devido à sua simplicidade, inteligibilidade e aplicabilidades, sendo possível identificar aspetos positivos e de melhoria, num curto espaço de tempo⁷. Com vista à consecução do segundo objetivo (O2), durante os meses de março a abril de 2023, realizou-se um estudo de natureza quantitativa, descritiva com estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, tendo como critérios de inclusão: estarem inscritos na Unidade Curricular: *Estatística e Informática na Saúde e na Enfermagem* durante o ano letivo 2021/2022; demonstraram interesse em participar. Desta forma, de 32 alunos elegíveis, constituiu-se uma amostra não probabilística por conveniência de 19 estudantes que consentiram livremente participar neste estudo.

A colheita de dados foi realizada em março de 2023, através de um questionário online (*Google Forms*), que contemplou quatro perguntas fechadas e uma pergunta aberta relativas à experiência de realização de um site no contexto da área da saúde, e relacionando com o desenvolvimento de competência do Enfermeiro de Cuidados Gerais preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros Portuguesa^[7], e também competências transversais enquanto estudantes. Estes dados foram tratados com recurso à estatística descritiva através do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 29. As considerações éticas acompanharam todo o processo de investigação, mais especificamente, o consentimento informado, esclarecido e livre, bem como a confidencialidade e proteção dos dados, em todas as fases do estudo.

3. RESULTADOS

3.1 Relato da experiência de Construção de um website para cuidadores informais

Após a construção do website, as quatro estudantes fizeram uma análise descritiva e reflexiva, com o suporte do docente, desta forma, descreveram o processo de construção, bem como, as decisões tomadas nas diferentes etapas.

Antes de iniciar a construção do website, foi necessário conhecer o público-alvo, os cuidadores informais do projeto “+ Cuidador”. Analisou-se o relatório do projeto (ainda não disponível publicamente) com a identificação sociodemográfica dos cuidadores, bem como, a descrição das necessidades identificadas. Atendendo ao público-alvo e as suas características, foi sentida a necessidade de criar um site acessível, prático, com formato interativo e de visualização agradável. A disposição e o tamanho do conteúdo, em especial do texto, assim como o tipo de linguagem usado foram também focos de atenção, assim como imagens e ícones relevantes aos assuntos e visualmente apelativos. O esquema de cores utilizado baseou-se nas cores do logotipo do projeto: cor-de-laranja, azul e verde.

Utilizou-se, como linguagem de programação, a *Hyper Text Markup Language*, versão 5 (HTML5) e, como suporte para a programação, a plataforma WIX que permite a criação e edição de sites, em formato *Desktop* e *Mobile*, sem a necessidade de conhecimento prévio em programação. O mesmo está disponível em <https://umprojetomaiscuida.wixsite.com/projetomaiscuidador>.

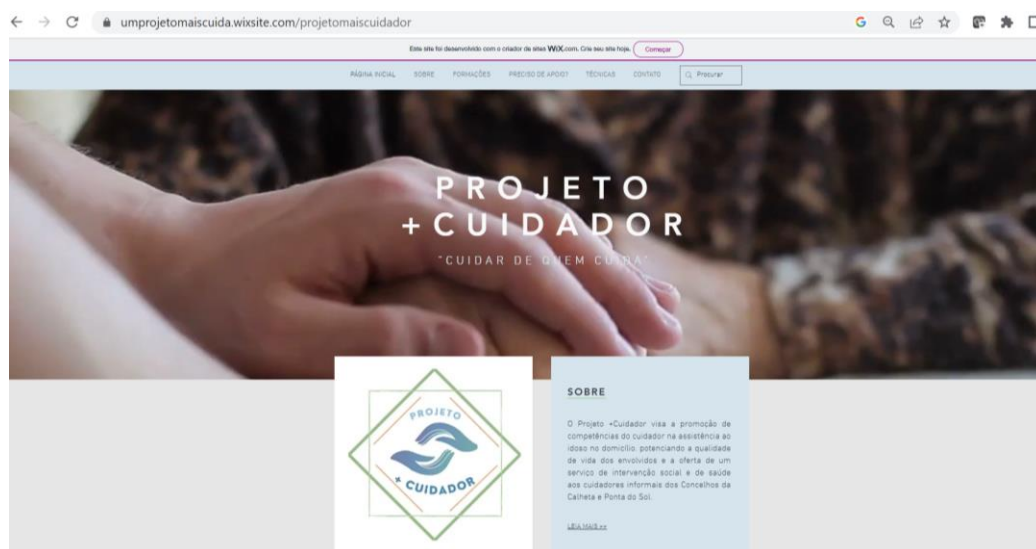


Figura 1. Página inicial do website do Projeto "+ Cuidador"

Relativamente ao conteúdo, o *website* foi organizado em três partes: página principal; exposição do projeto; apresentação de recursos.

A página inicial consistiu numa espécie de introdução do *website* para despertar interesse no utilizador e facilitar a navegação. Incluiu um resumo sobre o projeto, uma definição do termo cuidador informal e alguns depoimentos de cuidadores que estiveram envolvidos no projeto.

Na exposição do projeto (páginas “SOBRE” e “FORMAÇÕES”) foi exposta informação mais detalhada sobre o projeto, equipa coordenadora do projeto, ainda, exposição dos temas, objetivos e conteúdos abordados nas diversas sessões realizadas no âmbito deste projeto, com a exposição de fotografias das mesmas e alguns depoimentos de participantes.

A apresentação de recursos incluiu a página “PRECISO DE APOIO?” com algumas questões ao utilizador de forma que este realize uma autorreflexão sobre a sua necessidade (ou não) de apoio no seu dia-a-dia como cuidador, encaminhando-o para a subpágina “RECURSOS” que descreveu diversos recursos existentes na Ilha da Madeira. Também, a página “TÉCNICAS” detém orientações sobre três técnicas essenciais no cuidado de uma pessoa dependente (lavagem da cabeça na cama, alimentação por sonda nasogástrica, posicionamentos) sobre a forma de vídeos e fotografias elaborados pelo grupo de estudantes.

Após a construção do *website*, fez-se uma reflexão sobre este processo através de uma análise SWOT. Identificou-se como força a detenção de conhecimentos e capacidades adquiridos e desenvolvidos anteriormente, tais como a atenção às necessidades dos utilizadores associadas às suas características como cuidadores informais, a gestão e organização de informação, a criatividade e o trabalho em equipa. Também foi importante a presença de um profissional na área da programação (engenharia informática) como um dos docentes que orientou e agilizou o processo de criação do *website*. Como fraquezas, e associado à segunda força, o conhecimento e experiência limitados em áreas específicas como a programação e o design, por exemplo, realçando a importância do trabalho em equipa multidisciplinar na atuação em saúde. Ainda, a plataforma selecionada revelou não ser a mais acessível ou intuitiva, tendo se apresentado, por vezes, como um obstáculo/desafio. Uma oportunidade consta a promoção do website pelos colegas e comunidade académica, assim como pelas entidades coordenadoras do projeto, o que permitiu alcançar um maior número de cuidadores informais. Outra oportunidade seria a colaboração com estudantes/profissionais de outras áreas de forma a conceber um resultado mais realizado. Neste sentido, a ameaça identificada foi a hipótese de o produto final não ser o mais adequado devido a lacunas na competência e/ou conhecimento dos operadores ou associado a frustrações no manuseamento da plataforma.

3.2 Competências percecionadas pelos estudantes perante a construção do website

Os 19 estudantes que participaram eram maioritariamente do género feminino com idades compreendidas entre os 21 e 27 anos de idade e uma idade média de 24 anos (± 1 ano). A maioria dos estudantes participantes ($n=14$) consideraram que a realização do *website* contribuiu para o seu desenvolvimento enquanto futuros profissionais de saúde.

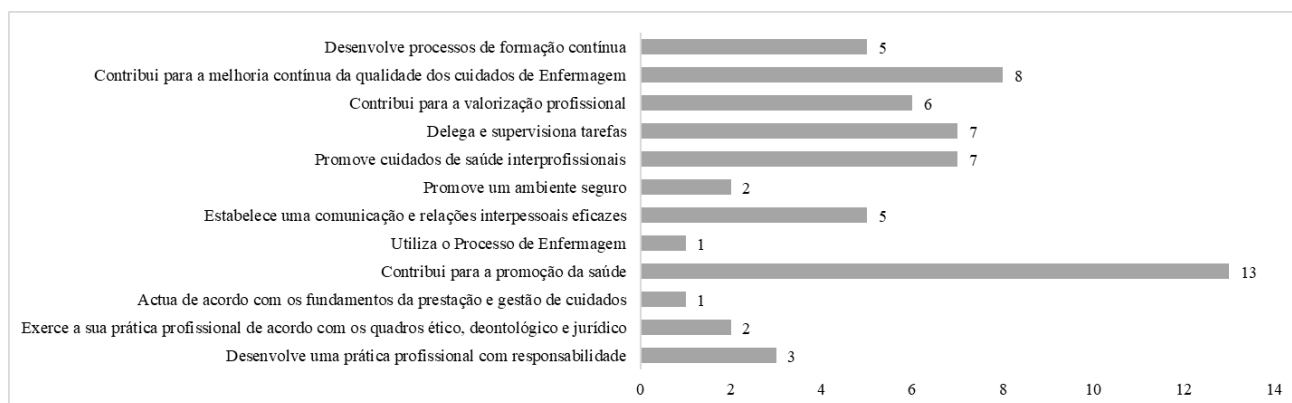


Figura 2. Respostas à questão "Que competências do enfermeiro de cuidados gerais considera que adquiriu/desenvolveu ao longo deste processo?"

Na Figura 2 estão enumeradas as competências de Enfermeiro de Cuidados Gerais segundo a Ordem dos Enfermeiros Portuguesa⁸, identificadas pelos estudantes como tendo sido desenvolvidas através desta experiência de construção de um *website*. Observou-se que a competência mais identificada pelos estudantes, com 68,4% (n=13) foi "Contribui para a promoção em saúde". Ainda, destacaram-se as competências "Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem" sendo identificada por 8 estudantes (42,1%). Aquelas menos identificadas foram "Utiliza o Processo de Enfermagem" (n=1) e "Actua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados" (n=1).

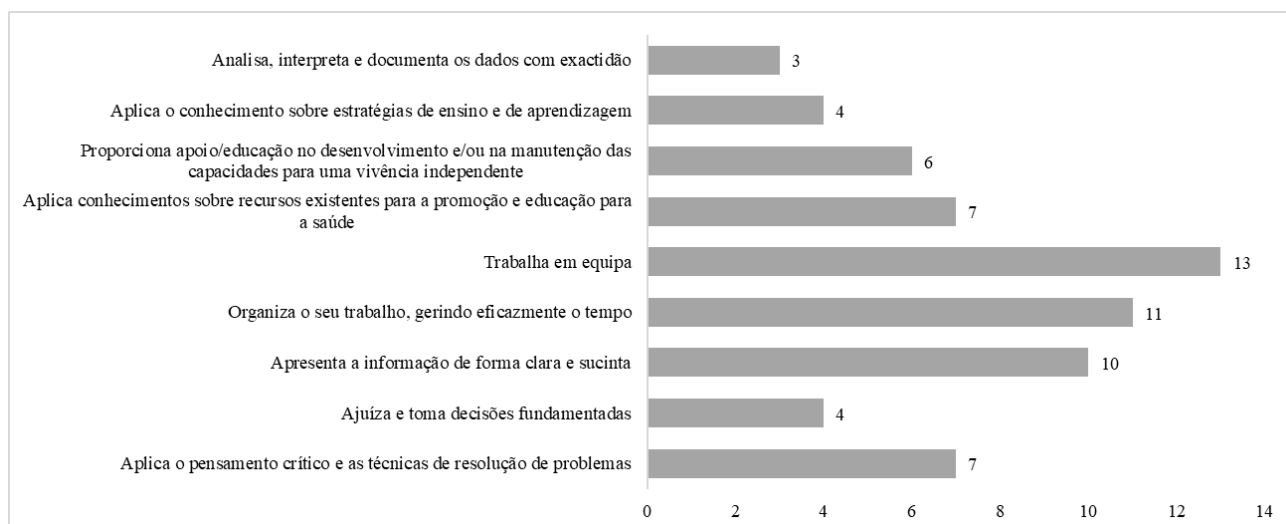


Figura 3. Respostas à questão "Ao longo deste processo quais destas capacidades considera que adquiriu/desenvolveu?"

Analisando a figura 3, que corresponde às competências enquanto estudante relevantes na experiência de construção de *website*, concluiu-se que o trabalho em equipa foi o aspeto mais trabalhado e apreciado por estes, com 68,4% (n=13), seguido da organização e gestão de tempo, com 57,9% (n=11) e a apresentação de informação de forma clara e sucinta (n=10).

Quando questionados acerca da sua opinião se atualmente consideraram importante a utilização de meios de comunicação virtual no contexto da saúde para divulgação de informação, a grande maioria dos estudantes respondeu afirmativamente, cerca de 84%.

A grande maioria dos estudantes (84%) afirmou considerar importante a utilização de meios de comunicação virtual no contexto da saúde para divulgação de informação. Ao serem questionados de que forma consideravam o site como estratégia promotora da saúde dos cuidadores, os estudantes referiram aspetos como a disponibilização de informação credível de forma acessível, tanto temporal como localmente, e a apresentação da mesma de forma sucinta e clara.

Destacamos algumas das respostas: "Promove a saúde no sentido em que dá informação necessária, sucinta e clara aos utilizadores de modo a que os mesmos usufruem dessa informação para melhorar a saúde dos mesmos e das pessoas

cuidadas”; “Torna informação importante disponível a qualquer momento e em qualquer lugar”; “Ferramenta de educação para saúde com base científica” “Na minha perspectiva sinto que irá auxiliar os cuidadores nos cuidados de saúde prestados, sendo uma ferramenta fundamental no seu dia a dia permitindo ainda que os mesmos exponham as suas questões ou sentimentos. Ao exporem os mesmos permite que os criadores do site intervenham consoante as necessidades dos cuidadores, promovendo cuidados de saúde de qualidade” e “O site foi desenvolvido de modo a capacitar os seus utilizadores, ou seja, os cuidadores formais e informais de estratégias e conhecimentos em relação aos cuidados referentes ao cliente e a si mesmo. Para além disso, uma vez que o foco foi também, proporcionar ao cuidador o fácil acesso aos diversos apoios fornecidos pela RAM, a maioria dos quais, não possuem conhecimento”.

4. DISCUSSÃO

Os resultados do estudo apontam para a perceção do desenvolvimento de diversas competências durante a criação do *website*, destacando-se a capacidade para promoção da saúde e ainda a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Estas novas estratégias de ensino aprendizagem desenvolvem nos estudantes uma perceção de aquisição de competência inovadora. Sendo a digitalização em saúde crucial na atualidade, a formação dos futuros profissionais deve contemplar ao ensino de novas ferramentas na promoção da saúde das populações, e neste caso especial, dos cuidadores. Uma revisão da literatura ⁹ identificou como os estudantes do curso de licenciatura em enfermagem sentem-se pressionados devido à grande quantidade de tarefas curriculares e extracurriculares exigidas pelo curso, evidenciando grande dificuldade em conciliar os afazeres académicos com os pessoais. Por isso, trabalhos académicos, como a construção deste *website*, contribuiu para uma melhor gestão do tempo, sendo algo que poderá contribuir para promoção da autoconfiança e realização pessoal dos estudantes.

O trabalho de equipa e a gestão do tempo interligam-se, visto que para haver uma gestão eficaz do tempo é essencial que se definam prioridades e deleguem-se tarefas, otimizando o trabalho em equipa o que promove a produtividade ¹⁰. Além do referido deveremos ter em consideração que todo o ser humano tem uma visão distinta do meio em seu redor, o que impossibilita a padronização de condutas e ações ¹⁰.

Nesta linha de raciocínio, relacionando os resultados do estudo, pode se constatar que o trabalho de equipa deverá englobar tanto estratégias de organização do próprio trabalho, como das ações humanas. Ou seja, é um trabalho multiprofissional e coletivo. Desta maneira, desenvolve-se um olhar mais holístico nas relações laborais, salientado que terá de haver cooperatividade para alcançar os objetivos inicialmente propostos, comuns àquele grupo ¹¹. Desta forma, é essencial que haja uma comunicação clara, sucinta e objetiva sendo uma competência indispensável à cooperação dos elos. Neste sentido, todo o grupo deverá ter um líder e que a comunicação deverá ser utilizada pelo mesmo, no sentido de promover o diálogo entre os elementos do grupo, favorecendo a partilha de ideias e de trabalho, encaminhando a organização e o consenso entre todos ¹⁰.

As tecnologias representam valores éticos transmitidos por meios sociais promovendo o desenvolvimento da população. A sua popularidade tem vindo a aumentar, impactando alguns métodos de trabalho e contribuindo para uma prestação de serviços de qualidade. Simultaneamente, promoveram a saúde da população com investigações médico-científicas, contribuíram para o crescimento económico geral e aumentaram a independência e autonomia da população ¹².

Observou-se consenso na importância da utilização de meios de comunicação virtual para a atuação na saúde. As tecnologias têm vindo a auxiliar e revolucionar o trabalho em equipa por serem ferramentas de trabalho práticas e úteis, proporcionando uma proatividade nas tarefas e contribuindo para uma gestão eficaz do tempo, o mesmo foi atestado ao longo desta experiência ^{10,12}. As estudantes recorreram a diversos recursos tecnológicos, principalmente online, que facilitaram a comunicação entre o grupo, a distribuição de tarefas e gestão do tempo de forma a promover a eficácia e a obter um produto final mais completo.

Em consonância, e tendo em conta as principais dificuldades dos cuidadores de acordo com a evidência científica, considera-se que a criação de um *website* é realmente uma ferramenta de trabalho a ter em conta, visto que, permite que o cuidador divulgue e esclareça as suas situações, analisando estratégias para intervir ¹³. Num estudo sobre a construção e validação de um *website* sobre cuidados com o prematuro, Tenório ¹⁴ (p.105) concluiu que “iniciativas de educação em saúde por meio de novas abordagens educacionais via *internet* para a população (...) podem servir para complementar e enriquecer as ações realizadas de forma presencial”. Adams et al. ¹⁵ viram que, não só é possível, como é fácil criar um *website* atrativo e acessível como um serviço de saúde mental. Em complemento, De Oliveira ¹⁶ afirma que a atualidade consiste numa era onde os avanços tecnológicos multiplicam-se rapidamente, criando diversas áreas de pesquisa, essencialmente, na saúde. No entanto, a mesma autora defende ser fundamental haver uma triagem de informação, visto que, muitos dos conteúdos expostos nas plataformas online contém informações não fidedignas. Desta forma, e, de acordo com a mesma autora,

observa-se que o profissional de saúde pode assumir um papel importante nas informações transmitidas ao leitor do website, expondo de forma simples e objetiva, contribuindo para o aumento da literacia em saúde

A temática da digitalização da saúde apresenta um imenso potencial na atuação nos diversos níveis de prevenção, portanto, deve ser cada vez mais investigada e incluída na formação dos futuros profissionais de saúde. As limitações no presente estudo incluem o número restrito de artigos sobre a temática em desenvolvimento e o tamanho da amostra, não sendo possível generalizar os resultados a outros estudantes, recomenda-se a replicação deste estudo, ou em estudos futuros referentes a esta temática, com amostras mais abrangentes.

5. CONCLUSÃO

Na perspetiva dos estudantes de Enfermagem a experiência da construção de um *website*, destinado a cuidadores informais, foi uma experiência enriquecedora. Identificou-se que os mesmos consideraram ter desenvolvido competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais como a promoção em saúde e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem, assim como de capacidades como criatividade, organização, gestão de informação, comunicação e trabalho em equipa. Ainda, foi reconhecida a importância de apostar em meios tecnológicos e estratégias digitais como novas formas de intervir na saúde da população e, neste caso, dos cuidadores informais e das pessoas cuidadas, através da disponibilização de informações relevantes, referentes à problemática definida, de uma forma acessível, promovendo assim, a sua literacia em saúde. Neste ponto, é de realçar o valor de criar recursos acessíveis, uma vez que a baixa literacia tecnológica dos cuidadores pode dificultar o seu acesso a estes meios. Sendo assim, o profissional de saúde e as instituições de ensino devem apostar na utilização de tecnologias na sua atuação.

REFERÊNCIAS

- [1] Ribeiro O, Pinto, C. Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2014; 32(1), 27-36.
- [2] International Council of Nurses (ICN). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). 2019. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- [3] Amaral MOP, De Matos, NAM, Veiga NJ, De Matos DSMP. Problemas experienciados pelo cuidador informal de pessoa idosa em situação de dependência. *Archives of Health Sciences*. 2020; 27(1): 37-41.
- [4] Cachada CR. Cuidadores informais de idosos: avaliação dos antecedentes e consequentes do cuidar. 2014. Disponível em: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1828/1/Catarina_Cachada.pdf
- [5] Teixeira JAC. Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes. *Análise Psicológica*. 2004; 22(3): 615-620.
- [6] Pereira MSM. Cuidadores informais: Dificuldades ao cuidar e necessidades de quem cuida. 2018, Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28267/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Mestrado_GerontologiaSocial_MartaPereira.pdf
- [7] Shahmoradi L, Darrudi A, Arji G, Farzaneh Nejad A. Electronic Health Record Implementation: A SWOT Analysis. *Acta Med Iran*. 2017; 55(10): 642-649.
- [8] Ordem dos Enfermeiros (OE). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. 2011. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- [9] Aydogdu A. Gerenciamento do tempo entre estudantes de enfermagem: uma revisão integrativa. 2022 <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie24.gtee>
- [10] Pereira CMG. O tempo para gerir. Como? 2018. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28035/4/Tese%20Mestrado%20Carla%20M.%20Pereira.pdf>
- [11] Rothebarth AP, Cesário JB, Lima LP, Ribeiro MRR. O trabalho em equipe na enfermagem: da cooperação ao conflito. *Revista Gestão & Saúde*. 2016; 7(2): 521-534.
- [12] Souza L. Saúde, desenvolvimento e inovação: uma contribuição da teoria crítica da tecnologia para a discussão. 2016 <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029615>
- [13] Ribeiro OMPL, Pinto CAS, Regadas SCR de S. A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Referência – Revista de Enfermagem*. 2014; 4(1): 25-36.
- [14] Tenório AP de S. Construção e validação de um website sobre cuidados com o prematuro. 2016, Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/18339>
- [15] Adams A, Davies V, Stubbs B. Producing a new website for a paediatric liaison mental health team with our service users. *BMJ Open Qual*. 2020; 9(4), 1-5.
- [16] De Oliveira MRS. As Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) e os Cuidados de Saúde Primários: O Caso da USF Torre. 2014. Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/8864/1/master_monica_soares_oliveira.pdf

Conocimiento del manejo de la calidad de vida en pacientes con Arnold Chiari. Una revisión sistemática exploratoria

Beatriz del Carmen Aguiar-Pérez^a, Cristina-María Aguiar-Pérez^a, María-José Morales-Gázquez^b.

^aEnfermera y estudiante de Doctorado. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^cProfesora Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

El síndrome de Arnold Chiari es una malformación rara, evolutiva, congénita del sistema nervioso central y alteración anatómica de la base del cráneo, esto ocasiona que el descenso del cerebelo se introduzca en el canal medular, pudiendo ser sintomática o asintomática y afectando a ambos sexos. Pregunta: ¿El afrontamiento en los cambios de la enfermedad, mejoran con la gestión de la calidad de vida en los pacientes con Arnold Chiari? Objetivo: Describir la gestión del manejo de la calidad de vida en pacientes con Arnold Chiari de cualquier edad, sexo y en cualquier fase de su enfermedad. Metodología: Se realizará una búsqueda con el objetivo de identificar trabajos publicado desde 10 años atrás, hasta la actualidad, sobre la gestión del manejo de calidad de vida en pacientes con Arnold Chiari. Resultados: En nuestra búsqueda en las cinco bases de datos, se encontraron 670 artículos, se desestimaron por el contenido 651, duplicados se localizaron 8 y solo 11 artículos fueron seleccionados por nuestro interés para realizar esta revisión sistemática. Discusión: Todos están de acuerdo que, para gestionar el manejo del dolor de la calidad de vida de los pacientes con Arnold Chiari, deberán pasar por una cirugía. Conclusión: Desconocimiento de esta patología, ya que están limitados por no encontrar estudios para mejorar la calidad del paciente y conocer más la patología.

Palabras clave: malformación Arnold Chiari, pacientes, calidad de vida, manejo del dolor, dolor, enfermedades raras, gestión y cuidadores.

1. INTRODUCCIÓN

El síndrome de Arnold Chiari es una malformación rara, evolutiva, congénita del sistema nervioso central y alteración anatómica de la base del cráneo que ocasiona un descenso del cerebelo hacia el interior del canal medular. Puede ser sintomática o asintomática, nacer con esta anomalía o ir desarrollándola a lo largo de los años^{1,2}. Los pacientes que sufren esta patología suelen enfrentarse a situaciones traumáticas, tales como, inestabilidad en las articulaciones, someterse a intervenciones quirúrgicas para fijar las articulaciones cervicales, entre otras³. Afecta a ambos sexos y a todas las razas. Su prevalencia estimada es del 0,5% de la población, siendo un 80% del sexo femenino. Los síntomas de la enfermedad suelen aparecer entre los 25 y 45 años y suelen ser: cefalea recurrente, dolor cervical y espasticidad progresiva de las extremidades inferiores. La clínica de estos usuarios se podrá dar de manera brusca, tras una hiperextensión del cuello por manipulación dentaria o quiropráctica, intervención quirúrgica, trauma cervical o maniobra de Valsalva, entre otros muchos motivos². Se pueden describir cinco subtipos de la malformación de Arnold Chiari, que van desde el tipo 0 al tipo IV^{3,4}. El diagnóstico para determinar esta patología se realiza mediante técnicas de imagen, como la resonancia magnética (RM) y para completar el estudio se realizan cine-resonancias magnética (CINE RM), radiografías, tomografías computarizadas (TAC), potenciales evocados somatosensoriales (PESS). Actualmente, no se puede determinar si un usuario va a nacer con esta malformación^{5,6}. Los pacientes que no presentan síntomas no suelen necesitar tratamiento, requiriendo únicamente revisiones periódicas. Las personas con sintomatología suelen ser candidatas a tratamientos quirúrgicos^{3,6,7}. En cuanto a la evolución, cuanto menos grave sea la afección neurológica, mejor será el pronóstico del paciente. Los síntomas leves suelen aliviarse con medicamentos permitiendo al paciente llevar una vida normal^{3,7}. La escasa información sobre las enfermedades raras (ER) dificulta los cuidados adecuados de estos pacientes, lo que afecta a la capacidad de realizar incluso las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y generando preocupación tanto en los propios pacientes como en su entorno. Para restablecer esta sensación, es necesaria la investigación sobre el mejor modo de apoyar a estos pacientes³.

Objetivo general

Describir la gestión del manejo de la calidad de vida en pacientes con Arnold Chiari de cualquier edad, sexo y en cualquier fase de su enfermedad.

2. METODOLOGÍA

Esta revisión sistemática exploratoria no necesito la elaboración de un protocolo de revisión previ6, pero se apoy6 en el marco de trabajo SALSA⁸ (Búsqueda, evaluaci6n, sntesis y an6lisis) para estructurar el trabajo y se siguieron los est6ndares de calidad Prisma extendidos para las revisiones exploratorias⁹ (PRISMA-ScRChecklist) para organizar la presentaci6n del informe de b6squeda.

El framework SALSA permiti6 organizar el trabajo en cuatro grandes fases:

Fase 1 B6squeda: se realiz6 la b6squeda entre enero y marzo de 2023. La pregunta de partida fue: ¿El afrontamiento en los cambios de la enfermedad, mejoran con la gesti6n de la calidad de vida en los pacientes con Arnold Chiari? Las f6rmulas de b6squeda se crearon a partir de los DeCS: Malformaci6n de Arnold-Chiari, gesti6n, pacientes, calidad de vida, manejo del dolor, dolor, enfermedades raras y cuidadores, y los MeSH: Arnold-Chiari Malformation, Organization and administration, personnel management, population health management, shared governance nursing, Information technology management, patients, quality of life, pain management, pain, rare diseases y caregivers; combinados mediante los booleanos AND y OR. La b6squeda se realiz6 en bases de datos de contenido multidisciplinar: CINAHL, Scielo, Medes y MEDLINE (vía Pubmed), orientada a la enfermedad de Arnold Chiari y gesti6n del manejo de calidad del paciente. Se establecieron como criterios de inclusi6n: estudios observacionales, de libre disposici6n y de texto completo, con seres humanos tanto ni6os como adultos, que analizaron el objetivo planteado, incluyendo el manejo de calidad de vida (CV) de los pacientes, independientemente de su edad, su g6nero y fase de enfermedad, publicados en cualquier idioma, entre 2011 y 2023. Los motivos de exclusi6n se pueden observar en la Figura 1. A continuaci6n se muestra una de las f6rmulas de b6squeda empleada en Pubmed: (((Arnold Chiari) OR (Arnold Chiari malformation)) AND (quality of life)) AND (pain management)) AND (pain)).

Fase 2 Evaluaci6n: una vez obtenidos los documentos tras la aplicaci6n de los criterios de inclusi6n y exclusi6n descritos, se procedi6 a la evaluaci6n de la calidad metodol6gica de cada uno los instrumentos de evaluaci6n facilitados por el programa de lectura cr6tica CASPe.

Fase 3 Sntesis: Los art6culos seleccionados se cotejaron, resumieron y se agruparon en forma de resultados que se muestra en la Tabla 1.

Fase 4 An6lisis: Finalmente, con los documentos definitivos se realiz6 un an6lisis tem6tico inductivo en torno a la calidad de vida de los pacientes con Arnold Chiari obteni6ndose una serie de temas principales y subtemas que se muestran en el apartado de discusi6n.

3. RESULTADOS

Se seleccionaron estudios acordes con nuestros criterios de inclusi6n para este trabajo, de forma independiente todas las caracter6sticas importantes de la poblaci6n y en cualquier fase de su enfermedad. El proceso de b6squeda se presenta en el diagrama de flujo PRISMA de la Figura 1⁹.

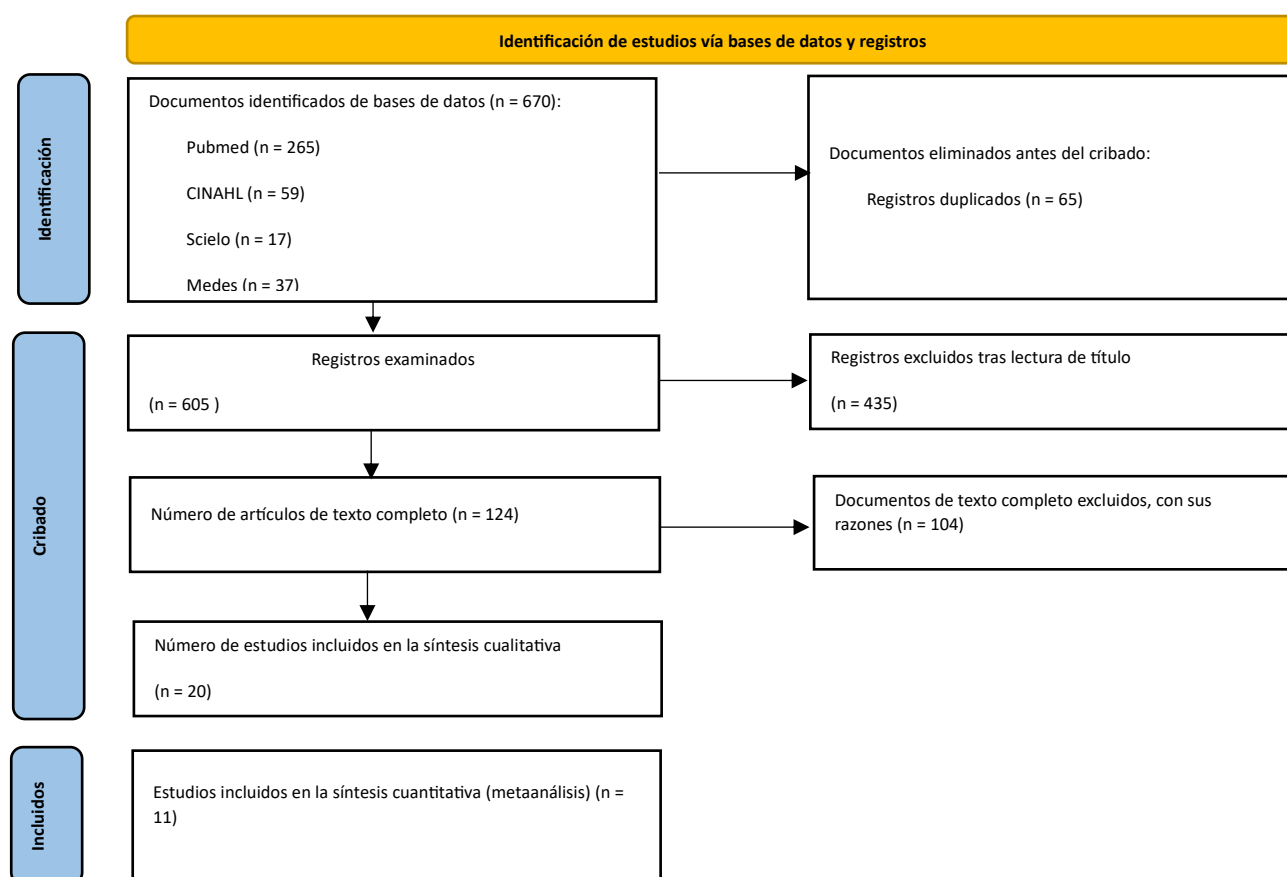


Figura 1. Proceso de cribado. Elaboración propia a partir de <http://www.prisma-statement.org/>

Se escogieron 11 referencias, ordenadas por orden alfabético de apellido del autor/es (Ver tabla 1), incluyéndose 1 estudio prospectivo cohorte; 3 revisiones sistemáticas; 1 estudio de cohorte descriptivo-retrospectivo; 1 estudio transversal; 3 estudio caso-control; 1 estudio de cohorte; y 1 estudio analítico caso-control.

Tabla 1. Autor/es y principales datos del trabajo

Autores/res -Año	Título	Tipo de estudio	Objetivos	Resultados
A. Ferré Masó, et al. ¹⁰ 2011	Alteraciones del sueño, un síndrome olvidado en los pacientes con ~ malformación de Chiari tipo I.	Revisión.	Conocer la repercusión de la malformación sobre las alteraciones respiratorias nocturnas y los trastornos del sueño	Los trastornos del sueño son frecuentes y los más estudiados en pacientes con Malformación Chiari- I (MC-I) El 50% de estos enfermos tienden a padecer síndrome de apnea-hipopnea del sueño, en menos porcentaje padecen situaciones de muerte súbita, hipersomnia, alteraciones en la arquitectura de sueño, parasomnias y/o insomnio. Es de interés obtener los parámetros respiratorios durante la noche, para aumentar y mejorar el pronóstico de estos pacientes.
González et al. ¹¹ 2019	Utilizing Group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to Address Chronic Pain, Coping, and Functioning for Patients with Chiari Malformation: A Case Example	Estudio caso-control.	Examinar el uso de un enfoque psicoterapéutico para mejorar el funcionamiento y hacer frente a la crónica del dolor y otros síntomas asociados. Además, la necesidad de investigar los enfoques de la psicoterapia para el tratamiento de las personas con MC.	Analizar sobre el uso de ACT para el tratamiento del dolor crónico y el dolor de cabeza y examina su uso potencial en esta población.

Autores/res -Año	Título	Tipo de estudio	Objetivos	Resultados
Mehta et al ¹² 2018	Chiari Headache.	Revisión sistemática.	Describir el diagnóstico y el tratamiento del dolor en Chiari.	Identificar el dolor de cabeza para mejorar la fisiopatología.
Martínez-Sabater et al ¹³ 2018	Quality of Life in Individuals Affected by Arnold Chiari Malformation: Comparison and Validation of a Measurement Instrument	Estudio analítico caso-control,	Adaptar el perfil de síntomas de Chiari (CSP) al español y explorar la confiabilidad y validez de este constructo en el contexto de pacientes hispanohablantes con MCA.	Correlación positiva para los ámbitos físico y psicológico de los cuestionarios CSP y SIP-30, pero no para sus ámbitos funcional y social.
Fawaz S Almotairi et al ¹⁴ 2019	Chiari I malformation—neuropsychological functions and quality of life	Estudio de cohorte,	Evaluar el funcionamiento neuropsicológico y la calidad de vida antes y después de la cirugía en adultos con malformación de Chiari I	Tras la evaluación de los pacientes a través de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) y exámenes de funcionamiento neuropsicológico (NP) se ha podido averiguar que de los 11 pacientes su nivel cognitivo estuvo dentro de la normalidad. Mejoraron post operación en cuanto al habla, la velocidad psicomotora y de captación de colores siendo capaz de aumentar la rapidez en las respuestas. Trece pacientes mostraron peor calidad de vida, aunque hubo una mejora después de las cirugías.
Andrews ¹⁵ 2018	Spinning, hurting, still, afraid: Living life spaces with Type I Chiari Malformation	Estudio caso-control	Conocer cómo viven los pacientes con la malformación de Chiari tipo 1.	Indicaciones para conocer el conocimiento que podría generar para aumentar la conciencia y la atención informada.
Grahovac et al ¹⁶ 2018	Chiari type I malformation of infants and toddlers	Estudio caso-control	Conocer la malformación de Chiari I en bebés y niños.	12 pacientes presentaron dolor de cabeza, irritabilidad, llanto inconsolable, agarrarse la cabeza y/o arquear la espalda. 10 presentaron orofaríngeos, arcadas, atragantamiento, ronquidos, apnea del sueño y/o parálisis de cuerdas vocales. 1 paciente hidromielia cervical segmentaria
Bendt et al ¹⁷ 2020	Adults with spina bifida: A cross-sectional study of health issues and living conditions	Estudio transversal.	Explicar los problemas de salud y condiciones de vida en una cohorte de adultos que viven con espina bífida.	Personas <46 años tenían más afecciones secundarias como malformación de Chiari II y > 46 años podían caminar y desempeñarse mejor.
Meehan et al ¹⁸ 2015	The Risk of Athletes with Chiari Malformations Suffering Catastrophic Injuries during Sports Participation is Low	Estudio de cohorte descriptivo, retrospectivo	Estimar el riesgo de que los deportistas con malformaciones de Chiari sufran una lesión catastrófica.	Tasa de respuesta del 53%
Regal Ramos ¹⁹ . 2011	Valoración de la capacidad laboral de la malformación de Arnold Chiari tipo I	Revisión sistemática	Elaborar un acercamiento a diferentes aspectos importantes en la valoración de la discapacidad laboral de estos pacientes.	La intensidad de los síntomas no está en relacionada con la agravación de las lesiones.
Mestres et al ²⁰ 2012	Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con una malformación de Chiari tipo I. Estudio piloto en una cohorte de 67 pacientes	Estudio prospectivo cohorte;	Valorar la calidad de vida, la presencia de ansiedad y síntomas depresivos mediante las escalas Sickness Impact Profile en pacientes con MC-I	La calidad de vida fue nula en 6 pacientes, leve en 36, moderado en 17 y grave en 8. Donde se vieron más afectados fue en el trabajo. El 86,6% tenían ansiedad moderada o elevada y el 25,4% síntomas depresivos.

4. DISCUSIÓN

A raíz de los 11 artículos seleccionados para nuestra revisión sistemática, se identificaron los temas de calidad de vida (CV) relacionados con los subtemas de estado biopsicosocial, los cambios físicos y cognitivos; la alteración del sueño, el nivel emocional de estos pacientes, el dolor y el tratamiento de rehabilitación. A partir de ello, hemos generado nuestra discusión.

En el estudio de González et al¹¹, explican que estos pacientes experimentan síntomas que afectan al funcionamiento del cuerpo, causándoles dolores, entre ellos el dolor de cabeza. La finalidad para conseguir aliviar el dolor consistiría en la utilización de la cirugía para la descompresión y/o medicamentos para manejar el dolor¹⁰⁻²⁰. Además, ante lo anterior mencionado, uno de los documentos "Alteraciones del sueño, un síndrome olvidado en los pacientes con malformación de Chiari tipo I."¹⁰, relatan que, a causa del dolor, pueden tener un alto trastorno del sueño; poseyendo el 50% de los usuarios el síndrome apneas-hipopneas del sueño (SAMS) o muerte súbita. Los autores narran, que incluir análisis en parámetros respiratorios nocturnos y optimizar el tratamiento para los síntomas, podría mejorar la CV y el pronóstico de la enfermedad¹⁰. Por lo tanto, destacar que en la revisión de "Chiari Headache"¹² interpretan que el 27% de los usuarios, informaron de sufrir dolor de cabeza y cefalea causada por la maniobra de Valsalva/tos, incrementándolo con dolor de cuello, parestesia y dolor de espalda, ocasionando daños en su estado físico. Le dan bastante importancia al tratamiento quirúrgico, como forma de aliviar el dolor de cabeza, pero recalcan que no se les calmara del todo el dolor; consideran que se necesita más investigación en esta área, para tratar con precisión a este tipo de pacientes¹².

En relación con el nivel emocional, este se ve afectado, no solo por los síntomas psicológicos como, por ejemplo, la ansiedad a raíz de la poca capacidad para conciliar el sueño¹⁰ sino, también, los síntomas físicos generan una decadencia en la persona enferma¹⁰⁻¹². Asimismo, Andrews¹⁵, señala en su estudio, la importancia de indagar las lesiones cerebrales, ya que la vida cotidiana de esos pacientes se ve afectada, puesto que diariamente se tienen que enfrentar a obstáculos del día a día, produciendo consecuencias a sus emociones y a los cambios físicos que sufren¹⁵. Por lo tanto, esta enfermedad no solo afecta al estado físico y emocional, sino también al entorno social y familiar como bien se cita en los artículos que hemos seleccionado^{10-12,15}.

Bendt et al¹⁷, también apoyan lo nombrado en el párrafo anterior, demostrando que los pacientes con malformación de Arnold Chiari (MCA) tienen un complejo conjunto de necesidades físicas, cognitivas y sociales; que deben abordarse para mejorar sus problemas de salud y condiciones de vida. Estos pacientes no solo sufrirán problemas físicos como incontinencia urinaria y fecal, sino, además, problemas biopsicosociales. Por ello, los pacientes con esta patología necesitan mucha atención de su entorno y que sus familiares estén habituados con esta patología, para que de esa manera puedan entenderlos y ayudarlos^{10-12,15,17}.

Además, contamos con el artículo de Martínez et al¹³, que describen que al introducir el perfil de síndrome de Chiari (CSP) al español, se ha creado una herramienta útil y confiable, donde se puede aplicar a estudios de CV en pacientes con MCA. Este instrumento, también permite que se conozcan los síntomas específicos de la patología y realizar un correcto seguimiento de la evolución de los pacientes. Todo ello, nos ayudará a poder evaluar la CV del estado general de la salud del enfermo¹³.

El análisis de "Chiari I malformation—neuropsychological functions and quality of life"¹⁴ ilustran que, para evaluar la calidad y la percepción del cambio físico que sufren estos pacientes antes y después de la operación, se les otorga una escala de ansiedad, depresión y exámenes neuropsicológicos. En dicha evaluación, se demostró que la mayoría de los pacientes tenía un funcionamiento cognitivo dentro del rango normal. Los pacientes informaron un menor nivel de satisfacción con su CV tanto antes como después de la cirugía, aunque el sistema descriptivo indicaba que la CV mejoraba, pero se comprobó, que pre y post de la operación, la ansiedad de estos pacientes era bastante alto, a causa del desconocimiento de su enfermedad. Los autores, encontraron limitado el estudio, por el pequeño tamaño de la muestra de los pacientes y el periodo de seguimiento, dado que no es un diagnóstico común y es difícil seguir prospectivamente un gran número de pacientes¹⁴.

En la revisión de Ramos¹⁹, manifiesta que las valoraciones se deben realizar individualizada, evaluando los síntomas y la intensidad de estos, por lo que hace relevancia en que el tratamiento quirúrgico tiene sus limitaciones, pero que aun así es más favorable que el farmacológico., dando importancia al tratamiento rehabilitador, ya que va encaminada a aliviar el dolor, mejorar el recorrido articular, reeducar el equilibrio y la marcha¹⁹.

Por otro lado, en el artículo "Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con una malformación de Chiari tipo I. Estudio piloto en una cohorte de 67 pacientes"²⁰; se contemplan la importancia a la evaluación de la CV de los enfermos, ya sea para determinar la repercusión de la enfermedad o la respuesta a un tratamiento, pero existen nulos estudios que analizan esta variable en los pacientes afectados. Las limitaciones que se observan es que hay pocos estudios y dificultad la investigación, generando ansiedad ante el desconocimiento de su patología²⁰.

Únicamente, uno de los artículos, "The Risk of Athletes with Chiari Malformations Suffering Catastrophic Injuries during Sports Participation is Low"¹⁸, puntualizan que el riesgo de los deportistas con malformación de Chiari que sufran lesiones catastróficas durante la práctica de cualquier deporte es bajo, por lo que este tipo de paciente puede realizar cualquier actividad física. Aunque, teniendo, siempre en cuenta que padecen esta patología y que en cualquier cambio de su enfermedad se debe parar de realizar el deporte. Además, comenta, que no se puede generalizar, ya que está limitado por la falta de estudios¹⁸.

Hay que destacar que se ha podido evaluar, en dos de los artículos citados, que la ansiedad estaba muchas veces presente por el desconocimiento de los pacientes sobre la patología, tanto antes como después de la cirugía¹⁴⁻²⁰. Junto con otro de los documentos, el cual también menciona la importancia de conocer la patología que padecemos, para obtener mejora en la CV¹⁷. Por lo que, en el escrito de "Chiari type I malformation of infants and toddlers"¹⁶, evidencian, que la falta de estudio hace más difícil que conozcamos cómo afecta esta patología en los adultos, pero mucho más, en saber cómo afecta a los recién nacidos y niños; ya que su falta de comunicación lo hace más difícil, y casi no hay estudios sobre ellos¹⁶. Hacen referencias que son incapaz de conocer con exactitud la forma de dolor que presentan este rango de pacientes, ya que muestran síntomas de una manera diferente: el 75% que presentaron signos de dolor de cabeza, lo revelaron con irritabilidad, llanto inconsolable, agarrarse la cabeza y/o arquear la espalda. El 62,5% con síntomas orofaríngeos y/o respiración como vómitos, atragantamiento, arcada, ronquidos, apnea del sueño¹⁵.

El dolor es un síntoma muy frecuente en esta enfermedad, en concreto el dolor neuropático, aunque en la actualidad se desconoce con exactitud qué medidas son las más oportunas¹¹, González et al¹¹ que explican que existe un "tratamiento" de terapia de aceptación y compromiso grupal (ACT), refieren que resulta útil para este tipo de pacientes, puesto que implica el entrenamiento de los pensamientos, mejorando el funcionamiento emocional físico, aunque es cierto que gestionar el dolor, el afrontamiento y el manejo del dolor no existe muchas opciones¹¹.

Limitaciones de este trabajo: los artículos encontrados son insuficientes en el ámbito de la enfermería, escasez para realizar una revisión sistemática, falta de información sobre el manejo de la CV y asesoramiento a pacientes con Arnold Chiari. Las líneas futuras: van desde investigar más sobre el tema desde el ámbito de la enfermería, ayudar al paciente a realizar su vida diaria con calidad, cooperar en mejorar sus inseguridades y conocer cómo influye la patología al paciente y a su entorno más cercano.

La implicación para la profesión de enfermería que se ha obtenido con la realización de esta revisión sistemática ha sido conocer la gestión del manejo de CV en pacientes con Arnold Chiari de cualquier edad, sexo y en cualquier fase de su enfermedad.

5. CONCLUSIONES

Del análisis de todos los artículos, se extraen las siguientes conclusiones:

1. Para lograr gestionar el dolor y el afrontamiento en los pacientes con Arnold Chiari, es necesario que se sometan a una cirugía, esta consiste, en la ampliación del canal medular.
2. A través de terapias, enseñarles a sobrellevar el dolor y controlar sus emociones, para que, de esa manera, tengan mejor calidad en su vida diaria.
3. Ante la poca existencia de estudios sobre pacientes, durante su nacimiento, su infancia y adolescencia, resulta complejo poder evaluar adecuadamente sus síntomas y genera frustración a sus familiares.
4. La vida laboral de los pacientes con esta patología se verá afectada, si son trabajos de requerimiento físico y mental, ya que el dolor que sufren les dificultará la concentración.
5. Pueden realizar cualquier actividad deportiva, ya que no supondrían dificultades para ellos, pero siempre teniendo en cuenta, que habría que evaluarlos individualmente.
6. Su descanso se ve afectado, por los dolores de cabeza, que no se les alivia con tratamiento farmacológico, por lo que su calidad de vida se ve perjudicada.
7. Existe desconocimiento sobre la evolución de la malformación Arnold Chiari, debido a sus escasos estudios.

REFERENCIAS

- [1] Izquierdo Martínez M, Avellaneda Fernández A. Enfermedades raras: un enfoque práctico. Instituto de Salud Carlos III. . 2004. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/http___gesdoc.isciii.pdf
- [2] Hernández Ruiz I, Soler Cano A. Malformación de Arnold Chiari tipo I: presentación de un caso. Rev. Méd. Electrón.2010; 32(5): 8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v32n5/spu14510.pdf>
- [3] Amado Vázquez ME, García Ramos R, Avellaneda Fernández A, García Ribes M, Barrón Fernández J, Gómez Triguero C, et al. Malformaciones de la unión craneocervical (Chiari tipo I y siringomielia). Documento de Pon consenso" Madrid: Editorial Médica AWWE. 2009. Disponible en: http://www.sen.es/pdf/2010/Consenso_Chiari_2010.pdf
- [4] Lorenzo YV, Álvarez FEA, Ávila MH, Mendoza CDC, Abreu AF, Martín DG. Malformación de la unión craneocervical de Chiari. Presentación de un caso. MediCiego. 2016; 22(2): 68-75. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2016/mdc162j.pdf>
- [5] Moncho D, Poca MA, Minoves T, Ferré A, Rahnama K, Sahuquillo J. Potenciales evocados auditivos del tronco cerebral y somatosensoriales en los pacientes con malformación de Chiari. Rev Neurol. 2013; 56(12): 623-34. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Dulce_Moncho/publication/237070501_Brainstem_auditory_evoked_potentials_and_somatosensory_evoked_potentials_in_Chiari_malformation/links/546508fe0cf2052b509f2ae1.pdf
- [6] Guinto Balanzar G, Zamorano Bórquez C, Domínguez Cortinas F, Aréchiga Ramos NC, Abdo Toro MA. Amigdalopexia cerebelosa en el manejo de la malformación de Chiari de tipo I. Gac Méd Méx. 2007; (2):115- 22. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2007-143-2-115-122.pdf
- [7] Joseph H, Piatt MD. Malformación de Arnold Chiari. 2011. Disponible en: <https://www.rchsd.org/health-articles/malformacin-de-arnold-chiari/>
- [8] Codina L. No lo llame análisis bibliográfico, llámelo revisión sistemática. Cómo llevarla a cabo con garantías: La revisión sistemática y el marco SALSA. Lluís Codina. 2017. Disponible en: <https://www.lluiscodina.com/revisio-n-sistemica-salsa-framework/>
- [9] PRISMA. Prisma-statement.org. 2020. Disponible en: <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>
- [10] Masó AF, Poca MA, De la Calzada MD, Solana E, Tomás OR, Sahuquillo J. Alteraciones del sueño, un síndrome olvidado en los pacientes con malformación de Chiari tipo I. Neurología. 2014; 29(5): 294-304. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485311000144?via%3Dihub>
- [11] Holmes SC, González A, Allen PA, Johnson DM. Utilización de la terapia de aceptación y compromiso grupal (ACT) para abordar el dolor crónico, el afrontamiento y el funcionamiento de pacientes con malformación de Chiari: un ejemplo de caso. Psicología profesional: investigación y práctica. 2019; 50 (5): 296-3.6. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2019-30992-001>
- [12] Mehta A, Chilakamarri P, Zubair A, Kuruvilla D. Dolor de cabeza de Chiari. Informes actuales de dolor y cefalea. 2018; 22 (7): 1-4. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11916-018-0702-8>
- [13] Martínez-Sabater A, Ballestar-Tarin ML, Vazquez-Seoane M, Mari-Avargues L, Saus-Ortega C, del Carmen Casal-Angulo M. Calidad de vida en individuos afectados por la malformación de Arnold Chiari: comparación y validación de un instrumento de medición. Trastornos endocrinos, metabólicos e inmunitarios: objetivos farmacológicos (anteriormente objetivos farmacológicos actuales: trastornos inmunitarios, endocrinos y metabólicos). 2018; 18 (4): 388-396. Disponible en: <https://www.eurekaselect.com/157755/article>
- [14] Almotairi FS, Hellström P, Skoglund T, Nilsson ÅL, Tisell M. Malformación de Chiari I: funciones neuropsicológicas y calidad de vida. Acta neurochirurgica". 2019: 1-8. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00701-019-03897-2>
- [15] Andrews GJ. Girando, lastimando, quieto, asustado: Viviendo espacios de vida con Malformación de Chiari Tipo I. Ciencias sociales y medicina. 2019; 231: 13-21. Disponible en: <https://www.sciencedirect-com.accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S0277953618300303>
- [16] Grahovac G, Pundy T, Tomita, T. Malformación de Chiari tipo I en bebés y niños pequeños. Sistema nervioso del niño. 2018; 34 (6): 1169-1176. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00381-017-3712-7>
- [17] Bendt M, Gabriellsson H, Riedel D, Hagman G, Hultling C, Franzén E et al. Adultos con espina bífida: un estudio transversal de problemas de salud y condiciones de vida. Cerebro y comportamiento.2020; 10 (8): e01736. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/brb3.1736>

- [18] Meehan WP, Jordaan M, Prabhu SP, Carew L, Mannix RC, Proctor MR. El riesgo de que los deportistas con malformaciones de Chiari sufran lesiones catastróficas durante la práctica deportiva es bajo. Revista clínica de medicina deportiva: revista oficial de la Academia Canadiense de Medicina Deportiva. 2015; 25 (2); 133. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4257888/>
- [19] Regal Ramos RJ. Valoración de la capacidad laboral de la malformación de Arnold Chiari tipo I. Medicina y seguridad del trabajo. 2011; 57(222): 95-100. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n222/revision.pdf>
- [20] Mestres i Soler O, Poca Pastor MA, Solana E, Rodoi A, Quintana M, Force Sanmartín E et al. Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con una malformación de Chiari tipo I. Estudio piloto en una cohorte de 67 pacientes. Revista de Neurología. 2012; 55 (3): 148-156. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/53417/1/620598.pdf>

Abordaje enfermero de la mutilación genital femenina, sus consecuencias y los conocimientos actuales. Una revisión sistemática exploratoria

Vanessa Díaz-Hernández^a, María-José Morales-Gázquez^b

^aEstudiante del Grado en Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bProfesora Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

La Mutilación Genital Femenina (MGF) ha sido durante siglos una violación a los derechos de las mujeres en todo el mundo. Esta práctica, que se continúa realizando en muchos países africanos y asiáticos, supone múltiples consecuencias a la mujer, no solo físicos sino también psíquicas. El objetivo de esta revisión ha sido conocer las consecuencias obstétricas y uroginecológicas en mujeres víctimas de MGF que el personal de enfermería debe tener en cuenta, y, por otra parte, conocer si el personal sanitario tiene los conocimientos y actitudes necesarias para atender a esta población. Para llevarlo a cabo, se ha realizado una revisión sistemática exploratoria siguiendo las normas PRISMA y usando el método SALSA framework, donde se han obtenido 13 artículos relevantes para realizar el estudio tras realizar una lectura crítica empleando el *Critical Appraisal Skills Programme Español* (CASPe). Con esta se ha observado que, con respecto a las complicaciones obstétricas, las mujeres con MGF presentan mayor riesgo de cesáreas intraparto y realización de episiotomía, ya que se ha observado que hay sufrimiento fetal. A nivel urológico, estas pacientes son tendentes a infecciones del tracto urinario y a sufrir incontinencia urinaria. Por otro lado, los conocimientos por parte del personal sanitario en los diferentes países son deficientes, a pesar de que muchos aseguran haber atendido a uno o más casos de MGF. Se ha destacado la necesidad de aumentar la investigación para paliar las consecuencias de la MGF, ya que los flujos migratorios provenientes de países con alto riesgo de MGF han aumentado, y el personal sanitario debe saber atenderla y prevenirla.

Palabras clave: circuncisión femenina, enfermería, obstetricia, urología, ginecología, complicaciones del embarazo.

1. INTRODUCCIÓN

Durante siglos la violencia de género ha tenido múltiples formas de llevarse a cabo, tanto de manera verbal como de manera física. Una de estas formas de violencia hacia el género femenino es la práctica de la Mutilación Genital Femenina (MGF), práctica heredada durante generaciones donde se violan los derechos fundamentales de mujeres y niñas, afectando su salud física y mental¹.

Esta práctica, considerada una tradición, se define como un procedimiento que se lleva a cabo, generalmente, en niñas entre 0 a 14 años y, en ocasiones, en mujeres adultas, donde se lesiona de manera no terapéutica los órganos genitales femeninos. Se relaciona con temas religiosos, con la pureza de la mujer, siendo un requisito para el matrimonio, la iniciación a la edad adulta, e incluso, que beneficiará en su salud. En resumen, se trata de un procedimiento de control sobre el cuerpo y la sexualidad de la mujer².

En los últimos años, los movimientos migratorios provenientes de África a costas canarias se han intensificado, así como, la llegada de mujeres víctimas de la MGF en toda su tipología. Es por ello, la importancia del aprendizaje del personal sanitario a la hora de detectar, actuar y prevenir sobre las víctimas de esta mutilación, en especial en el ámbito obstétrico-ginecológico².

Se han clasificado cuatro tipos diferentes de MGF dependiendo de los tejidos extraídos o dañados. A su vez, con el tiempo de estudio en el tema y teniendo en cuenta el grado de gravedad y los riesgos en la salud, estos cuatro tipos se han subdividido^{1,2}.

- Tipo I: en este tipo de MGF se ven implicados el clítoris y/o el prepucio de forma total o parcial. Se puede llevar a cabo una circuncisión, donde se realiza una extirpación del prepucio del clítoris (tipo Ia), y/o una extirpación de ambos, llamada clitoridectomía (tipo Ib).
- Tipo II: se realiza una clitoridectomía total o parcial y corte de labios menores, pudiéndose incluir también los labios mayores (escisión). El tipo IIa, consiste en la amputación de los labios menores exclusivamente. Cuando se realiza la clitoridectomía unida al tipo anterior, hablaríamos del tipo IIb. Y si, se produce una resección a su vez de los labios mayores, tratamos con un tipo IIc.

- Tipo III: se trata del más agresivo. Se realiza un recolocación de los labios menores (tipo IIIa) y/o de los labios mayores (tipo IIIb), con el fin de estrechar o sellar la abertura vaginal, dejando una orificio para la salida de la orina y de la menstruación. Puede ser con o sin clitoridectomía.
A este proceso se le llama infibulación. Por el contrario, la desinfibulación se trata del corte para reabrir la abertura vaginal. Este procedimiento se suele llevar a cabo en la noche de bodas para llevar a cabo el acto sexual, aunque también, dependiendo del orificio que se haya dejado en la infibulación se puede realizar a la hora del parto o para mejorar la salud de la mujer.
En algunas ocasiones, tras la desinfibulación, algunas mujeres son sometidas nuevamente a una infibulación, donde se vuelve a suturar la abertura vaginal.
- Tipo IV: conjunto de resto de prácticas donde se lesionan los órganos genitales femeninos, tales como punciones, cauterización genital o incisiones, entre otras.

Esta práctica se lleva a cabo, principalmente, en el continente africano, aunque países pertenecientes al continente asiático y americano también realizan la ablación femenina³. En cuanto al continente africano, hablamos de alrededor de 30 países ubicados mayormente en zona subsahariana. Entre ellos, Egipto, Sudán, Mali y Somalia, son algunos donde la prevalencia es mayor. Al igual, Omán, Emiratos Árabes Unidos y Yemen, como países del Oriente Medio, e Irak, Irán y Jordania, de la zona sudeste son algunos de los países donde se realiza la MGF en el continente asiático. Por otra parte, encontramos varios grupos étnicos que realizan esta práctica en Europa del Este y América del Sur^{2,3}.

Con el aumento de la migración debido a las crisis producidas en países africanos, la MGF ha pasado de ser algo cultural en algunos países a convertirse en un problema a nivel mundial. Tanto es así, que muchos países, como es el caso de España, han comenzado a elaborar intervenciones y actuaciones para placar las consecuencias de la MGF y prevenirla en las futuras generaciones².

Con los años, la migración a países desarrollados, que tienen por delito la realización de la ablación femenina, y los cambios en las creencias religiosas, las víctimas de MGF han disminuido, pero, a pesar de ello, siguen siendo alrededor de 130 millones de niñas y mujeres las que son sometidas a esta práctica. Además, se estima que cada año en torno a 2 millones de niñas tienen riesgo de que se les realice dicha tradición².

En España, se han redactado múltiples documentos, protocolos de actuación y estudios, dirigidos a los servicios sanitarios con el fin de que estos sepan cómo actuar ante los casos de MGF. Destacamos el “Protocolo para la prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Región de Murcia”⁴ y el documento elaborado por el Servicio Canario de Salud¹: “Atención gineco-obstétrica a la mujer gestante y puerpera en procesos migratorios”. Ambos documentos han sido empleados para la realización de esta revisión.

Cabe destacar la importancia de la realización de estudios acerca de la actuación ante casos de mujeres víctimas de la MGF, tanto como la prevención de futuros casos en niñas de riesgo. Además, el aumento de la migración procedente de estas culturas implica que los profesionales sanitarios del país sean conscientes de en qué consiste, las consecuencias y cómo tratar a este tipo de pacientes.

Con esta revisión se busca conocer las consecuencias de la realización de la mutilación genital en mujeres, concretamente en el ámbito obstétrico y el uroginecológicas, que el personal de enfermería puede encontrar al trabajar con este grupo de pacientes, así como conocer su implicaciones. Para llegar a cumplir los objetivos planteados, se realizó una revisión bibliográfica “¿que respondiera a la pregunta qué consecuencias obstétricas y uroginecológicas debe tener en cuenta el personal de enfermería en pacientes víctimas de MGF?”

2. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión sistemática exploratoria empleando las normas PRISMA ScR⁵ (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR Checklist)) para estructurar la presentación del informe de búsqueda. Se ha basado en el marco de trabajo SALSA⁶ (Search, Appraisal, Synthesis y Analysis) para realizar la organización del trabajo. Este framework permitió agrupar las acciones en cuatro grandes fases. Una primera fase o fase de búsqueda, donde se agruparon los aspectos relacionados con la búsqueda, realizada entre los meses de enero y marzo del año 2023, lo que implicó: creación de la pregunta de investigación, extracción de las palabras clave y los DeCS y MeSH correspondientes, selección de las bases de datos y/o motores de búsqueda y establecimiento de los criterios de inclusión y de exclusión, como, por ejemplo, criterios de inclusión de artículos en español e inglés y con una antigüedad de máximo 5 años (2018-2023). Tras esto se llevó a cabo la búsqueda con acceso a las diferentes bases de datos seleccionadas, utilizando diferentes fórmulas de búsqueda según Tesaurus y con un proceso de cribado. Un ejemplo de fórmula realizada en la base de datos Web of Science, de la que se obtuvieron 7 resultados es: “Female circumcision AND complications AND nurse”.

Se ha empleado el servicio de la biblioteca digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria que ha garantizado el acceso a todos los documentos. Las bases de datos consultadas fueron las siguientes: Faro, Web of Science. Asimismo, se buscó en motores de búsqueda como Pubmed. En la búsqueda he empleado los operadores booleanos AND y NOT. Los Descriptores en Ciencias de la Salud - DeCS, empleados fueron: mutilación genital femenina, matrona, complicaciones, obstétrica, ginecología. Las palabras que se emplearon para obtener resultados en inglés MeSH, fueron: nursing care, female circumcision, midwifery, complications, obstetric, nurse, male, urology. En una segunda fase o fase de evaluación, se seleccionaron los documentos a partir de las búsquedas en las bases de datos mencionadas anteriormente y la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se llevó a cabo una evaluación de la calidad metodológica de los artículos seleccionados, con el fin de garantizar la calidad metodológica de los artículos por el fundamento que estos pueden aportar a las conclusiones de esta revisión. Para ello, se ha empleado una plantilla de evaluación calificada, denominada el método *Critical Appraisal Skills Programe Español (CASPe)*⁷. En la tercera fase o fase de síntesis, los artículos definitivos tras una lectura crítica se resumieron y se agruparon en forma de resultados que se presentan en la Tabla 1. Y, por último, en la cuarta fase o fase de análisis, se empleó un análisis temático inductivo con el fin de analizar los documentos seleccionados.

3. RESULTADOS

Se ha realizado una elaboración propia de un diagrama de flujo basándose en las normas PRISMA, con el fin de plasmar la identificación, cribado e inclusión de los artículos a lo largo de la búsqueda bibliográfica.

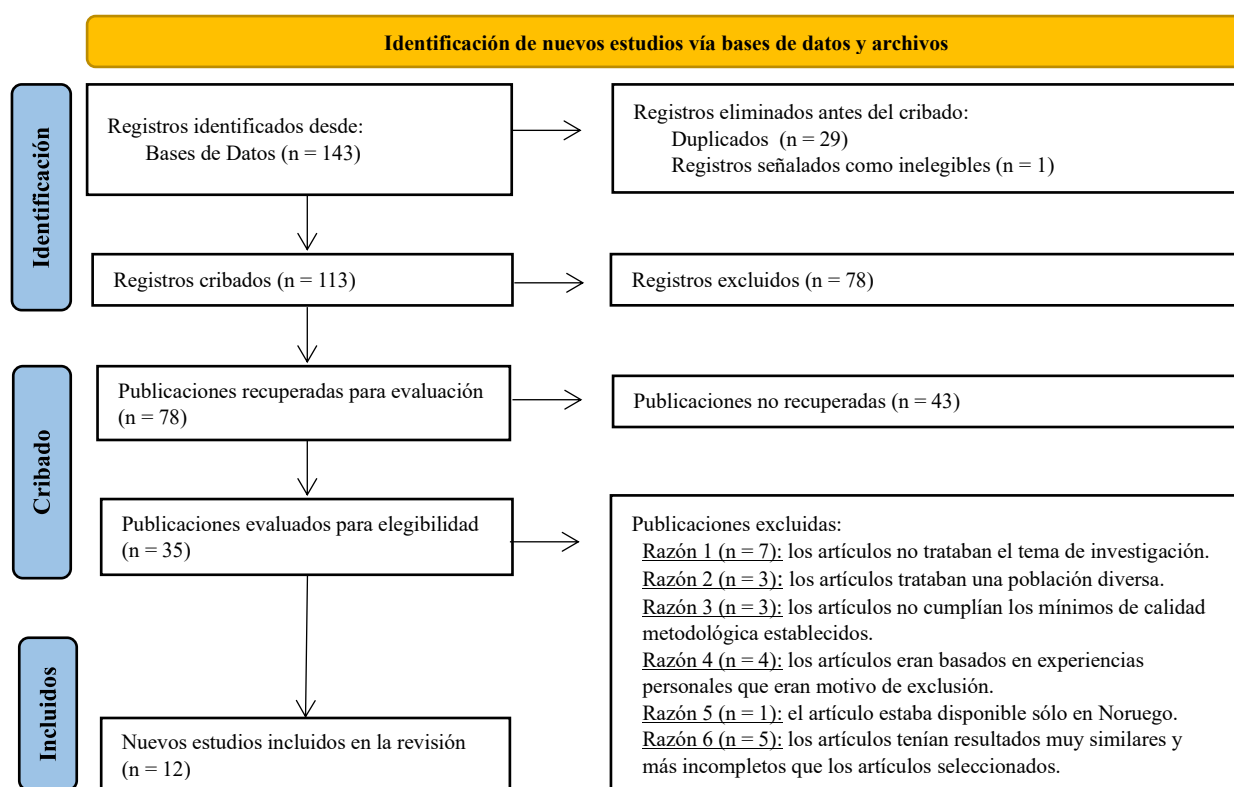


Figura 1. Flujograma de PRISMA⁸

A continuación, se muestra una tabla donde se reflejan los 13 artículos seleccionados, de los cuales 5 son estudios de cohorte, 4 estudios transversales, 1 estudio fenomenológico, 1 caso-control y 1 revisión bibliográfica. Esta última se han empleado debido a la necesidad de completar la información de los estudios empleado

Tabla 1. Resumen de artículos de investigación seleccionados

AUTORES	TIPO DE ESTUDIO	ÁMBITO	OBJETIVOS	RESULTADOS
Yassin K (2018) ⁹	Estudio observacional, analítico y de cohorte prospectivo.	Zona urbana. Ámbito hospitalario. Sudán, África	Evaluar el grado de riesgo a sufrir MGF y el grado de esta, y determinar si el deterioro sexual está relacionado.	- El 67,8% de las mujeres del estudio tenían MGF tipo 3 y el resto MGF tipo 1. - El 76% sufrieron dispareunia como consecuencia sexual. - En cuanto a la primera relación sexual, un 30,4% necesitó cirugía para liberar los labios y un 35,2 tuvo episodio de sangrado tras la relación. Asimismo, el 35,2% tuvieron una disminución de la libido y el 40,9% una disminución de la satisfacción sexual.
			Determinar la conexión entre la MGF y las consecuencias en parto, tras llevar un registro de las pacientes desde el ingreso hasta 6 semanas después del parto.	- Al 76,5% de las pacientes se les realizó episiotomía y un 26,2 sufrieron infecciones debido a la herida de esta. - Un 2,2% experimentaron hemorragias obstétricas. - El 61,7% mostraron problemas a la hora de realizar el examen cervical. - Al 57,8% se le realizó la desinfibulación durante el segundo periodo del parto. - Las consecuencias no variaron significativamente dependiendo del tipo de MGF.
González A (2021) ¹⁰	Estudio observacional, analítico, fenomenológico cualitativo.	Valencia, España.	Examinar casos de mujeres víctimas de MGF en sus países de origen y que, actualmente, residen en países europeos, determinando las consecuencias de esta y evaluando la asistencia sanitaria recibida.	- Las mujeres del estudio dieron mayor relevancia a las consecuencias ginecológicas, urinarias y obstétricas. Además, destacaron consecuencias en su sexualidad y consecuencias a nivel psicológico. - Demonstraron la necesidad de formación y protocolos para atender adecuadamente a las pacientes con MGF.
Taraldsen S (2021) ¹¹	Estudio observacional, analítico y de cohorte.	Zona urbana. Noruega	Evaluar la relación entre la MGF y el riesgo de cesárea en parturientas.	- Las mujeres sin MGF presentaron mayor riesgo de cesárea que las mujeres con MGF tipo III. - Entre las mujeres con MGF aproximadamente en el 50% de los partos hubo sufrimiento fetal. - A un 28% de los partos se les realizó cesárea. - Un 92,9% fue la proporción de la necesidad de realizar operaciones de manera urgente.
			Evaluar si el momento de la realización de la desinfibulación afectaba al riesgo de cesárea.	Las mujeres sin desinfibulación previa al parto presentaron menor riesgo de cesárea en comparación con las mujeres a las que se les realizó antes o durante el embarazo.
Gombau L (2022) ¹²	Estudio observacional, descriptivo y transversal	Zona urbana. Murcia, España.	Enumerar y comparar las complicaciones durante el trabajo de parto en mujeres provenientes de países donde se practica la MGF con los partos de mujeres españolas.	En comparación con las mujeres españolas, las mujeres con MGF presentaban en mayores porcentajes cesáreas intraparto y de emergencia, hemorragias y necesidad de episiotomía, entre otros. Además, en los partos con MGF presentaban mayor riesgo de sufrimiento fetal.
Eshraghi B (2022) ¹³	Estudio observacional, analítico y de cohorte.	Zona urbana. Suecia.	Evaluar la relación entre mujeres primíparas víctimas de MGF y sin ella que hayan tenido su parto en Suecia, con el riesgo de sufrir lesión obstétrica del esfínter anal.	- Las mujeres con MGF sufrieron en mayor medida partos instrumentales y episiotomía. - Las mujeres con MGF tenían en mayor medida en comparación con las mujeres sin MGF, lesiones obstétricas del esfínter anal.
Gebremiche al K (2018) ¹⁴	Estudio observacional, analítico y de cohorte.	Zona urbana. Ámbito hospitalario. Etiopía, África.	Demostrar que las víctimas de MGF tienen mayor riesgo de sufrir múltiples consecuencias durante el parto.	- Las mujeres con MGF tipo I y II sufren menos consecuencias que las que tienen MGF tipo III. - La MGF tipo II y III se asocian con mayor frecuencia a desgarros perineales. - La MGF tipo III supone en más casos trabajo de parto prolongado en el segundo periodo, una puntuación de APGAR menor de 7, la necesidad de cesárea de emergencia y hemorragias posparto.

AUTORES	TIPO DE ESTUDIO	ÁMBITO	OBJETIVOS	RESULTADOS
Bellizzi S (2020) ¹⁵	Estudio observacional, analítico y de caso-control.	Zonas rurales. Mali, África.	Determinar la relación entre la aparición de eclampsia en mujeres embarazadas con MGF y el tipo de esta.	- El 10,2% de las mujeres seleccionadas en el estudio sufrían MGF tipo III. - El 5,9% del total indicaron sufrir signos y síntomas de eclampsia. - La eclampsia se asoció a MGF tipo III.
Moreau C (2020) ¹⁶	Estudio analítico, revisión bibliográfica sistemática y metaanálisis.	Paris, Francia	Identificar las complicaciones maternas y perinatales en pacientes con MGF. Evaluar la diferencia de riesgos entre Europa y África.	- En Europa, las mujeres primíparas tenían mayor riesgo de cesárea y episiotomía. - En África, la consecuencia más común fue la hemorragia posparto. - En ambos ámbitos, las consecuencias más significativas en partos de mujeres con MGF fueron partos instrumentales o cesárea, episiotomía, hemorragia posparto, laceración perineal, Test de Apgar con puntaje bajo y aborto espontáneo.
Kulaksiz D (2022) ¹⁷	Estudio observacional, analítico y de cohorte prospectivo.	Zona urbana. Ámbito hospitalario. Somalia, África.	Evaluar y comparar los partos y sus complicaciones en mujeres con MGF y sin ella. Analizar la necesidad de cuidados intensivos en recién nacidos, debido puntuaciones bajas en el test de APGAR	- Las pacientes con MGF sufrieron en mayores medidas obstrucción en canal de parto, necesidad de cesárea y desgarrs perineales comparado con las mujeres sin MGF. - Los niños nacidos de mujeres con MGF tenían el doble de riesgo de tener APGAR menor de 7, y por tanto, necesitar cuidados intensivos.
Binkova A (2021) ¹⁸	Estudio observacional, descriptivo y transversal.	Zona urbana. Ámbito hospitalario. Geneva, Suiza.	Determinas síntomas psicosexuales en mujeres víctimas de MGF y evaluar los síntomas de la MGF en relación al suelo pélvico y uroginecológicas.	- Las mujeres con puntuajes altos en relación a la sintomatología de problemas en el suelo pélvico eran mujeres que tenían MGF de más de 10 años y nulíparas, entre otras características. - La MGF, destacando la infibulación (tipo III), mostraban afecciones en tracto urinario, debido a la cicatrización y al cambio fisiológico, que provocaban incontinencia urinaria, entre otras.
González A (2018) ¹⁹	Estudio observacional, descriptivo y transversal.	Atención primaria. Valencia, España	Evaluar la información, conocimientos prácticos y actitudes que poseen el personal sanitario de un área de salud a nivel de Atención Primaria	- Menos del 5% de los sanitarios han atendido un caso de MGF. - El 21,8% asegura haber trabajado con población de riesgo. - Alrededor del 15% de los profesionales ha recibido formación para la atención a víctimas de MGF, pero, de ellos, sólo el 22,7% seleccionó el tipo de MGF de forma correcta. - El 6,9% de los profesionales, dijo conocer algún protocolo de actuación de MGF, siendo matronas, pediatras y trabajadores sociales los profesionales más sensibilizados.
Sánchez E (2019) ²⁰	Estudio observacional, descriptivo y transversal.	Zona urbana. Todos los ámbitos sanitarios. España	Determinar la necesidad de formación con respecto a la MGF tras evaluar los conocimientos y experiencias de los profesionales de la salud y el estudiantado de Enfermería.	- El 1,6% de los participantes habían atendido algún caso de MGF. - Más del 80% aseguró tener conocimientos sobre la MGF, pero disminuyó tras la realización de cuestiones sobre el tema. - Más del 80% de los participantes desconocían la existencia de protocolos de actuación ante la MGF.

4. DISCUSIÓN

El análisis de los artículos seleccionados ha permitido identificar diferentes tipos de consecuencias obstétricas y uroginecológicas que afectan a mujeres víctimas de MGF, así como, a sus bebés durante y después del embarazo. Además, por otra parte, también se ha podido obtener información mediante los artículos revisados sobre los conocimientos del personal de enfermería y sus estudiantes.

Complicaciones obstétricas: en el estudio de Yassin et al.⁹, tras tomar un grupo con mujeres con MGF y sin ella, con edades y características sociodemográficas similares, destacó la mayor prevalencia de complicaciones obstétricas y consecuencias a nivel sexual en las mujeres con MGF, que son comunes en la mayor parte de los estudios revisados. Las complicaciones obstétricas más comunes encontradas en este estudio fueron: la necesidad de episiotomía durante el trabajo de parto (76,5% en mujeres con MGF y 30% en mujeres sin MGF), dificultades durante el examen de cérvix (61,7% en mujeres con MGF y 18,4% en mujeres sin MGF) y, sólo en el caso de mujeres con MGF, se les debió realizar la desinfibulación en el segundo período de parto (57,8%). Además, la realización de la episiotomía, en algunos casos, causaba una infección de esta herida (26,5% en mujeres con MGF y 1,1% en mujeres sin MGF).

Asimismo, se nombran varias consecuencias obstétricas donde se destacaban la alta prevalencia de cesárea, en muchos casos de emergencia debido a la asfixia neonatal; lesiones obstétricas del esfínter anal¹³, desgarros perineales, esterilidad, alto riesgo de infección, partos prematuros, abortos espontáneos y hemorragias posparto, que podían llegar a provocar la muerte materna^{10,12,16,17}.

Respecto al neonato, se ha observado un riesgo de distocia de hombros¹⁰, sufrimiento fetal¹², una puntuación de Apgar baja, que hará que el bebé necesite cuidados críticos e incluso podría provocar la muerte^{10,17}. Además, la MGF se ha determinado por la OMS como una causa prevenible de muerte fetal previa a 28 semanas, denominada mortinatalidad¹⁷.

Consecuencias sexuales en mujeres con MGF: se ha destacado bajo deseo sexual, bajo nivel de satisfacción sexual (anorgasmia), así como, relaciones sexuales doloras (dispareunia)⁹. Por otra parte, un estudio de Gonzalez¹⁰, además de nombrar las consecuencias sexuales anteriores, se observaron problemas durante la menstruación de dolores severos y frecuentes (dismenorrea).

A la hora de hablar sobre los tipos de MGF, según Taraldsen¹¹, la tipología no influye en el riesgo de complicaciones obstétricas, pero sí que señala que las mujeres nulíparas sufrían mayores complicaciones en el parto, posiblemente debido a la desinfibulación tras un primer parto. Aunque, por el contrario, Gebremicheal K. et al¹⁴, asociaron significativamente la MGF tipo III a un mayor número de complicaciones obstétricas, tales como una segunda etapa de parto prolongado, realización de cesárea de emergencia, hemorragias posparto y unos bebés con una puntuación de Apgar <7. De igual forma, relacionaron la MGF del tipo II y III con mayor riesgo de desgarro perineal¹⁴. Además, Bellizi et al¹⁵, han asociado directamente los casos de MGF tipo III o infibulación con la eclampsia asociada, que pasa a ser un factor de riesgo en la mortalidad materna intraparto y parto prematuro que aumenta el riesgo de muerte neonatal¹⁵.

Por otra parte, en algunos estudios se ha nombrado el hecho de la realización de la desinfibulación previo al momento del parto¹⁰, en el estudio de Taraldsen¹¹ se observó que esta desinfibulación antes o durante el embarazo disminuía en un 36% el riesgo de llevar a cabo una cesárea.

Otra consecuencia percibida por uno de los estudios revisados se basaba en incidencias en el suelo pélvico, destacando un mayor riesgo de este en mujeres con MGF nulíparas¹⁸.

Consecuencias urológicas: las más destacadas son la disuria, más frecuente en las primeras micciones tras la realización de la MGF, que produce un dolor intenso a la mujer, e infecciones en el tracto urinario muy frecuentes desde el momento de la mutilación^{10,18}. Esta última, se ha relacionado con la MGF del tipo III, la cual tras la realización de la infibulación se puede producir una obstrucción del tracto urinario que conlleva a vejiga hiperactiva e incontinencia urinaria. Se observó que, tras un primer parto vaginal, donde se realizó la desinfibulación, las consecuencias genitourinarias disminuían o incluso se resolvían¹⁸.

Con respecto a los conocimientos en el personal sanitario, en gran parte de los artículos revisados se ha determinado la falta de conocimientos. Se debe destacar la importancia de la formación del personal de enfermería y los estudiantes de esta, no solo para conocer el protocolo de actuación, cómo detectar casos de MGF, así como el tipo de MGF, y cómo prevenirlos, sino también para adoptar actitudes adecuadas a la hora de tratar con este tipo de pacientes, tales como aportar información sobre la MGF a las víctimas y familiares, ya que muchas de ellas han mostrado falta de conocimientos sobre lo que se les ha realizado y de lo que conlleva a nivel de su salud¹⁹.

Muchos de los sanitarios encuestados en el estudio de González, sobrevaloraron sus conocimientos. Sólo menos de un cuarto de los encuestados conocían los tipos de MGF y menos de un décimo distinguieron dónde se realiza esta práctica. Los profesionales sanitarios con mayores conocimientos fueron matronas, pediatras y ginecólogos¹⁹.

En España, existen varios protocolos de actuación ante los casos de MGF orientada a que los profesionales sanitarios actúen de manera adecuada, pero es un bajo porcentaje de sanitarios el que ha afirmado conocerlos²⁰. Es por ello, que cabe destacar, no solo la necesidad de elaboración de nuevos y actualizados protocolos de actuación, sino de su respectiva difusión a todo el personal sanitario de cualquier ámbito de la salud.

5. CONCLUSIONES

Se puede concluir que:

1. Todos los tipos de MGF han presentado mayor riesgo de complicaciones obstétricas y uroginecológicas.
2. La tipología de la MGF influye en la gravedad y frecuencia de las complicaciones obstétricas.
3. Se ha observado que la nuliparidad y el momento de desinfibulación podrían aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas intraparto.
4. En el caso de las complicaciones obstétricas, las mujeres con MGF presentan el doble e incluso el triple de riesgo que mujeres sin MGF, y que estas complicaciones se pueden alargar al posparto.
5. Los bebés de mujeres con MGF tienen mayor riesgo de tener puntaje APGAR menor de 7, y, por tanto, mayor riesgo de necesitar cuidados intensivos.
6. Existe una gran falta de conocimientos por parte del personal sanitario.
7. Los profesionales con mayores conocimientos acerca de la MGF han sido matronas, pediatras y trabajadores sociales, siendo las matronas las profesionales que más demostraron conocer los tipos, los países de mayor riesgo de MGF y su detección precoz.

REFERENCIAS

- [1] Atención ginecoobstétrica a la mujer gestante y puerpera en procesos migratorios [Internet]. Gobierno de Canarias. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f6cbe4b3-ab55-11ec-95aa-ef55e207d918/AtencionGestantesMigrantes.pdf>
- [2] La mutilación genital femenina en España [Internet]. Gobierno de España. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/pdfs/Estudio_MGF.pdf
- [3] Kaplan A, Fàbregas JC, Roca D, Fernández M, Río D, Lacambra G, et al. Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria [Internet]. Zehar.eus. Disponible en: https://zehar.eus/wp-content/uploads/2013/02/mgf_atencion_primaria.pdf
- [4] Molina M, Rodríguez E, Brando I, Morales R, Bastida E, et al. Protocolo para la prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la región de Murcia [Internet]. Gobierno de España. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/MURCIA2017Protocolo.pdf>
- [5] Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018; 169: 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- [6] Codina L. Revisiones de la literatura y cómo llevarlas a cabo con garantías: systematic reviews y SALSA Framework. Lluís Codina [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.lluiscodina.com/revisio-sistematica-salsa-framework/>
- [7] Cabello J. CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier. 2015. Disponible en: <https://redcaspe.org>
- [8] Haddaway N, Page M, Pritchard C, McGuinness L. PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis Campbell Systematic Reviews. 2022;18. <https://doi.org/10.1002/cl2.1230>
- [9] Yassin K, Idris HA, Ali AA. Characteristics of female sexual dysfunctions and obstetric complications related to female genital mutilation in Omdurman maternity hospital, Sudan. *Reproductive Health* [Internet]. 2018;15:1. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=127183573&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- [10] González A, González M, Cano A, Ruiz V. Female Genital Mutilation Consequences and Healthcare Received among Migrant Women: A Phenomenological Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2021. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137195>
- [11] Taraldsen S, Vangen S, Øian P, Sørbye IK. Female genital mutilation/cutting, timing of deinfibulation, and risk of cesarean section. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* [Internet]. 2021;100(4):587-95. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=33719034&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- [12] Gombau L, Almansa P, Suarez M, Molina A, Leal C y Jiménez I. Obstetric Complications in Women from Sub-Saharan Africa—A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2022; 19. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610101>

- [13] Eshraghi B, Hermansson J, Berggren V y Marions L. Risk of obstetric anal sphincter tear among primiparous women with a history of female genital mutilation, giving birth in Sweden. PLoS ONE [Internet]. Diciembre 2022;17(12):1-13. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=161086171&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- [14] Gebremicheal K, Alemseged E, Ewunetu H, Tolossa D, Ma'alin A, Yewondwessen M, et al. Sequela of female genital mutilation on birth outcomes in Jijiga town, Ethiopian Somali region: a prospective cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2018;18(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1937-4>
- [15] Bellizzi S, Say L, Rashidian A, Boulvain M, Abdulkadir J. Is female genital mutilation associated with eclampsia? Evidence from a nationally representative survey data. Reproductive Health [Internet]. 2020; 17(1):1-6. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=143358372&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- [16] Moreau C, Sylla F, Andro A. A systematic review and meta-analysis of the consequences of female genital mutilation on maternal and perinatal health outcomes in European and African countries. BMJ Global Health [Internet]. Diciembre 2020; 5(12). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003307>
- [17] Kulaksiz D, Abdi Nor I, Erin R, Baki Erin K, Toprak T. A prospective cohort study of the relationship of female genital mutilation with birth outcomes in Somalia. BMC Women's Health [Internet]. 2022; 22:1-6. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=158178299&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- [18] Binkova A, Uebelhart M, Dällenbach P, Boulvain M, Gayet A, Abdulkadir J. A cross-sectional study on pelvic floor symptoms in women living with Female Genital Mutilation/Cutting. Reproductive Health [Internet]. 2021;18(1):1-12. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01097-9>
- [19] González A, Ruiz V, González M, Cano A. Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge? BMC Health Services Research [Internet]. 2018;18(1):1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3396-z>
- [20] Soler G, Sánchez E, Fernández A. Mutilación genital femenina: conocimientos del profesional sanitario y estudiantado de Enfermería. Metas de Enfermería [Internet]. 2019; 22. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.22.1003081429>

Monitorización fetal en gestantes de bajo riesgo durante el trabajo de parto

Jeanette China-Rodríguez^a, Ana Vilar-Vázquez^a, Fátima Infante-González^a, Laura Pérez de León^a, Abigail del Pino Mesa-Ávila^a, Isabel-María Yarza-Relaño^b

^aEnfermera Interna Residente. Unidad Docente Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias; ^bUnidad Docente. Servicio Canario de la Salud

RESUMEN

Introducción: El parto es un proceso fisiológico en la vida sexual y reproductiva de las mujeres caracterizado por la aparición de contracciones uterinas regulares y episodios de interrupción transitoria de la oxigenación fetal. La mayoría de los fetos toleran bien este proceso, pero algunos no. El objetivo principal de la monitorización fetal intraparto es evaluar cómo los fetos se adaptan a este proceso e intervenir a tiempo cuando sea necesario para reducir el riesgo de morbilidad fetal. **Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (Cochrane Library, Pubmed, Uptodate) teniendo en cuenta aquellos artículos que cumplieran con los criterios de elegibilidad. **Resultados:** La evidencia disponible no apoya el uso de la monitorización electrónica fetal continua en partos de bajo riesgo ya que se ha asociado a un aumento en la tasa de cesáreas y partos instrumentales sin mejorar la morbilidad fetal, únicamente estableciéndose una disminución en la tasa de convulsiones neonatales en aquellos fetos monitorizados de forma continua. **Conclusiones:** La institucionalización del parto y el avance de las tecnologías ha propiciado que la forma más común de evaluar el bienestar fetal en las salas de parto sea la monitorización electrónica fetal continua, a pesar de que la evidencia científica respalda que la forma más idónea para evaluar el bienestar fetal en embarazos y partos de bajo riesgo es la auscultación intermitente.

Palabras claves: monitoreo fetal, monitoreo fetal electrónico, monitoreo fetal continuo, monitoreo fetal intermitente.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Fundamento

En el año 2007, el Ministerio de Sanidad y Política Social publica el documento "Estrategia para la atención al Parto Normal" donde define parto normal como *"El parto de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre y su bebé se encuentran en buenas condiciones. Entendemos por mujer sana aquella que: no padece una enfermedad o presenta una complicación del embarazo, tales como parto pretérmino, estados hipertensivos del embarazo, crecimiento intrauterino restringido, embarazo múltiple, inducción del parto, etc., que hagan recomendable recurrir a cuidados o intervenciones específicas"*¹.

El deseo de que el parto se lleve a cabo sin complicaciones y el avance de las tecnologías ha propiciado la institucionalización de los partos y el que se realicen intervenciones sin disponer de la suficiente evidencia, llegando a convertirse en prácticas habituales y rutinarias incluso en partos de mujeres sanas sin complicaciones¹.

Un ejemplo de estas prácticas habituales es la monitorización fetal. Ésta es la prueba más utilizada para valorar el bienestar fetal durante el trabajo de parto. A principios del siglo XIX, los latidos fetales se escuchaban colocando la oreja en el abdomen materno, hasta que en 1876 apareció el primer objeto para la auscultación del mismo, el estetoscopio de Pinard. Con el paso de los años, fue creciendo el interés por determinar patrones de frecuencia fetal y, a finales de la década de los 60, se comercializó el primer monitor electrónico para determinar la frecuencia fetal. Éste tenía como objetivo detectar las situaciones de hipoxia y así poder prevenir los resultados adversos perinatales².

Existen, por tanto, diferentes formas de valorar la frecuencia cardíaca fetal: la auscultación intermitente (AI), monitorización electrónica fetal intermitente (MEFI) y la monitorización electrónica fetal continua (MCEF)¹.

La AI consiste en auscultar el latido fetal durante cortos periodos de tiempo sin mostrar el patrón resultante. Puede realizarse con un Estetoscopio de Pinard o con un dispositivo de Doppler fetal. Está indicada en gestaciones de bajo riesgo anteparto y aquellas que no desarrollan factores de riesgo intraparto³.

Los puntos importantes que han de tenerse en cuenta durante la realización de la misma según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son los siguientes:

- Intervalo: auscultar cada 15-30 minutos durante la primera fase del parto (dilatación) y cada 5 minutos durante la segunda fase del parto (expulsivo) ³.
- Duración: cada auscultación debe durar al menos 1 minuto. Debe iniciarse durante la contracción uterina y prolongarse después de ésta. Si la frecuencia cardíaca fetal (FCF) no está dentro de los límites normales (110-160 lpm) debe prolongarse y realizar la auscultación en las siguientes 3 contracciones uterinas ³.
- Registro: registrar la FCF, así como la presencia o ausencia de aceleraciones y desaceleraciones en el partograma y en las notas de la gestante ³.

Además, otras consideraciones a tener en cuenta son: tomar el pulso materno para diferenciarlo del latido fetal, realizarla por un profesional experimentado y donde la razón matrona/gestante sea de 1:1 (cuidados one to one) ³.

La MEFI o monitorización en ventana consiste en realizar una monitorización cardiotocográfica continua en periodos de 20 minutos, cada hora. Puede ser una alternativa cuando no es posible prestar cuidados one to one y, por lo tanto, no se puede realizar una AI ⁴.

La MCEF es una forma electrónica de monitorizar el latido fetal y las contracciones maternas a través de un transductor de ultrasonido que se acomoda en el vientre materno y del cual se puede obtener un registro en papel. Sólo está justificada en partos medicalizados o con patologías (epidural, inducción, uso de fármacos como la oxitocina, patología del bebé o de la madre o en caso de aparición de complicaciones). En caso de su utilización prevalece la inalámbrica para favorecer el movimiento, sobre todo, en aquellas gestantes sin analgesia epidural ⁴.

La MCEF se introdujo con grandes expectativas tales como aportar información exacta y que dicha información fuera útil para el diagnóstico del sufrimiento fetal, siendo así posible detectar y prevenir signos de encefalopatía hipóxico-isquémica, parálisis cerebral y morbilidad fetal. Debido a que estos eventos tienen una baja prevalencia, la monitorización fetal electrónica continua se relacionó con un aumento de la tasa de falsos positivos, aumentando así la tasa de parto instrumental y por cesárea. Es una práctica cuestionada por la evidencia científica pues ha mostrado no aportar beneficios ni mejorar los resultados maternos o perinatales en mujeres de bajo riesgo ⁴.

1.2 Objetivos

El objetivo principal del presente trabajo es conocer la evidencia científica acerca del uso de la monitorización fetal en gestantes de bajo riesgo durante el parto. Como objetivos específicos están: distinguir los tipos de monitorización fetal que existen y evaluar los riesgos y beneficios del uso de los diferentes tipos de monitorización fetal durante el trabajo de parto.

2. METODOLOGÍA

La búsqueda bibliográfica y la extracción de datos se llevaron a cabo siguiendo las directrices PRISMA- ScR.

2.1 Criterios de elegibilidad

Los estudios que investigaban o comparaban los diferentes tipos de monitorización fetal durante el trabajo de parto fueron elegibles para esta revisión (metaanálisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados, estudios retrospectivos y transversales, así como un estudio de tipo cualitativo). La búsqueda se limitó a publicaciones en español e inglés y con fecha de publicación posterior al año 2017. Como criterios de inclusión, los estudios debían incluir a mujeres en trabajo de parto que fueran sometidas a cualquier tipo de monitorización fetal, así como las consecuencias obstétricas y neonatales derivadas de la misma.

2.2 Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos Cochrane Library, Pubmed y Uptodate utilizando las siguientes palabras claves: monitoreo fetal, monitoreo fetal electrónico, monitoreo fetal continuo, monitoreo fetal intermitente. Se procedió a la realización de la búsqueda mediante las palabras claves descritas anteriormente combinadas con los operadores booleanos AND/OR.

La búsqueda se llevó a cabo desde el 20 de febrero al 1 de marzo de 2023.

2.3 Selección de estudios y extracción de datos

En primer lugar, se descartaron los artículos duplicados y aquellos para los que no estaba disponible un resumen. Los títulos y resúmenes fueron analizados para excluir los artículos que no cumplían con los criterios de elegibilidad descritos anteriormente. Finalmente se examinaron los artículos de texto completo para verificar que estaban relacionados con el tema a estudio.

Los datos extraídos incluyeron: autores, año de publicación, ubicación, tamaño de la muestra, diseño del estudio, resultados, efectos adversos y hallazgos principales.

2.4 Datos

Las variables empleadas para llevar a cabo dicho trabajo fueron; el tipo de monitorización fetal empleada, el grado de riesgo de embarazo o durante el parto (bajo o alto riesgo) y las complicaciones maternas y neonatales asociadas a cada tipo de monitorización fetal.

3. RESULTADOS

3.1 Selección de fuentes de evidencia

En la Cochrane Library se obtuvieron un total de 42 resultados, de los cuales se seleccionaron 2 revisiones sistemáticas para dicho trabajo, descartando los 40 restantes por no estar relacionados con el tema a estudio.

En Pubmed se citaron 147 resultados. Tras aplicar el filtro de los últimos 6 años, se obtuvieron 41 resultados, de los cuales 7 fueron seleccionados para el estudio.

Se analizó la actualización en febrero de este mismo año de una revisión publicada en Uptodate en octubre de 2022 sobre la visión general de la monitorización fetal intraparto.

Y, por último, se revisaron las recomendaciones de organizaciones nacionales e internacionales como la OMS, la National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

3.2 Síntesis de resultados

La revisión de la Cochrane publicada en el año 2017 por Alfrevic et al. analizó los resultados de 13 ensayos clínicos aleatorizados donde se incluyeron a más de 37.000 mujeres, en el que se comparó la MCEF con la AI durante el trabajo de parto. Este estudio de calidad metodológica mixta encontró que la MCEF durante el parto se asoció a menor riesgo de convulsiones neonatales (RR 0,50, IC del 95%: 0,31 a 0,80, N = 32.386, 9 ensayos) pero no redujo el riesgo de parálisis cerebral (RR 1,75, IC del 95%: 0,84 a 3,63, N = 13.252, 2 ensayos), ni mortalidad infantil (RR 0,86, IC del 95 %: 0,59 a 1,23, N = 33.513, 11 ensayos) u otros parámetros de salud neonatal. La MCEF, por el contrario, se asoció a mayor riesgo de partos instrumentales (RR 1,15, IC del 95%: 1,01 a 1,33, N = 18.615, 10 ensayos) y cesáreas (RR 1,63, IC del 95%: 1,29 a 2,07, N = 18.861, 11 ensayos) ⁵.

Más recientemente, se ha publicado un estudio retrospectivo elaborado por Heelan-Fancher et al. en Estados Unidos, donde se evidenció que la utilización de la MCEF estaba independientemente asociada a mayor riesgo de cesárea y parto instrumentado ⁶.

Tras el ingreso en la unidad de paritorio, la norma en la mayoría de los hospitales de España es evaluar la FCF durante un mínimo de 20 a 30 minutos, junto con la actividad uterina y las constantes vitales maternas. Sin embargo, una revisión de la Cochrane de ensayos aleatorizados, cuyo objetivo era comparar los efectos de la monitorización continua de ingreso con auscultación intermitente de la FCF en los resultados maternos e infantiles de mujeres embarazadas sin factores de riesgo, halló que, en embarazos de bajo riesgo, esta prueba de admisión no predecía de forma fiable la capacidad fetal para tolerar el trabajo de parto a lo largo del tiempo y no reducía la morbilidad neonatal en comparación con la auscultación intermitente de la FCF. Además, la realización del mismo al ingreso se asoció, aunque no de manera significativa, a un aumento de la tasa de cesáreas en aproximadamente un 20% (RR 1,20, IC del 95 %: 1,00 a 1,44, N= 11 338 mujeres, 4 ensayos) ⁷.

Puesto que la AI es la forma más correcta de valorar el bienestar fetal en gestantes de bajo riesgo según la evidencia, un metaanálisis de 4 estudios quiso comparar el uso del doppler fetal con el estetoscopio de Pinard para la realización de la AI en 8.436 mujeres de bajo riesgo. Entre las mujeres aleatorizadas a los diferentes dispositivos de AI, se detectó un aumento de las alteraciones de la FCF con el uso del Doppler [RR 1,77, intervalo de confianza del 95 %: 1,29-2,3] ⁸.

Teniendo en cuenta que la evidencia científica reporta que la MCEF se ha asociado a multitud de riesgos sin mostrar beneficios aparentes, un estudio transversal publicado por Rosset y colaboradores en el año 2020 quiso estudiar si los profesionales sanitarios trabajaban basándose en la evidencia científica. Este estudio realizado en dos hospitales de Noruega se centró en recopilar datos sobre los métodos de monitorización fetal de 998 mujeres con parto vaginal en 2017 y 2018. En sus resultados afirma que, hoy en día, en la gran mayoría de hospitales se trabaja sin seguir la evidencia científica, ya que no se siguen las recomendaciones para la monitorización fetal intraparto en mujeres de bajo riesgo y la mayoría de ellas reciben monitorización fetal continua ⁹.

Apoyando el estudio anterior, se quiso explorar cuáles eran los factores que influían en la práctica de la monitorización fetal y por qué no se seguían las recomendaciones avaladas por la evidencia científica. Las matronas informaron que las tareas competitivas, las limitaciones de tiempo y la necesidad de realizar múltiples tareas restringían su capacidad para realizar la auscultación intermitente. Como consecuencias negativas de la misma, comentaron las preocupaciones legales. Además, algunos profesionales destacaron que las políticas hospitalarias y el apoyo variable de los equipos de atención inhibieron su uso para la auscultación intermitente ¹⁰. Así mismo, en otro estudio realizado en Estados Unidos a un total de 41 enfermeras, matronas y médicos se observó que la utilización de la AI en partos de bajo riesgo se limitaba por miedo a posibles demandas futuras, entorno clínico con poco personal, protocolos difíciles de interpretar y no apoyo por parte del equipo médico ¹¹.

Este año, se ha publicado además una revisión en Uptodate sobre monitorización fetal intraparto en la que se incluye un metaanálisis con 33 ensayos y más de 118.000 mujeres en el que se estudiaron las diferentes formas de evaluar la FCF durante el parto: AI, MCEF, evaluación del lactato en cuero cabelludo fetal, análisis de pH del cuero cabelludo fetal, oximetría de pulso fetal y análisis del segmento ST fetal. Se observó que ninguno de estos métodos aumentó ni disminuyó la tasa de cesáreas. Al comparar la AI con otros tipos de monitorización fetal se observó que la AI tampoco redujo ni aumentó los resultados adversos neonatales (puntuaciones en test Apgar, acidosis neonatal, ingresos en la unidad de cuidados intensivos o muertes perinatales) y, por otro lado, se asoció a una disminución en la tasa de cesáreas de urgencia¹². Dada la poca evidencia científica disponible sobre la MCEF en el parto, las guías de referencia internacional británicas NICE de monitorización durante el trabajo de parto, actualizadas en 2022, citan que la evidencia no apoya el uso rutinario de la monitorización continua electrónica fetal durante el parto en mujeres con embarazos de bajo riesgo y, por este motivo, no se debería ofrecer, por lo que se establece que la forma más aceptada para valorar el bienestar fetal durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo es la AI¹³. Así mismo, en sus guías de cuidados intraparto para mujeres y bebés sanos publicadas en 2014 y actualizadas en 2022, establecen que no está justificada la valoración inicial al ingreso mediante MCEF¹⁴.

En 2022, la OMS publica unas nuevas recomendaciones para una experiencia de parto positiva con el objetivo de transformar la atención a mujeres y neonatos, para así mejorar su salud y bienestar. En sus recomendaciones en cuanto a la evaluación del bienestar fetal al ingreso citan textualmente en la Recomendación 12: *“No se recomienda la cardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo.”* Así mismo, en la Recomendación 13 exponen lo siguiente: *“Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto”*³.

A nivel nacional, la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad establece en su punto N° 8 sobre monitorización fetal que, tanto la MEFC como la MEFI acompañado de AI son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto con un Grado de Recomendación A. (1) Así mismo, la SEGO defiende que aquellas mujeres con partos de bajo riesgo se emplee la AI como método de evaluación de la FCF y que ésta se realice preferiblemente con un dispositivo de Doppler fetal¹⁵.

4. DISCUSIÓN

Existe una creencia errónea del parto como un proceso patológico que, por consiguiente, conlleva a un aumento del intervencionismo y la medicalización. La monitorización fetal se ha implantado en los hospitales para evaluar el bienestar fetal de forma continuada y así saber cómo el feto está tolerando las contracciones del parto en todo momento.

La evidencia científica respalda que la valoración más correcta de la FCF en gestantes con partos de bajo riesgo es la auscultación intermitente. El uso sistemático de la monitorización fetal electrónica continua de la FCF durante el parto de gestantes de alto o bajo riesgo sólo ha demostrado como beneficio significativo una disminución de las convulsiones neonatales, sin influir en las tasas de mortalidad perinatal y, por el contrario, aumentando las tasas de cesáreas y partos instrumentales^{5-7,12}. De igual modo, diferentes organizaciones nacionales e internacionales como la OMS, la NICE y la SEGO apoyan el uso de la auscultación intermitente en gestantes con partos de bajo riesgo^{3,13-15}. Por este motivo, la monitorización fetal continua solamente debería ofrecerse a mujeres con embarazos de riesgo, dado que es una práctica que no ha demostrado aportar beneficios a las mujeres de bajo riesgo y que tiene riesgos asociados.

La escasez de matronas puede ser el punto de inflexión por el que no se realice la auscultación intermitente, puesto que las cargas asistenciales elevadas no permiten que se puedan ofrecer cuidados one to one, requisito imprescindible para poder ofrecer este tipo de monitorización. Sumado a esto, los diferentes temas logísticos y jurídicos tampoco apoyan la realización de la auscultación intermitente.

Es importante un cambio de paradigma que implique abandonar las prácticas defensivas basadas en el miedo y la medicalización del parto normal y optar por un camino basado en la fisiología y la evidencia científica para brindar cuidados óptimos y de calidad.

Referente a las limitaciones de este trabajo, puede encontrarse la escasez de artículos empleados, al no haber podido acceder a muchos estudios de texto completo y gratuitos. Otra de las limitaciones a destacar es que muchos de los artículos incluidos en las revisiones sistemáticas citadas, son artículos muy antiguos.

5. CONCLUSIONES

La monitorización fetal es la forma más fácil y segura de evaluar el estado fetal durante el trabajo de parto. La evidencia científica publicada al respecto hasta la actualidad concluye que la forma más correcta de monitorizar la FCF durante el

parto en mujeres de bajo riesgo es la auscultación intermitente, ya que la monitorización continua no ha demostrado disminuir las tasas de encefalopatía hipóxico-isquémica, y su aplicación no está exenta de riesgos.

Como línea de investigación futura, sería interesante realizar investigaciones sobre los efectos a largo plazo en el neurodesarrollo de bebés que han sido sometidos a partos instrumentales o por cesárea, así como repercusiones futuras de las madres que también han sido sometidas a este tipo de partos.

REFERENCIAS

- [1] Guía de Práctica Clínica de atención al parto normal. Ministerio de Sanidad. 2010. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
- [2] Jiménez M, Pérez A. El uso de la monitorización fetal durante el parto en gestantes de bajo riesgo. *Matronas Profesión* [online]. 2008; 9 (2): 5-11. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol9n2pag5-11.pdf>
- [3] Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. 2019. Disponible online en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [4] Arnold JJ, Gawrys BL. Intrapartum Fetal Monitoring. *Am Fam Physician*. 2020 Aug 1;102(3):158-167. PMID: 32735438. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32735445/>
- [5] Alfievic Z, Devane D, Gyte GM, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017;2(2), CD006066. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub3>
- [6] Heelan-Fancher L, Shi L, Zhang Y, Cai Y, Nawai A, Leveille S. Impact of continuous electronic fetal monitoring on birth outcomes in low-risk pregnancies. *Birth* (Berkeley, Calif.). 2019; 46(2), 311–317. <https://doi.org/10.1111/birt.12422>
- [7] Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiotocografía versus auscultación intermitente del corazón fetal al ingreso a la sala de partos para la evaluación del bienestar fetal. *Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2017, Número 1. Art. N°: CD005122. DOI: 10.1002/14651858.CD005122.pub5.
- [8] Mdoe PF, Ersdal HL, Mduma E, Moshiri R, Dalen I, Perlman JM, Kidanto H. Randomized controlled trial of continuous Doppler versus intermittent fetoscope fetal heart rate monitoring in a low-resource setting. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2018; 143(3): 344-350. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12648>
- [9] Rosset IK, Lindahl K, Blix E, Kaasen A. Recommendations for intrapartum fetal monitoring are not followed in low-risk women: A study from two Norwegian birth units. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*. 2020;26: 100552. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100552>
- [10] Patey AM, Curran JA, Sprague AE, Francis JJ, Driedger SM, Légaré F, et al. Intermittent auscultation versus continuous fetal monitoring: exploring factors that influence birthing unit nurses' fetal surveillance practice using theoretical domains framework. *BMC pregnancy and childbirth*. 2017;17(1): 320. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1517-z>
- [11] Chuey M, De Vries R, Dal Cin S, Low LK. Perspectivas de los proveedores de maternidad sobre las barreras a la utilización del monitoreo fetal intermitente: un estudio cualitativo. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 2020; 34(1): 46-55. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000453>
- [12] Uptodate [base de datos en internet]. Miller DA. Intrapartum fetal heart rate monitoring: Overview. 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/intrapartum-fetal-heart-rate-monitoringoverview?search=monitorizacion%20fetal&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- [13] National Institute for Clinical Excellence. Fetal monitoring in labor. Clinical guideline [NG229] UK [monografía en internet]. NICE: 2022. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=422950>.
- [14] National Institute for Clinical Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline [NG229] UK [monografía en internet]. NICE 2022. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations>
- [15] Monitorización fetal intraparto. Sociedad Española de ginecología y obstetricia (SEGO). 2005; 48(4): 207-216. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-monitorizacion-fetal-intraparto-13074125>

Pinzamiento tardío de cordón umbilical en cesáreas

Ana Vilar-Vázquez^a, Fátima Infante-González^a, Jeanette China-Rodríguez^a, Abigail del Pino Mesa-Ávila^a, Laura Pérez de León^a, Eduardo Santos-Ruiz^b

^aEnfermera Interna Residente. Unidad docente multiprofesional de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias; ^bUnidad Docente. Servicio Canario de Salud

RESUMEN

Introducción: el pinzamiento tardío de cordón umbilical es una práctica clínica segura y que aporta numerosos beneficios al neonato sin perjudicar a la madre. Diversas organizaciones científicas internacionales avalan este tipo de clampaje de cordón tanto en partos vaginales como por cesárea. El objetivo de este trabajo es conocer la seguridad del pinzamiento tardío en cesáreas para madre y neonato. **Metodología:** se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed y Cochrane, contando como criterios de inclusión los idiomas español o inglés y un año de publicación posterior a 2018. **Resultados:** se contó con 4 estudios para la realización del trabajo. La evidencia disponible apoya la realización del pinzamiento tardío de cordón umbilical en cesáreas, ya que no entraña complicaciones materno-fetales. **Discusión:** existe cierta discordancia entre la literatura en cuanto a las variables de seguridad neonatal de puntuaciones en escala Apgar y hemoglobina, encontrando algunos estudios diferencias significativas entre grupos (pinzamiento tardío o temprano). La pérdida sanguínea materna no se agrava por realizar un pinzamiento tardío, al igual que no existe mayor riesgo de hipotermia neonatal, riesgo de ictericia o ingreso en UCI. **Conclusiones:** el pinzamiento tardío del cordón umbilical en nacimientos por cesárea parece ser un método seguro que no entraña complicaciones materno-fetales y que sí proporciona beneficios al neonato, siendo necesaria su implementación en los centros sanitarios y la realización de más estudios.

Palabras clave: cordón umbilical, sangre fetal, cesárea, clampeo del cordón umbilical.

1. INTRODUCCIÓN

El pinzamiento de cordón umbilical es el acto mediante el cual se produce la separación del neonato de la placenta, tras el periodo expulsivo y durante el periodo de alumbramiento.

1.1 Tipos de pinzamiento de cordón umbilical.

Existen diferentes tipos de pinzamiento de cordón umbilical según el momento de realización de este ¹:

- Pinzamiento precoz/temprano: aquel realizado antes del primer minuto de vida.
- Pinzamiento tardío: según la OMS, es el que se realiza tras pasar mínimo 60 segundos y hasta los 3 minutos de vida del neonato o hasta que el cordón deje de latir. En muchos estudios, esto puede dar lugar a confusión, ya que el tiempo máximo de espera hasta pinzar el cordón varía de unos a otros, no detallando en la mayoría si se puede o no esperar a que cese el flujo sanguíneo.
- Pinzamiento óptimo: nuevo término que define el pinzamiento como aquel que debe ocurrir respetando la fisiología. El flujo de sangre placentaria hacia su receptor, el neonato, debe haber cesado (habiendo transcurrido el tiempo necesario) y el cordón umbilical se torna de color blanco, flácido y no pulsátil.

1.2 Beneficios del pinzamiento tardío del cordón umbilical

En condiciones normales el feto presenta un volumen sanguíneo de 70 ml/kg aproximadamente y la placenta contiene cerca de 45 ml/kg de sangre fetal. Al realizar un pinzamiento tardío del cordón umbilical pueden transfundirse 20-35 ml/kg de sangre, lográndose así un aumento del 50% de volumen sanguíneo fetal ². Esta transfusión placentaria se ve incrementada durante las primeras respiraciones del recién nacido debido a la presión intratorácica negativa generada por el inflado de los pulmones ³.

Según la bibliografía consultada ⁴⁻⁷, entre la que se encuentra una revisión de la Cochrane de 2013 (que incluye 15 ensayos aleatorizados con una muestra de 3911 parejas de mujeres e hijos/as) el pinzamiento tardío u óptimo del cordón umbilical presenta los siguientes beneficios en el neonato:

- Mayor aporte de hemoglobina.
- Menor riesgo de anemia durante el primer año de vida.
- Mayor peso al nacer.
- Menor riesgo de hipoxia en los primeros momentos tras el nacimiento.
- Mayor aporte de células madre.
- Mejor Apgar al minuto de vida.

Además, el pinzamiento tardío de cordón umbilical proporciona mejores habilidades motoras, finas y sociales a la edad de 4 años que indican efectos positivos en el neurodesarrollo a largo plazo ⁸.

Otra importante investigación de la Cochrane (publicada en 2012 y revisada en 2019) ^{9,10} sobre el pinzamiento de cordón en bebés prematuros, con una muestra de 738 neonatos nacidos entre las 24 y las 36 SG constató que en aquellos en los que se realizó un clampaje tardío existe una mejor estabilidad circulatoria y menor riesgo de hemorragia ventricular, enterocolitis necrotizante, necesidad de transfusión sanguínea y reduce riesgo de muerte antes del alta.

Además, recientes estudios como el publicado en Enero de 2023 por Wilander M et al. constata que el pinzamiento tardío no está relacionado con un aumento en los niveles de bilirrubina en neonatos ¹¹.

En cuanto a la madre, existen diferentes ensayos clínicos y revisiones científicas que evaluaron las tasas de hemorragia postparto y necesidad de transfusión sanguínea en madres tras haber practicado el pinzamiento temprano o tardío de cordón umbilical, no encontrándose diferencias significativas entre ambos ¹²⁻¹⁴.

1.3 Justificación

El pinzamiento tardío de cordón umbilical presenta numerosos beneficios y está avalada su realización en nacimientos por cesárea por diferentes organizaciones internacionales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la guía publicada en 2014 sobre el pinzamiento tardío de cordón recomienda para neonatos pretérmino y a término: clampaje tardío de cordón umbilical (entre 1 y 3 min) en todos los nacimientos, tanto vaginales como cesáreas, siempre y cuando el recién nacido no precise asistencia en resucitación neonatal (grado de recomendación fuerte) y el inicio de la resucitación neonatal con cordón intacto mediante la estimulación en la espalda del recién nacido (frotar dos o tres veces), si este no inicia respiración espontánea. Si esto no fuese efectivo, se debe proceder al corte de cordón umbilical (grado de recomendación moderada) ¹.

La Comisión Europea de Estándares de Cuidados para la salud neonatal establece que el pinzamiento del cordón umbilical en criaturas nacidas a término debe realizarse mínimo a los 3 minutos del nacimiento e idealmente cuando el cordón deje de latir. Cuando el parto es por cesárea se recomienda mínimo esperar 1 minuto y reconocen que el pinzamiento óptimo confiere innumerables beneficios a corto y largo plazo para el bebé, dejando claro que no hay evidencia para seguir realizando pinzamiento temprano ¹⁵.

En España, las últimas recomendaciones del Grupo de Reanimación Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología (GRN-SENEO) fueron publicadas en 2021, siendo una adaptación y consenso de las recomendaciones internacionales publicadas en 2020 por el “International Liaison Committee on Resuscitation” (ILCOR): “el pinzamiento tardío del cordón (al menos un minuto) debe ser la estrategia de elección en recién nacidos a término y prematuros de cualquier edad gestacional, nacidos por vía vaginal o cesárea, que no requieran reanimación inmediata” ¹⁶.

1.4 Objetivos

El objetivo principal que se persigue con la realización del presente trabajo es conocer la seguridad del procedimiento de pinzamiento tardío de cordón umbilical en nacimientos por cesárea, tanto para la madre como para el recién nacido. Así mismo, como objetivo secundario se pretende conocer cuáles son los beneficios del pinzamiento tardío del cordón umbilical para el neonato y para la madre.

2. METODOLOGÍA

La búsqueda bibliográfica y la extracción de datos se llevaron a cabo siguiendo los criterios PRISMA-ScR.

2.1 Criterios de elegibilidad

Se establecieron los idiomas español o inglés y un año de publicación posterior a 2018 como restricciones de búsqueda. Esta se basó en artículos cuyo objetivo de estudio fuese la seguridad y beneficios del pinzamiento tardío de cordón umbilical en cesáreas.

2.2 Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de la literatura en Pubmed y Cochrane desde el día 1 de febrero hasta el día 13 de marzo de 2023; utilizando términos Decs, concretamente las siguientes palabras clave: cordón umbilical, sangre fetal, cesárea y clampaje del cordón umbilical (keywords: umbilical cord, fetal blood, caesarean, umbilical cord clamping); combinadas con el uso del operador booleano AND.

2.3 Selección de estudios

En primer lugar, se descartaron los estudios duplicados y aquellos para los que no estaba disponible un resumen. Tras ello, se procedió a la lectura de título y resumen para excluir aquellos estudios que no cumplían con los criterios de elegibilidad descritos anteriormente. Finalmente se procedió a la lectura de texto completo para la verificación de criterios de inclusión e idoneidad para el trabajo.

2.4 Datos

Las variables empleadas para llevar a cabo el presente trabajo fueron: tipo de pinzamiento de cordón umbilical, complicaciones neonatales y maternas, beneficios neonatales y maternos.

3. RESULTADOS

3.1 Selección de fuentes de evidencia

En cuanto a los resultados de la búsqueda bibliográfica, tras la utilización de las restricciones de búsqueda y las palabras clave, se contó con 16 estudios de Cochrane y 19 estudios de Pubmed. Al realizarse el cribado de lectura de títulos y resúmenes de cada uno de ellos, fueron seleccionados 10 artículos para la lectura de texto completo. De estos, 4 estudios fueron escogidos para la elaboración del presente trabajo por la adecuación de su contenido al objetivo de estudio.

3.2 Síntesis de la evidencia

El estudio realizado por Yiyu Quian et al. y publicado en 2019 contó con una amplia revisión de la literatura anterior a la fecha, comparando la seguridad del pinzamiento tardío del cordón umbilical en el parto eutócico y en el parto por cesárea, en términos de niveles de hemoglobina en recién nacido (RN) a término y pretérmino, almacenamiento de hierro en RN, neurodesarrollo neonatal, presión arterial, necesidad de transfusión, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante y enfermedad pulmonar crónica, desarrollo de sistema inmunitario e infeccioso, hipotermia al ingreso del lactante, puntuación Apgar, ictericia y fototerapia y tasas hemorragia postparto maternas, entre otros. Como resultados obtuvieron que el pinzamiento tardío del cordón umbilical era un acto beneficioso para el recién nacido en todos los campos y que rara vez se asoció a puntuaciones de Apgar más bajas, hipotermia neonatal al ingreso, dificultad respiratoria e ictericia grave. Además, el pinzamiento tardío no se asoció a un mayor riesgo de hemorragia posparto ni de transfusión de sangre materna, ni en la cesárea ni en el parto vaginal. Por lo que concluyeron que el pinzamiento tardío del cordón umbilical en recién nacidos a término y prematuros fue un procedimiento de parto sencillo, seguro y eficaz, que debería recomendarse, pero el tiempo óptimo de pinzamiento del cordón sigue siendo controvertido ¹⁷.

S.Purish et al en 2019 publicaron un ensayo clínico titulado “Efecto del pinzamiento diferido frente al inmediato del cordón umbilical sobre la pérdida de sangre materna en el parto por cesárea a término: Un ensayo clínico aleatorizado”. En él, con el objetivo de comparar la pérdida hemática en mujeres sometidas a cesáreas a término, se aleatorizó a una muestra de 113 mujeres que iban a ser sometidas a una cesárea programada a término, entre octubre de 2017 y febrero de 2018 en un hospital de Nueva York. Se dividieron en dos grupos: aquellas cuyos hijos serían sometidos a un pinzamiento a los 15 segundos de nacimiento (temprano) y otros a los 60 segundos (tardío). El valor medio de hemoglobina postoperatoria (variable de objetivo principal del estudio) fue de 10.1g/dl en el grupo de pinzamiento tardío y de 9.8g/dl en el grupo de pinzamiento inmediato, sin encontrarse diferencia significativa, con un cambio de -1,90 g/dl (IC 95%, -2,14 a -1,66) y -1,78 g/dl (IC 95%, -2,03 a -1,54) en los grupos de pinzamiento inmediato, respectivamente (diferencia media, 0,12 g/dL [IC 95%, -0,22 a 0,46]; P = 0,49). El tiempo medio de duración de la intervención quirúrgica fue de 58 min para las mujeres sometidas a un pinzamiento tardío del cordón, frente a 54 min en las mujeres del grupo de pinzamiento precoz. En cuanto a resultados neonatales, se encontró un aumento significativo de los valores de hemoglobina en el grupo de pinzamiento diferido. Los valores medios fueron de 18.1g/dl (IC de 95%: 17.4 a 18.8) para este grupo y de 16.4g/dl (IC de 95%: 15.9 a 17.9) para el grupo de pinzamiento inmediato; obteniéndose una p<0.001. Por lo que, a las 24 y 72h de vida, los RN sometidos a pinzamiento tardío presentaban 1.8mg/dl más de hemoglobina¹⁸.

En EEUU también, en el año 2020, se publicó un estudio piloto sobre la implementación de un protocolo para la práctica de pinzamiento tardío de cordón umbilical en cesáreas, y su seguridad. Se analizaron los siguientes ítems: 1) pérdida de sangre materna estimada por el obstetra al final del procedimiento; 2) puntuaciones de Apgar a los 1 y 5 minutos de vida; 3) 4 temperaturas axilares, la primera tomada a los 30 minutos del parto y cada 30 minutos cada 30 minutos durante 2 horas; 5) nivel de bilirrubina transcutánea a las 24 horas de vida en mg/dL; 6) ingreso en la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) y 7) necesidad de fototerapia antes del alta. La viabilidad se midió evaluando la comodidad del personal y de las madres con la intervención y la capacidad de completar los pasos del protocolo. Se tomó una muestra de 15 mujeres a término, con cesárea programada, con gestaciones únicas de bajo riesgo en las que se realizó la prueba piloto consistente en un pinzamiento tardío; y se comparó con una muestra histórica de otras 15 mujeres con iguales características pero que no habían sido sometidas a este tipo de pinzamiento. El nuevo protocolo fue el siguiente: haber hablado previamente con todo el equipo sanitario que iba a asistir el Nacimiento, calentar dos paños estériles y al Nacimiento colocar uno de ellos en los muslos de la madre, posicionar ahí al RN y utilizar el otro para secarlo. Se realizaría el alumbramiento placentario mientras el bebé estuviese ahí, en los muslos de la madre, y cuando ya se hubiese desprendido la placenta esta se colocaría en una bolsa estéril hermética y se transportaría a ambos (neonato + placenta) a la cuna térmica en donde sería evaluado por el/la pediatra. A los 3 min de haber nacido, se procedería al pinzamiento del cordón umbilical.

En cuanto a los resultados obtenidos, no se encontraron diferencias significativas en las medidas de seguridad materna y neonatal entre los grupos. En la variable materna a evaluar (pérdida de sangre estimada) se obtuvo una media de 697ml para el grupo experimental y 653ml para el grupo control; en la variable neonatal del Apgar, se obtuvo una media de 8.8 al minuto y 8.9 a los 5 minutos en el grupo de pinzamiento tardío y medias de 8.5 y 9 en el grupo de pinzamiento precoz. Así mismo, en la comparación de las temperaturas axilares durante las 2h de vida se obtuvo un p-valor mayor a 0.05, al igual que en la determinación de bilirrubina transcutánea a las 24h de vida (4.3 mg/dl grupo experimental y 5.3 mg/dl grupo control). Por otro lado, hubo un alto nivel de comodidad con el protocolo entre el personal (puntuaciones superiores a 4.2 en una escala tipo Likert de 1 a 5, donde 5 es “muy cómodo”) y hubo satisfacción materna universal. Los autores concluyeron que retrasar el pinzamiento del cordón umbilical en el parto por cesárea extrayendo la placenta y dejando el cordón sin pinzar durante varios minutos parecía seguro en este estudio piloto, y se asoció con una elevada satisfacción materna y comodidad del médico¹⁹.

En cuanto a estudios retrospectivos, se publicó en 2020 una investigación que evaluó el impacto del pinzamiento tardío de cordón umbilical en cesáreas a término en un hospital de tercer nivel, antes y después de la implantación de un protocolo de pinzamiento tardío. El grupo PRE-PROTOCOLO se obtuvo de octubre 2015 a marzo 2016, con una muestra de 416 mujeres (clampaje precoz); y el grupo POST protocolo de octubre 2017 a marzo de 2018 con una muestra de 317 mujeres (clampaje tardío). Las variables maternas a medir fueron: pérdida de sangre materna estimada durante la cesárea, transfusiones de sangre a la madre, hemorragia materna, cambios en la hemoglobina y en el hematocrito. Las variables neonatales a medir fueron las puntuaciones de Apgar al minuto de vida y a los 5 minutos. El resultado principal era la pérdida de sangre estimada en la mujer, encontrándose una disminución estadísticamente significativa en el grupo de pinzamiento tardío ($p=0.04$). El grupo PRE presentó una mayor proporción de pérdida sanguínea de 800-1.000ml (15,9% frente a 10,7%) y de pérdida sanguínea mayor a 1.000ml (4,3% frente al 3,8%), lo que justifica la significación estadística. Por otro lado, no hubo diferencias entre los grupos en ninguno de los resultados hematológicos secundarios: valores de hemoglobina en g/dl (PRE $1,6 \pm 1,0$ frente a POST $1,7 \pm 1,0$ g/dl), valores de hematocrito (PRE $4,9 \pm 3,2$ frente a POST $4,8 \pm 3,1$ g/dl), incidencia de transfusión materna (PRE 2,1% vs. POST 1,6%) o incidencia de hemorragia materna (PRE 12.5% vs. POST 8.8%). En cuanto a resultados neonatales, las puntuaciones Apgar fueron ligeramente inferiores en el grupo POST al minuto de vida (8.0 [8.0–9.0] vs. 9.0 [8.0–9.0], $P=0.035$), pero fueron similares a los 5 minutos de vida ($p=0.38$). Concluyen que la preocupación por el aumento de pérdida hemática materna durante el parto por cesárea tras implementar un protocolo de pinzamiento tardío de cordón no fue apoyada: mientras que la pérdida de sangre estimada fue menor con el pinzamiento tardío, todas las diferencias entre grupos aparentan no tener significación clínica, ofreciendo esto evidencia de que no existe un impacto negativo en las características hematológicas maternas, incluyendo pérdidas hemáticas, derivadas del pinzamiento tardío de cordón umbilical²⁰.

4. DISCUSIÓN

El pinzamiento tardío de cordón en cesáreas no produce mayores tasas de pérdida sanguínea materna, ni cambios significativos en los niveles de hemoglobina. Así lo han descrito los diferentes estudios^{17,18,19}, exceptuando el estudio retrospectivo de Jenusaitis L et al.²⁰ en el cual se obtuvo como resultado una menor tasa de sangre perdida en aquellas mujeres a las que se les había practicado un clampaje tardío.

La bibliografía consultada no considera arriesgado el realizar el pinzamiento tardío de cordón según las variables neonatales estudiadas de hipotermia, ictericia, necesidad de fototerapia e ingreso en UCIn^{17,19}. En cambio, existe cierta discordancia en cuanto a los resultados de las variables de puntuaciones Apgar y de hemoglobina neonatal. El Apgar no obtuvo significación estadística en varios estudios^{17,19} pero sí se encontró una disminución significativa del mismo al minuto de vida en el estudio de Jenusaitis L et al.²⁰ (equiparándose los valores de dicha escala entre los grupos a estudio a los 5 minutos de vida). En cuanto a la determinación de hemoglobina en el neonato, algunos estudios^{17,18} desatacan un aumento significativo de la misma en el grupo de neonatos sometidos a pinzamiento tardío, mientras que otros no encuentran diferencias significativas entre grupos^{19,20}.

Por último, uno de los estudios concluyó que no existe diferencias entre el tiempo dedicado a la cirugía realizando un pinzamiento tardío o uno precoz, ya que los tiempos medios fueron de 58 y 54 min respectivamente, sin significación estadística¹⁸.

5. CONCLUSIONES

El pinzamiento tardío de cordón umbilical en cesáreas presenta múltiples beneficios para el/la recién nacido/a, es apoyado por numerosas organizaciones internacionales y es seguro: no influye en la pérdida hemática materna durante la cirugía ni en las puntuaciones de Apgar, temperatura corporal o ingreso en UCIN del recién nacido (entre otros).

En base a los resultados del estudio, sería conveniente la implementación del pinzamiento tardío de cordón umbilical en los centros sanitarios en los que todavía no se realice, realizando estudios piloto o ensayos aleatorizados para mayor bibliografía futura sobre el tema.

REFERENCIAS

- [1] WHO. Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148793/9789241508209_eng.pdf;jsessionid=39ECFD8742914CC9FE2FA01233974BE9?sequence=1.
- [2] Raju TNK. Timing of umbilical cord clamping after birth for optimizing placental transfusion. *Curr Opin Pediatr*. 2013;25:180-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23407180/>
- [3] Boere I, Roest AAW, Wallace E, Ten Harkel ADJ, Haak MC, Morley CJ, et al. Umbilical blood flow patterns directly after birth before delayed cord clamping. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* [Internet]. 2015;100(2):F121-5. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2014>
- [4] McDonald SJ, Middleton P, Dowse T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Libr* [Internet]. 2013;2015(12). <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd004074.pub3>
- [5] KC A, Rana N, Målqvist M, Jarawka Ranneberg L, Subedi K, Andersson O. Effects of delayed umbilical cord clamping vs early clamping on anemia in infants at 8 and 12 months: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2017;171(3):264–70. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.3971>
- [6] Erickson-Owens D, Mercer J. The Effects of Placental Transfusion on Placental Residual Blood Volume and 24 to 48-hour Hemoglobin and Serum Bilirubin in Term Newborns: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2017; 62(5): 629–630. doi:10.1111/jmwh.12694
- [7] Fogarty M, Osborn DA, Askie L, Seidler AL, Hunter K, Lui K, et al. Delayed vs early umbilical cord clamping for preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Jan;218(1):1-18. doi: 10.1016/j.ajog.2017.10.231. Epub 2017 Oct 30. PMID: 29097178.
- [8] Andersson O, Lindquist B, Lindgren M, Stjernqvist K, Domellöf M, Hellström-Westas L. Effect of delayed cord clamping on neurodevelopment at 4 years of age: A randomized clinical trial: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2015;169(7):631–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0358>
- [9] Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowse T. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012;(8):CD003248. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003248.pub3>
- [10] Rabe H, Gyte GML, Díaz-Rossello JL, Duley L. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 9. Art. No.: CD003248. DOI: 10.1002/14651858.CD003248.pub4.
- [11] Wilander M, Sandblom J, Thies-Lagergren L, Andersson O, Svedenkrans J. Bilirubin Levels in Neonates ≥ 35 Weeks of Gestation Receiving Delayed Cord Clamping for an Extended Time – an Observational Study, *J Pediatr* (2023). Disponible en: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(23\)00022-7/fulltext#secsectitle0085](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(23)00022-7/fulltext#secsectitle0085)
- [12] Mohammad K, Tailakh S, Fram K, Creedy D. Effects of early umbilical cord clamping versus delayed clamping on maternal and neonatal outcomes: a Jordanian study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2021 Jan;34(2):231-237. doi: 10.1080/14767058.2019.1602603. Epub 2019 Apr 15. PMID: 30931665.
- [13] Qian Y, Ying X, Wang P, Lu Z, Hua Y. Early versus delayed umbilical cord clamping on maternal and neonatal outcomes. *Arch Gynecol Obstet*. 2019 Sep;300(3):531-543. doi: 10.1007/s00404-019-05215-8. Epub 2019 Jun 15. PMID: 31203386; PMCID: PMC6694086.
- [14] McDonald SJ, Middleton P, Dowse T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.
- [15] EFCNI, Andersson O, Schlembach D. European Standards of Care for Newborn Health: Cord Management at the delivery of term infants. Disponible en: <https://newborn-health-standards.org/standards/standards-english/birth-transfer/cord-management-at-the-delivery-of-term-infants/>
- [16] Zeballos Sarrato G, Avila-Alvarez A, Escrig Fernández R, Izquierdo Renau M, Ruiz Campillo CW, Gómez Robles C, et al. Guía española de estabilización y reanimación neonatal 2021. Análisis, adaptación y consenso sobre las

- recomendaciones internacionales. *An Pediatr (Engl Ed)* [Internet]. 2021;96(2):145.e1-145.e9. Disponible en: <https://www.seneo.es/images/site/Guia-espanola-de-estabilizacion-y-reanimacion-neonatal2021.pdf>
- [17] Qian Y, Ying X, Wang P, Lu Z, Hua Y. Early versus delayed umbilical cord clamping on maternal and neonatal outcomes. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;300(3):531–543. doi: 10.1007/s00404-019-05215-8
- [18] Purisch SE, Ananth CV, Arditi B, Mauney L, Ajemian B, Heiderich A, et al. Effect of delayed vs immediate umbilical cord clamping on maternal blood loss in term cesarean delivery: A randomized clinical trial: A randomized clinical trial. *JAMA* [Internet]. 2019;322(19):1869–76. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2019.15995>
- [19] Welsh S, Elwell J, Manister NN, Gildersleeve RK. Implementing delayed umbilical cord clamping in cesarean birth using a novel method: A pilot study of feasibility and safety. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2020;65(1):109–18. <http://dx.doi.org/10.1111/jmwh.13075>
- [20] Jenusaitis L, Keplinger KB, Dean K, Madan I, Sheperd JP. Impact of a delayed cord clamping protocol on maternal and neonatal outcomes in patients undergoing term cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2022;35(23):4607-11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33287591/>

Atención a mujeres con mutilación genital femenina durante la gestación y el proceso de parto

Fátima Infante-González^a, Ana Vilar-Vázquez^a, Jeanette Chinea-Rodríguez^a, Laura Pérez de León^a,
^aAbigail del Pino Mesa-Ávila^a, ^bIris Trillo-Pérez^b

^aEnfermera Interna Residente. Unidad docente multiprofesional de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias; ^bUnidad Docente. Servicio Canario de Salud

RESUMEN

Introducción: La mutilación genital femenina es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas. Supone un riesgo para la salud física y psicológica, teniendo consecuencias relevantes a nivel obstétrico-ginecológico. El objetivo de este trabajo es conocer cuál es el manejo más recomendado en los casos de MGF en una mujer gestante, durante el proceso de parto, según la evidencia científica más actualizada. **Metodología:** se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de la literatura en Pubmed, Cochrane y Up To Date, contando con los criterios de inclusión de idioma español o inglés y año de publicación posterior a 2017. Tras la lectura de texto completo de 8 artículos, fueron escogidos 4 estudios para la elaboración del presente trabajo: dos revisiones bibliográficas y dos estudios retrospectivos. **Resultados:** las mujeres con MGF tienen peores resultados obstétricos durante el proceso de parto y postparto y se recomienda el proceso de desinfibulación en aquellas mujeres con MGF tipo III. **Discusión:** lo constatado por la literatura científica se ve reflejado en las recomendaciones de muchas organizaciones científicas como la OMS, la SEGO y la NICE. El momento de realización de la desinfibulación sigue siendo controvertido. **Conclusiones:** la MGF es un problema universal predominante en el continente africano pero que está presente también en nuestro entorno. Existe evidencia científica sobre las consecuencias y problemas de salud para estas mujeres en el proceso de parto.

Palabras clave: Circuncisión Femenina, mujeres embarazadas, parto obstétrico, complicaciones del trabajo de parto.

1. INTRODUCCIÓN

Unicef afirma que, en la actualidad, alrededor de 200 millones de mujeres y niñas han sido sometidas a algún tipo de mutilación genital femenina (MGF) ¹. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) esta práctica comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos ².

Es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas, reflejando una desigualdad entre los sexos muy arraigada. Constituye una forma extrema de discriminación hacia la mujer y una violación de los derechos del niño, pues es practicada casi siempre en la infancia. Asimismo, viola los derechos a la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho a no ser sometido a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la vida en los casos en que el procedimiento acaba produciendo la muerte ².

1.1 Tipos de MGF

La MGF se clasifica en cuatro tipos principales, según la OMS:

- *Tipo I:* resección parcial o total del glande del clítoris y/o del prepucio/capuchón del clítoris.
- *Tipo II:* resección parcial o total del glande del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.
- *Tipo III o infibulación:* estrechamiento de la abertura vaginal, que se sella procediendo a cortar y recolocar los labios menores o mayores, a veces cosiéndolos, con o sin resección del prepucio/capuchón del clítoris y el glande del clítoris (tipo I).
- *Tipo IV:* todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos con fines no médicos (punciones, perforaciones, incisiones, raspados o cauterizaciones de la zona genital) ^{2,3}.

Cabe destacar el término desinfibulación que se refiere a la técnica consistente en practicar un corte para abrir la abertura vaginal sellada de una mujer previamente sometida a infibulación, lo que suele ser necesario para mejorar su estado de salud y bienestar, así como para permitir las relaciones sexuales y/o facilitar el parto vaginal ².

1.2 Aspectos culturales

Los motivos por los que se practica difieren de una región a otra y de una época a otra, aunque responden a una mezcla de factores socioculturales vehiculizados por las familias o comunidades, incluso llegando a suponer la exclusión social y la desaprobación por parte de la comunidad si no se realiza ².

Está asociada a modelos culturales de feminidad y recato, portadores de la idea de que las niñas son puras y hermosas una vez que eliminan de su cuerpo aquellas partes que se consideran impuras o no femeninas. En muchas comunidades tiene como objetivo asegurar la virginidad antes del matrimonio, existiendo la convicción de que reduce la libido de la mujer y ayuda así a resistir la tentación de relaciones extraconyugales, por tanto, aumenta las posibilidades de encontrar marido ^{2,3}. Es preciso destacar que no hay escritos religiosos que prescriban su práctica, aunque quienes la llevan a cabo suelen creer que tiene un respaldo religioso ².

1.3 Países en los que se practica

Con respecto a dónde se lleva a cabo la práctica de la MGF, son 31 países los que ofrecen datos oficiales sobre su prevalencia, 27 de ellos africanos (principalmente África subsahariana) y 4 países asiáticos (Irak, Yemen, Islas Maldivas e Indonesia). A ellos se suma Zambia que aporta datos a través de encuestas nacionales y otros 60 países en los que se han documentado casos ¹.

1.4 Prevalencia en España y Canarias

Según los datos del Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España actualizado en el año 2021, residían en España 286.343 habitantes provenientes de países en los que se practica la MGF. Específicamente en relación a la población femenina, más de 80.282 mujeres y niñas residen en España con etnias que practican tradicionalmente la MGF, un 16,2% mayor en comparación con la actualización anterior del año 2016 ⁴.

En cuanto a la distribución territorial, casi un tercio de la población con origen MGF reside en Cataluña, con más de 90.000 habitantes, siendo Comunidad de Madrid la 2ª comunidad autónoma con mayor población femenina originaria de países en los que se practica la MGF y seguida de Andalucía, Comunidad Valenciana, País Vasco, y Canarias ⁴.

En la comunidad autónoma de Canarias residen unas 5000 mujeres procedentes de esos países; concretamente de Senegal, Mauritania, Nigeria, Guinea y Guinea-Bisau. Cabe destacar que en esta comunidad reside un 42% de toda la población femenina de origen mauritano de España y que más de una cuarta parte de las mujeres de origen de MGF que residen en Canarias, lo hacen en el municipio de Las Palmas de Gran Canaria. De los seis municipios con mayor presencia de mauritanas en España, cinco pertenecen a la provincia de Las Palmas ⁴.

1.5 Consecuencias para la salud

La MGF impacta de forma negativa en la salud y bienestar de mujeres y niñas, y conlleva riesgos obstétricos, sexuales y psicológicos ^{3,5}.

En cuanto a las complicaciones a corto plazo se encuentran la inflamación del tejido genital, dolor severo, hemorragias, shock, infecciones del tracto urogenital, retención urinaria, infección o mala cicatrización de la herida e incluso la muerte por hemorragia severa o septicemia. A largo plazo puede ocasionar dolor crónico vulvar o del clítoris, infecciones genitales crónicas, prurito y flujo vaginal anormal producido por infecciones crónicas del tracto genital, alteraciones menstruales (dismenorrea, menstruaciones irregulares y dificultad para el paso de la sangre menstrual), disuria e infecciones recurrentes del tracto urinario ⁵.

Referente a los riesgos sexuales puede aparecer dispareunia (empeora con el tipo III), disminución de la satisfacción sexual, reducción del deseo sexual y la excitación, disminución de la lubricación durante las relaciones sexuales e incluso, reducción de la frecuencia del orgasmo o anorgasmia ⁵.

Los riesgos psicológicos que pueden encontrarse son los trastornos de ansiedad, depresión y trastornos de estrés postraumático ⁵.

En cuanto a los riesgos obstétricos en el proceso de parto, se encuentra el trabajo de parto prolongado, mayor riesgo de desgarros / laceraciones perineales, parto instrumental, episiotomías, hemorragia posparto, estancias más prolongadas en el hospital, muerte fetal o muerte neonatal, reanimación infantil en el parto y mayor tasa de cesáreas ⁵.

1.6 Justificación

Los organismos internacionales y regionales de derechos humanos consideran la MGF como una violación extrema de los derechos de las mujeres y niñas. Los movimientos migratorios han hecho que los profesionales sanitarios de todo el mundo se encuentren con casos en su experiencia profesional, y organizaciones como el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) defienden que todos los hospitales deben tener profesional especializado en el manejo de las mujeres con MGF y considera obligatoria la formación en este tema ⁶.

Varios estudios descriptivos transversales acerca del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre MGF entre los profesionales sanitarios de diferentes regiones de España, llegan a la conclusión de que existe un desconocimiento sobre aspectos importantes relacionados con la MGF entre el personal sanitario, lo que supone una limitación para detectar los

casos de riesgo y desarrollar acciones encaminadas a prevenir y erradicar la MGF. Son necesarios más programas de formación para mejorar las habilidades de los profesionales sanitarios en el campo de la MGF ^{7, 8, 9}.

A nivel estatal, en España existe un “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina”, elaborado en 2015 por el Ministerio de Sanidad. En él, entre otros, existen apartados dedicados a la atención durante el embarazo, cuidados tras el parto, complicaciones obstétricas y postparto, el tratamiento quirúrgico de las secuelas de la MGF y la técnica de desinfibulación ⁵. Por otro lado, el Servicio Canario de la Salud junto con el Gobierno de Canarias presentaron en el año 2022 un programa asistencial denominado “Atención gineco-obstétrica a la mujer gestante y puérpera en procesos migratorios” que incluye un apartado específico destinado a establecer la asistencia ante la mutilación genital femenina en la mujer gestante ¹⁰.

1.7 Objetivos

El objetivo principal del presente trabajo es determinar cuál es la forma más recomendada de atender a una mujer gestante con algún tipo de MGF durante el proceso de parto, según la evidencia científica más actualizada. Así mismo, como resultado secundario se pretende conocer cuáles son los efectos obstétricos en el parto de mujeres con algún tipo de mutilación genital.

2. METODOLOGÍA

La búsqueda bibliográfica y la extracción de datos se llevaron a cabo siguiendo los criterios PRISMA-ScR.

2.1 Criterios de elegibilidad

Se establecieron como restricciones de búsqueda los artículos en idioma español o inglés y con un año de publicación posterior a 2017. Como criterios de inclusión los estudios debían incluir a mujeres embarazadas con mutilación genital y la atención que recibieron durante el parto según el tipo de MGF, así como las consecuencias obstétricas.

2.2 Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de la literatura en Pubmed, Cochrane y Up To Date hasta el día 3 de abril de 2023. Inicialmente se realizó una amplia búsqueda preliminar en las bases de datos de estudios relacionados con MGF y la atención a las mujeres durante el proceso de parto. Posteriormente, se realizó una búsqueda más restringida con términos Decs, utilizando las siguientes palabras clave: circuncisión femenina, mujeres embarazadas, parto obstétrico y complicaciones del trabajo de parto, combinadas con los operadores booleanos AND y OR. Además, se comprobaron las listas de referencias de los estudios y revisiones, en busca de informes de otros estudios relevantes.

2.3. Selección de estudios

En primer lugar, se descartaron los estudios duplicados y aquellos para los que no estaba disponible un resumen. Tras la lectura de los títulos y resúmenes se excluyeron los artículos que no cumplían con los criterios de elegibilidad descritos anteriormente. Finalmente, se examinaron los artículos de texto completo para verificar si cumplían con los criterios de inclusión.

3. RESULTADOS

3.1. Inclusión de estudios

En cuanto a los resultados de la búsqueda bibliográfica, en un primer momento se obtuvieron un total de 234 artículos no duplicados. Tras la utilización de las restricciones de búsqueda y las palabras clave, se contó con 3 resultados de Cochrane, 11 resultados de Pubmed y 1 en Up to Date. Al realizarse el cribado de lectura de títulos y resúmenes de cada uno de ellos, fueron seleccionados 8 artículos para la lectura de texto completo. De estos, 4 estudios fueron escogidos para la elaboración del presente trabajo por la adecuación de su contenido al objetivo de estudio.

3.2. Resultados de los estudios seleccionados

Los autores de la última revisión de la literatura de UpToDate sobre MGF, publicada este año, sugieren con un grado de recomendación 2C que en los casos de MGF tipo III, se realice el proceso de desfibulación previo a la gestación, previniéndose complicaciones durante el parto vaginal y posibilitando la realización de exploraciones vaginales, puesto que la otra opción sería realizar tactos rectales pero actualmente la mayoría de los profesionales sanitarios no tienen experiencia suficiente para el uso de esta técnica y sería mucho más incómodo para la mujer. Se recomienda que, si no se ha realizado previo al embarazo, se haga en el segundo trimestre. En cuanto al proceso de reinfibulación, muchas mujeres lo solicitan inmediatamente tras el parto, pero se debe desaconsejar totalmente ¹¹.

Todo lo descrito anteriormente se debe a que según estos autores las gestantes con MGF tipo II y III, tienen un riesgo significativamente mayor de parto por cesárea, hemorragia posparto y estancia hospitalaria prolongada, en comparación con las mujeres sin MGF. Los riesgos son mayores en las embarazadas con MGF tipo III que en las de tipo II. En general, las gestantes con cualquier tipo de MGF presentan tasas más elevadas de episiotomía y desgarros perineales ¹¹.

Esu E. et al. publicaron en el año 2017 una revisión sistemática y metaanálisis sobre los efectos de la desinfibulación anteparto e intraparto en los resultados del parto en mujeres con MGF tipo III. Para ello, realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos principales: Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL), MEDLINE, Scopus, Web of Science, ClinicalTrials.gov, LILACS y Psycinfo hasta agosto del año 2015. Incluyeron estudios de mujeres embarazadas con MGF tipo III que fueron desinfibuladas antes del parto o durante el mismo. Identificaron 3051 registros a partir de la búsqueda en las diferentes bases de datos, seleccionando finalmente dos estudios que cumplían los criterios de inclusión. Ambos estudios se realizaron en Reino Unido, eran de tipo retrospectivo y con un riesgo de sesgo moderado. Uno de ellos era un estudio de casos y controles y el otro un estudio observacional. Los datos procedían de los historiales médicos de los hospitales y las participantes eran predominantemente mujeres africanas inmigrantes. En cuanto a los resultados obstétricos no se encontraron diferencias significativas entre la desinfibulación anteparto e intraparto en cuanto a la duración del trabajo de parto, laceraciones perineales, episiotomías y hemorragia postparto. Sin embargo, las tendencias muestran un beneficio en cuanto a la realización del procedimiento de desinfibulación, en comparación con no hacerlo. Estos autores llegan a la conclusión de que se necesitan estudios más amplios y con mayor poder estadístico para obtener evidencia concluyente sobre los efectos relativos del mejor momento para la desinfibulación en las mujeres gestantes con MGF tipo III ¹².

Kemal Akpak y Yilmaz publicaron en el año 2020, un estudio de cohortes retrospectivo realizado en el Hospital de Formación e Investigación de Nyala, Sudán-Turquía, titulado “The impact of female genital mutilation/cutting on obstetric outcomes and its management”, en el que se comparó un grupo de mujeres con MGF con un grupo control sin MGF, utilizando los criterios de inclusión de: edad mayor a 18 años, presentación cefálica, embarazo a término y feto único. Se incluyeron un total de 220 mujeres, cada grupo estaba formado por 110 mujeres embarazadas (grupo con MGF y grupo de control). Según los tipos de MGF: un 27,27% eran del tipo I, un 36,36% del tipo 2 y del tipo III un 36,36%. En los resultados obstétricos se pudo observar que en el grupo de mujeres con MGF hubo un aumento significativo de la segunda fase del parto, se produjeron más cesáreas de urgencia, lesiones periclitorales (sobre todo en el tipo III) y se realizaron mayor número de episiotomías. En cambio, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos con respecto a los resultados neonatales. Por tanto, estos autores concluyen que la MGF está asociada a malos resultados obstétricos y que deben ser atendidas por profesionales sanitarios experimentados en función del tipo de MGF ¹³.

Ese mismo año, Rouzi et al. se plantearon la hipótesis de que los resultados obstétricos no serían diferentes si comparaban las mujeres con MGF tipo III a las que se les había realizado el proceso de desinfibulación durante el parto con las mujeres sin MGF o con otros tipos de MGF. Para ello, llevaron a cabo un estudio retrospectivo, en el que se revisaron las historias clínicas de todas las mujeres somalíes y sudanesas que tuvieron un parto vía vaginal en el Hospital Universitario Rey Abdulaziz, Jeddah, Arabia Saudí, entre enero de 2012 y diciembre de 2016. Durante el periodo de estudio, 1086 mujeres somalíes y sudanesas parieron en dicho hospital, de las cuales 631 mujeres tuvieron un parto vía vaginal y 455 (42%) por cesárea (ninguna de ellas se indicó por la MGF si no por otros motivos obstétricos). Del total de mujeres con parto vía vaginal, 170 (27%) tenían MGF de tipo III y se les había realizado la desinfibulación durante el parto, sin que se produjera ninguna rotura espontánea de la cicatriz de la infibulación, antes del procedimiento de desfibulación previsto en el momento de la coronación de la cabeza fetal ¹⁴.

En cuanto a los resultados obstétricos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en el inicio del parto, la duración de la fase del parto, la realización de episiotomía, los desgarros vaginales, la necesidad de transfusión sanguínea ni en la duración de la estancia hospitalaria. Sin embargo, hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en cuanto al parto instrumental y la pérdida sanguínea. Hubo más partos instrumentales (9,1 frente a 1,2%, $p < 0,001$) y mayor pérdida de sangre (293,6 frente a 248,7 ml, $p = 0,040$) en las mujeres sin MGF o con otros tipos de MGF. Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en cuanto a los resultados neonatales. Estos autores concluyen que la desfibulación durante el parto es un procedimiento quirúrgico menor eficaz que debería formar parte del arsenal de los profesionales sanitarios que tratan a mujeres con MGF de tipo III ya que puede reducir las consecuencias para la salud en comparación a si no se realiza ¹⁴.

4. DISCUSIÓN

La literatura científica consultada constata que las mujeres con MGF tienen peores resultados obstétricos durante el proceso de parto y postparto ^{11,12,13,14} y el momento de la desinfibulación en mujeres embarazadas sigue siendo controvertido ¹². Esto también se ve reflejado en las recomendaciones de muchas organizaciones científicas.

La OMS se posiciona frente al uso de la desinfibulación para prevenir y tratar las complicaciones obstétricas y facilitar el parto y, a la información de esta, tanto para los profesionales sanitarios como para las mujeres y niñas que han sufrido MGF. Además, aconseja la realización de intervenciones en salud mental y en salud sexual. Dado que tanto la desinfibulación anteparto como la intraparto parecen ser comparables en términos de resultados obstétricos, la decisión

sobre el momento de realizar el procedimiento debe basarse en los siguientes factores contextuales: la preferencia de la mujer, el acceso a los centros de salud, el lugar del parto y el nivel de conocimientos del personal sanitario ¹⁵. En la misma línea la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) postula que las mujeres infibuladas deben someterse a una desfibulación para resolver las complicaciones a largo plazo, puesto que esta técnica ha demostrado ser eficaz y está desprovista de complicaciones mayores asociadas ¹⁶. La NICE (National Institute for Health and Care Excellence) en el caso de las mujeres con MGF de tipo 3, en las que es poco probable que se pueda realizar una evaluación vaginal adecuada durante el parto, se debe recomendar la desinfibulación prenatal, en torno a las 20 semanas de gestación. Sin embargo, las mujeres pueden preferir la desinfibulación durante el parto, ya que es la práctica habitual en algunos países donde la MGF es frecuente. Además, se debe informar a las mujeres de que la reinfibulación no se llevará a cabo en ningún caso ¹⁷.

5. CONCLUSIONES

La mutilación genital femenina es una violación de los derechos humanos, la salud y la integridad de las niñas y las mujeres, un problema universal predominante en el continente africano pero que está presente también en nuestro entorno. Existe evidencia científica sobre las consecuencias y problemas de salud en las mujeres en el proceso de parto, tales como parto prolongado; mayor tasa de episiotomía, desgarros, parto instrumental, cesáreas; hemorragia postparto y estancia hospitalaria prolongada. En aquellas con MGF tipo III el procedimiento recomendado es la desinfibulación, aunque existen discrepancias en cuál es el mejor momento para realizarlo si anteparto o intraparto.

La atención sanitaria a las mujeres gestantes con MGF debe realizarse por parte de profesionales formados adecuadamente para proporcionar una asistencia de calidad y disminuir las complicaciones de salud.

REFERENCIAS

- [1] UNICEF. Female Genital Mutilation. At least 200 million girls and women alive today living in 31 countries have undergone FGM. 2022. Disponible online en: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>.
- [2] WHO. Female Genital Mutilation. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.
- [3] WHO. Guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549646>.
- [4] López-Gay A, Kaplan Marcusan A, Ajenjo Cosp M. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2021. Servicio de publicaciones de la Universitat Autònoma de Barcelona. 2021. Disponible en: <https://www.uab.cat/doc/mapa-mgf-2021>.
- [5] Protocolo común para la atención sanitaria ante la mutilación genital femenina. Madrid: Ministerios Sanidad, servicios sociales e igualdad. (2015). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf.
- [6] Royal College of Obstetricians and gynaecologists. Female Genital Mutilation and its management. Julio 2015. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/media/au0jn5of/gtg-53-fgm.pdf>.
- [7] Correa Ventura N, Báez Quintana D. Mutilación genital femenina: conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud en la isla de Tenerife. ¿Vivimos de espaldas a esta realidad? [Female Genital Mutilation: knowledge, attitudes and practices of health professionals on the island of Tenerife. Do we live with our backs to this reality?]. Revista española de salud pública. 2021; 95,e202109120. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34465717/>
- [8] Molina-Gallego B, Mordillo-Mateos L, de Corral GM, Gómez-Cantarino S, Polonio-López B, Ugarte-Gurrutxaga MI. Female Genital Mutilation: Knowledge and Skills of Health Professionals. Healthcare (Basel, Switzerland). 2021; 9(8): 974. <https://doi.org/10.3390/healthcare9080974>.
- [9] González-Timoneda A, Ruiz Ros V, González-Timoneda M, Cano Sánchez A. Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge? *BMC health services research*. 2018; 18(1): 579. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3396-z>.
- [10] Protocolo de atención gineco-obstétrica a la mujer gestante y puerpera en procesos migratorios. Dirección general de programas asistenciales del Servicio Canario de la Salud. Disponible en: https://www.sepexpal.org/download/atencion_a_personas_migrantes/Direccion-General-de-Programas-Asistenciales.-Atencion-ginecoobstetrica-a-la-mujer-gestante-y-puerpera-en-procesos-migratorios.-19-marzo-2022.pdf.
- [11] Nour MN. Female genital cutting. UpToDate. 2023. Disponible en: <https://www.uptodate-com.scs.a17.csinet.es/contents/female-genital->

cutting?search=pregnant%20woman%20with%20female%20genital%20mutilation%20&source=search_result&selected Title=8~150&usage_type=default&display_rank=.

[12] Esu E, Udo A, Okusanya BO, Agamse D, Meremikwu MM. Antepartum or intrapartum deinfibulation for childbirth in women with type III female genital mutilation: A systematic review and meta-analysis. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2017; 136 Suppl 1, 21–29. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12055><https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28164285/>.

[13] Yaşam Kemal A, Ismayil Y. The impact of female genital mutilation/cutting on obstetric outcomes and its management, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2022; 35:5: 927-932, DOI: 10.1080/14767058.2020.1734925.

[14] Rouzi AA, Berg RC, Al-Wassia H, Alamoudi R, Hariri W, Sindi G, et al. Labour outcomes with defibulation at delivery in immigrant Somali and Sudanese women with type III female genital mutilation/cutting. *Swiss medical weekly*. 2020;150, w20326. <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20326>.

[15] Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre el tratamiento de las complicaciones de salud derivadas de la mutilación genital femenina. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/managementhealth-complications-fgm/en/>.

[16] Sanz García V, Rodelgo del Pino A, del Barrio Bernabé V, Gómez Calvo AI, Santamaría Lozano R. Mutilación genital femenina. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Segovia. *Prog Obstet Ginecol*. 2017;60(3):248-251. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n3/11_MUTILACION_GENITAL_FEMENINA.pdf.

[17] NICE. Female Genital Mutilation and its management. Julio 2015. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/media/au0jn5of/gtg-53-fgm.pdf>.

Trauma perineal severo y factores de riesgo asociados

Laura Pérez de León^a, Abigail del Pino Mesa-Ávila^a, Jeanette China-Rodríguez^a, Ana Vilar-Vázquez^a, Fátima Infante-González^a, ^bulia Jeppesen-Gutiérrez^b

^aEnfermera Interna Residente. Unidad Docente Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias; ^bUnidad Docente. Servicio Canario de Salud

RESUMEN

Introducción: Los traumas perineales constituyen una de las complicaciones obstétricas más frecuentes derivadas de la atención del parto. Según Sultan, existen 4 tipos de desgarro según la zona afectada (primer grado, segundo grado, tercer grado, que a su vez se subdivide en 3 tipos, y cuarto grado). Los desgarros de tercer y cuarto grado, llamados trauma perineal severo, son una causa de morbilidad en la población obstétrica, ya que hasta la mitad de las mujeres con dichas lesiones reportan incontinencia anal a largo plazo. El objetivo de este trabajo es determinar si existen factores que puedan estar asociados con el desarrollo de un trauma perineal severo. **Metodología:** se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como fueron Pubmed, Cochrane, Scielo, Google Académico. Se incluyeron 8 estudios para la elaboración del presente trabajo. **Resultados:** los estudios seleccionados muestran que existen factores tanto maternos como fetales que conllevan un mayor riesgo de desarrollar desgarros de tercer y cuarto grado. La mayoría de los estudios coinciden en que el peso fetal, la primiparidad, los partos instrumentados y la posición materna en el momento del expulsivo influyen en la presencia de traumas perineales severos. **Discusión:** la evidencia actual afirma que las mujeres con trauma perineal severo presentan mayores problemas durante el postparto, asimismo se establece la relación entre determinados factores de riesgo y la presencia de desgarros de tercer o cuarto grado. **Conclusiones:** Existen factores maternos y fetales que aumentan el riesgo de desarrollar un trauma perineal severo. Se deben desarrollar medidas encaminadas a minimizar dicho riesgo.

Palabras clave: desgarros perineales, trauma perineal severo, factores de riesgo, OASIS.

1. INTRODUCCIÓN

El parto normal es un proceso fisiológico con el cual la mujer culmina su gestación. El trabajo de parto y el nacimiento representan el final del embarazo, el inicio de la vida extrauterina para el recién nacido y un gran cambio en la vida familiar¹.

A nivel mundial, el indicador de resultado que se ha utilizado para medir la salud materna es el de la morbi-mortalidad relacionada a complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Entre las complicaciones obstétricas más frecuentes generadas durante la atención del parto se encuentran los traumas o desgarros perineales².

El trauma perineal se define como cualquier daño ocasionado en la zona genital durante el parto, pudiendo producirse de manera espontánea o intencionada mediante una incisión quirúrgica (episiotomía), es decir, se trata de una lesión caracterizada por la pérdida de continuidad que se produce en las partes blandas del canal del parto. Constituyen la segunda causa de hemorragia posparto después de la atonía uterina y se caracterizan por un sangrado vaginal activo posterior a una lesión del canal del parto que la gran mayoría de los casos requiere de sutura³.

Según la zona afectada, podemos hablar de:

- Trauma perineal anterior, el cual hace referencia a una lesión de los labios vulvares, la vagina anterior, la uretra o el clítoris y por lo general se asocia a escasa morbilidad maternal⁴.
- Trauma perineal posterior, que hace alusión a cualquier lesión producida en la pared vaginal posterior, la musculatura perineal o el esfínter anal⁴.

Hasta hace relativamente poco, todavía había inconsistencias en cuanto a la clasificación del trauma perineal. Fue Sultan quien, en 1999, modificó la clasificación existente por una nueva adoptada por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) en 2001 y por la International Consultation on Incontinence (ICI) en 2002⁵.

La clasificación descrita por Sultan en 1999, recoge las siguientes lesiones:

- Desgarros de primer grado: afectan únicamente a la piel perineal o mucosa vaginal^{5,6}.
- Desgarros de segundo grado: cuando dicha lesión no solo afecta a la piel perineal y a la mucosa vaginal, sino que se extiende hasta la musculatura perineal^{5,6}.
- Desgarros de tercer grado: implica el complejo del esfínter anal y se pueden subdividir en 3 categorías^{5,6}:
 - Desgarros 3a: afectado menos del 50% del esfínter anal externo.

- Desgarro 3b: más del 50% del esfínter anal externo.
- Desgarro 3c: tanto el esfínter anal interno y como el externo se ven involucrados.
- Desgarros de cuarto grado: comprenden el complejo del esfínter anal y el epitelio anal^{5,6}.

Los dos últimos grados descritos anteriormente con la afectación del esfínter anal (obstetric anal sphincter injures, OASIS), también se llaman Trauma Perineal Severo y son una importante causa de morbilidad en la población obstétrica, ya que hasta la mitad de las mujeres con dichas lesiones reportan incontinencia anal (IA) a largo plazo⁵.

Aproximadamente un 85% de todos los partos vaginales sufren algún tipo de trauma perineal, y tres cuartos de estas pacientes requieren sutura de la lesión. La incidencia de trauma que lesiona el esfínter anal es de 0.5 – 7.0%, y representa el 0.5 – 2.5% de todos los partos vaginales espontáneos. En Europa, la tasa de OASIS ronda entre 0,6-4,1% de los partos vaginales⁷.

El trauma perineal está asociado con una morbilidad significativa a corto y largo plazo. Dentro de las complicaciones más frecuentes encontramos: dolor perineal en los primeros días posparto: 40% en las primeras dos semanas posparto, más del 20% persistirá hasta las ocho semanas, y de 7-9% a los 3 meses; la dispareunia, se presenta en 60% a los 3 meses, 30% a los 6 meses, y 15% a los tres años posparto. Otras complicaciones también importantes son las infecciones, incontinencia fecal/urinaria, prolapso de órganos pélvicos, formación de fístulas, hematomas y problemas psicológicos⁷.

De hecho, la lesión del esfínter anal se reconoce como la causa más común de incontinencia anal y síntomas anorrectales⁸. Las tasas notificadas de IA después de la reparación de OASIS oscilan entre el 15-61%. El impacto psicosocial de la incontinencia anal puede ser devastador para la mujer porque reduce de manera importante su calidad de vida y genera problemas emocionales⁹.

Las pacientes que sufrieron un desgarro perineal severo en su primer parto aumentan de tres a cuatro veces el riesgo de presentar un nuevo desgarro perineal severo en las siguientes atenciones obstétricas vía vaginal¹⁰.

Con respecto a los factores de riesgo para trauma perineal, algunos están determinados antes del parto como: factores demográficos, nutricionales, paridad, tamaño del feto (aumento de peso y diámetro cefálico), nuliparidad, mal posición fetal, inducción del parto, analgesia epidural, prolongación del segundo período del trabajo de parto, parto instrumentado, edad materna, uso de episiotomía, experiencia de quien realiza la atención del parto⁷.

En cuanto a los factores maternos que pueden aumentar el grado del trauma son el origen étnico (las mujeres blancas probablemente corran mayor riesgo que las mujeres negras), la edad avanzada, la síntesis anormal de colágeno, la primiparidad y el estado nutricional deficiente o presencia de obesidad o diabetes gestacional^{2,3,4}. Las prácticas o preferencias del asistente al parto en relación a las intervenciones intraparto, también pueden tener un impacto sobre la gravedad y la tasa de trauma perineal⁴. En la actualidad existe la duda si en el parto fisiológico, donde la intervención médica es mínima, aumenta o disminuye el riesgo de lesiones obstétricas del esfínter anal¹¹.

Por tanto, la incidencia de trauma perineal severo puede variar según muchas variables mencionadas anteriormente y además por variables como el uso y tipo de episiotomía, el tipo de parto y el tipo de instrumento en caso de parto instrumental⁸.

Asimismo, existen algunas intervenciones encaminadas a prevenir dichos traumas como son el control de la deflexión de la cabeza fetal, el uso de ventosa en lugar de fórceps en caso de partos instrumentales (ya que conllevaría menos riesgo para el esfínter anal) o la posición materna en el momento del expulsivo (se ha observado un mayor riesgo de estas lesiones en partos de pie o en cuclillas)⁸.

1.1. Objetivos

El objetivo principal que se persigue con la realización del presente trabajo es conocer si existen factores que contribuyen a la aparición de un trauma perineal severo.

Como objetivos secundarios:

- Determinar qué factores maternos pueden favorecer el desarrollo de desgarros de tercer y cuarto grado.
- Determinar qué factores fetales pueden favorecer el desarrollo de desgarros de tercer y cuarto grado.

2. METODOLOGÍA

2.1 Criterios de Elegibilidad

Se incluyeron en la búsqueda todos los estudios que responden a alguna de las preguntas de esta revisión. Se consideraron para su inclusión los estudios que tuvieran los siguientes diseños de investigación: ensayos controlados aleatorios (ECA), ensayos controlados no aleatorios (ECNA), estudios de diseño cuasi experimental, longitudinales y estudios de cohortes (retrospectivos y prospectivos) con grupo de comparación, así como, estudios transversales. Se incluyeron artículos que contemplaran resultados maternos y fetales relacionados con el trauma perineal severo.

Se excluyeron resúmenes de congresos, artículos en revistas profesionales, libros y capítulos de libros, así como, los estudios en idiomas diferentes al español e inglés.

2.2 Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se realizó protocolo para esta revisión, pero no se remitió para su registro. Esta revisión no involucró a sujetos humanos, por lo tanto, no se requirió la aprobación del Comité de Ética e Investigación Clínica de la provincia de Las Palmas. Esta revisión sigue las pautas PRISMA¹².

Se buscaron artículos de investigación originales en diferentes bases de datos de ciencias de la salud que incluyen: PubMed/MEDLINE, Scielo, Google Académico y The Cochrane Library. La búsqueda se limitó a todos aquellos artículos publicados en inglés y español publicados desde el año 2014 hasta enero del 2023. Además, se examinaron las listas de referencias manualmente con el fin de identificar otros artículos potenciales y también configuramos alertas de las bases de datos empleadas con el fin de recibir notificaciones de artículos relevantes publicados después de la extracción principal de datos. La búsqueda se inició el 15 de noviembre de 2022 y se buscó por última vez en las bases de datos el 30 de enero de 2023.

Se realizó, por un lado, la búsqueda, mediante los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): desgarro perineal, trauma perineal severo, factores de riesgo. También, mediante el uso de palabras en texto libre: OASIS y perineal trauma.

Se utilizaron los operadores booleanos de “OR” y “AND” en las diferentes combinaciones de los términos empleados en las bases de datos

Base de Datos de Ciencias de la Salud	Estrategia de búsqueda	Nº de artículos encontrados	Nº de artículos seleccionados
PubMed/MEDLINE	risk factors and perineal trauma/risk factors and OASIS	5	1
Scielo	perineal trauma and risk factors	3	1
Google Académico	trauma perineal severo y factores de riesgo asociados	12	3
The Cochrane Library	perineal trauma and risk factors	8	3

2.3 Proceso de selección de estudios

Tras la realización de la búsqueda, se examinaron los resultados para valorar su elegibilidad. Sobre la base de la búsqueda inicial de las bases de datos, se recuperaron 28 artículos. Se excluyeron 13 artículos basados en la lectura de títulos y resúmenes. Se eliminaron 7 artículos por estar repetidos. Se evaluó la elegibilidad de 8 artículos de texto completo, que fueron los que se incluyeron en esta revisión.

Olguín Moya YB	Factores de riesgo para desgarro perineal severo	2018	Determinar si la edad materna, paridad, macrosomía fetal son factores de riesgo para desgarro perineal severo en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo
Wong CA y cols	Factores de riesgo maternos y neonatales para desgarro perineal severo	2021	Identificar las características demográficas, obstétricas y neonatales que se relacionan con desgarros perineales e identificar los factores de riesgo asociados a la lesión del esfínter anal.
López Pérez y cols	Impacto de desgarros perineales III y IV y sus factores de riesgo	2018	Identificar factores de riesgo asociados a desgarros perineales tipo III y IV.

Casquino Ttira JE Huayta Quispe EI	Factores asociados a desgarros perineales en puérperas atendidas en un Hospital nivel II - 1 de Lima Este durante el periodo de enero – diciembre 2020	2021	Determinar los factores asociados a desgarros perineales en puérperas atendidas en un Hospital nivel II -1 de Lima Este durante el periodo de enero – diciembre 2020
Rodriguez Colorado y cols	Risk factors associated with obstetric anal sphincter injury: A retrospective cohort	2019	Analizar los factores de riesgo asociados con lesión obstétrica del esfínter anal en pacientes en quienes la aplicación de fórceps es bien aceptada.
Periaglotis y cols	Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis	2020	Revisar la evidencia actual y establecer los factores que aumentan el riesgo de desarrollar trauma perineal severo
Hsieh WC y cols	Prevalence and contributing factors of severe perineal damage following episiotomy-assisted vaginal delivery	2014	Investigar los factores de riesgo de los desgarros de tercer y cuarto grado después de partos vaginales en mujeres taiwanesas, y ofrecer orientación clínica para la reducción de lesiones perineales severas.
Garretto y cols	Obesity May Be Protective against Severe Perineal Lacerations	2016	Determinar si existe una asociación entre el IMC y las laceraciones perineales de tercer o cuarto grado.

3. RESULTADOS

En 2018 se publicó un estudio de casos y controles “Factores de riesgo para desgarro perineal severo” en donde se revisaron 87 historias clínicas de pacientes que tuvieron un parto vaginal en el Hospital Belén de Trujillo, entre Enero del 2013 a Diciembre del 2016, de los cuales 29 presentaron desgarro perineal severo y 58 no. En este estudio no se hallaron asociaciones estadísticas ni riesgo atribuible entre las edades < 19 y > 35 años con el desenlace de desgarro perineal severo. Sin embargo, sí que se observó que tanto la nuliparidad como la macrosomía fetal constituían un importante factor de riesgo para desarrollar este tipo de desgarros⁷.

Por otro lado, Woog CA y cols realizaron un estudio descriptivo en 2021 donde se revisó la base de datos física de pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Nuevo Sanatorio Durango, en el periodo de noviembre de 2017 a noviembre de 2018, y compararon las complicaciones maternas tras un desgarro perineal severo con un desgarro perineal moderado. Las variables estudiadas fueron: la edad materna y gestacional, si la paciente era primípara o no, IMC materno, instrumentación del parto, periodo expulsivo prolongado (tiempo igual o mayor a tres horas), desgarros perineales moderados y severos, y peso neonatal. Se observó que aproximadamente un 50% de las pacientes con desgarro moderado y desgarro severo contaban con diagnóstico de sobrepeso. Además, constataron la primiparidad como un factor de riesgo ya que de las 43 pacientes que constituían la muestra de su estudio, 32 eran primíparas (48%), y de éstas, 23 presentaron desgarros perineales severos (53,4%)¹⁰.

López Pérez y cols publicaron en 2018 un estudio de cohortes histórico, de una población de gestantes, que dieron a luz en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Manises durante 2 años (desde el 1 enero de 2016 hasta el 31 diciembre 2017). En el análisis multivariante de este estudio se observaron como únicas variables significativas el parto instrumentado y el tener antecedente de cesárea previa. Afirman que la probabilidad de tener un desgarro perineal de tipo III o IV se multiplica aproximadamente por 8 en caso de que el parto sea instrumentado y por dos en caso de que el parto sea en una mujer con cesárea previa⁹.

En 2021, se publicó otro estudio descriptivo donde la unidad de análisis estuvo constituida por las puérperas que tuvieron desgarro perineal durante el periodo de enero a diciembre de 2020, en el Hospital de Huaycá. Se expone que las menores de 19 años tuvieron más desgarros de Grado II y Grado III – IV. Por otro lado, las madres primíparas son las que experimentaron mayores desgarros Grado II y Grado III-IV (16.7% y 2.1%, respectivamente), y las grandes multíparas, son las que más experimentaron desgarro de Grado I. Además, en relación con el tiempo de expulsivo, los que parieron en menos de 10 minutos experimentaron más desgarros Grado I, en relación a las que tuvieron un tiempo de expulsivo mayor a 20 minutos, experimentando estas más desgarros de Grado II y III-IV¹³.

En otro estudio de cohorte simple, retrospectivo, publicado en 2019, “Risk factors associated with obstetric anal sphincter injury: A retrospective cohort” analizaron los partos ocurridos entre enero de 2013 y diciembre de 2017, en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Como criterios de inclusión se establecieron: pacientes con embarazo mayor de 35 semanas, con feto único y en presentación cefálica. La variable dependiente de lesión obstétrica del esfínter anal se clasificó en tercer y cuarto grado. Observaron que eran factores de riesgo de lesión del esfínter anal, la aplicación de fórceps, la primiparidad y el peso fetal mayor de 3500 g¹⁴.

Pergialiotis y colaboradores en su metaanálisis observaron que factores como: la etnia asiática, la primiparidad, la duración de la segunda fase del parto, la inducción del parto, la estimulación del parto, el uso de epidural, la posición occipito posterior, el uso de la episiotomía mediolateral, la episiotomía central, cualquier tipo de episiotomía, el uso de ventosa, fórceps o cualquier tipo de parto instrumental y el peso del recién nacido al nacer incrementaban el riesgo de OASIS. Observando que el uso de episiotomía mediolateral en realidad no tenía un carácter protector frente al riesgo de trauma perineal severo sino que se asociaba a un aumento del mismo asociado a su uso, aunque el efecto global no alcanzara significación estadística ($p = 0,08$). Observaron que el aumento más leve en los índices de riesgo fue el desarrollado por el uso de la epidural durante el parto, mientras que el mayor riesgo se vio asociado al uso de fórceps¹⁵. Por otro lado, en lo relativo al peso materno como potencial factor de riesgo frente al trauma perineal severo, la literatura sigue siendo escasa, encontrando en nuestra búsqueda un estudio de Hsieh¹⁶ et al que valoró el índice de masa corporal materno y su relación con el trauma perineal severo, no observándose diferencias estadísticamente significativas¹⁶. Mientras que Garretto et al. sí observó que la obesidad fue un factor protector frente al trauma perineal¹⁷.

4. DISCUSIÓN

La evidencia científica disponible hasta el momento constata que las mujeres que sufren un trauma perineal severo durante el trabajo de parto tienen peores resultados y mayores problemas durante el postparto. Este tipo de lesiones aumentan el riesgo de desarrollar en un futuro dispareunia, dolor pélvico crónico, problemas psicológicos o incontinencia anal^{7,8,9}. De hecho, la incontinencia anal tiene una gran prevalencia en las mujeres tras la reparación de desgarros de tercer o cuarto grado y afecta de manera muy importante a su calidad de vida⁹. Se ha demostrado en los diferentes estudios que existen diversos factores tanto maternos como fetales que aumentan el riesgo de que este tipo de lesiones aparezcan como pueden ser peso fetal, el parto instrumentado, edad materna, uso de episiotomía^{7,9,10,13,14,15,16,17} ... Además, se ha demostrado que las pacientes que sufrieron un desgarro perineal severo en su primer parto aumentan de tres a cuatro veces el riesgo de presentar un nuevo desgarro perineal severo en las siguientes atenciones obstétricas vía vaginal¹⁸. Según los distintos autores, parece que el parto posterior tras un OASIS incrementa el riesgo de empeorar los síntomas y de repetir este tipo de lesiones. Sin embargo, la evidencia sobre el efecto que tiene un desgarro inicial de tercer o cuarto grado en el momento del parto y su relación en partos posteriores es limitada, y, por tanto, aconsejar a las mujeres sobre futuras opciones de parto se hace complicado¹⁹. Por último cabe destacar que aunque existen algunas intervenciones encaminadas a prevenir dichos traumas como son el control de la deflexión de la cabeza fetal, el uso de ventosa en lugar de fórceps en caso de partos instrumental o la posición materna en el momento del expulsivo¹¹, es evidente la necesidad que existe de trabajar en una guía internacional consensuada, que permita a los profesionales de la salud seguir las mismas recomendaciones, con la evidencia más reciente, brindando una atención basada en evidencia a todas las mujeres en todo el mundo.

5. CONCLUSIONES

El trauma perineal severo conlleva una gran morbilidad en la vida de una mujer. Existen varios factores de riesgo establecidos en la evidencia que se asocian a dicho trauma, tanto maternos como fetales. Conocer estos factores nos permite hacer una valoración obstétrica adecuada y establecer protocolos asistenciales con medidas que pueden ayudar a minimizar el riesgo de trauma perineal severo.

Como línea de investigación futura, sería interesante realizar más investigaciones sobre los efectos a largo plazo que estas lesiones tienen en la vida de las mujeres así como la repercusión que dichas lesiones podrían tener en partos posteriores.

REFERENCIAS

- [1] Ferreira CM, Fernandes M. Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. *Enferm glob*. 2017; 47(16): 539-551.
- [2] Lorenzo MA, Villanueva LA. Related factors to the severe perineal trauma from obstetric origin. The routine practices impact. *Rev Conamed*. 2013; 18(3): 111-116.
- [3] Muñoz RJ, Mendoza J, Jauregui JC, Toral EJ, Villanueva KY, Quispe R. Postpartum perineal tear and obstetric and sociodemographic variables in high Andean Peruvian women. *Medisur*. 2022; 20(3): 402-408.
- [4] Frohlich J, Kettle C. Perineal care. *BMJ Clin Evid*. 2015;2015(April 2007):1-18.
- [5] García L, Soto M. Efectos de la episiotomía sobre las lesiones obstétricas del esfínter anal. Una revisión bibliográfica. *Clin Invest Gin Obst*. 2018; 45(4): 177-180.
- [6] SEGO. Obstetric injury of the anal sphincter. Other perineal tears. *Prog Obstet Ginecol*. 2020; 63(1): 48-53.
- [7] Olguín Moya YB. Factores de riesgo para desgarro perineal severo [Tesis doctoral]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018.
- [8] Harvey MA, Pierce M. Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS): Prevention, Recognition, and Repair. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015; 37(12):1131-1148.
- [9] López M, Sánchez O, Sánchez A. Impacto de desgarros perineales tipo III/IV y sus factores de riesgo. *Apunt Cienc*. 2018; 8(3): 16-23.
- [10] Woog CA, Arvizu AJA, González APM, Rodríguez AC, Chávez LMÁ, Juárez TJC. Factores de riesgo maternos y neonatales para desgarro perineal severo. *Acta Med Grupo Angeles*. 2021; 19 (2): 204-207.
- [11] Martínez E, Remba I, Rodríguez DL, Fernández MF, Quesnel CA. Association between third- and fourth-degree perineal tears (OASIS) and non-intervened labor. *Ginecol Obstet Mex*. 2021; 89 (6): 438-443.
- [12] Page M, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas, *Revista Española de Cardiología*, Volume 74, Issue 9, 2021, Pages 46. 790-799, ISSN 0300-8932, <https://doi.org/10.1016/j.recresp.2021.06.016>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893221002748>)
- [13] Casquino JE, Huayta EI. Factores asociados a desgarros perineales en púerperas atendidas en un Hospital nivel II - 1 de Lima Este durante el periodo de enero – diciembre 2020 [Tesis doctoral]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2021.
- [14] Rodríguez ES, Ramirez C, Granados V, Gorbea V, Olvera JJ, Bravo GR. Risk factors associated with obstetric anal sphincter injury: a retrospective cohort. *Finacol Obstet Mex*. 2019; 87(3): 186-189.
- [15] Pergialiotis V, Bellos I, Fanaki M, Vrachnis, Doumouchtsis SK. Risk factores for severe perineal trauma during childbirth: an updated meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020; 247: 94-100. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2020.02.0
- [16] Hsieh WC, Liang CC, Wu D, Chang SD, Chueh HY, Chao AS. Prevalence and contributing factors of severe perineal damage following episiotomy-assisted vaginal delivery. / *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2014; 53: 481-485
- [17] Garretto D, Lin BB, Syn HL, Judge N, Beckerman K, Atallah F, Friedman A, Brodman M, Bernstein PS. Obesity may be protective against several perineal laceration. *Journal of Obesity*. 2016: 1-5.
- [18] Faltin D, Sangalli MR, Roche B, Floris L, Boulvain M, Weil A. ¿Un segundo parto aumenta el riesgo de incontinencia anal? *BJOG* 2001; 108:684-688. IDPM:11467691
- [19] Baghestan E, Irgen L, Bordahl P, Rasmussen S. Riesgo de recurrencia y posterior parto después de lesiones obstétricas del esfínter. *BJOG* 2012; 119:62-69. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03150.x>

Simulação clínica como ponte para a prática de cuidados naperceção dos estudantes: um estudo qualitativo

Carlota Almada^a, Cátia Camacho^a, J. Henrique Freitas^a, Pedro Ferreira^a, Patrícia Câmara^a, M. Luísa Santos^{a,b,c}

^aEscola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, Rampa da Quinta de Sant'Ana nº22, 9000-535, Funchal; ^bCIIS - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Instituto de Ciências da Saúde, Porto, Portugal; ^cCINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Instituto de Pesquisa Científica do Porto, Porto, Portugal

RESUMO

A aplicação de medidas efetivas de suporte ao cuidado de pessoas/famílias pelos estudantes de enfermagem, está associada à qualidade, desenho e implementação de metodologias educativas que o sustentem. A educação baseada na simulação é considerada uma metodologia de ensino, avaliação e treino, que substitui ou amplia a experiência real por experiências guiadas, designada como a pedra angular do ensino em enfermagem na atualidade. Neste estudo, objetiva-se identificar a percepção dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem, relativamente à simulação clínica como ponte para a prestação de cuidados em contexto de ensino clínico. Para isso, apresenta-se uma investigação assente no paradigma qualitativo, com recurso ao *focus group* online. Os dados advieram das declarações de 8 participantes. A discussão gerada durante 1:20 horas, baseada na pergunta de investigação “Em que medida a simulação clínica é uma ponte para a prática dos cuidados?”, foi gravada e transcrita por 4 redatores e sujeita à técnica de análise de conteúdo. O investigador principal integrou o papel de moderador e coordenador de toda a metodologia. Foram garantidas as condições de proteção de dados, consentimento informado e anonimato dos participantes. Na análise, emergiram 4 categorias rotuladas como “status enfermeiro”, “significância”, “benefícios” e “desafios” da simulação clínica, interpretadas à luz de teorias educacionais. Analisaram-se 77 unidades de enumeração, maioritariamente atribuídas à categoria status enfermeiro, nas subcategorias “saber ser e estar” e “saber fazer”, identificando-as como os principais resultados da simulação clínica como ponte para a prática dos cuidados. Os achados revelam que os estudantes atribuem significância à simulação clínica e assumem um impacto emocional intenso, corroborando com a teoria apontada. O uso da simulação clínica ao longo do curso de enfermagem aprimora o desenvolvimento e integração das competências, conceitualizando a lacuna entre a teoria e a prática.

Palavras-chave: Educação em enfermagem, pesquisa qualitativa, treinamento por simulação.

1. INTRODUÇÃO

A simulação clínica é considerada uma metodologia pedagógica, muito utilizada na educação em enfermagem. Esta metodologia promotora da aquisição de conhecimentos e competências favorece a responsabilidade na prática dos cuidados de saúde¹ e “(...) o desenvolvimento de competências pessoais, cognitivas, psicomotoras e afetivas, valorizando e aperfeiçoando o trabalho multidisciplinar” (pág. 27)¹. Esta ferramenta pedagógica facilita aos estudantes de enfermagem uma aprendizagem significativa, levando-os a participar ativamente na construção do seu próprio conhecimento^{1, 2, 3}.

Os estudantes de enfermagem percebem que a simulação clínica que antecede o ensino clínico constitui uma etapa extremamente relevante para a sua aprendizagem², uma vez que favorece a transferência de conhecimentos teóricos para o contexto prático, aumentando, em grande escala as habilidades técnicas, capacidade de resolução de problemas, qualidade e segurança na prestação dos cuidados de enfermagem, assim como outras competências essenciais inerentes ao ensino clínico^{2, 3}.

Ademais ao já referenciado, os mesmos autores destacam pontos fulcrais, promovidos pela simulação clínica que contribuem para experiências clínicas positivas e agradáveis, nomeadamente, a sensação de segurança que a simulação clínica oferece aos estudantes. A possibilidade de treino das técnicas, em cenários protegidos e controlados, sem prejudicar a integridade ou a vida da pessoa/família favorece uma melhor preparação para a prestação de cuidados seguros e contribui para o sentimento de confiança no estudante de enfermagem. Além disto, a oportunidade de contacto e afinidade na manipulação de dispositivos médicos e outros equipamentos, que se encontram na prática, num ritmo adequado às necessidades do educando, bem como a hipótese de treiná-los em ambientes com menor exposição a fatores de stress, fortalece a melhor preparação, consolidação de conhecimentos e capacidade de adaptação às situações reais^{2,3,5}.

Outros autores, acrescentam que, advindo do treino de técnicas, prévios à execução em contexto real, a simulação clínica viabiliza^{1, 3} uma efetiva capacidade de adaptação a inúmeras circunstâncias que, de forma imprevisível, poderão surgir durante os ensinamentos clínicos e, ainda, uma maior assertividade da pertinência das competências comunicacionais, teoricamente desenvolvidas. Assim como, um melhor controlo de sentimentos que podem surgir aquando da vivência do ensino clínico, como o medo e a ansiedade, aumentando a confiança do estudante de enfermagem^{3, 11}.

Em contrapartida, apesar de todos estes contributos positivos, percebidos e experienciados pelos estudantes de enfermagem com base na temática da simulação clínica como ponte para a prática de cuidados, são também destacadas algumas condicionantes^{1, 2, 3}. Especificamente, a necessidade de orientação e feedback dos instrutores/professores durante as sessões de simulação, pois, segundo estes, sem ela, não ocorre uma reflexão completa acerca daquilo que se está a treinar e, consequentemente, não ocorre a transferência de conhecimento perspetivada⁷.

A clareza na preparação e na definição intencional, sistemática, embora flexível e cíclica de objetivos, afeta o resultado da metodologia⁴. Estes pressupostos estão intimamente associados ao desempenho que os estudantes alcançam. As metas efetivamente estabelecidas, norteiam mais facilmente os conhecimentos, viabilizando, também, a utilização adequada dos recursos. A simulação que garante a maior proximidade da realidade, identificada como simulação de alta fidelidade, implica, por um lado, gastos exagerados e, por outro, limita o treino de algumas situações ou técnicas, constituindo-se um dos aspetos negativos na opinião dos estudantes^{1, 2, 3, 7}.

Não obstante às limitações identificadas pelos estudantes de enfermagem, acresce a qualificação que os mesmos conferem à simulação clínica enquanto etapa imprescindível na sua formação. Sendo caracterizada como muito importante, advogam o seu contributo para o estabelecimento de pontes entre a teoria e a prática^{2, 5}.

Perante o exposto e verificando-se a importância que a simulação clínica tem adquirido no contexto da formação dos estudantes de enfermagem^{5, 7, 11, 13}, este estudo tem como objetivo identificar a perceção dos estudantes finalistas, do curso de licenciatura em enfermagem, relativamente à simulação clínica como ponte para a prestação de cuidados em contexto de ensino clínico.

2. MÉTODOS

Estudo alicerçado num paradigma qualitativo, recorreu ao *Focus Group* em formato online. A evidência científica conceptualiza o grupo focal^{4, 9} como a metodologia ideal para explorar atitudes, conhecimentos e experiências, na área da saúde⁸. Fomenta a discussão, o debate aberto, com base num conjunto de tópicos pré-definidos, durante uma a duas horas e meia, em que o moderador, também denominado por facilitador, orienta a sessão. Segundo os mesmos autores, “(...) as transcrições da discussão grupal servem como informação para a análise qualitativa” e o grupo poderá ser constituído por “(...) quatro a quinze participantes, de um universo populacional bem definido” (pág. 3-4)^{4, 9}.

A aplicação desta técnica de colheita de dados em formato online é descrita por diversos autores^{4, 5, 10}. Na sua aplicação, é possível a identificação de constrangimentos, particularmente, dificuldade na valorização de aspetos inerentes à comunicação não verbal e dificuldade de acessibilidade à rede¹⁰. Todavia, a bibliografia destaca-a como uma inovação tecnológica correntemente utilizada para a colheita de dados, uma vez que permite a presença de pessoas geograficamente distantes, na mesma sessão online, recorrendo apenas a uma webcam^{4, 5}. Além do mencionado, possui, também, como vantagens a conveniência dos baixos custos associados e a rapidez de interação^{10, 16}.

Para uma aplicação assertiva deste método é vital ser o próprio investigador a realizar as reuniões dos grupos focais, dada a sua proximidade ao estudo e ao conhecimento do fenómeno em investigação⁴.

Para a sua implementação e concretização do debate, optou-se pela plataforma online ZOOM e delimitou-se os papéis de moderador, redator e participante^{5, 8, 9}. O investigador responsável, enquanto moderador, clarificou o objetivo do *focus group* e assumiu a condução da discussão, dirigindo-a para a partilha de experiências e perceções relativas às competências desenvolvidas com base na simulação clínica, a fim de identificar a perceção dos estudantes finalistas de Enfermagem relativamente à simulação clínica como ponte para a prestação de cuidados em contexto de ensino clínico, até à saturação dos dados. Os finalistas, após terem demonstrado apetência pela temática, assumiram o papel de redatores (n=4) e de participantes (n=8) do único *focus group* realizado. A confirmação do consentimento para a gravação vídeo foi obtida no início da mesma. Ainda na planificação foram definidas questões orientadoras dirigidas ao grupo, técnicas e ferramentas a utilizar na transcrição da gravação, assim como, para a análise de dados, segundo Bardin⁶.

Para a análise de conteúdo seguiram-se três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na pré-análise, denominada de organização, enquadra-se a evidência e a operacionalização

de ideias que estabeleceram o plano de análise. Depois, na fase da exploração dos dados foram implementadas as decisões anteriormente delimitadas, e efetuadas as operações de codificação e enumeração das narrativas. Na última etapa, no que respeita ao tratamento dos resultados atingidos e interpretação, atribui-se um significado ao resultado obtido, através de quadros os quais permitiram a exposição dos achados^{6, 10}.

Por fim, destacamos também que, em todas as etapas inerentes à elaboração do presente estudo, foram consideradas e respeitadas as questões éticas, de consentimento, confidencialidade e de segurança dos dados.

3. RESULTADOS

Os achados derivados da pergunta de investigação “em que medida a simulação clínica é uma ponte para a prática de cuidados”, deram azo à emergência de 4 categorias rotuladas como (1) status enfermeiro, nas dimensões de habilidadessocio-afetivas, psicomotoras/comportamentais e cognitivas, significância (2), benefícios (3) e desafios (4) da simulação clínica. Das 77 unidades de enumeração, 26 foram atribuídas ao impacto que a simulação clínica, como metodologia educativa em Enfermagem, tem para o desenvolvimento do status enfermeiro (Figura1).

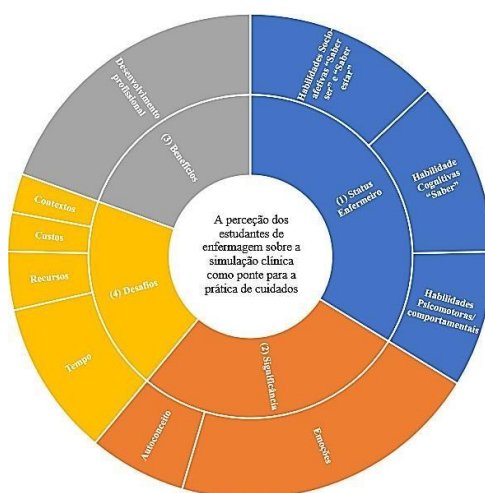


Figura 1. A percepção dos estudantes de enfermagem sobre a simulação clínica como ponte para a prática dos cuidados

Os participantes têm a percepção de que a simulação clínica, enquanto treinamento ao longo do curso, influenciou o desenvolvimento de saberes essenciais à prática dos cuidados em contexto clínico. Afirmando, neste sentido, que “... aprendemos em contexto de simulação clínica o ideal, aquilo que se deve utilizar e os procedimentos a executar tal e qual, mas depois cabe a nós chegar à prática de cuidados e adequar, (P4)”, “permite-nos vivenciar, de certa forma, situações clínicas reais embora estejamos num ambiente seguro e controlado, (P5)” e “perceber (...) quando sabemos na teoria temos de transpor para a prática o que aquela teoria nos quer transmitir, (P1)”. E as narrativas predominantes na categoria status enfermeiro, reforçam a percepção de que esta metodologia educativa consolida os saberes dos estudantes de Enfermagem (Quadro 2).

A análise interpretativa das narrativas revela que a simulação clínica é bem aceite pelos estudantes e, a ela atribuem um elevado significado. A “significância” reuniu 21 unidades de enumeração, em que 16 mencionam aspetos emocionais espoletados pela metodologia, nomeadamente stress, ansiedade, medo, preocupação, frustração e insegurança, mas também satisfação e realização, como revelam os seguintes testemunhos, “as vezes stressamos porque as coisas não estão a correr como na teoria nós estudámos (P1)”, “era um pouco a insegurança (...) porque mesmo sendo num contexto prático e não real, era necessário colocarmos em prática todas aquelas competências que já tínhamos adquirido e há sempre aquele receio de falhar, de não saber como intervir de forma correta, porque se nos não soubermos e não tivermos mais ou menos controle na simulação Clínica, mais dificilmente vamos ter a situação controlada em contexto real (P2)”mas também “(...) sentimentos de satisfação e realização. No sentido em que no início estamos um pouco assustados com as técnicas, porque é tudo novidade, mas depois, acabamos as práticas e chegamos aos ensinamentos clínicos e percebemos que conseguimos desenvolver as técnicas/ procedimentos o que é muito bom, acho que o sentimento de satisfação é perceber que nós conseguimos, (P6)”.

Quadro 2. A influência da simulação clínica no status enfermeiro: Categorização e subcategorização dos achados

<i>Categorias</i>	<i>Sub categorias</i>	<i>Unidades de enumeração</i>	<i>Nº</i>
(1) Status Enfermeiro	Saber sere saber estar	P1: permite-nos errar, refletir sobre aquilo que erramos, voltar a errar. P4: é aí que podemos falhar, tirar dúvidas e partilhar experiências, P5: ambiente seguro e controlado que é importante, isto no sentido de corrigir erro P5: permite-nos vivenciar, de certa forma, situações clínicas reais embora estejamos num ambiente seguro e controlado P2: adquirir estas competências de ajuste e ultrapassar as dificuldades com que nos deparamos. P4: (...) aprendemos em contexto de simulação clínica o ideal, aquilo que se deve de utilizar e os procedimentos a executar tal e qual, mas depois cabe a nós chegar à prática de cuidados e adequar, P3: (...) estes princípios ao estarem assentes faz com que consigamos implementar uma prática mais correta e segura tendo em conta os mesmos e adaptarmo-nos às circunstâncias P4: da questão das consultas, (...) mais especificamente de saúde mental, ajudam-nos bastante a prever vários cenários (...) e termos treinado, e por isso, sabemos como intervir no momento em questão. P6: Estamos ali é para aprender, é para errar e voltar a fazer, P6: é isso (...), antes de irmos para o contexto real, perante os clientes, (...) sem pôr em risco a segurança dos mesmos	10
	Saber fazer	P1 “(...) naquilo que são as técnicas e manipulação do material, P1: (...) ficar familiarizado com o material P3: (...) no sentido em que é o primeiro contacto com os procedimentos P5: Ajuda, também, a aumentar a nossa confiança nas técnicas (...) P6: tem sido fundamental para a nossa prestação de cuidados ao longo dos nossos clínicos, P7: na vertente das consultas de enfermagem e ... vertente das técnicas de enfermagem ... esta simulação clínica é importante em ambos os casos P7: não estava tão consistente e não tinha tanta noção de como fazer e a partir dessa simulação clínica, dessa prática simulada, ajudou-me (...) nessa vertente comunicacional que por vezes é uma área em que temos mais dificuldade, uma vez que é mais relativo.	7
	Saber “saber”	P1: perceber quando sabemos na teoria temos de transpor para a prática o que aquela teoria nos quer transmitir P3: é o primeiro contacto com os procedimentos, pois temos em conta o conhecimento científico (teórico) e este é o momento em que o conseguimos colocar em prática. P4: ... e, até mesmo, ficar a conhecer várias formas de fazer um procedimento P4: (...) termos treinado vários cenários nas práticas clínicas e em grupos diferentes, mesmo não sendo o nosso grupo a ter realizado esse cenário, quem fez, troca conosco e assim conseguimos ter uma maior e mais complexa perspetiva em situações reais. P5: o que aprendemos na teoria, na nossa cabeça pensamos que é de uma maneira (...) e se não tivermos a simulação clínica chegamos ao contexto de estágio sem ter a prática, mesmo tendo a teoria. P6: temos a oportunidade de aplicar os procedimentos que aprendemos na teoria, numa primeira instância de forma simulada com recurso a objetos (manequins) ou a colegas (clientes padronizados), P6: (...) consolidação do conhecimento teórico e alguma confiança, segurança e certeza de que num contexto prático (ensino clínico) estaremos mais à vontade e conseguimos desempenhar melhor o nosso papel (cuidados). P7: (...) senti que queria mostrar o que conseguia fazer e o que aprendi no decorrer da prática clínica com o grupo e com o professor. P6: é um momento também de avaliação	9
Subtotal			26

A prática simulada não só mexeu com a estrutura emocional dos estudantes, como também impregnou o seu autoconceito, consolidando a significância desta para a sua aprendizagem. Cinco unidades de enumeração, rotuladas na subcategoria “autoconceito” são reveladoras deste achado. Expressões como “tem sido fantástico (P4)”, “exige de nós muito mais

empenho, capacidade de aprendizagem e desenvolvimento de competências (P3)”, “acabamos por viver esta situação de uma forma muito intensa, (P2)”, ou “na minha experiência pessoal, tem sido bastante positivo (P8) são demonstrativas do modo como os estudantes encaram esta metodologia.

Quadro 3. A significância atribuída pelos estudantes à simulação clínica: Categorização e subcategorização dos achados

Categorias	Subcategorias	Unidades de enumeração	Nº
(2) Significância	Autoconceito	P3: acabamos por viver esta situação de uma forma muito intensa.	5
		P4: devia de haver mais oportunidades, principalmente, de manuseamento do equipamento	
		P3: exige de nós muito mais empenho, capacidade de aprendizagem e desenvolvimento de competências.	
		P4: Na minha experiência pessoal, tem sido bastante positivo,	
		P4: tem sido fantástico	
	Emoções	P7: obviamente que se cria uma ansiedade	16
		P5: (...) há um nervosismo. Apesar de estarmos nervosos e sabermos que estamos a ser avaliados o que nós temos ali à frente são manequins, que são colegas, são situações em que se nós sabemos que se falharmos nunca vai acontecer nada de mal e vamos melhorar.	
		P1: surgem sempre dúvidas (um simples gesto, bem como é que eu devo realizar gesto que esta aqui nesta técnica? É desta forma? O nosso posicionamento corporal ... bem talvez desta forma?	
		P1: aquilo faz uma confusão ... na teoria parece tudo muito bonito, na prática a gente começa e já é um braço por cima da cabeça, outro por baixo, vai buscar compressa ali...	
		P1: as vezes stressamos porque as coisas não estão a correr como na teoria nós estudámos	
		P2: era um pouco a insegurança porque mesmo sendo num contexto prático e não real, era necessário nos colocarmos em prática todas aquelas competências já tínhamos adquirido e havia sempre aquele receio de falhar de não saber como intervir de forma correta, porque se nos não soubermos e não tivermos mais ou menos controlado na simulação Clínica, mais dificilmente vamos ter a situação controlada em contexto real	
		P3: insegurança e a necessidade de querer fazer bem	
		P4: é um misto de emoções.	
		P6: (...) sentimento apreensão e preocupação, pelo facto de termos aquele tempo pré-definido (...)	
		P6: muitas vezes torna-se frustrante para nós	
		P8: a prática simulada acaba por desencadear um pouco de stress, mas acho que às vezes parece bom porque faz com que tenhamos a capacidade de nos empenharmos	
		P3: Nós muitas das vezes temos uma semana em simulações, estamos a dar o nosso melhor e depois temos avaliação este stress acaba por nos afetar.	
		P6: (...) sentimentos de satisfação, realização no sentido em que no início estamos um pouco assustados com as técnicas, porque é que tudo novidade, mas depois acabamos as práticas e chegamos aos ensinamentos clínicos e percebemos que conseguimos desenvolver as técnicas/ procedimentos e acho que é muito bom, acho que o sentimento de satisfação é perceber que nós conseguimos.	
		P7: algum nervosismo, senti que queria mostrar que conseguia fazer o que aprendi a decorrer da prática, com o grupo e com o professor	
		P7: treinamos no exemplo num braço de borracha a introdução de uma agulha, não !, ... nada a ver com uma vítima real, que não se vêem veias, não se sentem, as pessoas estão nervosas, (...) as pessoas que dizem que “eu sou difícil”, “eles costumam fazer no esquerdo” e “não sei se vai conseguir”, só isto já nos começa a criar uma certa ansiedade depois ter um tutor ao lado a olhar exatamente a para aquilo que estamos a fazer, isto é que é stress!	
		P6: Surge uma ambiguidade entre mostrar de facto o conhecimento teórico, mas que é	

		um conhecimento teórico que não está bem consolidado, bem adquirido versus um momento constante de avaliação porque todo o desempenho e performance das aulas práticas contam para o momento final de avaliação. E então acrescenta aqui, além do sentimento de insegurança, o sentimento de fragilidade e algum medo.	
Subtotal			21

Contudo, foi a categoria benefícios da simulação clínica que obteve maior unanimidade de enumerações. Quinze dos enunciados descritos apoiam a ideia de que o principal benefício é o desenvolvimento profissional, conforme referiram “É um momento muito importante para os estudantes de enfermagem e para aqueles que já são profissionais” (P1); “a simulação clínica é uma ferramenta bastante importante” (P5), “dá-nos uma maior segurança na prestação de cuidados em contexto real, em contexto de prática clínica” (P7). Ou ainda, que “na simulação clínica não tem essas coisas do utente, (...) ‘Ah senhor enfermeiro normalmente picam aqui’, ou ‘o senhor enfermeiro não tem muita experiência, se calhar é melhor chamar o seu tutor para ver’ (...) e depois começamos a stressar” (P1). Sendo unânime que “a simulação clínica serve de facto para nós praticarmos e ganharmos competências” (P6).

As experiências baseadas em simulação geralmente ocorrem em um ambiente de laboratório no qual os estudantes se veem, por um tempo definido, e se envolvem em atividades especificamente projetadas em torno de um conjunto de objetivos de aprendizagem. Na opinião dos estudantes finalistas, estas experiências, embora com interpretações subjetivas, apresentam uma panóplia de desafios que afetam a sua dinâmica e resultados. A indexação da categoria desafios (4), pretende mostrar os aspetos que constituem constrangimentos à prática da simulação. Das 15 unidades de enumeração (Quadro 5), o assunto relacionado com o tempo da prática simulada foi o que deteve maior debate, seguindo-se os assuntos, recursos, contextos e custos. Na subcategoria tempo, foram registadas as narrativas referentes à localização temporal da prática simulada ao longo do curso e as referentes à própria duração.

Quadro 5. Desafios emergentes da experiência em simulação clínica: Categorização e subcategorização dos achados

Categorias	Subcategorias	Unidades de enumeração	Nº
(4) Desafios	Tempo	P3: (...) no 2º ano começamos a aprender muitas técnicas inerentes à medicina e à cirurgia. P4: Deverão existir mais momentos de prática clínica/simulação (...) para que possamos praticar mais vezes. P4: nem sempre todos têm as mesmas oportunidades, por falta de tempo ... P6: deviam ser consideradas mais simulações ao longo do curso. P6: praticamos estas técnicas mais no primeiro ano e no segundo ano e depois já não temos a oportunidade de revê-las mais para a frente. P8: Se consideramos mais uma perspetiva técnica, ou seja, uma simulação clínica direcionada a procedimentos técnicos, eu diria segundo ano. P8: consultas de enfermagem, eu diria do primeiro ao quarto, mas se calhar mais no segundo, P7: no terceiro ano nós não praticamos nada de técnicas e é muito à base de consulta, temos a parte de saúde mental, mas a nível de técnicas não fazemos e cria-se um fosso.	8
	Recursos	P1: exige muitos recursos. Portanto, quanto mais queremos uma simulação aproximada da realidade, mais recursos serão necessários, P4: algo a melhorar, é que deverão existir mais recursos para que as possamos praticar mais vezes. P4: nem sempre temos na escola o mesmo material que existe nos serviços, o que faz com que às vezes, nunca tenhamos tido contacto com certo material a utilizar.	3
	Contexto	P1: simulações que não se prenderam com algo técnico, por exemplo, as consultas de enfermagem, esse tipo de simulações (...) para mim, são um pouco mais complexas (...) é uma conversa mais espontânea, e, quando é algo mais espontâneo, nós nunca conseguimos aproximar tão bem daquilo que irá ser na realidade. P2: mas, muitas vezes, quando chegamos à prática (real), isso nem sempre acontece. (...) recorreremos ao ideal e não ao real, eu acho que isto é sem dúvida, o outro lado da moeda, um lado positivo, porque se nós aprendêssemos já, sem saber o ideal, não teríamos a capacidade de nos adaptarmos à realidade.	2

	Custos	P1: são necessários alguns materiais (...), são mais gastos que o aluno, a escola ou o local onde a simulação vai ocorrer terão de suportar, indo condicionar aquilo que é a simulação clínica, e, que não depende apenas de quem vai realizar a simulação. P1: (...) uma simulação, a mais próxima da realidade (alta-fidelidade), custará milhares de euros	2
Subtotal			15

4. DISCUSSÃO

O artigo acentuou aspetos favoráveis ao desenvolvimento do status enfermeiro, no que concerne ao desenvolvimento de habilidades socio-afetivas, psicomotoras/comportamentais e cognitivas, complementares ao suporte educacional da simulação clínica. De entre as habilidades promovidas, verificou-se um maior número de unidades de enumeração associadas ao saber estar e saber fazer em ambientes estruturados e controlados da vida real, que aumentaram a confiança, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados em ambientes reais.

Cientes que a educação em enfermagem baseada em simulação é uma abordagem pedagógica cada vez mais popular^{4,5, 7, 12}, foram apontados benefícios essenciais ao desenvolvimento profissional, contudo, alguns desafios/constrangimentos foram afetos a esta abordagem. As subcategorias decorrentes dão expressão ao contexto da simulação, aos recursos materiais, ao tempo/duração e aos custos associados a esta abordagem. Os participantes foram unânimes em reconhecer que ela oferece oportunidades de treino das habilidades clínicas e de desenvolvimento para a tomada de decisão através das experiências situacionais da vida real consolidando a transladação do conhecimento teórico para o contexto de ensino clínico^{1, 2, 14}.

A simulação clínica aprimora o desenvolvimento profissional do estudante^{3, 11}, consolidando as competências do enfermeiro de cuidados gerais, motivando a integração e a progressão contínua do “tornar-se enfermeiro”, frequentemente interpretado nas narrativas dos estudantes. Acreditamos que, a simulação permite que os estudantes aprendam e desenvolvam habilidades de raciocínio clínico; responsabilizando-os e envolvendo-os no cuidar de pessoas/famílias em ambiente de cuidados ideais^{11, 15} o que facilita a integração nos contextos reais de prática clínica e reforça o seu status enfermeiro, “... sou um enfermeiro feito! A experiência que fui adquirindo nos serviços, as técnicas que fui aprendendo, a interação com os doentes, (...) pela maneira como me sinto e vejo as coisas, e isso ... é realmente diferente há uma evolução bastante grande desde o primeiro dia até o quarto, (P7)”. A utilização da simulação clínica vem, assim, mostrando que os futuros enfermeiros aprendem melhor com a utilização desta metodologia, bem como que a retenção do conhecimento é significativamente maior e os estudantes apresentam níveis mais elevados de satisfação com a aprendizagem¹⁴. Além disso, o efeito da educação em enfermagem baseada em simulação não é proporcional ao nível de fidelidade. Por isto, é importante usar um nível apropriado de simulação para atender a todos os objetivos e resultados educacionais¹².

5. CONCLUSÃO

Responder efetivamente ao contínuo de dependência/independência, ao longo do ciclo de vida, é um requisito para todos os estudantes de Enfermagem, pelo que o recurso a abordagens educacionais eficazes durante os 4 anos de curso de Licenciatura é uma necessidade e um dever das Instituições de Ensino. Os achados, resultantes do *focus group* dinamizado com estudantes finalistas de Enfermagem, sobre a associação da simulação clínica ao desenvolvimento de pontes para a prática dos cuidados, confirmaram o objetivo em estudo e apontam um ciclo de mudança e melhoria no ensino da enfermagem.

As opções de aprendizagem baseadas em simulação podem oferecer uma maneira de mitigar as experiências clínicas tradicionais, muitas vezes difíceis de encontrar, concorrendo para tal a reformulação dos currículos. Introduzir mais componentes de simulação clínica ao longo do curso, fazendo emergir a vertente ética e estética, omissa nas narrativas ou simplesmente mascarada pela preocupação com o saber fazer centrado em procedimentos técnicos, deverá ser reflexão dos responsáveis pelas Unidades Curriculares de Enfermagem. Disponibilizar recursos adequados aos existentes nos contextos de prática clínica e o recurso a cenários facilitadores do pensamento crítico e resolução de problemas mostram-se equivalentes aos que integram simuladores de alta-fidelidade¹². Por fim, salienta-se a importância de envolver o próprio estudante na edificação do seu status enfermeiro tornando-o agente da sua própria aprendizagem. O saber ser, estar e fazer com consciência ética e estética, em ambientes seguros e controlados, suportados pela simulação clínica, apoiada ou não por tecnologia digital, revela-se uma aposta significativa

para o desenvolvimento do ensino da Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- [1] Mota L, Jesus A, Teixeira C, Cabral D, Trindade M. Eficácia da simulação em enfermagem na aprendizagem dos estudantes. *Millenium*, 18 January 2021. <https://doi.org/10.29352/mill0215.21267>
- [2] Cleaver K, Essex R, Malamateniou, C, Narramore N, Shekede H, Weldon S. A much kinder introduction: exploring the benefits and challenges of paediatric simulation as a transitioning tool prior to clinical practice. *International Journal of Healthcare Simulation*, September 2022. Disponível em: <https://ijohs.com/article/doi/10.54531/AHGP9780>
- [3] Fratzana A, Iliadis C, Koukourikos K, Kourkouta L, Panagiotou A, Papathanasiou I et al. Simulation in clinical nursing education. *Acta Inform Med*, 11 March 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8116070/pdf/AIM-29-15.pdf> (20 March 2023).
- [4] Santos C. Grupos focais: Uma reflexão metodológica. CIES-IUL. 2017. Disponível em: [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/14533/1/CIES-WP211_Cristina%20Santos.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/14533/1/CIES-WP211-Cristina%20Santos.pdf)
- [5] Davidson K, Dhingra S, Ferreira C, Morgana P, Nowell I, Thomas C. Students and simulation facilitator experiences and perceptions of a distraction and interruption simulation: a mixed-methods study,” *Nurse Education Today*. 2023. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105634>
- [6] Bardin L. [Análise de conteúdo], Edições 70 Lda/Almedina Brasil, São Paulo (2016).
- [7] International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning. INACSL Standards of Best Practice: Simulation Design. Elsevier 2016; 12(S) (S5-S12). <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.005>
- [8] Arne Orvik MPolSc, Lillebeth L, Astrid Berland Karin C. Ringsberg. Situational Factors in Focus Group Studies: A Systematic Review. *The International Journal of Qualitative Methods*, February 2013. <https://doi.org/10.1177/160940691301200116>
- [9] Alves A, Batista B, Capela C, Demba J, Fortunato M, Lapa LDP et al. [Reflexões em torno de metodologias de investigação: recolha de dados], UA Editora, Aveiro, (March 2021).
- [10] Mesquita N, Junior J. Grupo focal presencial e on-line: Abordando questões conexas e disruptivas. *Sensos*, 17 July 2022, Disponível em: <https://parc.ipp.pt/index.php/sensos/article/view/4480/2555>
- [11] Aebersold M. Simulation-Based Learning: No Longer a Novelty in Undergraduate Education. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2018; Vol. 23, No. 2. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol23No02PPT39>
- [12] Junghee K, Jin-Hwa P, Sujin S. Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a metaanalysis. *BMC Medical Education*, 23 May 2016. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0672-7>
- [13] Tinôco J, Enders B, Sonenberg A, Lira A. Virtual clinical simulation in nursing education: a concept analysis. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 2021; 18(1). <https://doi.org/10.1515/ijnes-2020-0001>
- [14] Padilha J, Machado P, Ribeiro A, Ramos J, Costa P. Clinical Virtual Simulation in Nursing Education: Randomized Controlled Trial. 18 March 2019. <https://doi.org/10.2196/11529>
- [15] Farias MS, Brito LLMS, Santos AS, Guedes MVC, Silva LF, Chaves EMC. Reflexões sobre o saber, saber fazer e saber-estar na formação de enfermeiros. January 2019. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190055>
- [16] Silva I, Veloso AL, Keating JB. Focus Group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 2014; 26:175-190. <https://hdl.handle.net/1822/32357>

Evolución del tipo de partos y resultados perineales en un hospital de Canarias

Abigail del Pino Mesa-Ávila^a, Laura Pérez de León^a, Ana Vilar-Vázquez^a, Jeanette Chinea-Rodríguez^a, Fátima Infante-González^a, Julia Jeppesen-Gutiérrez^b

^aEnfermer Interna Residente. Unidad docente multiprofesional de Obstetricia y Ginecología HUMIC; ^bUnidad Docente: Servicio Canario de Salud

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La institucionalización del parto, lo convirtió en un proceso hospitalario. Hoy, a pesar de los intentos de “humanizar el parto”, se continúan aplicando intervenciones rutinarias ineficaces. La Organización mundial de la salud (OMS) recomienda una tasa de cesárea entre el 10-15%, sin embargo, estas son cada vez más frecuentes en el mundo. Además, se recomienda un uso selectivo de la episiotomía con tasas que no superen el 10 % en partos eutócicos. En España predomina el modelo de unidades obstétricas, donde el concepto de atención centrada en la mujer aún no está establecido ni estandarizado. **OBJETIVOS:** Analizar la evolución del tipo de parto, desgarró perineal y episiotomías en los últimos cinco años. **METODOLOGÍA:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de la evolución del tipo de parto, trauma perineal y episiotomías en el HUMIC del 2018 al 2022. **RESULTADOS:** El HUMIC tuvo una tasa de cesáreas (9,94%) y parto instrumental (9%) dentro del porcentaje recomendado, observándose una disminución en la tasa de episiotomías y un aumento de las mediolaterales frente a las centrales. **DISCUSIÓN:** Este estudio puso de manifiesto la tendencia a la baja de la natalidad, la estabilidad en la tasa de partos eutócicos, fórceps, cesáreas y podálicos además de la disminución de la tasa de episiotomías (40,35% al 16,75%) observándose un cambio en la práctica asistencial al implementarse mayoritariamente la técnica mediolateral (91,15% 2022 vs 52,45% 2007) frente a la central (8,85% vs 47,55%). **CONCLUSIÓN:** El concepto de “normalidad” en el trabajo de parto y el parto no es universal ni está estandarizado, existiendo gran disparidad a nivel mundial y entre sanidad pública y privada. Es preciso eliminar las prácticas rutinarias y/o protocolizadas, respetando la autonomía de la mujer.

Palabras clave: Episiotomía, parto, perineo, heridas y traumatismo, partería.

1. INTRODUCCIÓN

La mayoría de los aproximadamente 140 millones de nacimientos que ocurren a nivel mundial cada año se dan en mujeres que no presentan factores de riesgo de tener complicaciones ellas ni sus bebés durante el parto. Sin embargo, el momento del nacimiento es crítico para la supervivencia de las mujeres y los bebés, ya que el riesgo de morbilidad puede aumentar considerablemente si surgen complicaciones¹.

Fue a mitad del siglo XX cuando se institucionalizó el proceso de parto, pasando de los partos domiciliarios a los partos hospitalarios considerándose el parto un proceso hospitalario, que incluía prácticas rutinarias y protocolizadas, como la episiotomía, el rasurado, los enemas, etc.².

En Brasil en el año 1985, la OMS realizó la siguiente declaración “El nacimiento no es una enfermedad”, siendo esta declaración la que dio paso al proceso de transformación del modelo de atención del parto, transformándose en lo que actualmente conocemos como “Parto humanizado”². Nuevamente en 2018 elaboró su guía de recomendaciones, en la que sugirieron beneficios para la madre y su recién nacido al no implementar actos innecesarios durante el trabajo de parto fisiológico, respetándose así la autonomía de la mujer y haciéndola partícipe en la toma de decisiones³.

Teniendo todo ello en consideración, durante las últimas décadas, investigadores y expertos han debatido de forma extensa el concepto de “normalidad” durante el trabajo de parto y parto, llegando a la conclusión que dicho término no está estandarizado ni es universal su significado. Desde finales de la década de los 90, se ha podido observar un aumento significativo de diferentes prácticas o procedimientos destinados a iniciar, estimular, finalizar, controlar o monitorizar el proceso fisiológico del mismo, con el propósito de conseguir mejores resultados materno-fetales. Esta medicalización innecesaria y cada vez más estandarizada del proceso del parto resulta en una “incapacidad” de la mujer de parir¹, pudiendo exponer a mujeres sanas a intervenciones innecesarias que resultan en una clara interferencia del proceso fisiológico del parto que pueden llegar a ser perjudiciales⁴.

Desde 1985, se considera a nivel mundial que la tasa de cesáreas ideal debe estar entre el 10% y el 15%, pero desde finales de la década de los 80 se ha observado una tendencia creciente, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Es incuestionable que las cesáreas necesarias, son eficaces para prevenir la morbilidad materna y perinatal, pero no

podemos decir lo mismo sobre las cesáreas innecesarias. La cesárea es una intervención quirúrgica y como tal está asociada a riesgos tanto a corto como a largo. Desde comienzos del año 2000, tanto colectivos profesionales, como instituciones y gobiernos han manifestado su preocupación por la escalada de partos por cesárea y las potenciales consecuencias negativas que estas tasas pueden tener en la salud materno-infantil⁵.

En cuanto a las episiotomías, la OMS, dentro de sus recomendaciones cita: “No se recomienda el uso universal o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo”⁴. El uso rutinario de la episiotomía no está justificado por la evidencia científica, siendo la tasa de episiotomía selectiva recomendada por la OMS aquella que no supera el 10% en parto eutócicos⁶. En cuanto al uso de la episiotomía durante una emergencia obstétrica, como puede ser el caso de un riesgo de pérdida de bienestar fetal, que requiera un parto vaginal instrumental, el uso rutinario de la misma está por determinar. En el caso de realizarse una episiotomía, el uso de anestesia local eficaz es crucial, así como el consentimiento informado de la mujer. La técnica más recomendada actualmente es la incisión mediolateral, ya que las incisiones en la línea media se asocian a un mayor riesgo de que se produzcan traumas perineales severos (TPS)⁴.

En Europa, entre 2015 y 2019, los indicadores perinatales muestran disparidades en los resultados de salud y el uso de las intervenciones. Por ejemplo, la tasa media de cesáreas en los países que proporcionaron datos sobre este indicador fue del 26% en 2019, mientras que la media de la tasa de parto vaginal instrumental fue del 6,1%. Doce países tuvieron tasas de cesáreas decrecientes, mientras que nueve países tuvieron aumentos y otros se mantuvieron estables, Italia y España experimentaron aumentos marcados en el porcentaje de mujeres fértiles mayores de 40 años, pero redujeron las tasas de cesáreas durante este período, no especificando el informe si la disminución de la tasa de cesáreas fue a favor de partos instrumentales o eutócicos⁷. Estas amplias variaciones en las tasas de cesáreas y partos vaginales instrumentales apuntan a una falta de consenso sobre la práctica y plantean interrogantes para una mayor investigación⁸.

Lo mismo ocurre con el TPS y las episiotomías, las grandes variaciones en las tasas y su asociación en 2010 en Europa plantean preguntas importantes sobre la calidad de los datos disponibles para monitorizar los TPS en los países europeos, así como sobre las prácticas obstétricas actuales. Se necesitan con urgencia estudios de validación, si se va a utilizar este indicador como indicador de la calidad obstétrica⁹ ya que entre las complicaciones obstétricas más frecuentes generadas durante la atención del parto se encuentran los traumas o desgarros perineales¹⁰.

Centrándonos en España, actualmente el modelo prevalente en las maternidades es el de unidades obstétricas basadas en modelos médicos, lideradas por obstetras, con matronas como principal profesional en contacto con la mujer y su familia, pero el concepto de atención centrada en la mujer aún no está establecido ni estandarizado en nuestro país¹¹.

España cuenta con desigualdades en la mortalidad materna según el origen materno y la región donde ocurrió el parto, siendo las mujeres inmigrantes y Ceuta la región de España con mayor riesgo de muerte materna, lo que pone de manifiesto la necesidad de establecer estrategias a nivel nacional para analizar las causas y factores de riesgo con el fin de reducirla¹². Además, teniendo un sistema sanitario mixto, se estudiaron las diferencias entre hospitales públicos y privados y se vio que las prácticas clínicas respecto a la atención del parto en los hospitales públicos sí siguen las recomendaciones de la OMS y la evidencia científica disponible en mayor medida que los hospitales privados. De este modo, dar a luz en un centro privado se asocia con una mayor probabilidad de parto por cesárea y uso de analgesia epidural durante el parto. Además, la primiparidad se ha asociado con mayor número de partos instrumentales y menor contacto piel a piel precoz con el recién nacido, mostrando la multiparidad una mayor incidencia de parto inducido¹³.

Analizando la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) sobre las tasas de cesáreas en los hospitales públicos españoles pertenecientes al Sistema Nacional de Salud (SNS) entre el 2002 y 2011, en general, se puede concluir que la EAPN ha sido eficaz en la reducción de las tasas de parto por cesárea en los hospitales del SNS. Sin embargo, no ha sido suficiente para que se sitúen en el rango indicado por la OMS del 10-15%. A tenor de estos resultados y siguiendo la recomendación general de la OMS que señala a la matrona como el profesional idóneo para atender un parto normal, sería deseable dotar a los hospitales de un mayor número de matronas y reforzar su autonomía¹⁴.

1.1 Objetivos

Analizar la evolución del tipo de parto, tipo de desgarro perineal y tipo de episiotomía en los últimos cinco años en el HUMIC y valorar si los datos anteriormente descritos cumplen con las recomendaciones de la OMS.

2. METODOLOGÍA

2.1 Tipo de estudio

Observacional descriptivo retrospectivo sobre la evolución del tipo de parto, trauma perineal y episiotomías en el HUMIC.

2.2 Población de estudio

Todas las mujeres que dieron a luz en el HUMIC durante el período comprendido entre el 01/01/2018 y el 31/12/2022.

2.3 Unidad de estudio

Todas las mujeres que dieron a luz en el HUMIC durante el periodo de estudio, siendo criterio de retirada los formularios obtenidos de la Historia del Parto de la Historia Clínica DRAGO AE cumplimentados de forma incorrecta o incompleta.

2.4 Selección de la muestra

La muestra del estudio constituye el total de las gestantes que dieron a luz en el HUMIC durante el periodo de estudio.

2.5 Variables

Se consideraron las siguientes variables a estudio:

- Tipo de parto: hace referencia a los diferentes modos en los que se produce el nacimiento, entre ellos:
 - Eutócico-cefálico (E/C): parto que se desarrolla con normalidad, en el que el feto se presenta de vértice y finaliza sin necesidad de ayuda artificial.
 - Eutócico-podálico (E/P): parto que se desarrolla con normalidad, en el que el feto se presenta de nalgas y finaliza sin necesidad de intervención instrumental.
 - Fórceps: parto vaginal que requiere intervención médica mediante el uso del instrumento obstétrico del fórceps.
 - Cesárea: intervención quirúrgica mediante la cual se extrae al feto vía transabdominal.
 - Distócico-podálico (D/P): parto vaginal que requiere intervención médica mediante el uso de maniobras útiles en las anomalías del parto de presentación de nalgas cuando existen dificultades en la salida de los hombros.
- Trauma perineal: lesión ocasionada en el trabajo de parto, que compromete la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa:
 - Periné íntegro: no se observa desgarros.
 - Primer grado: desgarro que afecta a piel y mucosas vulvovaginales.
 - Segundo grado: además de afectar a los tejidos citados en el desgarro de primer grado, se extiende a los músculos y fascias del periné.
 - TPS: desgarros que además de afectar a piel, mucosas y fascias del periné su extensión alcanza la región ano-rectal. Dentro del TPS, nos encontramos con el desgarro de tercer y cuarto grado:
 - Tercer grado: desgarro que afecta al esfínter anal externo o esfínter anal interno.
 - Cuarto grado: es el desgarro más amplio cuya extensión alcanza la mucosa rectal.
- Episiotomía: incisión en el periné que se realiza de forma vertical y longitudinal desde la horquilla vulvar posterior. Se dirige hacia el centro o lateral del cuerpo tendinoso perineal y el ano, pero sin llegar a éste.

2.6 Métodos y técnicas de recogida de datos

Para comenzar con la recogida de datos se contactó en primer lugar con el Comité de Ética e Investigación (CEI) de Gran Canaria para hacer constar el estudio de investigación y solicitar permiso para llevarlo a cabo. Una vez obtenido el permiso del CEI, solicitamos a Gestión de Datos del Hospital para que nos facilitaran los datos necesarios a través del acceso al formulario Historia de Parto disponible en programa DRAGO AE. La recogida de datos se llevó a cabo entre los meses de enero a marzo de 2023, donde tuvimos que acceder a las Historias Clínicas de las mujeres para completar la información que no estaba disponible en el material facilitado por Gestión de datos analizando las variables a estudio mediante cifrado, lo cual se consiguió a través de un algoritmo criptográfico que cumplía con los requisitos de seguridad suficientes para respetar los requerimientos de la Agencia Española de Protección de Datos. La información fue encriptada mediante un programa de fuentes abiertas que permite la encriptación simétrica fuerte.

2.7 Análisis de los datos

Finalizado el tiempo de recogida se plasmaron los datos en una hoja de cálculo de Excel y a partir de ella se calculó la frecuencia, porcentaje en las variables.

2.8 Aspectos éticos/protección de los sujetos participantes

Con el fin de garantizar la protección de los sujetos en el estudio se solicitó autorización al CEI de Gran Canaria aportando el número de registro: 2022-450-1. El estudio está sujeto a los principios básicos éticos que debe seguir toda investigación científica, se asegura a las participantes la privacidad y confidencialidad de los datos que se obtengan en el transcurso del estudio, por el que se seguirá la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica¹⁵. Por otro lado, se respalda la privacidad y confidencialidad de los datos a través de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales¹⁶.

3. RESULTADOS

En el HUMIC, la natalidad ha ido descendiendo en los últimos 15 años, disminuyendo los partos desde el 2007 de 7101 partos a 4087 en el 2018 y descendiendo durante los años de estudio hasta finalizar en 3521 en 2022 (Figura 1).

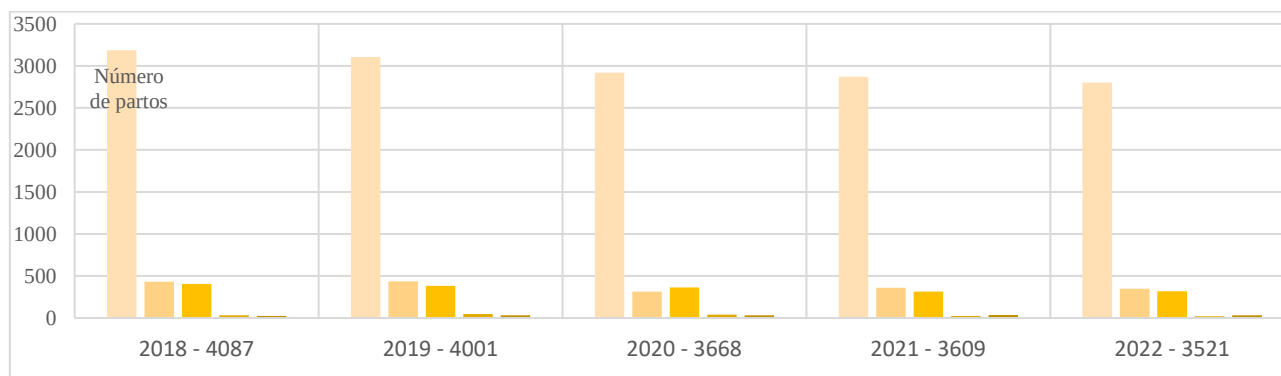


Figura 1. Evolución del número y tipo de partos

El tipo de parto durante los años de estudio se mantuvo relativamente estable, con tasas de partos E/C entre el 77,61 y 79,55%, de cesáreas entre el 8,53 y 10,92%, de fórceps entre el 8,76 y 9,96% y de partos podálicos, eutócicos y distócicos inferiores al 1,15%. Si analizamos las tasas de hace 15 años (2007) con respecto a nuestros años de estudio, sí vemos un aumento con el paso de los años de los E/C, (72,17% en 2007), una disminución de las cesáreas (14,77% en 2007) y fórceps (11,96% en 2007) y estabilidad en los podálicos (<1,15%) (Figura 2).

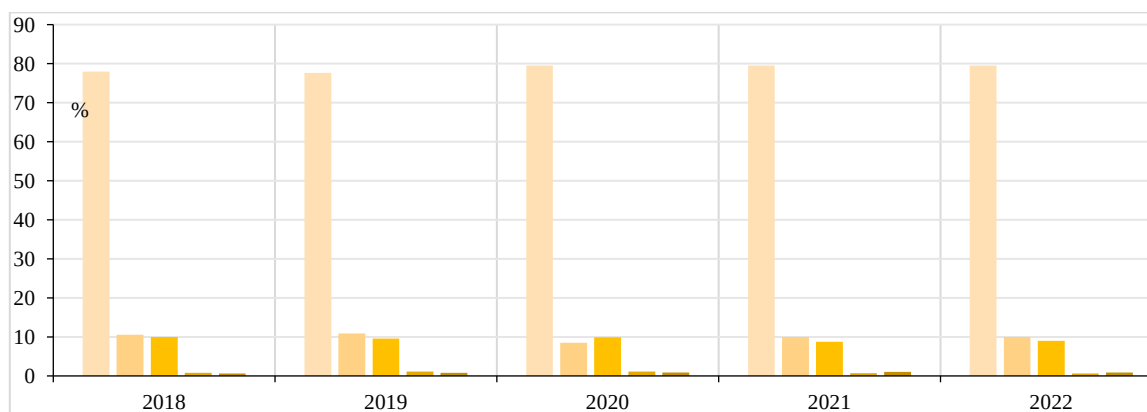


Figura 2. Evolución del tipo de partos en porcentajes

En cuanto al tipo de desgarro perineal en los partos vaginales, lo que más llama la atención es la disminución de la tasa de episiotomías, pasando del 24% en 2018 al 16,75% en 2022 (40,35% en 2007), a costa de un ligero aumento de los 1º grado (20,42% en 2007, 26,6% en 2018 y 29,23% en 2022) y 2º grado (19,2% en 2007, 29,53% en 2018 y 32,77% en 2022). Se observó un mantenimiento en la tasa de periné íntegro del 2007 al 2018 (18,19-18,23%) y un ligero aumento en los dos últimos años del 23,94% en 2021 y 20,18% en 2022. El TPS se ha mantenido estable entre el 1,43 y el 1,83%, observándose una disminución en el último año bajando al 1,07%. Lo que supuso una disminución de 23 púerperas entre el 2021 y el 2022, una cifra considerable teniendo en cuenta las secuelas que pueden dejar este tipo de desgarros (Figura 3).

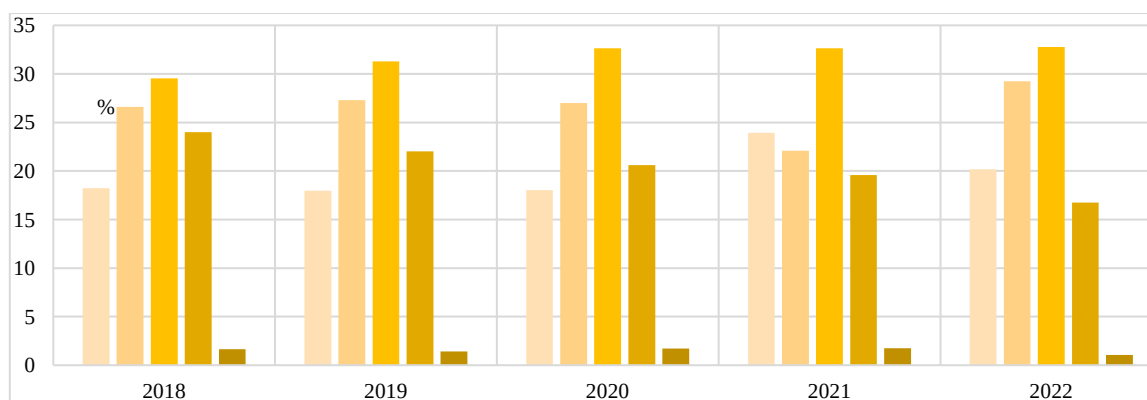


Figura 3. Evolución del resultado perineal en partos vaginales

Además, y siguiendo las recomendaciones de la OMS, el tipo de episiotomía ha pasado de ser en 2007 de 47,54% centrales y 52,46% mediolaterales, a 19,95% centrales y 80,05% mediolaterales en 2018, observándose una continua disminución de las centrales a favor de las mediolaterales quedando en 2022 con 8,85% centrales y 91,15% mediolaterales (Figura 4).

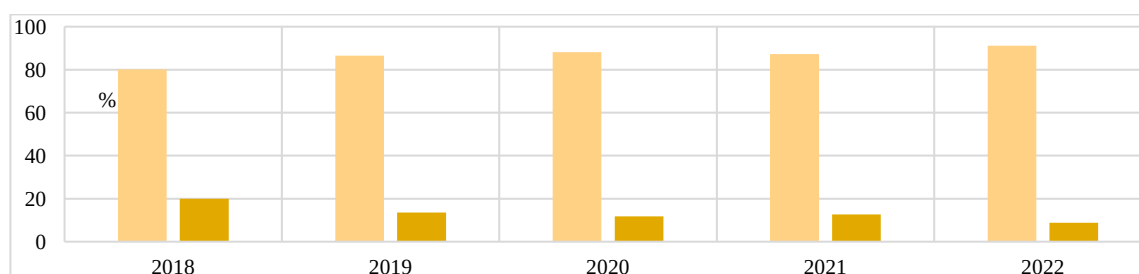


Figura 4. Evolución del tipo de episiotomías

4. DISCUSIÓN

El estudio del tipo de parto, el trauma perineal y el uso de la episiotomía, son temas que suscitan interés entre los profesionales de la obstetricia, siendo este el motivo por el que han sido ampliamente estudiados en la bibliografía, no solo desde el punto de vista de los resultados sino también considerando la satisfacción materna con la experiencia del parto. Con este estudio, no solo hemos podido estudiar las tasas de parto, tipo de parto y trauma perineal, sino que también hemos observado cómo la tendencia de la natalidad en el centro ha ido descendiendo durante los últimos 15 años, siguiendo la línea decreciente de la natalidad nacional, observándose una disminución en la tasa de partos de 7101 en 2007 a 3521 en 2022. Esta disminución en la tasa de partos observada en el centro lo sitúa a nivel nacional en una tasa de fecundidad total de 1.23, no alcanzando así el 2.1 considerado tradicionalmente como el mínimo necesario para el relevo generacional de la población (o nivel de reemplazo)¹⁷.

En lo relativo al tipo de parto, se observa una estabilidad en las tasas de partos E/C, de fórceps, de cesáreas y de podálicos en los últimos años, pero si las comparamos con las de hace 15 años (2007), los partos podálicos se han mantenido estables a diferencia de las cesáreas y los fórceps que han disminuido a favor de un aumento de los E/C.

En cuanto al tipo de desgarro perineal en los partos vaginales, se observa una disminución de la realización de episiotomías (40,4% en el 2007 al 16,7% en el 2022) a favor de un incremento del trauma perineal de primer y segundo grado con un incremento de periné íntegro en los últimos 2 años, tendencia que se observa en otros estudios en los que la práctica restrictiva o selectiva de la episiotomía resultó en menores tasas de TPS pero un incremento en las tasas de desgarro de primer y segundo grado¹⁸. Además, la tendencia observada en el estudio sigue las recomendaciones de la NICE (National Institute for Health and Care Excellence)¹⁹ y de la OMS observándose un cambio en la práctica asistencial al implementarse mayoritariamente la técnica mediolateral (91,1% 2022 vs 52,5% 2007) frente a la central (8,9% vs 47,5%).

Este estudio contó con una serie de limitaciones en relación a la recogida de datos. Los datos volcados en el programa informático DRAGO AE contaban con registros incompletos de las variables. En cuanto a las fortalezas, la muestra con la que se contó fue amplia. Además, este estudio aporta información que puede ser relevante y útil sobre la práctica clínica

en el HUMIC. Las debilidades de este estudio son las características observacionales descriptivas, siendo necesario establecer más investigación analítica que sea capaz de establecer relaciones de causalidad entre las diferentes variables.

5. CONCLUSIONES

Se puede concluir:

- Hoy en día el concepto de “normalidad” en el trabajo de parto y el parto no es universal ni está estandarizado.
- Continúa existiendo gran disparidad en la atención al parto en las diferentes partes del mundo, pero también dentro de nuestro país (España), donde el riesgo de muerte materna es mayor por ser inmigrante o por parir en Ceuta.
- Es preciso eliminar las prácticas rutinarias y/o protocolizadas, cuando son actos innecesarios sobre un trabajo de parto fisiológico, siguiendo las Recomendaciones de la OMS.
- Se debe respetar la autonomía de la mujer, incorporándola en la toma de decisiones e informándola sobre los riesgos y beneficios que puedan tener dichas decisiones, para así aumentar la satisfacción materna y ponerla en el centro de los cuidados.
- Existen diferencias entre los hospitales públicos y privados de nuestro país, encontrándonos con tasas de partos por cesárea y uso de analgesia epidural superiores en centros privados, además de presentar asociación estos centros de mayor tasa de parto instrumental y mujeres primíparas, y menor contacto piel a piel precoz con el recién nacido, mientras que las mujeres múltiparas presentan una mayor incidencia de parto inducido en estos centros.
- El HUMIC se rige por las recomendaciones de la OMS y la evidencia científica, no superando el porcentaje recomendado de cesáreas, disminuyendo el porcentaje de episiotomías con el paso de los años, y priorizando el uso de la incisión medial-lateral. En cuanto a la autonomía de la gestante nos encontramos como el resto del territorio nacional en una situación con margen de mejora, debiendo trabajar nuestro sistema sanitario por situar a la mujer en el centro de los cuidados, haciéndola participe en la toma de decisiones, respetando sus deseos e ideología y trabajando con la familia para acercar la experiencia de la maternidad a las expectativas individuales.

REFERENCIAS

- [1] Organización Mundial de la Salud. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva”. Organización Mundial de la Salud. 2018. 210 p. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1%0Ahttps://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>
- [2] Macías M, Haro J, Piloso F, Galarza, Quishpe M, Triviño B. Importancia y beneficios del parto humanizado. Dominio las Ciencias. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6560206&info=resumen&idioma=SPA%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6560206>
- [3] Lavanderos S, Díaz-Castillo C. Evidence-based recommendations for achieving humanized Birth. Rev Chil Obstet Ginecol. 2021;86(6):563–72.
- [4] Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>
- [5] Skjellerup NR. Cesarean. Anesth Analg. 2022;134(5):1112.
- [6] Woretaw E, Teshome M, Alene M. Episiotomy practice and associated factors among mothers who gave birth at public health facilities in Metema district, northwest Ethiopia. Reprod Health. 2021;18(1):1–11. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01194-9>
- [7] Euro-Peristat Project. European Perinatal. 2020;(101018317):1–136. Disponible en: <https://www.europeristat.com>
- [8] Macfarlane AJ, Blondel B, Mohangoo AD, Cuttini M, Nijhuis J, Novak Z, et al. Euro-Peristat Scientific Committee. “Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study”. BJOG. 2016 Mar;123(4):559-68. doi: 10.1111/1471-0528.13284. Epub 2015 Mar 9. PMID: 25753683.
- [9] Blondel B, Alexander S, Bjarnadóttir R, Gissler M, Langhoff-Roos J, Novak-Antolič Ž et al. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project”. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016 Jul;95(7):746-54. doi: 10.1111/aogs.12894. Epub 2016 Apr 5. PMID: 26958827.
- [10] Lorenzo-Pliego MA, Villanueva-Egan LA. Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias. Conamed. 2013;18(3):111–6.

- [11] Fontein-Kuipers Y, de Groot R, Van Staa A. Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *Eur J Midwifery*. 2018;2(May):1–12.
- [12] Blagoeva Atanasova V, Arevalo-Serrano J, Antolin Alvarado E, García-Tizón Larroca S. Maternal mortality in Spain and its association with country of origin: Cross-sectional study during the period 1999-2015. *Medical and Health Sciences. Public Health and Health Services. BMC Public Health*. 2018;18(1):1–9.
- [13] Hernández-Martínez A., Martínez-Galiano JM, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Gómez-Salgado J. Evidence-based birth attendance in Spain: Private versus public centers. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(5).
- [14] Recio Alcaide A, Arranz JM. An impact evaluation of the strategy for normal birth care on caesarean section rates and perinatal mortality in Spain. *Health Policy (New York)*. 2022;126(1):24–34.: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.11.003>
- [15] Alventosa del Río J. La Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (y II). *Rev española Drog*. 2003;(3):270–84.
- [16] España. Ley Orgánica 3/2018, de 6 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales. *Boletín Of del Estado*. 2018;(294):119788–857.
- [17] Vollset SE, Goren E, Yuan CW, Cao J, Smith AE, Hsiao T et al. Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2020;396(10258):1285–306. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30677-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30677-2)
- [18] Jiang H, Qian, X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017(2).
- [19] Clinical guideline. Intrapartum care for healthy women and babies. Nice. 2014; December 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>

Cambios posturales maternos para corregir la malposición fetal durante el trabajo de parto. Caso clínico

Marlene Bermúdez-Castellano^a, Abigail del Pino Mesa-Ávila^a, Ariadna Torres-Hernández^a, Elisabet Machín-Martín^b

^aEnfermera Interna Residente. Unidad Docente Multiprofesional Obstetricia y Ginecología;

^bUnidad Docente Multiprofesional Obstetricia y Ginecología. Servicio Canario de Salud

RESUMEN

Introducción: La presentación fetal occipito posterior es la malposición fetal más frecuente. Su prevalencia se sitúa entre 5-8% durante el trabajo de parto y conlleva mayor morbilidad materno-fetal. La matrona es la profesional de referencia para optimizar la posición fetal respecto a la pelvis materna. El objetivo del trabajo es resolver una malposición fetal en una mujer gestante durante su trabajo de parto aplicando un plan de cuidados individualizado. **Presentación del caso:** N. mujer de 40 años, cuartigesta, con dos partos previos y un aborto, se induce en la semana 40+1 por diabetes gestacional de control irregular. Su trabajo de parto transcurre con dilatación lenta y dolorosa que no se controla con analgesia epidural. La matrona detecta malposición fetal. **Metodología:** Se realizó una valoración enfermera según los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Se desarrolló un plan de cuidados utilizando los diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA Internacional. Se utilizó la escala visual analógica y una intervención secuencial basada en cambios postural. **Resultados:** Los indicadores de resultado asociados a los diagnósticos de enfermería muestran una puntuación progresiva en la escala Likert tras la intervención de la matrona. El dolor mejoró significativamente y se consiguió la rotación a occipito anterior. **Discusión y conclusión:** La presentación fetal en occipito posterior durante el trabajo de parto dificulta la progresión a dilatación completa, rotación y descenso fetal en la pelvis materna. La elaboración de un plan de cuidados individualizado por parte de la matrona permite dar respuesta a los problemas identificados en la gestante. En este caso clínico se expone la efectividad que tienen los cambios posturales para conseguir un parto vaginal con buenos resultados materno-fetales.

Palabras clave: Obstetric Labor, Fetal Malpresentation, Midwifery, Labor Pain.

1. INTRODUCCIÓN

La presentación occipito posterior, en la que el occipucio fetal está en contacto con el sacro o con la articulación sacroilíaca materna, es la malposición más frecuente durante el parto. Tiene mayor incidencia al lado derecho y es más habitual en nulíparas¹⁻⁵. Su prevalencia es del 5-8% durante el trabajo de parto y se ha asociado a una segunda etapa del trabajo de parto más prolongada impidiendo, en ocasiones, el parto vaginal^{1,3,5-8}.

La presentación en occipito posterior aumenta el riesgo de intervencionismo, duplica la tasa de partos instrumentalizados y triplica la tasa de cesárea. Se ha asociado con mayor incidencia de corioamnionitis, hemorragia postparto, desgarros de III y IV grado y mayor morbilidad neonatal (líquido amniótico meconial, lesiones en el parto, peores resultados del test de APGAR, acidemia y aumento de ingresos hospitalarios)^{1,3-10}.

El desarrollo de una malposición fetal durante el trabajo de parto está influenciado por factores maternos (tipo de pelvis, sedentarismo, obesidad...), fetales (forma de la cabeza, fetos pequeños o mayores de 4 Kg., cabeza deflexionada...) y otros factores como la inducción del parto, la rotura artificial de membranas y el uso de oxitocina sintética. La analgesia epidural podría ser otro factor que influya puesto que al relajar la musculatura de la pelvis se impide la rotación espontánea de occipito posterior a occipito anterior, pero se desconoce si esta relación es causal^{1,5,9}.

La matrona emplea las maniobras de Leopold, que son técnicas reconocidas de palpación abdominal, para explorar la estática fetal¹¹. Se realizan durante la gestación y en el proceso del parto obteniendo información directa sobre la altura uterina, posición, presentación fetal y su encajamiento en la pelvis. Requieren de destreza del profesional para realizarlas, pero es una técnica muy poco invasiva, de bajo coste y que no debe procurar dolor a la mujer. No obstante, se trata de una prueba deficiente para identificar con precisión la posición fetal. Tiene una sensibilidad de 0,44 y una especificidad de 0,71¹¹. Como complemento, la ecografía sería una herramienta más fiable para confirmar la posición fetal^{1,3,6,8,11}. Actualmente, se realiza tacto vaginal para identificar la posición fetal durante el trabajo de parto que posee una concordancia con la ecografía del 85.7%^{2,4}. Otros hallazgos indicativos de presentación occipito posterior pueden ser la

visualización de la forma cóncava del abdomen y foco de auscultación fetal difícil de localizar. A menudo, la mujer puede referir dolor persistente a nivel lumbosacro y sensación de pujo¹⁻³.

La matrona es la profesional de referencia para ayudar a optimizar la posición fetal durante el trabajo de parto y es la responsable de dar soporte emocional a la mujer^{2,3,7}. Utiliza técnicas como los cambios posturales que no implican riesgo materno-fetal ni son invasivos. Varios estudios ya han demostrado su eficacia^{6,12}. No obstante, hoy en día parece que la evidencia es más empírica que científica¹³.

El objetivo de este trabajo es resolver una malposición fetal en una mujer gestante durante su trabajo de parto aplicando un plan de cuidados individualizado.

2. PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 40 años, cuartigesta, secundípara con un aborto diferido anterior (G4P2A1) de 40+1 semanas de edad gestacional. Su embarazo actual cursa con diabetes gestacional de tipo A2 con control glucémico irregular.

2.1 Datos de interés

Grupo sanguíneo y Rh A positivo. Serología negativa. Rubéola inmune. Exudado vagino-rectal para *Estreptococo Agalactiae* negativo. No alergias conocidas. No hábitos tóxicos.

Analítica sanguínea con valores dentro de la normalidad (Hemoglobina 12.3 g/dl; Leucocitos 9600/μl; Plaquetas 181000/μl). Peso fetal estimado de 3687 gr., percentil 91 (parto previo de 4100 gr.). Medicación habitual insulina regular según pauta médica y vitaminas del embarazo.

2.2 Evolución del proceso

N. ingresa a las 9:18 h. en paritorio para continuar inducción del parto tras maduración cervical con cinta de prostaglandinas. A su llegada, la presentación fetal es cefálica, longitudinal, dorso derecho, sobre estrecho superior de la pelvis con un cérvix borrado 40%, consistencia y posición media y dilatación 1 cm. Se realiza rotura artificial de membranas y se objetiva líquido amniótico teñido de meconio ligero. Se coloca el captor interno de dinámica uterina y se mantiene en actitud expectante una hora y media tras la cual la dinámica uterina es irregular por lo que se inicia oxitocina sintética.

Sobre las 13.56 h. se considera dinámica uterina regular y se realiza tacto vaginal por sensación de pujo que resulta similar al anterior. N. comienza a movilizarse realizando distintas posturas que le ayudan a gestionar el dolor. A las 16.21 h. N. decide ponerse la epidural. Durante la tarde N. refiere mal control del dolor requiriendo bolos de medicación adicionales y valoración por el equipo de anestesia. Además del dolor, N. refiere continua sensación de presión por lo que también se le realizan varias exploraciones vaginales. Finalmente, en la exploración vaginal se objetiva 3 cm. de dilatación y se considera que el trabajo de parto comienza a las 20.27 h.

A las 21.00 h. N. se encuentra en decúbito supino con dolor mal controlado. En ese momento, el equipo de anestesia decide colocar un segundo catéter epidural. Al cabo de media hora, cuando N. parece estar hemodinámicamente estable, la matrona realiza maniobras de Leopold que la hacen sospechar de una malposición fetal. Se explican los hallazgos a N. que entiende y acepta.

3. METODOLOGÍA

3.1 Fase de valoración

Se realizó la valoración enfermera desde un enfoque integral según los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon¹⁴. Respecto al patrón de percepción y manejo de la salud, N. expresó preocupación, “pensaba que siendo mi tercer parto todo iba a transcurrir rápido”. Sin embargo, sabía que todos los partos no son iguales y se mantuvo expectante ante los acontecimientos. Durante su estancia en paritorio su patrón nutricional metabólico no se vio alterado, manifiesta “sólo quiero tomar alimentos líquidos por si me aparecen náuseas”.

Tras la administración de la analgesia epidural, el patrón de eliminación se consideró disfuncional ya que durante el trabajo de parto N. sintió sensación de plenitud vesical, pero fue incapaz de miccionar. Por el mismo motivo, el patrón de actividad-ejercicio fue disfuncional. N. se movilizaba en la cama, pero debido al efecto de la medicación verbalizó “no me siento segura para cambiar de postura”.

Su patrón de reposo y sueño no se vio alterado ya que N. realizó varias siestas a lo largo del trabajo de parto y refirió sentirse descansada. Comentó que “pierdo la noción del tiempo porque al no haber ventanas en el paritorio ya no sé si es de día o de noche”. No obstante, se orientaba mirando el reloj de la sala.

Respecto al patrón cognitivo y perceptivo, en el que se incluye la percepción y el manejo del dolor, N. manifestó estar muy dolorida “la epidural no ha ido como yo esperaba”. En ese momento tan delicado, su patrón de rol y relaciones no se vio afectado, se apoyó mucho en su marido que la acompañó durante su estancia en paritorio. En cuanto al patrón de sexualidad

y reproducción, empezó a contemplar la ligadura de trompas como método anticonceptivo porque “ya no estoy dispuesta a pasar por esa situación de nuevo”. Referente al patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés y al patrón de valores y creencias, reconoció que “la llegada al paritorio me resultó estresante porque no sabía cómo iba a desarrollarse la inducción del parto, pero confío en el personal y haré lo que pueda para ayudar a mi bebé a nacer”.

Además de la valoración por patrones funcionales de salud, se aplicaron algunas escalas. El dolor se evaluó mediante la escala visual analógica (EVA)¹⁵. Se obtuvo un valor inicial de 10/10 (el 0 corresponde a la ausencia de dolor, el 10 a un dolor insoportable y el 7 se considera como el punto de corte para el dolor severo). El grado de bloqueo motor en miembros inferiores tras la analgesia epidural se evaluó mediante la escala de Bromage¹⁵ y se obtuvo un grado 0 (el grado 3 supone el bloqueo total de la movilidad y el grado 0 el máximo grado de movilidad).

La estática fetal se valoró a través de las maniobras de Leopold¹¹ y se objetivó presentación cefálica, longitudinal, dorso derecho, sin encajamiento en la pelvis. Además de la exploración abdominal, se realizó una exploración de la pelvis ósea siguiendo el recorrido del hueso púbico. Inmediatamente sobre la arcada púbica se palpó la cabeza fetal. Las condiciones del cérvix se midieron con el test de Bishop¹⁶. Esta prueba se realizó mediante tacto vaginal detectando el borramiento, la consistencia, posición y dilatación del cuello uterino y la altura de la presentación. Si la prueba es inferior a 7 se considera desfavorable y si es superior o igual a 7 se considera favorable. En este caso se detectó borrado 40%, posición y consistencia media, dilatación 1 cm, sobre estrecho superior de la pelvis con una puntuación total de 4.

3.2 Fase diagnóstica

Tras la valoración de enfermería se detectaron algunos problemas propios de la dimensión independiente de la práctica enfermera, por lo que se definieron 2 diagnósticos de enfermería. Aplicando la taxonomía NANDA Internacional (NANDA-I)¹⁷ se estableció un diagnóstico focal y un de promoción de la salud: dolor de parto r/c percepción del dolor de parto como amenazante m/p expresión facial de dolor y postura de evitación del dolor; disposición para mejorar el confort m/p expresa deseo de mejorar el confort. Además, se detectaron 2 problemas de la dimensión interdependiente de la enfermera: retención urinaria secundaria a la analgesia epidural y riesgo de deterioro de la movilidad física secundario a la analgesia epidural.

3.3 Fase de planificación

Se elaboró un plan de cuidados haciendo uso de la herramienta online NNNConsult¹⁸. El plan de cuidados individualizado se expone en la tabla 1 y en ella se determinan los resultados esperados mediante la clasificación de resultados de enfermería (NOC)¹⁸ y las intervenciones llevadas a cabo mediante la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)¹⁸. Los resultados se midieron mediante los indicadores, con una escala tipo Likert de 5 puntos que cuantificó de menos a más deseable en el momento inicial y final de la valoración.

3.4 Fase de ejecución

En la etapa inicial de la inducción del parto se ofrecieron medidas de alivio no farmacológico al dolor como la libertad de movimientos. N. adoptó espontáneamente diferentes posturas sin conseguir un buen control del dolor por lo que pidió la analgesia epidural. El procedimiento se realizó con condiciones cervicales desfavorables (Bishop 4). Se emplearon dosis convencionales de medicación (levobupivacaína 125 mg/100 ml y fentanest 0.20 mg) en perfusión continua a 15 ml/h según cálculo de peso y talla. Durante la fase posterior al uso de analgesia epidural, la capacidad de movimiento de N. se vio limitada, aunque no existió bloqueo motor de los miembros inferiores.

La primera maniobra (21.42 h.) consistió en mantenerse sentada en la cama a 90° y los miembros inferiores por debajo del nivel de la pelvis (*sedestación en trono*) realizando una elevación y presión sobre el abdomen para intentar reducir el impacto de la cabeza fetal sobre el pubis materno. Esta maniobra se mantuvo durante 12 contracciones (30 minutos). A continuación, N. realizó las siguientes posturas:

Posición de *Cuadrupedia* (22.15 h.), que supone mucho cansancio para la mujer, pero es segura y eficaz para disminuir el dolor de espalda, la sensación de pujo y el tiempo de rotación fetal^{2,3,8}. N. se mantuvo en cuadrupedia durante 6 contracciones (15 minutos).

Posición de *SIMS modificado* (23.08h.) hacia el lado del dorso fetal con la pierna inferior en el eje del cuerpo y la superior flexionada a 90° elevada y apoyada en la pernera / pelota para que haya cierta rotación interna de la cadera. La postura de SIMS produce asimetría en la pelvis aumentando los diámetros y favoreciendo el descenso de la presentación y la rotación hacia occipito anterior³. Se ha descrito un 50% de rotación y un aumento de la tasa de parto vaginal¹⁹. N. se mantuvo en SIMS modificado durante 7 contracciones (27 minutos).

Decúbito lateral (00.13 h.) hacia el lado de la columna del bebé con la pierna superior extendida paralela a la de abajo y sostenida por un cojín, el sacro queda libre y se mejora la oxigenación al bebé y la eficacia de las contracciones. Esta posición favorece la rotación a occipito anterior y acorta la primera etapa del parto^{2,3}.

Las posturas sugeridas por la matrona se intentaron mantener un mínimo de 3 contracciones o 10 minutos según tolerancia. Una vez que N. conoció las distintas sensaciones que le aportaba cada posición, fue tomando autonomía para decidir qué

postura adoptar en cada momento buscando mayor confort y alivio del dolor. Durante la intervención, la implicación de su marido fue esencial para alcanzar la consecución de los objetivos.

Además del protocolo de cambios posturales, la matrona procuró un entorno confortable ajustando la intensidad de la luz, la temperatura de la sala, controlando el ruido y asegurando un ambiente íntimo. Además, realizó el vaciado de la vejiga urinaria cada 4 horas mediante sondaje vesical intermitente y el resto de los cuidados según el protocolo de inducción obstétrica del parto.

4. RESULTADOS

La gestante N. llevaba 12 horas en proceso de inducción del parto con una malposición fetal en occipito posterior que comprometía el progreso adecuado del trabajo de parto. Una vez que la matrona detectó la malposición fetal, se llevó a cabo un plan de cuidados individualizado (tabla 1) orientado a dar respuesta a los problemas detectados en la valoración enfermera. A través de una intervención basada en una secuencia de cambios posturales se logra el control del dolor y una rotación a occipito anterior.

Tabla 1. Plan de cuidados individualizado

Diagnóstico focal: 00256. Dolor de parto r/c percepción del dolor de parto como amenazante m/p expresión facial de dolor y postura de evitación del dolor			
NOC 2102. Nivel del dolor	Indicador	E. Likert Inicial/Final	NIC y Actividades
	210206. Expresiones faciales de dolor ^a	1/4	5270. Apoyo emocional. Comentar la experiencia emocional con la paciente. Abrazar o tocar a la paciente para proporcionarle apoyo.
NOC 3016. Satisfacción de la paciente: Manejo del dolor	301604. Acciones tomadas para aliviar el dolor ^b	1/5	840. Cambio de posición. Desarrollar un protocolo para el cambio de posición. Animar a la paciente a participar en los cambios de posición. Evitar colocar a la paciente en una posición que le aumente el dolor.
	301612. Información proporcionada sobre alivio del dolor ^b	1/4	
	301601. Dolor controlado ^b	1/4	
NOC 2510. Estado materno: durante el parto	251007. Progresión de la dilatación cervical ^c	1/5	6830. Cuidados intraparto. Realizar las maniobras de Leopold para determinar la estática fetal y exploraciones vaginales para comprobar la dilatación cervical. Monitorizar el nivel de dolor y el progreso durante el trabajo de parto. Explorar las posiciones que mejoran la comodidad materna.
	251022. Dolor con contracciones ^a	2/4	
Diagnóstico de promoción: 00183. Disposición para mejorar el confort m/p expresa deseo de mejorar el confort			
NOC 2009. Estado de comodidad: Entorno	Indicador	E. Likert Inicial/Final	NIC y Actividades
	200902. Temperatura ^d	2/3	6482. Manejo ambiental: confort. Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades de la paciente. Controlar la iluminación de la sala para conseguir beneficios terapéuticos. Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. Proporcionar la música que elija la paciente.
	200909. Iluminación ^d	3/4	
	200915. Entorno ^d	3/4	
	200916. Control de ruido ^d	2/4	
NOC	201001. Control de síntomas ^d	1/4	6040. Terapia de relajación. Invitar a la paciente a que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente. Dejar a la

2010. Estado de comodidad: física	201004. Posición cómoda ^d	1/5	paciente un tiempo sin molestarle, ya que puede quedarse dormida.

Valor cuantitativo de las escalas Likert: ^a 1 (grave), 2 (sustancial), 3 (moderado), 4 (leve), 5 (ninguno) | ^b 1 (no del todo satisfecho), 2 (algo satisfecho), 3 (moderadamente satisfecho), 4 (muy satisfecho), 5 (completamente satisfecho) | ^c 1 (desviación grave del rango normal), 2 (desviación sustancial del rango normal), 3 (desviación moderada del rango normal), 4 (desviación leve del rango normal), 5 (sin desviación del rango normal) | ^d 1 (gravemente comprometido), 2 (sustancialmente comprometido), 3 (moderadamente comprometido), 4 (levemente comprometido), 5 (no comprometido)

Los diagnósticos de dolor de parto y disposición para mejorar el confort se trabajaron de forma conjunta. Los indicadores muestran resultados progresivos que alcanzan puntuaciones finales en la escala Likert de 4/5 y 5/5 en todos los indicadores salvo en el de temperatura ambiental que fue de 3/4 (tabla 1). Se procedió a revalorar la intensidad del dolor obteniendo una puntuación menor en la escala EVA pasando de 10/10 a 5/10. En las siguientes dos horas se produjo la rotación del feto a una posición occipito anterior y se alcanzó la dilatación completa evaluado mediante exploración vaginal.

Finalmente, se produjo un parto eutócico cefálico en posición anterior sin complicaciones. El recién nacido presentó caput succedaneum, obtuvo un resultado en el test de APGAR de 9/9 a los 5 y 10 minutos, respectivamente, y un pH de arteria del cordón umbilical de 7.29. El recién nacido se mantuvo piel con piel con su madre y a los 15 minutos del nacimiento inició lactancia materna espontáneamente. El estado del periné materno fue íntegro, el sangrado uterino escaso y el útero se mantuvo contraído. El puerperio inmediato transcurrió sin incidencias.

5. DISCUSIÓN

La existencia de una presentación fetal en occipito posterior durante el trabajo de parto dificulta la progresión a dilatación completa, rotación y descenso en la pelvis materna. La matrona ejerce un papel relevante en la gestión de los cuidados realizados en una situación de distocia de rotación promoviendo la optimización de la posición fetal para el adecuado progreso del parto.

En casos de malposición fetal en occipito posterior se han descrito cambios posturales que pueden favorecer la rotación hacia anterior y que no implican riesgos materno-fetales. El estudio Nogales et al, 2021 a propósito de un caso similar al nuestro, describe cómo la matrona aplicando técnicas de liberación lateral del suelo pélvico, SIMS modificado y maniobra de Froggy Walchers consigue mejoría del dolor y confort materno, así como una progresión en la dilatación cervical y rotación de la cabeza fetal a una posición occipito anterior⁷. También Barrowclough et al, 2022 demuestra como una intervención basada en cambios posturales maternos reduce la malposición fetal y mejora los resultados maternos⁵. Al contrario que Desbriere et al, 2013 que no puede demostrar beneficio materno-fetal tras una intervención de cambios posturales para el manejo de la posición occipito posterior durante el trabajo de parto⁶. En este caso, al realizar la maniobra de elevación y presión sobre el abdomen y las posturas de cuadrupedia, SIMS modificado y decúbito lateral durante un mínimo de 10 minutos o 3 contracciones se consiguió mejoría significativa del dolor, rotación del feto a una posición occipito anterior y dilatación completa.

Varios estudios han evaluado también la posición en cuadrupedia. Una revisión bibliográfica de Castro et al, 2015 determina cómo las posturas en las que se inclina el tronco hacia adelante, véase la cuadrupedia, mantenidas durante 10 minutos en el trabajo de parto, son eficaces para la corrección a corto plazo de la posición fetal. Además, proporciona confort materno ya que disminuye la presión en la zona sacro-lumbar¹. Sin embargo, el ensayo aleatorio controlado de Guittier et al, 2016 no encuentra eficacia de la posición de cuadrupedia para promover la rotación a occipito anterior, aunque si la asocia a mayor porcentaje de confort materno y periné íntegro⁸. En este caso, la posición de cuadrupedia proporcionaba confort a N. y cuando sentía sensación de presión era una de sus posiciones de elección. Además, uno de los resultados de este estudio fue el estado del periné materno íntegro tras el parto.

En cuanto a la posición de SIMS y decúbito lateral Castro et al, 2015 determina que existe controversia con la posición decúbito lateral, aunque encuentra que la mayoría de los estudios demuestran su eficacia cuando se realiza hacia el dorso fetal. Además, comenta la posibilidad de cambiar de decúbito si no se consigue rotación tras 30 minutos en esta postura. Establece que es la postura ideal para mujeres con analgesia epidural¹. Por otro lado, Belda et al, 2017 en su estudio demuestra un alto porcentaje de rotación de occipito posterior hacia anterior en el grupo intervención respecto del grupo control después de una intervención con posturas de decúbito lateral tanto al lado del dorso fetal como al lado contrario mantenidas durante un tiempo de 30-60 minutos. También logra mayores porcentajes de parto eutócico cuando se aplica el decúbito lateral². En este caso N. adoptó tanto el decúbito lateral derecho como el izquierdo de forma espontánea buscando el mayor confort y también realizó la posición de SIMS modificada durante 27 minutos como parte de la intervención de la matrona. Tras dicha intervención se objetivó la rotación fetal hacia anterior y la dilatación completa. Como resultado final se produjo un parto eutócico cefálico.

Se ha descrito otra maniobra utilizada en los casos de malposición fetal que consiste en una rotación manual, reportándola como una técnica de alta tasa de éxito y bajo riesgo de complicaciones para la rotación fetal^{1,4}. En contraposición, la revisión sistemática realizada por Phipps et al, 2014 no ha podido determinar la eficacia de esta técnica cuando se realiza en el periodo expulsivo²⁰. En este caso, no se empleó la rotación manual como técnica de rotación fetal, ya que es una técnica invasiva que necesita la realización de un tacto vaginal y una presión moderada sobre la cabeza fetal, además del consentimiento materno para su realización, sin que se hayan objetivado una clara evidencia de sus beneficios.

5.1 Limitaciones

En este caso, un factor que tiene un papel relevante es la eficacia de la analgesia epidural como causa de la relajación de la musculatura pélvica. No se ha podido determinar el tamaño del efecto del alivio del dolor con respecto al avance en la progresión de la rotación fetal y del parto.

En la gestión de este caso no se realizó ninguna comprobación mediante ecografía para valorar la posición fetal antes y después de la epidural. Consideramos que se deben realizar estudios que analicen el valor predictivo del uso de ecografía en situaciones de malposición fetal junto a las exploraciones vaginales, antes y después de la analgesia epidural.

N. manifestó en la sala de puerperio que la matrona había sido la persona clave para ayudarla a conseguir un parto vaginal: “fui la que mejor me ha sabido ayudar”. En este caso no se evaluó la satisfacción materna al parto. Sería interesante medir dicha satisfacción y poder registrarla como un resultado más de la intervención. En futuros estudios se recomienda realizar un abordaje mixto combinando investigación cuantitativa y cualitativa.

6. CONCLUSIONES

La elaboración de un plan de cuidados individualizado para el manejo de la mujer gestante con dolor y malposición fetal desde un enfoque integral, teniendo en cuenta sus necesidades, ha permitido dar respuesta a los problemas identificados. En este caso clínico se han descrito las intervenciones para conseguir el progreso de la rotación fetal a occipito anterior. Además, se ha podido visibilizar la efectividad que tienen los cambios posturales en la rotación fetal para conseguir un parto vaginal con buenos resultados materno-fetales. Se necesitan más estudios de calidad con diseños metodológicos mixtos para explorar el resultado de las intervenciones en los cambios posturales de la mujer durante su trabajo de parto.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se ha solicitado aprobación al comité de ética e investigación. No es necesario el consentimiento informado de N. ya que el análisis de este caso clínico no revela ningún dato que identifique a la mujer y tiene naturaleza retrospectiva.

REFERENCIAS

- [1] Castro Guerrero C, de la Peña Sosa Barba G, Rodríguez López V. Cuidados de la Matrona en la presentación Occipito posterior. *Rev. Paraninfo Digit.* 2015; (22).
- [2] Belda Pérez A, Gregori Jover E, López Simó A, Torres Martínez JA, Castelló López MI. Eficacia del cambio postural materno en la rotación de la cabeza fetal de occipito-posterior a occipito-anterior. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.* 2017; (115), 50–54.
- [3] Ruiz PR, Antequera FB. Eficacia de la técnica Roll-Over en la rotación de posiciones fetales occipito-posteriores persistentes durante el trabajo de parto con analgesia epidural. *Biblioteca Lascasase.* 2021: 13358–e13358.
- [4] Bueno-López V, Terré-Rull C, Casellas-Caro M, Fuentelsaz-Gallego C. El impacto y la corrección de posiciones occipitoposteriores en el parto. *Matronas Prof.* 2015; 16(4), 118–123.
- [5] Barrowclough J, Kool B, Crowther C. Fetal malposition in labour and health outcomes for women and their newborn infants: A retrospective cohort study. *PloS One.* 2022; 17(10), e0276406.
- [6] Desbriere R, Blanc J, Le Dû R, Renner JP, Carcopino X, Loundou A et al. Is maternal posturing during labor efficient in preventing persistent occiput posterior position? A randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2013; 208(1), 60-68.
- [7] Nogales-Lora F, Muñoz-Galván F, Espinar NB. Técnicas de biomecánica para optimizar la posición fetal intraparto. A propósito de un caso. *Ginecología y obstetrician.* 2021; 5(4), 58–64.
- [8] Guittier MJ, Othenin-Girard V, de Gasquet B, Irion O, Boulvain M. Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: a randomised controlled trial. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology.* 2016; 123(13), 2199–2207.

- [9] Menichini D, Mazzaro N, Minniti S, Ricchi A, Molinazzi MT, Facchinetti F, Neri I. Fetal head malposition and epidural analgesia in labor: a case-control study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*. 2022; 35(25), 5691–5696.
- [10] Tempest N, Lane S, Hapangama D, UK Audit Research Trainee Collaborative in Obstetrics, Gynecology (UK-ARCOG). Babies in occiput posterior position are significantly more likely to require an emergency cesarean birth compared with babies in occiput transverse position in the second stage of labor: A prospective observational study. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*. 2020; 99(4), 537–545.
- [11] Webb SS, Plana MN, Zamora J, Ahmad A, Earley B, Macarthur C, Khan KS. Abdominal palpation to determine fetal position at labor onset: a test accuracy study. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*. 2011; 90(11), 1259–1266.
- [12] Moura R, Borges M, Oliveira D, Parente M, Kimmich N, Mascarenhas T, Natal R. A biomechanical study of the birth position: a natural struggle between mother and fetus. *Biomechanics and Modeling in Mechanobiology*. 2022; 21(3), 937–951.
- [13] Barrowclough JA, Lin L, Kool B, Hofmeyr GJ, Crowther CA. Maternal postures for fetal malposition in labour for improving the health of mothers and their infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022; 8(8): CD014615.
- [14] Gordon M. [Nursing Diagnosis: Process and application] , 3rd ed., Mosby, St.Louis (1994).
- [15] Karcioğlu O, Topacoglu H, Dikme O, Dikme O. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *The American Journal of Emergency Medicine*. 2018; 36(4), 707–714.
- [16] Ezebialu I, Eke A, Eleje G, Nwachukwu C. Métodos para evaluar la maduración cervical antes de la inducción del trabajo de parto. *Cochrane Database Syst*. 2015. Rev. Issue 6, p. Art. No.: CD010762.
- [17] Herdman T, Kamitsuru S, Takáo C. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023. 12th ed., Elsevier, Barcelona (2021).
- [18] NNNConsult. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com>
- [19] Bueno-Lopez V, Fuentelsaz-Gallego C, Casellas-Caro M, Falgueras-Serrano AM, Crespo-Berros S, Silvano-Cocinero AM et al. Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: A randomized clinical trial. *Birth (Berkeley, Calif.)*. 2018; 45(4), 385–392.
- [20] Phipps H, Vries B, de Hyett J, Osborn DA. Prophylactic manual rotation for fetal malposition to reduce operative delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014: (12).

Aplicación del método madre-canguro para promover la lactancia materna en los neonatos: una revisión bibliográfica

Marta Macias-Dols^a, Marina Corona-López^a, Beatriz Melián-Cordovez^a, Javier Auyanet-Franchy^b

^aEnfermeras Internas Residentes. Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI). Las Palmas de Gran Canaria; ^bTutor Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI). Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

La lactancia materna es un factor protector de los recién nacidos ya que entre los neonatos que se alimentan de este modo se puede observar una menor incidencia de enfermedades que en el resto de recién nacidos. De este modo, para favorecer una lactancia temprana y más duradera en el tiempo, el personal sanitario de los hospitales se ha de formar en las diferentes técnicas que promuevan la lactancia materna. Dentro de las diferentes técnicas que ayudan a entablar la lactancia materna encontramos el método piel con piel. El objetivo de esta revisión bibliográfica es determinar si aumenta el éxito de instauración y mantenimiento de la lactancia materna en los recién nacidos a los que se les realiza el método piel con piel (o madre canguro) de manera inmediata tras el parto. Para ello se realizó una búsqueda de bibliografía en diferentes buscadores y se recuperaron un total de 11 artículos. Finalmente se concluyó que establecer el método piel con piel a los recién nacidos tan pronto como sea posible favorece la implantación de la lactancia materna.

Palabras clave: recién nacido, lactancia materna, método madre-canguro.

1. INTRODUCCIÓN

En un parto, después del nacimiento el personal sanitario ha de realizar una serie de cuidados inmediatos y protocolizados que garanticen el bienestar del bebé, entre los cuales se incluye poner al neonato sobre el pecho de la madre tan pronto como sea posible¹. Uno de los principales beneficios que aporta la adopción de esta posición es que el recién nacido puede ir reptando hacia los pechos de su madre alcanzando el pezón y poniendo en marcha los reflejos de arraigo, es decir, succión del puño, búsqueda, lametones, etc².

Entre los recién nacidos que se alimentan a base de lactancia materna se puede observar una menor incidencia de enfermedades que en el resto de los niños. Dentro de los diferentes problemas de salud que previene la lactancia materna encontramos las infecciones de tracto respiratorio y gastrointestinal, la celiaquía, diferentes tipos de alergias, obesidad, diabetes mellitus.... Además, se asocia a la disminución del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante y a una menor mortalidad infantil³. Como consecuencia de los numerosos beneficios que tiene la lactancia materna para la salud de los recién nacidos, la OMS recomienda que los niños inicien la misma en la primera hora después del parto y que mantengan una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. Además, aconseja que las tomas se realicen a demanda del bebé, tanto de día como de noche, sin superar las tres horas entre toma y toma. Una vez cumplidos los 6 meses, se aconseja introducir la alimentación complementaria junto la lactancia materna hasta los dos años o más⁴.

En definitiva, la lactancia materna es un método de alimentación eficaz que permite garantizar la salud y la supervivencia de los niños. Sin embargo, casi dos de cada tres menores de 1 año no son amamantados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida⁴. El objetivo de esta pregunta de investigación es indagar sobre la relación que pueda existir entre la inmediata implantación del método madre-canguro, o piel con piel, tras el parto y la eficaz instauración y mantenimiento de la lactancia materna en recién nacidos.

2. METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo el diseño de una revisión bibliográfica ajustada a los criterios PRISMA. En primer lugar, han sido identificados los descriptores MeSH y DeCS a partir de la estructura PICO y después se han recopilado los artículos científicos pertinentes.

PICO

Population: recién nacidos.

Intervention: realización del método Madre-Canguro de forma inmediata tras el parto.

Comparision: neonatos que realizan el método Madre-Canguro de forma tardía o no lo realizan.

Outcome: ¿aumenta el éxito en la instauración y mantenimiento de la lactancia materna?

Descriptores

Términos MeSH: Infant, Newborn; Breast Feeding; Kangaroo-Mother Care Method.

Términos DeCS: Recién Nacido; Lactancia Materna; Método Madre-Canguro.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión: publicaciones de cualquier tipo de metodología (cualitativa y cuantitativa) que se realizaron entre el 1 de enero de 2018 y el 1 de enero de 2023, tanto en español como en inglés, que tratasen la influencia del método madre-canguro en los recién nacidos.

Exclusión: publicaciones de más de 5 años de antigüedad y la literatura gris.

Estrategias de búsqueda

Para llevar a cabo esta revisión se realizó una búsqueda de bibliografía en los buscadores Pubmed y Cochrane Library. En cuanto a la estrategia empleada, se hizo uso de los descriptores MeSH y DeCS junto al operador booleano “AND” y se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 1. Estrategias de búsqueda.

BASE DE DATOS	FECHA DE BÚSQUEDA	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	Nº DE REFERENCIAS ENCONTRADAS
PUBMED	02/02/2023	(“Newborn” [MeSHTerms] AND (“Breast Feeding” [MeSHTerms] AND “Kangaroo-Mother Care Method” [MeSHTerms])) AND ((y_5[Filter]) AND (freeltext[Filter]))	46
Cochrane Library	02/02/2023	(“Newborn” [MeSHTerms] AND (“Breast Feeding” [MeSHTerms] AND “Kangaroo-Mother Care Method” [MeSHTerms])) AND ((y_5[Filter]))	35

3. RESULTADOS

Tras aplicar las estrategias de búsqueda han sido recuperados 81 registros, de los cuales 12 se eliminaron debido a estar duplicados. Para realizar la lectura crítica y la evaluación a texto completo se recuperaron 23 referencias y finalmente se seleccionaron 11 artículos. El proceso de selección, cribado e inclusión de bibliografía puede observarse en la Figura 1.

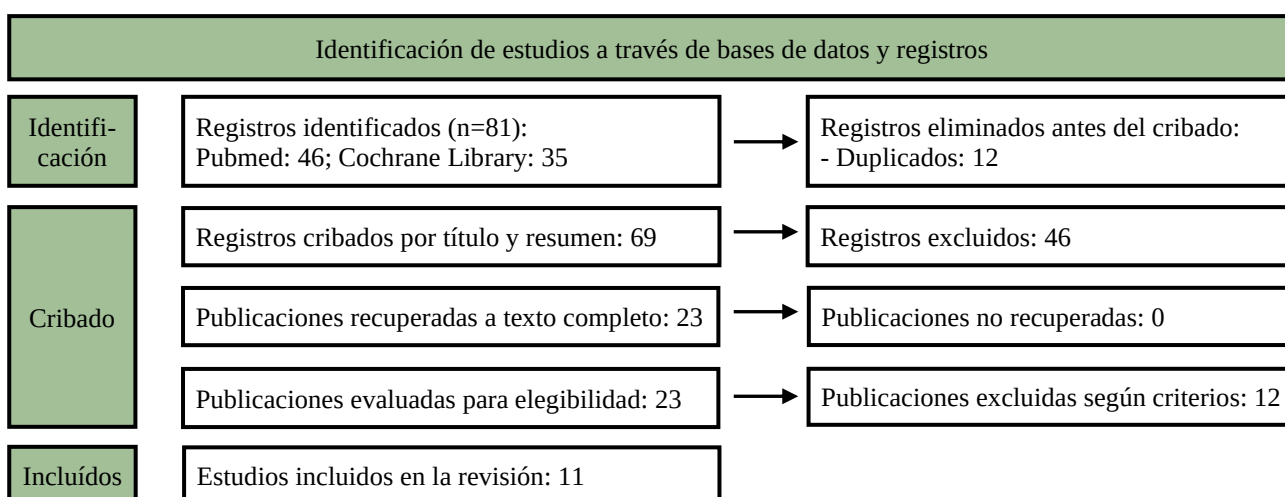


Figura 1. Diagrama de flujo.

4. DISCUSIÓN

El método madre canguro inmediato tras el parto está asociado a una mayor tasa de lactancia materna exclusiva al alta del hospital, así como durante los siguientes 6 meses⁵. Numerosos estudios confirman esta indicación, por ejemplo, en el norte de la India se realizó un estudio sobre la efectividad de iniciar el método madre-canguro en la comunidad (ciKMC) en el que participaron 550 bebés con bajo peso al nacer y sus madres. Como resultados se pudo observar que el grupo ciKMC mostraron un mejor desempeño en la disposición para alimentarse, enraizamiento, fijación y patrón de succión. Además, cabe destacar que la proporción de neonatos que practicaron lactancia materna exclusiva al finalizar el estudio fue de un 89% en el grupo ciKMC⁶.

En cuanto a los recién nacidos que precisan estancia hospitalaria, en Brasil se hizo un estudio en el que participaron 114 neonatos de bajo peso al nacer que fueron divididos en dos grupos, uno recibiría cuidados en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales Canguro (KNICU) y el otro en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales Convencionales (UCIN). Los autores observaron que los recién nacidos que permanecieron en la KNICU durante la hospitalización tenían más probabilidades de ser dados de alta del hospital manteniendo una lactancia materna exclusiva⁷.

En Estambul se realizó otro estudio que afirma esta teoría. En este se dividió a los recién nacidos en dos grupos. En el grupo A se realizó el método madre canguro durante 3 horas después del nacimiento, mientras que a los neonatos del grupo B se les atendió utilizando el protocolo estándar post-parto de la unidad. En este estudio se evaluó y comparó, en ambos grupos, el tiempo que tardaron los recién nacidos en comenzar a amamantar y la frecuencia de amamantamiento dentro de las primeras 24 horas. Como resultados se obtuvo que los recién nacidos del grupo A tuvieron una tasa más alta de lactancia materna en los primeros 30 minutos, y todos en el grupo amamantaron durante su primera hora de vida⁸.

Respecto a los partos mediante cesárea, hay estudios en los que no se observaron diferencias significativas entre piel con piel inmediato (1 minuto tras cortar el cordón umbilical) y el tardío (50 minutos tras la intervención)⁹.

Un estudio en China concluyó que, en comparación con las madres que no realizaron piel con piel, el método madre canguro se asocia con un aumento de casi el doble en la alimentación exclusiva con leche materna tanto al alta como a los 42 días después¹⁰. Así mismo, otros estudios concluyeron que el método madre-canguro promueve el inicio temprano de la lactancia materna^{11,12}. Sin embargo, en los resultados de otros estudios, no se obtuvieron diferencias significativas entre la implantación del método madre canguro de forma inmediata o tardía, aunque si se pudo observar un mayor porcentaje de lactancia materna exclusiva en los neonatos que realizaron piel con piel^{13,14}.

Finalmente se considera fundamental que todo el equipo sanitario se involucre en dicha práctica con el objetivo de promover y asegurar la lactancia materna en los recién nacidos¹⁵.

5. CONCLUSIONES

El método madre canguro ha resultado ser efectivo para la implantación y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en los neonatos, entre muchos de los otros beneficios que puede aportar esta práctica al binomio madre-recién nacido. En cuanto a las diferencias entre la aplicación de piel con piel de forma inmediata o tardía, existen estudios que demuestran la mayor eficacia que tiene la implantación más temprana posible de este método. Así mismo, a pesar de que hay estudios en los que no se han observado diferencias significativas entre los tiempos de aplicación, en todos ellos se pudo observar una mayor tasa de éxito entre los neonatos que realizaron piel con piel de forma inmediata. Respecto a la no realización del método madre canguro, como consecuencia de los valores éticos y morales implicados en esta práctica, existen pocos estudios con grandes muestras que expliquen las diferencias entre la aplicación o no del método.

En cuanto a la implicación para la práctica clínica, los partos asistidos por personal sanitario están sujetos a un gran número y variedad de cuidados. Dentro de estas actividades se encuentra la realización del método madre canguro, una técnica sencilla a la vez que vital para los neonatos y sus madres. Es por ello que resulta esencial para el personal de enfermería obtener el conocimiento necesario y la capacidad de realizar dicha práctica con el objetivo de aplicarla con la mayor eficacia posible. En definitiva, está en manos de los sanitarios la aplicación de las mejores técnicas basadas en la evidencia científica que aporten los mayores beneficios tanto a la madre como al recién nacido.

Finalmente, respecto a las líneas futuras de investigación, a pesar de existir variedad de estudios que explican los beneficios que tiene la aplicación del contacto piel con piel al parto, hacen falta más guías de práctica clínica que aborden esta técnica.

REFERENCIAS

[1] Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados en el parto normal: una guía práctica [Internet]. Ginebra: Departamento de investigación y salud reproductiva. OMS; 1996 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: https://rednacer.cl/wp-content/uploads/2010/04/WHO_96.pdf

- [2] Herrera A. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index Enferm*. 2013 Jun;22(1-2):79-82. doi:10.4321/S1132-12962013000100017.
- [3] Asociación Española de Pediatría (AEP). Lactancia materna. El mejor inicio para ambos [Internet]. Madrid: AEP. Comité de Lactancia Materna; 2017 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cutt.ly/cwiB46ug>
- [4] World Health Organization (WHO). Breastfeeding [Internet]. Ginebra: WHO; 2023 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/breastfeeding>
- [5] Kusko M, Benko R. Skin-to-Skin Contact for Improved Duration of Breastfeeding. *Am Fam Physician* [Internet]. 2019 Aug 1 [citado 09 mayo 2023];100(3): Online. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0801/od2.html>
- [6] Sinha B, Sommerfelt H, Ashorn P, Mazumder S, Taneja S, Bahl R, et al. Effect of community-initiated kangaroo mother care on breastfeeding performance in low birthweight infants: A randomized clinical trial. *Matern Child Nutr*. 2022 Oct;18(4):e13419. doi: 10.1111/mcn.13419
- [7] Souza RC, Wolkers PCB, Pereira LA, Romão RS, Medeiros ES, Ferreira DMLM, et al. The possible mediating relationship promoted by the self-efficacy of breastfeeding associated with the Kangaroo Method on indicators of exclusive breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)*. 2022 Sep-Oct;98(5):540-544. doi: 10.1016/j.jpeds.2021.12.011
- [8] Oksuz SK, Inal S. The effect of kangaroo mother care applied to the healthy newborns in the early postpartum period on breastfeeding: A randomized controlled trial. *J Pak Med Assoc*. 2021 Sep;71(9):2124-2129. doi: 10.47391/JPMA.376
- [9] Crenshaw JT, Adams ED, Gilder RE, DeButy K, Scheffer KL. Effects of Skin-to-Skin Care During Cesareans: A Quasiexperimental Feasibility/Pilot Study. *Breastfeed Med*. 2019 Dec;14(10):731-743. doi: 10.1089/bfm.2019.0202
- [10] Zhang B, Duan Z, Zhao Y, Williams S, Wall S, Huang L, et al. Intermittent kangaroo mother care and the practice of breastfeeding late preterm infants: results from four hospitals in different provinces of China. *Int Breastfeed J*. 2020 Jul 17;15(1):64. doi: 10.1186/s13006-020-00309-5
- [11] Mekonnen AG, Yehualashet SS, Bayleyegn AD. The effects of kangaroo mother care on the time to breastfeeding initiation among preterm and LBW infants: a meta-analysis of published studies. *Int Breastfeed J*. 2019 Feb 19;14:12. doi: 10.1186/s13006-019-0206-0
- [12] Kucukoglu S, Yılmaz Kurt F, Aytekin Ozdemir A, Ozcan Z. The Effect of Kangaroo Care on Breastfeeding and Development in Preterm Neonates. *J Pediatr Nurs*. 2021 Sep-Oct;60:e31-e38. doi: 10.1016/j.pedn.2021.02.019
- [13] Agudelo SI, Gamboa OA, Acuña E, Aguirre L, Bastidas S, Guijarro J, et al. Randomized clinical trial of the effect of the onset time of skin-to-skin contact at birth, immediate compared to early, on the duration of breastfeeding in full term newborns. *Int Breastfeed J*. 2021 Apr 13;16(1):33. doi: 10.1186/s13006-021-00379-z
- [14] WHO Immediate KMC Study Group; Arya S, Naburi H, Kawaza K, Newton S, Anyabolu CH, et al. Immediate "Kangaroo Mother Care" and Survival of Infants with Low Birth Weight. *N Engl J Med*. 2021 May 27;384(21):2028-2038. doi: 10.1056/NEJMoa2026486
- [15] Campos PM, Gouveia HG, Strada JKR, Moraes BA. Skin-to-skin contact and breastfeeding of newborns in a university hospital. *Rev Gaucha Enferm*. 2020;41(spe):e20190154. doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190154

Percepción del profesorado de la Enfermera Escolar en una zona de salud de Gran Canaria

Cathaysa-Mónica Peñate-González^a, Carmen-Nieves Hernández-Flores^b, Daniela-Celia Montesdeoca-Ramírez^c

^aEstudiante Maestría en Enfermería Escolar. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bProfesora Departamento de Matemáticas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^cProfesora del Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

La Enfermera Escolar es competente para dar respuesta a las necesidades de cuidados no solo en el ámbito asistencial sino también en el ámbito de la prevención y de la promoción de la salud. El objetivo de este trabajo fue conocer la percepción del profesorado, de los centros educativos de una zona de salud de la isla de Gran Canaria, en relación con el rol de la Enfermera Escolar. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La población diana estuvo constituida por el profesorado de siete centros educativos situados entre los municipios de Telde y Las Palmas, en la isla de Gran Canaria. Se contó con el permiso al Comité de Ética e Investigación de referencia, obteniéndose su dictamen el 29 de julio de 2022 (código CEIm de Las Palmas: 2022-349-1). Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario anónimo *ad hoc*, con 27 ítems relacionados con los objetivos planteados. Participaron, de manera voluntaria, 180 profesores. La recogida de datos se realizó entre octubre y noviembre de 2022. Los datos se analizaron utilizando el programa JAMOV. El 46,7% del profesorado señala no tener formación en primeros auxilios. Un 79,6% no se sienten capacitado para resolver incidentes que precise atención sanitaria, en el centro escolar. El 99,4% señala la necesidad de contar con una Enfermera Escolar para dar respuesta a diversos problemas de salud. La totalidad de este colectivo considera que este profesional debe ser parte activa y referente en los proyectos de salud de la escuela. El profesorado considera que la Enfermera Escolar facilita la integración del alumnado con enfermedades crónicas, siendo además el profesional competente para fomentar la prevención y la promoción de la salud.

Palabras clave: servicios de Enfermería Escolar, salud escolar, prevención y promoción de la salud, formación del profesorado.

1. INTRODUCCIÓN

La población infantil y juvenil representa el futuro de la sociedad, de ahí la importancia de crecer con salud. Este grupo poblacional, pasan gran parte de su vida en los centros educativos, esto justificaría la presencia de la Enfermera Escolar. Este profesional daría respuesta a las necesidades de cuidados de los escolares, contribuyendo a mejorar el control de enfermedades crónicas, discapacidades o mejorando el nivel de salud desde la prevención y promoción usando como estrategia la educación para la salud¹.

El rol de este profesional es influir en los estilos y hábitos de salud desde edades muy tempranas como es la infancia, creando y reforzando comportamientos. De ahí, la importancia de implicar a toda la comunidad educativa: la familia, el elemento más importante al ser los cuidadores principales, los profesores y personal no docente por ser los referentes de los escolares, durante el horario escolar²⁻⁴.

En Canarias se ha desarrollado el programa piloto de enfermería en el ámbito escolar⁵. Esto supone un paso más en la ejecución de actuaciones dirigidas a la promoción y educación para la salud en el ámbito escolar. En este sentido, la Enfermera Escolar es el profesional que desarrolla sus funciones en los centros educativos, prestando atención y cuidados de salud a la misma, preferentemente a alumnado: sano, con necesidades educativas especiales y/o enfermedades crónicas. Colabora con el equipo docente para normalizar la vida diaria de los niños y las niñas, y promocionar una salud positiva, educando en hábitos de vida saludable a toda la comunidad educativa, desde su entorno propio y contexto sociocultural, tal y como lo define el Consejo General de Enfermería⁶.

En este contexto nos hemos planteado como objetivo general:

- Conocer la percepción que tiene el profesorado de la Enfermera Escolar.

Y como objetivos específicos:

1. Conocer la capacitación percibida por el profesorado para actuar ante problemas de salud.
2. Identificar la necesidad del profesorado de contar con este profesional en los centros educativos.
3. Describir el nivel de conocimiento percibido por el profesorado en cuanto al rol de la Enfermera Escolar.

2. METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio descriptivo de corte transversal.

El contexto donde se realizó este estudio fue en los centros educativos de una zona de salud urbana, situada entre Las Palmas y Telde. Esta zona de salud cuenta con cinco centros de educación primaria, cuatro de educación secundaria y uno que oferta educación primaria y secundaria. Los residentes de esta zona cuentan con una economía medio-baja o baja, estando su población y de manera particular la infantil y juvenil en riesgo de pobreza y exclusión social. Casi el 50% de su población presenta un bajo nivel educativo y un empleo precario lo que determina el nivel de salud comunitario⁷.

El proyecto se presentó al equipo directivo de cada centro, los cuales accedieron a participar en este estudio de manera voluntaria. Una vez que se contó con este consentimiento informado, se solicitó el permiso al Comité de Ética e Investigación de referencia, obteniendo su resolución el 29 de julio de 2022 (código CEIm de Las Palmas: 2022-349-1).

La población diana estuvo conformada por 235 profesores pertenecientes a los 7 centros participantes de los 10 de la zona de salud. Se estimó una muestra de 147 participantes, con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%.

Se contempló como criterios de inclusión: ser docente activo en los centros participantes y la voluntariedad para participar. Como instrumento de recogida de datos se utilizó un cuestionario *ad hoc* y anónimo, adaptado con 27 variables que dieran respuesta a los objetivos fijados. La recogida de datos se llevó a cabo entre octubre y noviembre de 2022 en los centros educativos participantes.

La información obtenida fue mecanizada en la base de datos Excel por la investigadora principal. Las variables categóricas se resumieron en frecuencias y porcentajes y las numéricas en medias y desviaciones estándar. Los datos se analizaron utilizando el programa JAMOV⁸. El nivel de significación estadística se consideró para un p -valor $<0,05$.

3. RESULTADOS

Del número total de profesores (235) pertenecientes a los 7 centros educativos, participaron finalmente en este estudio, 180 profesores, obteniéndose una participación del 76,6%.

La mediana de edad fue de 47 años (22-66 años). El 70% de los participantes son mujeres con una mediana de 11 años de antigüedad en la docencia (0-40 años), el 30% restante son hombres con una media de 8 años de antigüedad como docentes (0-36 años). El 47,2% del profesorado imparte su docencia en educación secundaria, un 26,1% en educación primaria, el 13,9% en educación infantil y el 12,8% restante en ciclos formativos.

Capacitación percibida por el profesorado para actuar ante un problema de salud. En la Figura 1 se representa la distribución de la muestra, atendiendo a las situaciones en las que el profesorado se ha encontrado con algún alumno que ha requerido atención por parte de profesionales sanitarios durante el horario escolar. No se objetivó diferencias significativas con respecto a la edad, años de antigüedad ni según el nivel donde imparte la docencia los participantes.

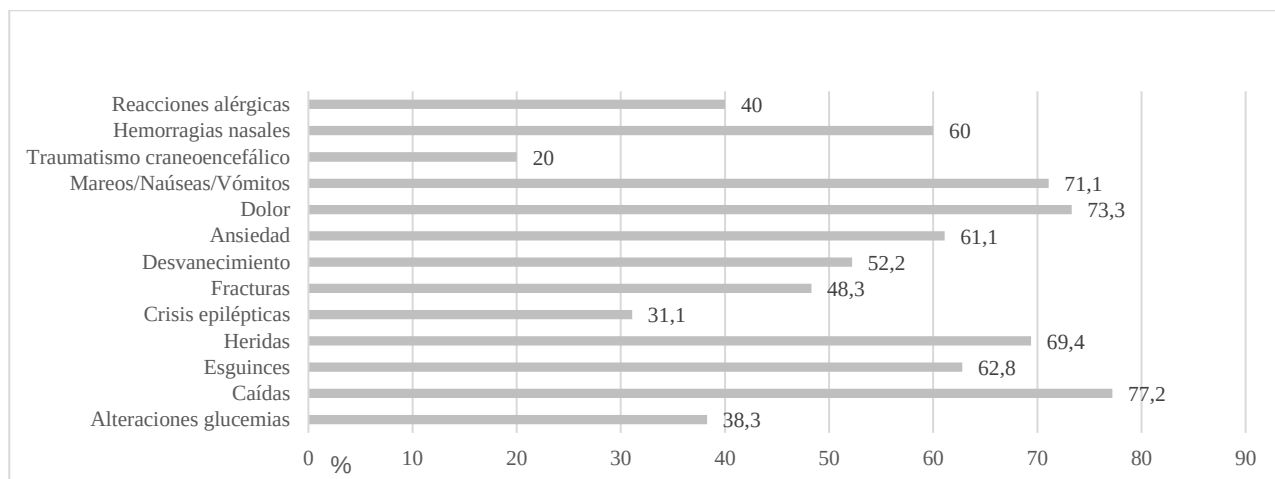


Figura 1. Situaciones de atención sanitaria durante el horario escolar

En relación con la preparación en primeros auxilios, destacar que el 46,7% del profesorado manifiesta haber recibido este tipo de formación. El 79,6% considera no estar capacitado para actuar ante una situación de urgencia en el entorno educativo.

En la Tabla 1 se muestra los resultados obtenidos en relación con la capacitación manifestada por profesorado, en situaciones que se ha requerido atención sanitaria.

Tabla 1
Distribución de la muestra según nivel de capacitación sanitaria

Frecuencia con la que sabría actuar correctamente en las siguientes situaciones	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)
Ante una crisis alérgica	50 (28,1)	53 (29,8)	51 (28,7)	21 (11,8)	3 (1,7)
Ante una crisis epiléptica	64 (35,6)	51 (28,3)	39 (21,7)	17 (9,4)	9 (5)
Ante una crisis asmática	58 (32,6)	49 (27,5)	52 (29,2)	15 (8,4)	4 (2,2)
Ante un desmayo	31 (17,5)	50 (28,2)	55 (32,2)	31 (17,5)	8 (4,5)
Ante una hipoglucemia en un alumno diabético	82 (46,1)	54 (30,3)	23 (12,9)	8 (4,5)	11 (6,2)
Ante una hipoglucemia en un alumno diabético	81 (45,8)	42 (23,7)	38 (21,5)	7 (4)	9 (5,1)
Ante traumatismos craneoencefálicos	95 (54,6)	38 (21,8)	29 (16,7)	10(5,7)	2 (1,1)
Ante una herida en miembros superiores e inferiores	32 (18)	52 (29,2)	62 (34,8)	25 (14)	7 (3,9)
Ante una herida en abdomen y tórax	75 (42,1)	63 (35,4)	31 (17,4)	6 (3,4)	3 (1,7)
Ante una quemadura por agente térmico	68 (37,8)	61 (33,9)	39 (21,7)	9 (5)	3 (1,7)
Ante una quemadura por agente químico	104 (57,8)	51 (28,3)	19 (10,6)	3 (1,7)	3 (1,7)
Ante una quemadura por agente eléctrico	106 (59,2)	46 (25,7)	19 (10,6)	6 (3,4)	2 (1,1)
Ante una hemorragia nasal	21 (11,8)	50 (28,1)	57 (32)	39 (21,9)	11 (6,2)
¿Sabría qué maniobra realizar ante un atragantamiento?	39 (21,7)	57 (31,7)	45 (25)	27 (15)	12 (6,7)
¿Sabría realizar las maniobras de resucitación en caso de parada cardiorrespiratoria?	77 (43)	42 (23,5)	33 (18,4)	17 (9,5)	10 (5,6)

1=Nunca; 2=Muy pocas veces; 3=Algunas veces; 4=Casi siempre; 5= Siempre. Nota. Elaboración propia

El 92,7% del profesorado considera necesario implementar programas formativos relacionados con la actuación en primeros auxilios. En la Figura 2, se muestra el nivel de capacitación en esta materia según la opinión de los participantes.

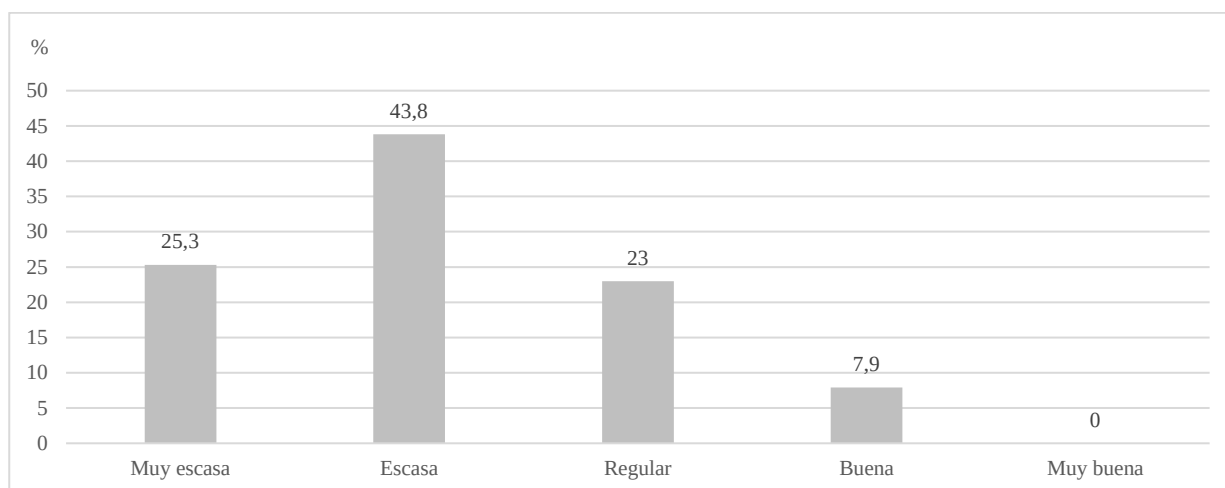


Figura 2. Nivel de capacitación en esta materia según la opinión de los participantes

Necesidad percibida por el profesorado de contar con una Enfermera Escolar. El 99,4% del profesorado considera que contar con una Enfermera Escolar podría resolver algunos problemas de salud durante la jornada escolar. Siendo para más del 96% muy importante contar con este profesional.

Con respecto a la educación para la salud como pieza clave en el autocuidado del alumnado, que padece una enfermedad crónica, el 95,6% del cuerpo docente opina que la enfermera sería el profesional indicado, siendo muy importante su contribución para el 97,7%. Para casi la totalidad del profesorado (99%) es muy importante promocionar hábitos saludables en el entorno escolar, considerando el 95% del profesorado necesario contar para ello con una Enfermera Escolar. Más del 94% de los participantes opina que es el profesional más adecuado para implementar programas dirigidos a la educación y promoción de la salud. Con respecto a la prevención de la enfermedad, este ámbito es muy importante para la totalidad

de participantes, siendo para el 95,5% del profesorado, el profesional de enfermería quien debe fomentar la prevención de problemas de salud.

Un 93,3% del profesorado opina que contar con este profesional facilitaría la integración del alumnado con enfermedades crónicas en el entorno escolar, siendo muy importante para más del 97%. En relación con la mejora de la educación sanitaria del profesorado, el 96,7% manifiesta que la enfermera puede contribuir en esta formación, siendo muy importante para el 95,9% y del personal no docente (93,9%). El 95,6% refiere que la enfermera contribuiría a educar a las familias en la atención, asistencia y orientación en problemas de salud.

El 99% de los participantes opina que la Enfermera Escolar debe ser parte activa y un referente en los proyectos de salud de la escuela. El 75,2% opina que debería estar presente en el centro toda la jornada lectiva. Un 25% del profesorado desconoce que este profesional presta cuidados integrales e integrados.

Conocimiento percibido por el profesorado sobre el rol de la Enfermera Escolar. El 97% del profesorado identifica el área de desempeño del profesional en la esfera asistencial, un 89% la percibe en la administrativa, en la docente un 86% y como investigadora la percibe el 83%. En ninguno de los centros educativos participantes en este estudio se cuenta con una Enfermera Escolar.

En la Tabla 2 se representa la muestra según las acciones que los profesores consideran como propias de la Enfermera Escolar, sin objetivarse diferencias significativas atendiendo a la perspectiva de género, antigüedad como docente, ni contemplando el nivel educativo donde imparte docencia.

Tabla 2
Opinión del profesorado sobre el Rol de la Enfermera Escolar

Áreas competenciales	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)
Asistencial					
Podría ayudar en la atención en primeros auxilios como: caídas, fracturas, problemas respiratorios.	2 (1,1)	1 (0,6)	1 (0,6)	22 (12,2)	154 (85,6)
Podría actuar ante emergencias que surjan durante el horario escolar.	2 (1,1)	1 (0,6)	1 (0,6)	26 (14,4)	150 (83,3)
Podría proporcionar cuidados en el contexto escolar a estudiantes con problemas de salud como: asma, alergias, diabetes..	2 (1,1)	0 (0)	4 (2,2)	28 (16,5)	146 (81,1)
Administrativa					
Se coordinaría con centro de salud para conocer el estado de salud del estudiante.	4 (2,2)	3 (1,7)	13 (7,2)	27 (15)	133 (73,9)
Podría coordinar junto con el centro de salud un programa de salud escolar.	5 (2,8)	0 (0)	8 (4,4)	26 (14,4)	141 (78,3)
Podría ser el referente y el punto de unión entre el la escuela y otras instituciones implicadas en la salud escolar.	4 (2,2)	0 (0)	10 (5,6)	27 (15)	139 (77,2)
Docente					
Educaría al alumnado sobre alimentación saludable.	5 (2,8)	0 (0)	8 (4,4)	42 (23,3)	125 (69,4)
Educaría al alumnado sobre accidentes comunes.	2 (1,1)	0 (0)	6 (3,4)	36 (20,2)	134 (75,3)
Educaría al alumnado sobre infecciones de transmisión sexual.	4 (2,2)	0 (0)	9 (5)	31 (17,3)	135 (75,4)
Educaría al alumnado sobre el cuidado del medio ambiental.	8 (4,5)	12 (6,7)	29 (16,2)	35 (19,6)	95 (53,1)
Educaría al alumnado sobre autoestima.	5 (2,8)	18(10,1)	29 (16,3)	36 (20,2)	90 (50,6)
Educaría para capacitar al alumnado en la prevención de hábitos de drogadicción y alcohol.	2 (1,1)	4 (2,2)	17 (9,4)	45 (25)	112 (62,2)
Realizaría controles antropométricos (talla, peso) para valorar el índice de obesidad del alumnado.	6 (3,3)	1 (0,6)	14 (7,8)	39 (21,7)	120 (66,7)
Podría realizar el seguimiento sobre la salud de los estudiantes.	4 (2,2)	5 (2,8)	9 (5)	27 (15)	135 (75)
Realizaría control y seguimiento a los alumnos con enfermedades crónicas.	4 (2,2)	2 (1,1)	16 (8,9)	27 (15)	131 (72,8)
Prepararía las actividades de prevención en emergencias y desastres en coordinación con los cuerpos de defensa del Estado.	7 (3,9)	7 (3,9)	18 (10)	36 (20)	112 (62,2)
Educaría al alumnado sobre hábitos saludables (Por ejemplo, el ejercicio, alimentación saludable, beber agua, ejercicio, descanso, higiene corporal, lavado de manos, deberes, lectura, posiciones posturales etc.).	4 (2,2)	6 (3,3)	11 (6,1)	36 (20)	123 (68,3)
Las familias se sentirían tranquilas al saber que en el colegio hay un profesional de salud velando por la integridad de los escolares	4 (2,2)	3 (1,7)	6 (3,3)	24 (13,3)	143 (79,4)
Informaría a las familias sobre las enfermedades frecuentes en el centro educativo (obesidad, tuberculosis, asma y alergias).	7 (3,9)	4 (2,2)	10 (5,6)	36 (20)	123 (68,3)
Sería importante que la Enfermera Escolar realice sesiones educativas y preventivas para los docentes sobre las enfermedades más comunes en el contexto escolar.	3 (1,7)	1 (0,6)	13 (7,3)	36 (20,2)	125 (70,2)
Investigadora					
Podría realizar estudios científicos con el fin de conocer los conocimientos, actitudes y prácticas inadecuados de los escolares.	4 (2,2)	3 (1,7)	21 (11,7)	41 (22,9)	110 (61,5)

Podría colaborar en grupo de investigación con el propósito de validar programas educativos sobre actividades de prevención y promoción de la salud.	2 (1,1)	2 (1,1)	18 (10)	43 (23,9)	115 (63,9)
Podría ayudar a difundir los resultados obtenidos de las actividades de educación para la salud en el contexto de la escuela.	4 (2,2)	3 (1,7)	22 (12,2)	34 (18,9)	117 (65)
1-Totalmente en desacuerdo; 2-En desacuerdo; 3-Indiferente; 4-De acuerdo; 5-Totalmente de acuerdo. Nota. Elaboración propia					

4. DISCUSIÓN

En cuanto a la capacitación del profesorado para actuar ante un problema de salud, debemos destacar que las caídas (77,2%), los dolores (73,3%) y los mareos, náuseas y vómitos (71,1%) son de los problemas de salud más prevalentes en nuestro estudio. Otros autores⁹ señalan que los problemas de salud más frecuentes en el entorno escolar son las alteraciones en la glucemia (17%), caídas (13,8%) y esguinces (13,8%). Independientemente del problema que deba abordar el profesorado, se debe considerar que el profesorado durante sus estudios universitarios no tiene una formación obligatoria en materia de primeros auxilios. Solo un 46,7% de los encuestados manifiesta haber realizado algún tipo de formación en primeros auxilios, resultado similar (46%) al que obtuvieron en su estudio Gaintza y Velasco¹⁰. Se ha evidenciado, por otros autores¹¹, una promoción mayor (59%) de profesores que manifestaron contar con este tipo de formación.

No obstante, en ocasiones la formación no equivale a una mayor capacitación. Un 7,9% de profesores consideran tener un nivel bueno sobre primeros auxilios. Otros autores¹², revelan que sólo un 15,5% considera que su conocimiento en primeros auxilios es bueno. La falta de capacitación por parte del profesorado supone en muchas ocasiones movilizar un transporte sanitario urgente y llamar a los padres para explicar la situación del menor, con un coste adicional. El 92,7% del profesorado participante considera necesario implementar formación en primeros auxilios, en consonancia con lo reportado en otro estudio¹⁰, donde el 86,7% de los participantes demandaban formación en primeros auxilios.

En cuanto a la capacidad de actuación del profesorado ante diferentes accidentes en el centro educativo, se observa que mayoritariamente el profesorado ha respondido que nunca o muy pocas veces sabrían actuar en casos como por ejemplo crisis epilépticas (63,9%), hemorragias nasales (39,9%) o ante una quemadura por agente eléctrico (84,9%), entre otras. Díaz-Rodríguez y Arias-Hernández⁹, en su estudio obtiene un nivel de capacitación mayor en estas mismas situaciones, dando como resultados en nunca o muy pocas veces el 44%, 14% y 66%, respectivamente.

Más del 79% del profesorado no se considera capacitado para identificar y actuar de manera eficiente. Esto se puede traducir, que los niños con enfermedades crónicas o que sufran un accidente durante el horario escolar se encuentren en un estado de vulnerabilidad. Esto pone de manifiesto la necesidad de educación sanitaria y justificaría una intervención educativa por parte de un profesional de la salud, como la Enfermera Escolar, dirigida a mejorar el nivel de conocimiento y capacitación.

En relación con la necesidad percibida del profesorado de contar con este profesional en la escuela, prácticamente la totalidad de los encuestados responde afirmativamente. Contar con una Enfermera Escolar podría dar respuesta a los problemas de salud manifestado, durante el horario lectivo. Este dato contrasta con el obtenido por Rodríguez-Almagro et al.¹³ donde el 51,9% consideró que sería muy importante tenerla, señalando que los profesores con formación en primeros auxilios daban una mayor importancia a contar con una enfermera en la escuela. Esto puede estar relacionado con el desconocimiento o no haberse encontrado en situaciones de riesgos, pudiendo determinar este mayor valor a contar con un profesional sanitario en la escuela.

Montoro-García y Fernández-Gutiérrez indican que el 68% de los encuestados afirman que la Enfermera Escolar podría lograr la integración del alumnado con enfermedades crónicas en los centros educativos, promocionando el autocuidado y hábitos y estilos de vida saludables, entre otros¹⁴. Nuestros participantes opinan lo mismo, pero en una proporción mayor (93,3%). Esta diferencia porcentual puede estar asociada a que hemos vivido una pandemia y tal vez el profesorado ha tomado mayor conciencia de la necesidad de contar con este profesional. Por otro lado, algunas de las enfermedades crónicas que afectan a los adultos comienzan a edades tempranas, por lo que es importante la prevención y la promoción de la salud. En la escuela es donde pasan la mayor parte de su tiempo, de ahí que sea uno de los lugares donde tiene que existir una mejor vigilancia.

Martínez-Santos et al.¹⁵ en su estudio pone de relieve que el 62,5% del profesorado considera necesario trabajar con las familias. En nuestro estudio más del 95% del profesorado considera importante que el profesional de enfermería implemente intervenciones educativas dirigidas a promocionar la salud de las familias. Esto podría contribuir a dotarlas de herramientas para gestionar y afrontar de manera más eficaz el nivel de salud de la unidad familiar. Esta diferencia observada, en relación con la necesidad de trabajar con la familia, puede estar asociada con las características sociodemográficas del contexto donde se ha desarrollado nuestro análisis.

La promoción de la salud se tiene que iniciar en el seno de la familia, desarrollando habilidades personales, estableciendo valores, por lo que es fundamental la educación de los padres como educadores natos de sus hijos. Los padres y el profesional de enfermería deben ser los pilares básicos de la promoción y de la educación para la salud. Debemos potenciar los cuidados centrados en la familia. Pero además, toda la comunidad educativa también debe ser una parte significativa. Se debe buscar el compromiso, la colaboración y la responsabilización de todo el personal.

En este mismo estudio de Martínez-Santos et al.¹⁵ el 62,5% del profesorado señala la necesidad de permanencia de la Enfermera Escolar durante las horas lectivas en cada centro. En nuestro país las lesiones son la primera causa de muerte

en niños y adolescentes entre 0 y 19 años. El 75,2% del profesorado de nuestro estudio manifiesta que es necesario la Enfermera Escolar durante todo el horario lectivo, tal vez esta necesidad esté determinada por el número tan elevado de lesiones manifestadas por los participantes.

Con respecto al conocimiento que manifiesta el profesorado sobre el rol de la Enfermera Escolar. Cabe señalar que los participantes identifican de manera prioritaria el rol asistencial (97%), superando a las demás áreas de desempeño. Un dato similar fue obtenido por Ceballo-Mella et al², donde el profesorado daba un mayor valor al rol asistencial de la enfermera (91,2%). Tal vez esta percepción esté determinada por la necesidad sentida de este colectivo, de contar con este profesional para dar respuesta a situaciones frecuentes para las que no se consideran competentes.

Al preguntar por la atención en primeros auxilios el 97,8% indica estar de acuerdo o muy de acuerdo con esto, frente al 93,5% reportado por Ceballo-Mella et al². No ocurre lo mismo en otras áreas. Se aprecia una gran diferencia cuando se pregunta otros aspectos, como si la Enfermera Escolar puede educar al alumnado en medio ambiente, siendo solo el 53% los que indican estar totalmente de acuerdo en contraposición con el 83,5% señalado Ceballo-Mella et al². Esta diferencia denota que este colectivo no percibe a este profesional como un agente promotor de la salud integral. En ambas investigaciones se le da una importancia superior al 80% a todas las funciones de la Enfermera Escolar, no obstante, esta percepción sería susceptible de un análisis más profundo con el fin de poder visibilizar el nivel competencial de este profesional.

Algunas de las limitaciones de este estudio están relacionadas con el diseño elegido. Se debería validar instrumentos de medidas específicos que permitan realizar estudios comparativos y que puedan ser extrapolables. Este trabajo permite disponer de un análisis inicial sobre la percepción que tiene el profesorado, de esta zona de salud, sobre la Enfermera Escolar. Así como iniciar una línea de trabajo conjunto para mejorar la proyección social del rol del profesional de Enfermería en el ámbito escolar.

Consideramos necesario diseñar y planificar intervenciones educativas dirigidas no solo al alumnado, sino también al profesorado. Esto permitiría promocionar la salud de manera transversal, contribuyendo a mejorar la eficacia y eficiencia de los programas de salud escolar. Por otro lado, se ha evidenciado la necesidad de implicar de manera activa a las familias. Es necesario implementar estrategias con un enfoque intersectorial, donde no solo el sector sanitario y educativo aúnen esfuerzos, sino el resto de las instituciones como ayuntamientos, en el marco de competencia en materia de salud comunitaria. Es necesario realizar un abordaje integral contemplando los determinantes sociales y culturales de la salud, contribuyendo a evitar la inequidad sociosanitaria.

Por otro lado, es necesario desarrollar una práctica profesional basada en la evidencia, de ahí la necesidad de establecer líneas de investigación que nos permita dar respuesta a necesidades sentidas e intentar comprender los determinantes conductuales de la salud.

5. CONCLUSIONES

Podemos concluir que:

- 1.- Casi ocho de cada diez profesores manifiestan no estar capacitado para dar respuestas a problemas de salud en el centro educativo. Se hace necesario diseñar e implementar una intervención educativa para mejorar su capacitación, hecho que manifiesta más del 90% del profesorado.
- 2.- El 25% del profesorado desconoce la capacitación de la Enfermera Escolar para proporcionar cuidados a las personas de una manera integral e integrada en cualquier contexto. Siendo identificada en mayor proporción, por este colectivo, el área de desempeño asistencial frente a la docente, investigadora y gestora.
- 3.- Siete de cada diez profesores opinan que este profesional debe estar durante toda la jornada escolar, en el centro educativo, generando mayor seguridad no solo al personal del centro sino también a las familias. Más de nueve de cada diez profesores reconocen la importancia de este profesional para mejorar el nivel de salud de la comunidad educativa.

REFERENCIAS

- [1] Angulo M, Vos A. La enfermería escolar en centros educativos de la comunidad de Madrid. Estudio cuasiexperimental. Reduca [Internet]. 2012 [consultado 09 mayo 2023];4(3):126-152. Disponible en: <https://cuty.io/rbM02lux>
- [2] Ceballos-Mella BC, Fonseca-Sanhueza DM, Fuenzalida-Palma NS, Morales-Rodríguez LL, Parada-Jiménez DA, Morales-Ojeda IA. Importancia de la Enfermería Escolar según la percepción de funcionarios de colegios básicos de una provincia de Chile. Cienc Enferm. 2020;26(5). doi: 10.4067/s0717-95532020000100204
- [3] Consejo General de Enfermería (CGE). Marco de competencias del Profesional Enfermería Experto en el Ámbito Escolar [Internet]. Madrid: CGE; 2018 [20 noviembre de 2022]. Disponible en: <https://cuty.io/ZtmDOjapuzj8>

- [4] Martínez-Santos AE, Tizón-Bouza E, Fernández-Morante C, Casal-Otero L, Cebreiro B. La Enfermería escolar: contenidos y percepciones sobre su pertinencia en las escuelas inclusivas. *Enferm Global*. 2019;18(56): 291-323. doi: 10.6018/eglobal.18.4.344611
- [5] Orden conjunta de 24 de octubre de 2022, programa piloto de Enfermería en el ámbito escolar durante el curso escolar 2022-2023 a desarrollar en determinados centros educativos públicos no universitarios (centros que imparten Educación Infantil, Primaria y Educación Especial) dependientes de la Comunidad Autónoma de Canarias. BOC 223/3407.
- [6] Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. Observatorio Nacional de Enfermería Escolar [Internet]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales Enfermería de España; 2022 [14 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/observatorio-nacional/observatorio-nacional-de-enfermeria-escolar>
- [7] Maceira B, Abásolo I, González B, de Armas A, de Chávez A, Bethencourt J, et al. La defensa de la salud y la sanidad pública de Canarias. Canarias: Centro de la cultura popular canaria; 2018.
- [8] Jamovi (Version 2.3). The jamovi project [Computer Software]; 2022 Disponible en: <https://www.jamovi.org/>.
- [9] Díaz-Rodríguez H, Arias-Hernández MM. Necesidad percibida del profesorado de educación infantil, primaria y secundaria sobre formación en salud e implantación de la figura de la enfermera escolar. *Metas Enferm*. 2018;21(9):5-12.
- [10] Gaintza Z, Velasco, Z. Análisis del grado de formación de primeros auxilios del profesorado en activo de educación infantil y primaria. *Form Univ*. 2017;10(2). doi: 10.4067/S0718-50062017000200008
- [11] Navarro-Patón R, Penelas-Teijeiro G, Basanta-Camiño S. ¿Tienen las futuras maestras y maestros de educación primaria la formación necesaria para iniciar las maniobras de reanimación cardiopulmonar en caso de emergencia escolar? Un estudio descriptivo. *Educación*. 2016;52(1):149-168. doi: [10.5565/rev/educar.714](https://doi.org/10.5565/rev/educar.714)
- [12] Sönmez Y, Uskun E, Pehlivan A. Knowledge levels of pre-school teachers related with basic first-aid practices, Isparta sample. *Türk Pediatri Ars*. 2014 Sep 1;49(3):238-46. doi: 10.5152/tpa.2014.1581
- [13] Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Alarcón-Alarcón G, Infante-Torres N, Donate-Manzanares M, Gomez-Salgado J. The Need for School Nursing in Spain: A Mixed Methods Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Oct 26;15(11):2367. doi: 10.3390/ijerph15112367
- [14] Montoro-García A, Fernández-Gutiérrez P. La enfermería escolar: opinión de los progenitores de niñas y niños que inician la escolarización. *Metas Enferm*. 2017;20(10):50-59.
- [15] Martínez-Santos AE, Tizón-Bouza E, Fernández-Morante C, Casal-Otero L, Cebreiro B. La Enfermería escolar: contenidos y percepciones sobre su pertinencia en las escuelas inclusivas. *Enferm Global*. 2019;18(56): 291-323. doi: 10.6018/eglobal.18.4.344611

La segunda etapa del parto y los resultados maternos y neonatales.

Revisión bibliográfica

Marta Amador-Talavera^a, Angela-María Alcañiz-Jiménez^a, Lidia Lacal-Muñoz^a, María Román-Gómez^a, María-Isabel Hernández-Rodríguez^b

^aEnfermeras Internas Residentes. Unidad Docente Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI). Las Palmas de Gran Canaria; ^bTutora Unidad Docente Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología. Servicio Canario de Salud

RESUMEN

El proceso de parto se divide en tres etapas. En la segunda etapa, denominada período expulsivo, encontramos la fase pasiva y la fase activa, en la que para cada una existe un tiempo determinado. Sin embargo, hay que tener en cuenta aspectos que pueden interferir en la progresión, así como en los resultados maternos y neonatales. El objetivo de esta revisión es comparar y analizar la segunda etapa del parto, sus tiempos y los resultados maternos y neonatales que se producen. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos de la literatura científica publicada entre 2010 y 2022. Se seleccionaron cuatro artículos con los respectivos criterios de inclusión y exclusión. Se analizaron los cuatro artículos acerca de la segunda etapa del parto y los resultados maternos y neonatales. La duración de la segunda etapa del parto sigue estando en controversia, dado que existen protocolos en los cuales se establecen tiempos específicos para completar la segunda fase, así como las sociedades científicas que recomiendan diferentes tiempos, en función del proceso de parto y las condiciones materno-fetales. Los estudios han logrado demostrar que cuando el expulsivo se considera “prolongado” más allá de una hora de pujos activos, generalmente no se producen resultados maternos y neonatales adversos. Es por ello, por lo que la duración de la segunda etapa no es en sí misma una indicación absoluta para terminar en un parto instrumental o cesárea. La prioridad está en que el profesional debe apoyar a las gestantes para que experimenten el trabajo de parto de acuerdo con los procesos reproductivos y naturales de cada una sin intervenciones obstétricas, siempre que las condiciones materno-fetales lo permitan.

Palabras clave: inicio del trabajo de parto, segundo período del trabajo de parto, relaciones materno-fetales.

1. INTRODUCCIÓN

El proceso de parto se puede dividir en tres etapas, período de dilatación, período expulsivo y período de alumbramiento. En la primera etapa del parto, existe, a su vez, una fase latente en la que se producen contracciones uterinas irregulares y cambios variables en el cuello uterino, con una progresión más lenta de la dilatación hasta los cuatro centímetros, y, por otro lado, existe una fase activa en la cual la dinámica uterina es regular y se produce una evolución más rápida que va desde los cuatro centímetros hasta los diez centímetros, la dilatación completa. La segunda etapa del parto, la etapa de expulsivo es aquella que transcurre desde la dilatación completa hasta que se produce la expulsión fetal. Ésta, a su vez, se divide en una fase pasiva o temprana, en la que aún no existen contracciones involuntarias de expulsivo e incluso la presentación fetal aún no se encuentra visible o aún no ha descendido lo suficiente como para ejercer presión sobre el recto y los tejidos perineales y tener la sensación de empujar, y, por otro lado, se encuentra la fase activa, en la que la mujer tiene la necesidad de empujar incluso en ausencia de contracciones, o la cabeza fetal se hace visible. Cabe destacar que no se ha establecido una duración estándar de las fases y puede variar de una mujer a otra^{1,2}.

No obstante, se debe recalcar que en las etapas del parto existen diferentes aspectos que pueden influir en la progresión de las mismas. Principalmente, en la duración de la segunda etapa del parto, la cual centro el análisis de este trabajo. Estos aspectos a tener en cuenta son los siguientes¹⁻³:

- El control de la evolución del mecanismo del parto: Se realiza con una exploración vaginal y con ello se tiene información acerca de la posición y altura de la presentación fetal, su descenso, las características del cuello uterino y del líquido amniótico.

- **El control de la dinámica uterina.** Se realiza con la palpación abdominal y observación del registro cardiotocográfico (RCTG) admitiendo como normal la existencia de 3-5 contracciones en 10 minutos, aunque existe variación de una mujer a otra.

- **El control del bienestar fetal.** Se realiza mediante la observación del líquido amniótico y la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) observando el RCTG.
- Los movimientos principales de mecanismo del parto: Encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión de la cabeza, rotación externa y expulsión fetal.
- Los planos de Hodge para determinar la posición del feto en su trayectoria hacia el canal del parto.
- Los pujos. Son generalmente reflejos y voluntarios, y suelen depender de la compresión de la cabeza fetal sobre el recto. En ausencia de sensación de pujo, la Guía de Práctica Clínica a la Atención al Parto Normal (GPCAPN) recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva de la segunda etapa del parto.
- **La analgesia epidural.** Se valora el dolor mediante la aplicación de la Escala Visual Analógica (EVA). Normalmente el suelo pélvico proporciona una resistencia sobre la cabeza fetal facilitando su rotación. La presión sobre estos músculos desencadena una respuesta que juega un papel en los movimientos de descenso que realiza el feto a través de la pelvis, al tener analgesia epidural existe una reducción del tono de esos músculos que tienden a inhibir el descenso y rotación de la cabeza fetal. Además, en ocasiones, con analgesia epidural, la mujer no tiene un feedback que le ayude a descubrir como empujar, por lo que el pujo requiere de un mayor esfuerzo voluntario en relación con el pujo en respuesta a un impulso.
- La posición materna. En la segunda etapa del parto no se debería establecer un tiempo determinado para completar la misma, sino tener en cuenta los aspectos descritos con anterioridad a la hora de tomar decisiones y/o intervenciones obstétricas. Es por eso por lo que, si las condiciones materno-fetales son adecuadas, se debería ser flexible en cuanto a la duración permitida para esta fase. El manejo de la segunda etapa del parto debería maximizar la probabilidad de un parto vaginal a la vez que minimizar el riesgo de morbilidad materna y neonatal. Es por ello por lo que he querido realizar esta revisión. Me he centrado principalmente en la segunda etapa activa, en la duración de ésta por ser un aspecto que está en continua controversia y en el que los tiempos no están claramente establecidos, difieren de unos lugares a otros. Consideramos que hoy en día no deberían establecerse unos tiempos cerrados para cada etapa, pero sí establecer un consenso que permita realizar un manejo óptimo del proceso de parto en sí, la posibilidad de posibilitar un parto vaginal en condiciones y disminuir las intervenciones obstétricas e instrumentales cuando no sean necesarias, así como primar el respeto, la dignidad y la autonomía de la mujer que va a dar a luz, tomando el control sobre el proceso y respetando en todo momento la fisiología de su parto siempre y cuando sea posible.

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es analizar y comparar la segunda etapa del parto, sus tiempos y los resultados maternos y neonatales que se producen.

2. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una estrategia de búsqueda durante el período comprendido entre noviembre y enero de 2022 y 2023 respectivamente, llevando a cabo actualizaciones en marzo de 2023. Esta revisión se ha realizado según los criterios PRISMA – ScR. Los criterios de inclusión para realizar esta revisión incluyen la duración de la segunda etapa del trabajo parto, gestantes a término con gestación única y embarazos de bajo riesgo, resultados maternos y resultados neonatales. Los criterios de exclusión fueron gestaciones de alto riesgo, pretérmino y/o gestación múltiple, así como partos instrumentados o cesáreas. Como bases de datos en las que realicé la búsqueda se encuentran Pubmed, Cochrane, Embase dando acceso a diferentes artículos de revistas relacionadas con la revisión (*Midwifery, Women and Birth, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Sexual and Reproductive*). He realizado el acceso a las fuentes de información a través de la Biblioteca Online del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI), así como acceso a los protocolos del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Materno Infantil de Gran Canaria, las guías de práctica clínica del Ministerio de Sanidad y acceso a información relacionada de las diferentes sociedades científicas (Organización Mundial de La Salud (OMS), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), National Institute for Health and Care Excellence (NICE)). Las palabras clave utilizadas fueron inicio del trabajo de parto, segundo período del trabajo de parto, tiempo, relaciones materno-fetales. Los filtros utilizados fueron: español o inglés, artículos comprendidos entre el año 2010 y 2022.

3. RESULTADOS

Tras realizar la búsqueda bibliográfica con los filtros y los criterios utilizados anteriormente, la estrategia de búsqueda permitió encontrar una gran cantidad de artículos relacionados, de los cuales se seleccionaron 122 artículos relevantes en función del título. De estos, se excluyeron 84 artículos tras la lectura del resumen, y 14 artículos fueron seleccionados para realizar una lectura minuciosa del texto completo. Finalmente, 4 artículos pasaron a formar parte de esta revisión (tabla 1).

Tabla 1. Descripción de los artículos seleccionados y sus resultados principales (n=4)

Autoría	Año	Objetivos	Resultados
Tilden et al.⁵	2022	Caracterizar el trabajo de parto activo y la duración de pujos en una muestra grande con una intervención mínima.	Mujeres nulíparas, mujeres con IMC ≥ 30 kg/m ² y mujeres > 35 años tuvieron una fase activa más prolongada que mujeres multíparas, IMC < 30 kg/m ² y < 35 años.
Dalbye et al.⁶	2021	Investigar acerca de la asociación entre la duración de la segunda etapa activa y los resultados maternos y neonatales.	Hubo un mayor riesgo de desgarros de III-IV grado y de hemorragia posparto entre las mujeres que tuvieron una segunda etapa activa > 60 min. No se encontró asociación entre la duración de la fase activa de la segunda etapa y la puntuación de Apgar < 7 a los 5 min o el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).
Grobman et al.⁷	2016	Estimar la asociación entre las horas de pujos activos en el expulsivo y los resultados maternos y neonatales.	Con más de 4 horas de pujos, la probabilidad de parto vaginal para gestante nulípara fue del 78% y más del 97% no tuvieron resultado neonatal adverso. Con más de dos horas de pujos activos, la probabilidad de un parto vaginal para una gestante multípara fue del 82%. A mayor duración de pujos activos, también aumentó la tasa de cesáreas o partos instrumentales.
Colciago et al.⁸	2019	Explorar las experiencias de matronas en el manejo de la segunda etapa del trabajo de parto en mujeres con analgesia epidural.	En el momento del pujo activo, las matronas prefieren esperar hasta que la mujer sienta la urgencia de pujar. En fase activa permiten rango entre 1-3 horas desde el inicio del pujo activo hasta el nacimiento. El tiempo permitido para la fase activa muchas veces se ve afectado por los protocolos y procedimientos de la Unidad Obstétrica y está influenciado por la toma de decisiones médicas.

El primer estudio analizado trata de un estudio de cohorte prospectivo observacional, en el que se realizó un análisis de un total de 75.243 mujeres de EEUU. Se recopilaron registros prospectivamente entre el 1/01/2012 y el 31/12/18 para describir los procesos y resultados del trabajo de parto. Se calcularon curvas de supervivencia para estimar los percentiles de duración del trabajo de parto por paridad (nulíparas o multíparas) y subestratificados por edad (mayor o menor de 35 años) e IMC (mayor o igual a 30 kg/m²). Los criterios de inclusión fueron embarazos de bajo riesgo y a término y se excluyeron embarazos con patologías (Preeclampsias, oligoamnios, polihidramnios, diabetes gestacional, placenta previa, crecimiento intrauterino retardado (CIR), entre otros). Los resultados que mostraron dieron lugar a que la mayor parte de las mujeres de esta muestra tuvieron un parto vaginal sin intervención obstétrica: El percentil 94.3% de las nulíparas y el percentil 99.7% de las multíparas. Las mujeres nulíparas desarrollaron una fase de trabajo de parto activo más prolongado que las mujeres multíparas. Con respecto al IMC, las mujeres con IMC ≥ 30 kg/m² completaban la fase 20 minutos más tarde que aquellas gestantes con un IMC menor, así como las mujeres mayores de 35 años nulíparas completaron la fase una hora más tarde que las menores de 35 años. La conclusión que mostró este estudio es que las gestantes nulíparas desarrollaron una segunda etapa más prolongada que las multíparas. Por otro lado, que la edad y el IMC ≥ 30 kg/m² pueden interferir en la duración, aunque con cierta variación, dado que también tuvieron duraciones más prolongadas, es por ello por lo que hay que tener en cuenta estos aspectos a la hora de considerar un tiempo determinado en la etapa activa del trabajo de parto. Esta investigación estaba destinada principalmente a establecer una disminución del uso innecesario de las intervenciones obstétricas y de las secuelas iatrogénicas que se producen⁵.

El segundo artículo analizado es un estudio de cohorte basado en datos de un ensayo controlado aleatorio (ECA) realizado en 14 clínicas de maternidad (con más de 500 nacimientos/año) en Noruega entre 2014 y 2017. La muestra final involucró a 6804 mujeres nulíparas con gestación única y a término, presentación cefálica, inicio espontáneo del trabajo de parto, parto vaginal y documentada una segunda etapa activa del trabajo de parto. La segunda etapa activa se utiliza como variable independiente y se divide en dos grupos: segunda etapa activa ≤ 60 min y otra > 60 min. Los resultados maternos de interés incluyeron hemorragia posparto > 1000 ml y desgarros de III y IV grado. Los resultados neonatales de interés eran puntuación de Apgar < 7 a los 5 min y el ingreso en la UCIN durante al menos 24 horas. Los resultados de este estudio dieron lugar a que, de las 6804 mujeres, 5322 (78,2%) mujeres tuvieron un período expulsivo activo registrado ≤ 60 min y 1482 (21,8%) mujeres, un período expulsivo activo > 60 min. Hubo un mayor riesgo de desgarros de III-IV grado y de hemorragia posparto entre las mujeres que tuvieron una segunda etapa activa > 60 min. No se encontró asociación entre la duración de la fase activa de la segunda etapa y la puntuación de Apgar < 7 a los 5 min o el ingreso en UCIN. La conclusión

de este estudio dio lugar a que no existe asociación entre la duración de la etapa activa del trabajo de parto y resultados maternos y neonatales adversos⁶.

El tercer artículo muestra un estudio observacional de 25 centros médicos de la red de Unidades de Medicina Materno-Fetal (MFMU) del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy en el periodo comprendido entre 2008 y 2011. Las gestantes se agruparon según la duración de los pujos activos en < 1 hora, de 1-2 horas, de 2-3 horas, de 3-4 horas y > 4 horas. Los resultados maternos que se evaluaron fue como variable principal el parto por cesárea, y secundariamente la hemorragia posparto (>500cc en parto vaginal y > 1000cc en cesárea) y los desgarros de III y IV grado. Con respecto a los resultados neonatales se evaluaron la necesidad de ventilación mecánica, sepsis, parálisis del plexo braquial, fractura de clavícula, fractura de cráneo, convulsiones, encefalopatía hipóxica-isquémica (HIE) o muerte neonatal (dentro de los primeros 120 días tras el parto). Los resultados del estudio mostraron que, con más de 4 horas de pujos, la probabilidad de parto vaginal para una gestante nulípara fue del 78% y más del 97% no tuvieron resultados neonatales adversos. Por otro lado, con más de dos horas de pujos activos, la probabilidad de un parto vaginal para una gestante multípara fue del 82%. A mayor duración de pujos activos, también aumentaron los partos instrumentales y la tasa de cesáreas, así como los desgarros y las hemorragias posparto. Por otro lado, los resultados adversos neonatales en su conjunto también aumentaron con las horas de pujos activos. Se observaron diferencias significativas en el porcentaje de parálisis de plexo braquial, convulsiones y encefalopatía hipóxica-isquémica, sin embargo, el aumento absoluto de riesgo es pequeño en todos los casos, alrededor del 1%. La conclusión que muestra el estudio es que a pesar de que la segunda fase del trabajo de parto haya sido de mayor duración, calificándola como “etapa prolongada”, la probabilidad de tener un parto vía vaginal sin ninguna intervención fue posible, en el cual no existió un riesgo aumentado con respecto a los resultados neonatales adversos⁷.

El cuarto estudio analizado desarrolló un estudio cualitativo descriptivo mediante entrevistas semiestructuradas presencialmente como métodos de recolección de datos, en el que se permitió explorar a las matronas en la segunda etapa del parto. Se consideró la metodología cualitativa como el enfoque más apropiado para este campo de investigación que permitió obtener una comprensión más profunda de las interacciones, actitudes, experiencias y opiniones de las profesionales. Se trataba de una muestra intencional de doce matronas que trabajaban en tres Unidades Obstétricas de II nivel en Italia. Entre ellos, seis eran matronas con más de 5 años de experiencia y las restantes con menos de 5 años de experiencia en paritorio. Los hallazgos incluyeron cuatro temas: a) El momento de la segunda etapa del trabajo de parto y pujo materno; b) las posiciones y movilidad materna; c) la perspectiva sobre bolos epidurales; d) la presencia y apoyo del personal. Al referirse al manejo de la fase pasiva y activa de la segunda etapa del trabajo de parto en mujeres con analgesia epidural, las matronas parecían poner más énfasis en la fase pasiva. En cuanto al momento del pujo activo, la mayoría de las matronas prefieren esperar hasta que la mujer sienta la urgencia de pujar antes de alentar los esfuerzos maternos. Cuatro de ellas afirmaron que suelen retrasar los pujos maternos hasta 2h después de la dilatación completa y dos matronas afirmaron que no establecen límites de tiempo. Aunque se identificaron diferentes manejos, en general expresaron que garantizar una fase pasiva más prolongada permite disminuir los esfuerzos de pujo materno con una reducción del riesgo de morbilidad materno-fetal y una experiencia materna más positiva del parto. También informaron que durante la fase activa de la segunda etapa del trabajo de parto generalmente permiten un rango de tiempo entre una a tres horas desde el inicio del pujo activo hasta el nacimiento. Destacaron que, el tiempo permitido para la fase activa muchas veces se ve afectado por los protocolos y procedimientos de las Unidades Obstétricas y está influenciado por la toma de decisiones médica. Con respecto a las posiciones, las posiciones semisentadas y de litotomía fueron las más utilizadas respectivamente en el trabajo de parto y al nacer. Algunas matronas fomentaban la posición de rodillas o la posición lateral. En cuanto al manejo del bolo epidural durante la segunda etapa, las opiniones se dividieron entre favorables y desfavorables a la administración de bolos analgésicos después de la dilatación cervical completa. Las matronas que apoyaron la administración continua de epidural durante la segunda etapa creían que suspender la analgesia no mejoraría los resultados del parto. Además, consideraron que la continuidad del alivio del dolor permitiría un manejo más relajado de la segunda etapa. Las matronas informaron sus experiencias de brindar atención diferente a las mujeres con analgesia epidural en comparación con las mujeres sin epidural, principalmente debido a que tienen un enfoque más medicalizado, por terminar en mayores porcentajes en partos instrumentales⁸. Este estudio llegó a la conclusión de que, a pesar del cuerpo consistente de evidencia sobre los efectos de la analgesia epidural en la segunda etapa de parto, la falta de pautas claras, la presencia de diferentes protocolos hospitalarios y la opinión de los obstetras podrían ser una barrera al atender a las mujeres en trabajo de parto ya que a menudo establecen restricciones de tiempo que pueden tener un impacto negativo en la atención brindada. La evidencia muestra que retrasar el pujo en mujeres con analgesia epidural podría usarse como una estrategia para aumentar los partos vaginales y reducir así los partos instrumentales.

4. DISCUSIÓN

Actualmente, la duración de la segunda etapa del parto sigue estando en controversia, dado que a nivel nacional e internacional existen protocolos de diferentes hospitales en los cuales establecen diferentes tiempos que difieren de unos lugares a otros. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)⁹ en su artículo “Buenas prácticas clínicas para el manejo de la segunda etapa del parto” publicado en 2020, muestra que actualmente existe una amplia variación en la duración recomendada de la segunda etapa y, hasta que se resuelva este debate, es vital que se dé prioridad a la investigación global sobre los resultados maternos y fetales relacionados con la duración de la segunda etapa. En la mayoría de los casos, durante la segunda etapa, a pesar de que la circulación uteroplacentaria está reducida, hay suficiente reserva para mantener la oxigenación fetal hasta el nacimiento. En este artículo, señalan que algunos autores abogan por una segunda etapa más larga y han demostrado que aproximadamente el 78% de las mujeres nulíparas y el 82% de las multíparas han dado a luz por vía vaginal incluso después de 4 horas de pujos, por lo que destacan que se debe informar a las mujeres que la duración de la segunda etapa varía de una mujer a otra y, por otro lado, apoyan las recomendaciones dadas por la OMS, que, en su documento “Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva” establece que en los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en tres horas, y en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en dos horas. En el caso de mujeres con analgesia epidural en el período expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar de una a dos horas después de la dilatación completa o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en los contextos que cuenten con recursos disponibles para prolongar el período expulsivo y evaluar y controlar adecuadamente la hipoxia perinatal¹⁰.

Autores como Sandström et al.¹¹ señalan que la relación entre la duración de la segunda etapa y el riesgo de morbilidad neonatal se ha investigado en numerosos estudios con resultados contradictorios. Varios estudios no han encontrado asociación entre la segunda etapa prolongada y los resultados adversos neonatales. Otros estudios demostraron que la segunda etapa prolongada aumentó los riesgos de ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, asfixia al nacer, traumatismo, baja puntuación de Apgar a los cinco minutos o sepsis neonatal, al igual que los estudios mostrados en esta revisión, no hay asociación entre una segunda etapa prolongada y resultados neonatales adversos, es por ello que señalan que las recomendaciones recientes a menudo incluyen más duración en algunos casos, por lo que, el manejo debería ser individualizado en función de la evolución del trabajo de parto, analgesia epidural, posición fetal e intervenciones, entre otros.

Por otro lado, el Ministerio de Sanidad en su documento “Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal” establece que, con una vigilancia intensiva intraparto se pueden detectar precozmente los fetos que no toleran el trabajo de parto, pudiéndose emprender acciones que eviten la hipoxia fetal, de forma que como ya advirtió la ACOG, la duración del período expulsivo, por sí misma, no es una indicación absoluta para terminar el parto. El manejo de la segunda etapa del parto debería maximizar la probabilidad de un parto vaginal a la vez de minimizar el riesgo de morbilidad materna y neonatal. Por lo que, como en los estudios anteriormente descritos, si las condiciones tanto maternas como fetales lo permiten, la segunda fase del parto puede variar de una mujer a otra y prolongar la fase activa si las condiciones así lo permiten para conseguir un parto vía vaginal¹².

No obstante, en su documento recalca que sí existe cierta evidencia de que una segunda etapa mayor de 120 minutos frente a una segunda etapa de 1 a 120 minutos, así como >240 minutos frente 121-240 minutos, está asociada con diversas intervenciones médicas, tales como, uso de la episiotomía, parto vaginal instrumental y mayor frecuencia de trauma perineal. Sin embargo, la guía establece que no existe asociación entre una segunda etapa prolongada y los resultados maternos y neonatales intraparto, tales y como se ha observado en los estudios anteriormente mencionados. En esta guía, apoyada también por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), se considera duración normal de la 2ª etapa del parto hasta cuatro horas para nulíparas con analgesia epidural, hasta tres horas en nulíparas sin analgesia y multíparas con analgesia y, hasta un máximo de 2 horas en multíparas sin analgesia epidural (Figura 1)¹².

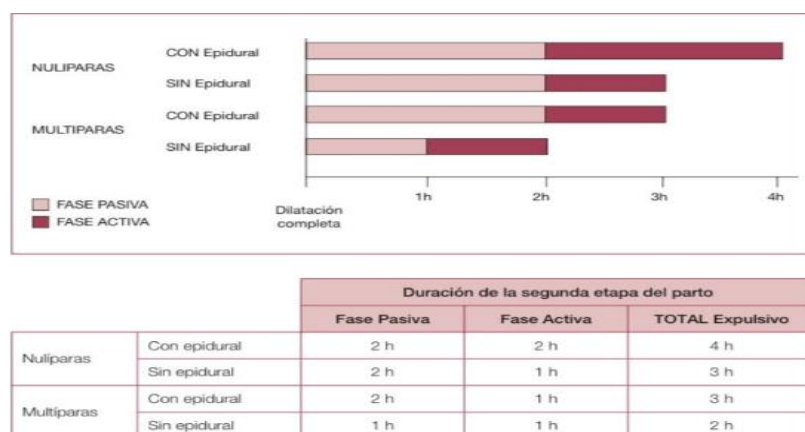


Figura 1. Duración de la segunda etapa del parto. Guía de Práctica Clínica de la Atención al Parto Normal¹²

Por otro lado, en el documento “Prevención segura del parto por cesárea primaria” realizado conjuntamente por parte de la ACOG y la Sociedad de Medicina Materno-Fetal (SMFM) publicado en marzo de 2014 en el que detallan que no se ha identificado la duración máxima absoluta específica de tiempo invertido en la segunda etapa del trabajo de parto a partir del cual todas las mujeres deben someterse a parto instrumental y establecen que, antes de diagnosticar detención del trabajo de parto en la segunda etapa, si las condiciones materno-fetales lo permiten, se debe intentar dos horas de pujo en mujeres múltiparas y tres horas de pujo en mujeres nulíparas y, duraciones más prolongadas pueden ser apropiadas de manera individualizada¹⁴.

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) establece la duración de la segunda etapa del parto igual que la GPCAPN, ya que participó en su elaboración. Esta federación señala que los tiempos superiores de expulsivo son consecuencia, en la mayoría de las ocasiones, de algún problema propio del parto o fetal, como la macrosomía, anomalías de posición, anomalías pélvicas, etc.; y, por tanto, que se trate de gestantes que tienen una mayor probabilidad a priori de parto distócico; son estos partos distócicos los que aumentan la morbilidad materna y no la mayor o menor duración del periodo expulsivo. Explican que si bien la creación de protocolos y algoritmos para dirigir las conductas terapéuticas y los cuidados son una herramienta útil que mejora la calidad asistencial, no en todos los casos funcionan de manera adecuada. No se puede decidir sobre el tipo de parto de una mujer atendiendo exclusivamente al tiempo que lleva en la fase de expulsivo, sin tener en cuenta otros factores¹⁵. Existen estudios como los que he comentado anteriormente en el que no se observa que la mayor duración del expulsivo esté asociada a una mayor morbilidad materna y neonatal, no se observan resultados neonatales adversos; así pues, se apuesta por expulsivos cuya duración quede limitada a la existencia de compromiso materno-fetal, y no sólo por el tiempo transcurrido.

Limitaciones

Con respecto a las limitaciones encontradas para realizar esta revisión bibliográfica ha resultado ser que en ciertos estudios no se realizaba una distinción clara entre la fase pasiva y activa de la segunda fase del parto, así como no se tenía en cuenta el momento de inicio de la dilatación completa.

5. CONCLUSIONES

Los resultados de los estudios mencionados, así como las guías de las sociedades científicas superan las limitaciones para establecer unos umbrales de tiempo específicos para señalar una “distocia del trabajo de parto” o “un parto prolongado”. Los estudios han logrado demostrar que cuando el período expulsivo se considera “prolongado” más allá de una hora o más de pujos activos, generalmente no hay resultados neonatales adversos. Actualmente, con una vigilancia intraparto intensiva, puede ser posible la identificación oportuna de fetos que son intolerantes al trabajo de parto y por ello, puede ser necesario tomar las decisiones e intervenciones obstétricas para evitar resultados maternos y neonatales adversos. Es por ello por lo que se debe apostar por no establecer una duración limitada simplemente por el tiempo transcurrido, sino maximizar y posibilitar el parto vía vaginal siempre y cuando sea posible. Por ello, esta revisión aporta evidencia científica sobre no establecer unos tiempos cerrados para cada etapa, posibilitando un parto vaginal en condiciones, así como disminuyendo las intervenciones obstétricas cuando no sean necesarias. No obstante, recomiendo continuar investigando en este campo, incluyendo la duración específica de cada etapa así como no solo investigar acerca de las gestaciones de bajo riesgo, sino también las gestaciones de alto riesgo, dado que también tienen la posibilidad de llevar a cabo un parto vaginal si las condiciones lo permiten, dado que las organizaciones nacionales e internacionales varían en sus recomendaciones sobre lo que es una duración aceptable de la segunda etapa, con un debate internacional en curso y algunos grupos defienden una duración más larga, esto demuestra la necesidad de una investigación más sólida y específica

sobre la duración de la segunda etapa pasiva y activa y los resultados maternos y fetales, es por ello, que la prioridad principal está en que el profesional de la salud debe tener como objetivo apoyar a las mujeres gestantes para que experimenten el trabajo de parto de acuerdo con los procesos reproductivos y naturales que cada mujer presenta, sin intervenciones para acortar la duración, siempre que las condiciones materno-fetales lo permitan.

REFERENCIAS

- [1] Castán S, Tobajas J. Obstetricia para matronas. Guía práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2013.
- [2] Espinilla B, Tomé E, Sadornil ME, Albillos L. Manual de Obstetricia para Matronas. Valladolid: Editorial Difácil; 2016.
- [3] Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). BOE número 129, de 28 de mayo de 2009, páginas 44697 a 44729.
- [4] Segado Jiménez MI, Arias Delgado J, Domínguez Hervella F, Casas García ML, López Pérez A, Izquierdo Gutiérrez C. Analgesia epidural en obstetricia: ¿cómo afecta al desarrollo y finalización del parto?. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2011 Jan;58(1):11-6. doi: 10.1016/s0034-9356(11)70692-2
- [5] Tilden EL, Snowden JM, Bovbjerg ML, Cheyney M, Lapidus J, Wiedrick J, et al. The duration of spontaneous active and pushing phases of labour among 75,243 US women when intervention is minimal: A prospective, observational cohort study. EClinicalMedicine. 2022 May 22;48:101447. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101447
- [6] Dalbye R, Aursund I, Volent V, Moe Eggebø T, Øian P, Bernitz S. Associations between duration of active second stage of labour and adverse maternal and neonatal outcomes: A cohort study of nulliparous women with spontaneous onset of labour. Sex Reprod Healthc. 2021 Dec;30:100657. doi: 10.1016/j.srhc.2021.100657
- [7] Grobman WA, Bailit J, Lai Y, Reddy UM, Wapner RJ, Varner MW, et al. Association of the Duration of Active Pushing With Obstetric Outcomes. Obstet Gynecol. 2016 Apr;127(4):667-673. doi: 10.1097/AOG.0000000000001354
- [8] Colciago E, Fumagalli S, Inzis I, Borrelli SE, Nespoli A. Management of the second stage of labour in women with epidural analgesia: A qualitative study exploring Midwives' experiences in Northern Italy. Midwifery. 2019 Nov;78:8-15. doi: 10.1016/j.midw.2019.07.013
- [9] Wright A, Nassar AH, Visser G, Ramasauskaite D, Theron G; FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. Int J Gynaecol Obstet. 2021 Feb;152(2):172-181. doi: 10.1002/ijgo.13552
- [10] Recomendaciones de la OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Organización Mundial de la Salud. (2018).
- [11] Sandström A, Altman M, Cnattingius S, Johansson S, Ahlberg M, Stephansson O. Durations of second stage of labor and pushing, and adverse neonatal outcomes: a population-based cohort study. J Perinatol. 2017 Mar;37(3):236-242. doi: 10.1038/jp.2016.214
- [12] Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/E8lG>
- [13] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline (CG190) [Internet]. Reino Unido: NICE; 2014 [actualizado diciembre 2022; citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/raZvDdZA>
- [14] American College of Obstetricians and Gynecologists (College), Society for Maternal-Fetal Medicine, Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2014 Mar;210(3):179-93. doi: 10.1016/j.ajog.2014.01.026
- [15] FAME. Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres [Internet]. Pamplona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2011 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/iniciativa-al-parto-normal.pdf>

Detección del consumo de riesgo de alcohol y propuesta de intervención en atención primaria

Clara Caballero-Cubells^a, Elena Olmos-Jular^a, Isabel-Cristina Lemos-Chica^a, Juan-José Cabrera-García^b

^aEnfermeras Internas Residentes; ^bTutor. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Lanzarote

RESUMEN

Dado que el consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la salud en la población, se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal para conocer el consumo de riesgo de alcohol en los municipios de Tías, San Bartolomé y Tinajo. Para ello se ha usado el cuestionario Audit-C, siendo positivo en un 16,54% en hombres y 7,46% en mujeres con los datos recogidos hasta el momento. Observando también una baja percepción del riesgo para su salud sobre el propio consumo de alcohol. Por todo ello, se propone una intervención para reducir el consumo basada en el enfoque FRAMEAP propuesta por la semFYC.

Palabras Clave: alcohol, riesgo, consumo, intervención, salud, sensibilización.

1. INTRODUCCIÓN

El consumo nocivo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2016, más de la mitad de la población de sólo tres regiones (América, Europa y Pacífico Occidental) consumía alcohol. Causando unos 3 millones de muertes (5,3% de todas las muertes) en el mundo¹.

La Unión Europea es la región del mundo con la mayor proporción de bebedores y con los niveles más elevados de consumo de alcohol en la población². En España, el consumo de alcohol es el 4º factor de riesgo de pérdida de salud, ocupando la 2ª posición en mujeres y la 5ª en hombres. La cifra de fallecidos en 2021 por consumo de alcohol asciende a más de 15.000 personas. El inicio del consumo se encuentra a los 14 años de edad. Esto repercute tanto a nivel social, como económico y/o personal; aumentando a más de 200 los problemas de salud y suponiendo un coste social mayor de 10.000 millones de euros al año³.

Según la Encuesta EDADES (2022): Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España⁴:

- El 93,2% de la población de 15 a 64 años manifiesta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida lo que convierte al alcohol en la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo.
 - El 76% de los españoles declara haber consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 64,5% en el último mes y el 9% ha realizado un consumo diario.
 - Atendiendo al sexo, el consumo de alcohol está más extendido entre los hombres que entre las mujeres.
 - La prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses se sitúa en el 16,7%.
 - En cuanto al consumo de alcohol en atracón (Binge Drinking). El 15,4% ha realizado Binge Drinking en los últimos 30 días.
 - Según la escala AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), en 2022 el 6% de la población de 15 a 64 años, ha tenido un consumo de riesgo de alcohol. Evolutivamente, se ha producido un aumento en la prevalencia de consumo de riesgo tanto entre los hombres como en las mujeres.
 - En cuanto a las razones por las que los individuos consumen bebidas alcohólicas, más de la mitad lo hacen porque es divertido y cuatro de cada diez individuos consumen alcohol porque les gusta cómo se sienten después de beber.
- Por otro lado, el consumo nocivo de alcohol puede llegar a producir daños a terceras personas como lesiones por accidentes de tráfico, violencia y Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal. También, es un hecho el impacto negativo que las bebidas alcohólicas provocan en la economía y en la sociedad en su conjunto. Además, la distribución de su consumo y las consecuencias no son homogéneas, afectando principalmente a los grupos más desfavorecidos y contribuyendo al aumento de desigualdades⁵.

El consumo de riesgo es uno de los problemas más importantes de salud pública causando un grave daño social. Además, la forma en que éste se realiza (su uso por parte de menores, bebidas alcohólicas de alta graduación, ingesta en breves períodos de tiempo, elevado porcentaje de borracheras, etc) hace que siga siendo una prioridad en las estrategias de prevención y control⁵. A nivel internacional y nacional, existe suficiente evidencia sobre las políticas más efectivas para reducir el

consumo de riesgo de alcohol. La iniciativa SAFER⁶, es una de las estrategias más útiles, e incluye la intervención de los profesionales sanitarios en sus consultas, facilitando el acceso al cribado, a las intervenciones breves y al tratamiento de los problemas derivados del consumo de alcohol⁷.

La intervención breve (IB) es una estrategia terapéutica en la cual se ofrece un tratamiento estructurado de corta duración con el fin de ayudar a una persona a suspender o reducir el consumo de alcohol. La IB es una de las intervenciones sanitarias más baratas y efectivas en Atención Primaria para reducir el consumo de alcohol⁸. El método más adecuado para estimar el nivel de riesgo es el test AUDIT, cuya fiabilidad ha sido evaluada por diversos autores⁷.

Así, el objetivo de este estudio es realizar el cribado del consumo de alcohol de riesgo en pacientes entre 18 y 64 años de los centros de salud de San Bartolomé, Tinajo y Tías, de la isla de Lanzarote y plantear una intervención para reducir el consumo y fomentar la salud. Utilizando como referencia, la Guía para el cribado e intervención Breve en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en Atención Primaria (2022) elaborada por el Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)⁸.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Tipo de estudio

Es un estudio observacional, descriptivo y transversal.

2.2. Población

Población entre 18 y 64 años de los centros de salud de San Bartolomé, Tías y consultorio local de Tinajo= 21.553 personas, repartidas de la siguiente manera: Tías=10.388, San Bartolomé= 6.717 y Tinajo= 4.448.

2.3. Muestra

Se realizó una captación oportunista a pacientes que acuden a consulta de Médico de Familia o Enfermería por otros motivos hasta completar el tamaño muestral indicado de 380 (nivel de confianza 95%, margen de error de 5% y una prevalencia previsible del 50%). Correspondiendo a 182 personas en Tías, 119 en San Bartolomé y 78 en Tinajo.

Criterios de inclusión: Se incluyen en este estudio los individuos de entre 18 y 64 años que acudan a las consultas de enfermería y medicina de los centros de salud de San Bartolomé, Tinajo y Tías durante los meses de diciembre de 2022, enero, febrero y marzo de 2023.

Criterios de exclusión: Se excluyen a todos los individuos fuera del rango de edad de ambos sexos, todos aquellos que rechacen formar parte del mismo.

2.4. Variables del estudio

Sociodemográficas: sexo (mujer, hombre), edad (en años), estado civil (soltero, casado/pareja de hecho, separado/divorciado, viudo), formación (sin estudios, primaria, secundaria, bachiller, universitarios, formación profesional), situación laboral (desempleado, jubilado, activo, estudiante) y enfermedades crónicas (cardiocirculatorias, pulmonares, digestivas neurológicas, nefrourológicas, psiquiátricas, adicciones, otras).

Consumo de alcohol: Para realizar el cribado se utilizan las tres preguntas del AUDIT-C, el cual es una versión abreviada que permite identificar a las personas que necesiten completar la versión completa: el AUDIT 10⁸. Este último, se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 preguntas⁷. Las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico, de la 4 a la 6 al comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8 a reacciones adversas y las dos últimas a problemas relacionados con el consumo de alcohol⁴.

Para valorar la percepción del riesgo de consumir alcohol se realizó una pregunta junto con el cuestionario AUDIT-C a toda persona que consume alcohol; ¿Consideras que tu consumo de alcohol supone o va a suponer un riesgo para tu salud?. Además, a las personas que hayan dado positivo en el test AUDIT-C se les realizó otra pregunta para valorar su predisposición a participar en una intervención para reducir el consumo.

2.5. Análisis de datos

Análisis descriptivo. Se realizará un análisis descriptivo univariante con el fin de organizar y sintetizar la información obtenida. Las variables cualitativas se describirán a través de porcentajes en tablas de frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas a través de medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar), así como valores máximos y mínimos.

Análisis bivariante y asociación entre variables. Se realizarán tablas de contingencia empleando el estadístico chi-cuadrado de Pearson y el test de Fisher, que permitirán comparar y categorizar variables entre grupos. Las variables se relacionarán significativamente cuando $P \leq 0,05$.

Para analizar la asociación de posibles factores del consumo de riesgo de alcohol se realizará un análisis de regresión logística simple, siendo la variable dependiente el consumo de riesgo AUDIT como variable dicotómica (Riesgo/No

riesgo) y como variables independientes, aquellas variables de la muestra que obtengan significación estadística en el análisis bivalente. Se utilizó la aplicación SPSS.25

2.6. Consideraciones éticas y legales

Se solicitó la valoración del proyecto a la Comisión de Investigación, Docencia y Formación Continuada del Hospital Doctor José Molina Orosa. Se entregó a los participantes la hoja informativa del estudio y se les solicitó su consentimiento informado, comunicándoles que su participación no supondría ningún riesgo para su estado de salud, ni se obtendría ningún beneficio económico.

El presente estudio se realizó bajo el cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales imprescindibles para poder llevarlo a cabo. Se respetó la normativa legal vigente que garantiza la confidencialidad de los datos y su tratamiento automatizado de acuerdo a la legislación sobre protección de datos de carácter personal (*Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, Real Decreto 994/1999 de 11 de Junio, y Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*), (*Ley Orgánica 15/1999; Real Decreto 994/1999; Ley 41/2002*), así como toda la normativa aplicable a esta materia. Las investigadoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

3. RESULTADOS

Los datos presentados a continuación corresponden a una parte del trabajo de campo realizado durante 4 meses, quedando todavía por completar el tamaño muestral indicado.

Atendiendo a las variables que queremos estudiar (sexo, edad en años, centro sanitario, estado civil, formación y situación laboral) los resultados obtenidos hasta el momento actual son:

- Respecto al sexo de los pacientes, un 50,2% son mujeres y un 49,8% son hombres. Con edades comprendidas entre 18 y 64 años y una media de 44,64. La media de edad de las mujeres es de 42,87, y la de los hombres es de 46,45 años de edad.
- La muestra que pertenece a cada centro es la siguiente: 182 personas en Tías, 118 en San Bartolomé y 78 en Tinajo. Por el momento han respondido al cuestionario Audit-C 101 personas en Tías, 117 en San Bartolomé y 49 en Tinajo.
- Respecto al estado civil, un 39% de los encuestados están solteros, el 50,6% están casados, el 8,6% separado y un 1,9% viudos.
- Con respecto al nivel de estudios, un 4% no tiene estudios, un 14,6% tienen estudios primarios, un 26,2% tienen estudios secundarios, el 10,5% han completado el bachiller, un 18,7% ha realizado formación profesional y un 29,6% tiene estudios universitarios o superiores.
- Respecto a la situación laboral de los participantes en el estudio, el 9,4% están actualmente desempleados, el 82,8% tiene trabajo en el momento de la encuesta, un 2,6% se encuentran estudiando y el 5,2% restante está jubilado.

El cuestionario utilizado para valorar el riesgo de consumo de alcohol ha sido el Audit-C. Un resultado positivo indica riesgo de consumo de alcohol, esto es >4 puntos en mujeres y > 5 puntos en hombres. Actualmente el porcentaje de mujeres que ha dado positivo en el Audit C es de 7,46% y el de hombres 16,54%. Tras un resultado positivo, habría que saber el tipo de riesgo de cada paciente: bajo (0-7 puntos), medio (8-15 puntos), alto (16-19 puntos) y probable adicción (+20 puntos). Para esto utilizamos el cuestionario Audit 10.

Con los datos actuales, mujeres que han presentado riesgo bajo= 7 y riesgo medio= 4. Respecto a los hombres: riesgo bajo= 5, riesgo medio= 12, riesgo alto=1 y probable adicción=4.

Se ha podido observar una baja percepción de riesgo del propio consumo de alcohol. Para ello se había planteado la pregunta *¿Consideras que tu consumo de alcohol supone un riesgo para tu salud?* que ha sido respondida negativamente en un 83% de los participantes del estudio. Además, de las 32 personas que nos respondieron el Audit 10 queríamos saber cuántas de ellas participarían en una intervención de las cuales solo el 37,5% contestaron que participarían.

4. DISCUSIÓN

Por el momento con los resultados obtenidos, se puede corroborar que hay un consumo más elevado de alcohol en hombres que en mujeres como se ha demostrado en encuestas realizadas a nivel nacional⁴. Por otro lado, se ha podido percibir unas puntuaciones más bajas de lo esperado en los resultados del cuestionario AUDIT-C. Es decir, hay un patrón de consumo bajo en la muestra estudiada. Sin embargo, al no ser una muestra representativa de toda la población, los resultados no se pueden extrapolar. Sólo se han realizado encuestas a la población que acude a consulta durante el periodo del estudio, siendo un sesgo evidente. Además, debido al método de recogida de datos, al ser en un ámbito sanitario, el propio entorno puede influir en la sinceridad de los encuestados.

Actualmente en la práctica clínica, Drago AP, la aplicación que usa el Servicio Canario de Salud para recoger información en la historia clínica de los pacientes, no contempla el AUDIT-C como herramienta de cribado de consumo de alcohol. Dentro de la aplicación existen varios cuestionarios: el AUDIT 10, mencionado con anterioridad, y dos cuestionarios para detectar el alcoholismo: MALT-S y CAGE.

En Drago se recoge el programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS) el cuál recomienda la exploración sistemática del consumo de alcohol como mínimo cada dos años en toda persona mayor de 14 años. Se puede dividir a la población en cuatro grupos dependiendo del consumo de alcohol que realicen; abstinencia, bebedor/a moderada, consumo de riesgo o bebedor/a problema, resultando difícil clasificar a la población dentro de estos grupos.

Durante los meses de trabajo de campo se ha podido observar una baja percepción de riesgo del propio consumo de alcohol. Para ello se había planteado la pregunta ¿Consideras que tu consumo de alcohol supone un riesgo para tu salud? que ha sido respondida negativamente en un 83% de los participantes del estudio. Por ello se plantea la necesidad de sensibilizar a la población mediante intervenciones comunitarias sobre el consumo de riesgo de alcohol.

Por otro lado, se ha realizado una búsqueda de las campañas actuales o recientes que han tenido como objetivo concienciar a la población del riesgo del consumo de alcohol. Obteniendo como resultado que el Ministerio de Sanidad ha llevado a cabo estos últimos años dos campañas dónde el alcohol ha sido el protagonista. Entre ellas en 2022 “No te pierdas nada. Reduce el consumo de alcohol”⁹ y en 2017 “Menores SIN Alcohol”¹⁰.

Además, se han encontrado varios estudios que mencionan la falta de sensibilización de la población y, concretamente, de los adolescentes. Algunos autores sugieren que se deberían tener en cuenta los factores protectores en los adolescentes como prevención del alcoholismo. Por lo tanto se deberían promocionar competencias y habilidades, mejorando el bienestar y reduciendo así los factores de riesgo que derivan en un consumo elevado. La influencia social es uno de los factores de riesgo más destacables entre esta franja de edad. Usualmente se reciben mensajes erróneos en los medios de comunicación como por ejemplo que beber alcohol te hace más adulto y más respetable, siendo en esa edad una necesidad emocional. De esta manera se consolida la vía publicitaria como un medio para establecer el consumo de alcohol como un signo de pertenencia social.

Por lo tanto, se puede concluir que una de las técnicas más utilizadas para influir en la población es haciéndoles partícipes en varios talleres de educación para la salud llevados a cabo por profesionales. Por otro lado, se debería hacer uso de los medios de comunicación como vía publicitaria de buenos hábitos y valores como el respeto y la responsabilidad y no como incitadores del propio consumo¹¹.

4.1. Intervención

Existe mucha bibliografía con respecto a posibles intervenciones para reducir el consumo de riesgo de alcohol en la población. Varios metaanálisis comparan la eficacia de diferentes métodos para ello, entre los cuales se encuentran la intervención motivacional, la intervención breve, la consejería telefónica, etc¹².

Muchos estudios concluyen en que la técnica más eficaz y con la cual se obtienen mejores resultados con respecto al consumo de alcohol es la intervención breve. Ésta se basa en elementos metodológicos cognitivo-conductuales y en las aportaciones de la entrevista motivacional. Consiste en una intervención oportunista del profesional sanitario de manera estructurada y corta. Consta de 7 elementos básicos estructurados, según el enfoque FRAMEAP, que motivan al paciente para realizar el cambio⁸.

Si bien es cierto que puede ser realizada por varios profesionales, la efectividad de esta técnica depende en gran medida de la relación previamente establecida entre el profesional y el paciente. Además, se debe respetar en todo momento la autonomía del paciente y colaborar con él o ella para evocar los motivos de cambio.

La evidencia propone utilizar herramientas específicas de la entrevista para animar a los pacientes a hablar, a explorar su ambivalencia sobre el consumo de alcohol y a aclarar sus razones para reducir o dejar el consumo. Específicamente realizar preguntas abiertas, usar técnicas de afirmación, utilizar la escucha reflexiva, y técnicas de resumen⁷.

4.2. Propuesta de intervención

Después de determinar el riesgo del consumo mediante los cuestionarios, a los pacientes con una puntuación en el **AUDIT 10** mayor o igual a 6 en mujeres y mayor o igual a 8 en hombres y que hayan contestado que **sí** a la pregunta *¿Si se realizara un programa de salud para reducir el consumo de alcohol, participarías?* se les contactará telefónicamente y se les citará en consulta donde se llevará a cabo una intervención breve de acuerdo al enfoque FRAMEAP (Feedback, Responsabilidad, Asesoramiento, Menú, Enfoque empático, Autoeficacia y Plan) en base a la Guía para el Cribado e Intervención Breve en el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol en Atención Primaria, 2022⁸. La intervención se desarrollará de la siguiente manera:

- Se dará un feedback (F) sobre los riesgos del consumo perjudicial de alcohol y se valorará el conocimiento del paciente.
- Se informará al paciente la clasificación de riesgo (consumo de riesgo, perjudicial o probable dependencia).

- Se comunicará los problemas de consumir alcohol destacando los daños agudos (intoxicación etílica, pérdidas de conciencia), los problemas sociales/económicos y patologías asociadas, insistiendo en que la mejor manera de evitar estos tipos de problemas es reducir la frecuencia y la cantidad de consumo de alcohol.
- Se comentarán las consecuencias del *binge drinking* y los mitos del consumo de alcohol.
- Se preguntará al propio paciente una reflexión sobre su consumo.
- Se recalcará la Responsabilidad (R) por el cambio. Se discutirá sobre la necesidad de dejar de beber o de disminuir el consumo de alcohol. Se le dirá al paciente que *“es su decisión cambiar los patrones de consumo y que nadie más puede hacerlo por él”*.
- Aconsejar (A): Se revisarán los límites de consumo de alcohol. Aquellos que prefieren beber a niveles de menor riesgo, se señalará que cualquier cantidad de alcohol aumenta el riesgo de problemas o de desarrollar patologías y se explicará el concepto de unidad de bebida estándar (UBE) de alcohol y cómo calcularla. Se ofrecerá información por escrito.
- Menú (M): Se buscarán alternativas, junto con el paciente, para disminuir el consumo de alcohol. Se darán algunos consejos prácticos de reducción del consumo en personas con consumo de riesgo, sin dependencia.
- Empatía (E) y Autoeficacia (A):
- Se proporcionará durante la entrevista un ambiente cálido y de comprensión.
- Se nombrarán los beneficios personales de dejar de beber o de reducir el consumo, reconociendo en todo momento la dificultad de este cambio.
- Se animará al paciente a tomar medidas para cambiar, sin ser confrontativo si el paciente no está preparado.
- Plan de acción (P): Se plantearán objetivos a corto plazo destinados a definir un límite de consumo de alcohol por debajo de los límites de bajo riesgo. Además, formará parte de la intervención el actuar sobre otros problemas asociados al consumo, como enfermedades, asuntos en el trabajo, de relaciones y la repercusión social del consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. Las metas a largo plazo se irán determinando cuando el tratamiento progrese. En este plan de acción, se incluirán las razones del paciente para cambiar, sus objetivos y que necesita para alcanzarlos, así como los obstáculos que puede encontrar y los recursos para afrontarlos. Finalmente, se programarán de 1 a 3 consultas de seguimiento. Se procederá a una derivación si es necesario, si hay recaídas, si no responde a una intervención breve, si requiere un tratamiento más intensivo o si tiene otras comorbilidades relacionadas con el alcohol. Se volverá a examinar anualmente o antes si el paciente lo demanda.

REFERENCIAS

- [1] Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud [Internet]. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud 2018; [consultado 09 marzo 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1
- [2] Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Jiménez Muñoz M, Lizarbe Alonso V. Intervención desde Atención Primaria sobre el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. PAPPs. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [consultado 09 marzo 2022]. Disponible en: <https://cuty.io/coVis7FR>
- [3] Ministerio de Sanidad. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [consultado 09 marzo 2022]. Disponible en: <https://cuty.io/UA9yjrL07>
- [4] Ministerio de Sanidad. La encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES 2022) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2023 [consultado 09 marzo 2022]. Disponible en: <https://cuty.io/tkBsgc>
- [5] Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021 [consultado 09 marzo 2022]. Disponible en: <https://cuty.io/24xFaxLeowO6>
- [6] World Health Organization (WHO). The SAFER technical package. five areas of intervention at national and subnational levels [Internet]. Ginebra: WHO; 2019 [consultado 09 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/SAFER/brief-interventions-and-treatment>
- [7] Córdoba García R, Camarelles Guillem F. Cribado e intervención breve en consumo de alcohol. Aten Primaria. 2022;54(7):102349. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102349
- [8] Camarelles Guillem F, Córdoba García R, Justo Gil S, Ramírez Manent JI, Rodríguez Benito L, Cervigón Portaencasa R, et al. Guía breve para el cribado e intervención breve en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en Atención

- Primaria [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2022 [citado 22 febrero 2023]. Disponible en: <https://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/Guia-breve-Para-el-cribado-e-intervencion-breve-en-el-consumo-de-riesgo-de-alcohol-PAPPS-semFYC-2022-jx2quu.pdf>
- [9] Ministerio de Sanidad. No te pierdas nada. Reduce el consumo de alcohol [video]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2022 [citado 22 febrero 2023]. Disponible en: <https://youtu.be/oG9MutPwsBU>
- [10] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Menores SIN alcohol [video]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2017 [citado 19 marzo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/czFS0mX4w0>
- [11] Veloz Miño SP, Mejía Paredes MC, Muquinche Usca M, Veloz Miño MF. Sensibilización y prevención del alcoholismo en adolescentes a través de talleres de educación en salud. CSSN. 2020;11:58-67.
- [12] Armstrong-Moore R, Haighton C, Davinson N, Ling J. Interventions to reduce the negative effects of alcohol consumption in older adults: a systematic review. BMC Public Health. 2018 Mar 1;18(1):302. doi: 10.1186/s12889-018-5199-x
- [13] Córdoba R, Camaralles F, San José J. Posicionamiento sobre el consumo de alcohol semFYC. Aten Primaria. 2017 Nov;49(9):505-507. doi: 10.1016/j.aprim.2017.10.001
- [14] Els C, Jackson TD, Milen MT, Kunyk D, Wyatt G, Sowah D, et al. Random drug and alcohol testing for preventing injury in workers. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Dec 27;12(12):CD012921. doi: 10.1002/14651858.CD012921.pub2
- [15] Valdez P, Cortese S, Risso M, Puello H, Casariego E, Díaz Salazar L, et al. Alcohol y enfermedad cardiovascular. Medicina (B Aires) [Internet]. 2023 [citado 09 mayo 2023];83(Supl. I):23-26. Disponible en: <https://cuty.io/zchNnPahIm>

Revisión sobre la inteligencia artificial integrada en el electrocardiograma para la detección de enfermedades cardiovasculares

Irene González-Acevedo^a, Jorge Díaz-López^a, Gema López-García^b

^aEnfermeras Internas Residentes. Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral del Servicio Canario de la Salud; ^bServicio Canario de la Salud

RESUMEN

Introducción: La inteligencia artificial (IA) está evolucionando rápidamente en el ámbito sanitario. Debido a que el electrocardiograma (ECG) es la prueba más utilizada para detectar enfermedades cardiovasculares se está desarrollando la IA en este ámbito. **Objetivo:** Describir el uso de la IA incorporada en el ECG para detectar enfermedades cardiovasculares. **Material y métodos:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos científicos en MEDLINE (vía PubMed) y Cochrane Library, utilizando las palabras clave y los criterios de selección definidos por los autores. **Resultados:** Se seleccionaron 6 artículos que cumplían con los criterios de selección. **Discusión:** Los diferentes artículos ponen de manifiesto que los avances de la IA en el ámbito de la salud utilizando el ECG para la detección de enfermedades cardiovasculares es una herramienta clave. **Conclusión:** Los algoritmos de IA integrados en el ECG han empezado a desarrollarse para diferentes patologías cardíacas y han demostrado su potencial, pero todavía es necesario realizar más estudios para integrar su uso en la práctica diaria.

Palabras clave: inteligencia artificial, aprendizaje automático, aprendizaje profundo, redes neuronales de la computación, electrocardiografía

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Fundamentos

La IA es uno de los campos más antiguos de las ciencias de la informática. La IA se describe como el uso de los ordenadores y la tecnología para imitar el comportamiento inteligente y el pensamiento crítico de los seres humanos, para así poder abordar problemas complejos¹⁻⁶. Alan Turing fundó en 1950 los ordenadores modernos y la IA. Además, describió una prueba simple denominada la “prueba de Turing”, en esta prueba se basó en el hecho de que un ordenador inteligente tiene la capacidad de lograr un rendimiento similar al de un humano para realizar tareas relacionadas con la cognición. Posteriormente en 1956, John McCarthy describió por primera vez el término de la IA como “la ciencia y la ingeniería de fabricar máquinas inteligentes”^{2,5-7}.

La IA en la década de 1950 tuvo ciertas limitaciones, por lo que no se consiguió una aceptación y aplicación de ésta en el sistema sanitario. Sin embargo, en la década de los 2000, gran parte de estas limitaciones se resolvieron comenzando una nueva era en el sector de la salud, donde actualmente la IA se encuentra integrada en la práctica clínica. Cabe destacar, que en el 2016 la mayor parte de las inversiones en la IA se realizaron en el ámbito sanitario^{2,7}.

Dentro de la IA nos encontramos con muchos subcampos como son el aprendizaje automático (AA), el aprendizaje profundo (AP) o la red neuronal artificial^{4,7}. AA es un software encargado de identificar patrones que se utilizan para analizar una situación en particular, pudiendo aprender y aplicar esta información a futuros escenarios similares.

AA ha avanzado con el tiempo evolucionando entonces en AP. AP se compone de un algoritmo que crea una red neuronal artificial, que aprende y posteriormente toma decisiones por sí misma. Una red neuronal artificial es un algoritmo perteneciente a AP que imita el comportamiento de las neuronas del cerebro humano. Se compone de varias capas que analizan la entrada de imágenes para reconocer patrones y crear filtros. Las neuronas de dicha red crean un mapeo no lineal desde la entrada de la información hasta su salida^{1,7}.

La IA en el sistema sanitario evolucionó drásticamente en los últimos años gracias al comienzo de la AA y la AP^{2-4,7}. Un dato importante a tener en cuenta es que la detección temprana de fibrilación auricular (FA) fue una de las primeras aplicaciones de la IA en el ámbito de la salud. Posteriormente, la IA se ha empezado a utilizar para predecir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, pues ha demostrado que mejora los resultados^{3,7}.

El electrocardiograma es la prueba más utilizada para detectar enfermedades cardiovasculares pues es una prueba barata, rápida y fácil. Pero la interpretación del ECG es algo complejo y necesita conocer tanto la anatomía, como la electrofisiología y la fisiopatología del corazón, además del posterior reconocimiento de patrones y razonamiento diagnóstico. Debido a esto, la IA ha sido desarrollada para analizar los ECG^{8,9}. La IA proporcionará cambios parecidos al de

la máquina de vapor o la electricidad, la cuestión es ver hasta dónde debe o puede llegar la IA en la toma de decisiones sanitarias. Además, el potencial de la IA aplicado al ECG aún está comenzando^{1,2,8}.

1.2. Objetivos

Objetivo principal:

- Describir el uso de la IA incorporada en el ECG para detectar enfermedades cardiovasculares.

Objetivos específicos:

- Explorar los distintos algoritmos de IA existentes para las distintas enfermedades cardiovasculares mediante la realización de un ECG.

- Examinar el beneficio de la IA integrada en el ECG en la detección de enfermedades cardiovasculares.

- Valorar si es factible el uso de ECG que tengan integrado un algoritmo de IA para la detección de enfermedades cardiovasculares.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño del estudio

El trabajo realizado es una revisión bibliográfica sistemática sobre el uso de la IA incorporada en el ECG para detectar enfermedades cardiovasculares.

2.2. Criterios de selección

Tabla 1. Criterios de selección.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
- Artículos que tratasen sobre el uso de la IA incorporada en el ECG para detectar enfermedades cardiovasculares. - Artículos publicados desde el 2019 al 2023. - Los artículos seleccionados son ensayos clínicos.	- Artículo duplicado. - Artículo completo en mandarín. - Artículos que tratasen sobre el uso de la IA para la detección de riesgo de enfermedad cardiovascular y que posteriormente se le realizase un ECG. - Artículos que utilizaron la IA en combinación de ECG con otra prueba diagnóstica. - Artículos que son un diseño de prueba.

2.3. Fuentes de información y palabras clave

Se hizo una primera preselección del tema el 08/03/2023 y la selección definitiva del tema fue realizada el 12/03/2023. Se realizó una revisión bibliográfica sobre artículos científicos que tratasen sobre el uso de la IA incorporada en el ECG para detectar enfermedades cardiovasculares desde el 12/03/2023 hasta el 27/03/2023. Se utilizaron las bases de datos MEDLINE (vía PubMed) y Cochrane Library.

Para delimitar las palabras clave se utilizó el thesaurus desarrollado por la National Library of Medicine (NLM), denominado Medical Subject Headings (MeSH). A su vez, se han utilizado como booleanos los términos AND y OR.

La búsqueda se limitó al periodo de publicación de los artículos comprendidos entre 2019 y 2023.

Tabla 2. Palabras clave.

MeSH	Inglés	"Artificial Intelligence", "Machine Learning", "Deep Learning", "Neural Network Computer", "Electrocardiography".
	Traducción al castellano	Inteligencia Artificial, Aprendizaje Automático, Aprendizaje Profundo, Red Neuronal Artificial, Electrocardiografía.

2.4. Ruta de búsqueda

En MEDLINE (vía PubMed) y Cochrane Library se ha utilizado una búsqueda MeSH específica para el tema seleccionado, con lo que se han obtenido diversos documentos. Tras la lectura del título y resumen de los documentos obtenidos se han seleccionado aquellos que cumplieren con los criterios de selección; los documentos duplicados se han ido eliminando según el orden de la utilización de la base de datos.

Posteriormente, se ha realizado una lectura completa de los documentos seleccionados y se han validado finalmente los que cumplieren con todos los requerimientos.

Tabla 3. Ruta de búsqueda.

Base de datos	Búsqueda MeSH	Artículos obtenidos	Artículos seleccionados	Artículos incluidos
MEDLINE (vía PubMed)	("Artificial Intelligence" OR "Machine Learning" OR "Deep Learning" OR "Neuronal Network Computer") AND ("Electrocardiography")	12	8	3
Cochrane Library	"Artificial Intelligence" AND "Electrocardiography"	23	7	3

3. RESULTADOS

Leasure M, Jain U, Butchy A, Otten J, Covalesky VA, McCormick D, et al.¹⁰ realizaron en Estados Unidos un estudio de cohortes en el 2021, en el cual escogieron a 1.659 pacientes estables. Mediante este estudio se pudo predecir la estenosis vascular con un error promedio de la arteria coronaria descendente anterior izquierda del 18%, de la arteria coronaria circunfleja izquierda del 19%, de la arteria coronaria derecha del 18% y de la arteria coronaria circunfleja izquierda del 8%. Se concluye que es posible usar el algoritmo de IA basado en datos de un ECG de 12 derivaciones para determinar la presencia y la gravedad de la cardiopatía coronaria.

Ertuğrul ÖF, Acar E, Aldemir E, Öztekin A¹¹ realizaron en Turquía un ensayo clínico que posteriormente en el 2021, en el cual utilizaron 6.877 registros de ECG de 12 derivaciones. Como resultado obtuvieron que la red neuronal artificial creó una imagen en escala de grises de un registro de ECG de 12 derivaciones y fue capaz de distinguir nueve ritmos cardíacos, por lo cual, se concluye que el algoritmo de IA utilizado en el ECG ayuda a diferenciar nueve ritmos cardíacos de manera efectiva, lo cual tiene un gran potencial para el diagnóstico temprano de patologías cardíacas.

Fu W, Li R¹² realizaron en China un estudio prospectivo unicéntrico en el 2021, en el cual se recogieron 114 registros de ECG de pacientes ambulatorios. Los resultados fueron que, de esos 114 registros, el algoritmo de IA identificó 61 con ritmo sinusal y 53 con FA, solo 2 de estos registros no pudieron ser determinados por la IA. Se concluye que el registro portátil de ECG integrado con un algoritmo de IA detecta de manera eficiente la FA, con lo cual, es una herramienta útil y fácil de usar para el diagnóstico de esta patología.

Liu YL, Lin CS, Cheng CC, Lin C¹³ realizaron en Taiwán un estudio de cohortes en el 2022, para ello, se contó con 128 registros de ECG de pacientes con pericarditis aguda que acudieron al servicio de urgencias y 66.633 registros de ECG sin patología cardíaca que visitaron el servicio de urgencias. Los resultados fueron que el algoritmo de AP superó a los profesionales sanitarios en el diagnóstico de la pericarditis aguda. Pero, por otro lado, también malinterpretó el 10,2% de los ECG como pericarditis aguda cuando se trataba de un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, por lo cual es necesario combinarlo con otro algoritmo especializado en la detección del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST para que esto se reduzca. Se concluyó que el algoritmo de pericarditis con uno de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST basado en la interpretación de un ECG de 12 derivaciones es una herramienta que ayuda a los profesionales sanitarios en la detección precoz de la pericarditis aguda.

Yao X, Rushlow DR, Inselman JW, McCoy RG, Thacher TD, Behnken EM, et al.¹⁴ realizaron en Estados Unidos un ensayo de casos y controles en el 2021, en el cual se usaron 22.641 registros de ECG de los cuales 11.573 fueron casos y 11.068 fueron controles, ambos grupos no presentaban insuficiencia cardíaca previa. La intervención aumentó el diagnóstico de fracción de eyección cardíaca baja un 1,6% en los controles y un 2,1% en los casos. Se concluyó que el uso de un algoritmo de IA basado en los registros del ECG permite el diagnóstico temprano de la fracción de eyección cardíaca baja.

Rushlow DR, Croghan IT, Inselman JW, Thacher TD, Friedman PA, Yao X, et al.¹⁵ realizaron en Estados Unidos un ensayo clínico aleatorizado en el 2022, escogiendo para ello a profesionales sanitarios de 48 centros de salud de Estados Unidos. Los resultados fueron que los profesionales sanitarios que siguieron las instrucciones del algoritmo de IA tienen el doble de probabilidad de diagnosticar pacientes con fracción de eyección cardíaca baja frente a aquellos que no seguían dicha recomendación. Se concluyó que aquellos profesionales sanitarios que siguieron con más frecuencia las recomendaciones de la IA tenían más probabilidades de diagnosticar una fracción de eyección cardíaca baja. Además, los profesionales sanitarios que solían tener pacientes menos complejos seguían con mayor frecuencia las recomendaciones de la IA.

4. DISCUSIÓN

Los avances de la IA en el ámbito de la salud han demostrado que es una herramienta clave en la ayuda de diagnóstico de enfermedades cardiovasculares¹⁰. El ECG es una prueba muy utilizada para el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares, pero su interpretación puede ser difícil pues se necesitan conocimientos específicos en este ámbito¹¹.

Hay que tener en cuenta que el diagnóstico y tratamiento adecuado como puede ser de la FA permite prevenir los efectos secundarios derivados de dicha enfermedad como un accidente cerebrovascular isquémico o una insuficiencia cardíaca. Debido a esto, un estudio utilizó un registro portátil de ECG que se trata de una pulsera con un algoritmo de IA, este algoritmo estaba compuesto por una red neuronal artificial que detecta y analiza los distintos ritmos cardíacos. Esta pulsera pretende desplazar a los métodos tradicionales como son la palpación del pulso, la realización de un ECG de 12 derivaciones o la utilización del Holter. Las ventajas de este método es que el aparato no interfiere con las actividades diarias del paciente y proporciona registros claros del ECG, además al tener integrado la IA una vez detecta FA envía un mensaje al usuario, familiares y/o al profesional sanitario correspondiente, logrando así una intervención precoz y un buen control de los factores de riesgo para reducir la morbi-mortalidad de la FA¹².

Por otro lado, un estudio observando las dificultades diagnósticas en los servicios de urgencias para diferenciar la pericarditis aguda del infarto de miocardio con elevación del segmento ST en pacientes que padecen enfermedad torácica aguda desarrollaron una estrategia basada en IA. Está IA se compone de un algoritmo AP que mediante las señales del ECG detecta si se trata de una pericarditis. Dicho método tiene mayor sensibilidad diagnóstica que la de los profesionales sanitarios, esto puede ser a causa de que la detección de la pericarditis aguda se presenta de diversas formas en el ECG y en la mayoría de los casos los profesionales sanitarios solo identifican la manifestación clásica, que es una elevación del segmento ST y depresión del segmento PR¹³.

Otro estudio utilizó un algoritmo de AP para evaluar la presencia, ubicación y la gravedad de la cardiopatía coronaria utilizando un ECG de 12 derivaciones. Dicho algoritmo fue capaz de reducir los falsos positivos mejorando así la eficiencia en la determinación de las pruebas que sería necesario realizar a posteriori. Además, la ventaja de este sistema es que al estar integrado en la nube es fácil su futura implementación en la infraestructura que ya exista¹⁰.

Otra patología cardíaca importante debido a que a menudo es asintomática y por ende está subdiagnosticada en su etapa inicial es la fracción de eyección cardíaca baja. Debido a esto, se creó un programa de IA para analizar de forma automática los ECG e informar a los profesionales de dichos resultados, reduciendo de esta manera los efectos de la enfermedad y de su morbi-mortalidad, pues se consigue un diagnóstico temprano y por lo cual un tratamiento precoz adecuado¹⁴.

Pero para que todo esto funcione es necesario que los profesionales sanitarios colaboren con la IA en su medio. Un estudio demostró que si los profesionales sanitarios siguen las recomendaciones de la IA tienen el doble de probabilidad de diagnosticar una fracción de eyección cardíaca baja en comparación con aquellos que no seguían dichas recomendaciones, por lo cual, el algoritmo es capaz de mejorar la precisión y reducir la variabilidad en la detección. Cabe resaltar, que aquellos profesionales sanitarios que seguían más a menudo las recomendaciones de la IA eran los que tenían menos experiencia en el dominio de la enfermedad y de pacientes con diversas patologías asociadas¹⁵.

Por último, ya nos encontramos con un algoritmo basado en una red neuronal artificial que es capaz de distinguir entre nueve ritmos cardíacos a partir de señales del ECG de 12 derivaciones. Los ritmos cardíacos que es capaz de distinguir son el ritmo sinusal, la FA, el bloqueo auriculoventricular de primer grado, el bloqueo de rama izquierda, la contracción auricular prematuro, la contracción ventricular prematuro, el bloqueo de rama derecha del haz de His, la depresión del segmento ST y elevación del segmento ST. Con lo que se consigue una rapidez y precisión de los resultados, logrando una tasa de precisión aceptable¹¹. Entre las limitaciones, señalar que pocos artículos encontrados en la búsqueda que cumplieran los criterios de selección.

5. CONCLUSIÓN

La IA ha avanzado rápidamente en el ámbito de la salud en los últimos años, convirtiéndose en una pieza esencial. Debido a que el ECG es una prueba fácil y rápida de utilizar, pero sin embargo su interpretación puede ser laboriosa, se han empezado a implementar en estos sistemas algoritmos de IA que son capaces de detectar enfermedades cardiovasculares. Los algoritmos de IA integrados en el ECG han empezado a desarrollarse para diferentes patologías cardíacas como son la FA, la fracción de eyección cardíaca baja, la pericarditis aguda, la cardiopatía coronaria y posteriormente se ha desarrollado uno que es capaz de detectar nueve ritmos cardíacos.

Este sistema logra una mayor sensibilidad y especificidad diagnóstica que la que proporcionan los profesionales sanitarios, de esta forma se consigue un diagnóstico y tratamiento precoz reduciendo la morbi-mortalidad de estas enfermedades cardíacas.

Sin embargo, todavía es necesario realizar más estudios para valorar si es factible el uso de un ECG que tenga integrado un algoritmo de IA para la detección de enfermedades cardiovasculares, pues es necesario saber si se pueden integrar en la infraestructura actual del sistema sanitario, conocer las implicaciones económicas y saber las implicaciones éticas que puede conllevar.

Financiación. Este estudio no cuenta con financiación.

Declaración de conflictos de intereses. Los autores declaran que no hay conflicto de intereses en el desarrollo y publicación de este estudio.

REFERENCIAS

- [1] Holzinger A, Langs G, Denk H, Zatloukal K, Müller H. Causability and explainability of artificial intelligence in medicine. *Wiley Interdiscip Rev Data Min Knowl Discov*. 2019 Jul-Aug;9(4):e1312. doi: 10.1002/widm.1312
- [2] Amisha, Malik P, Pathania M, Rathaur VK. Overview of artificial intelligence in medicine. *J Family Med Prim Care*. 2019 Jul;8(7):2328-2331. doi: 10.4103/jfmprc.jfmprc_440_19
- [3] Briganti G, Le Moine O. Artificial Intelligence in Medicine: Today and Tomorrow. *Front Med (Lausanne)*. 2020 Feb 5;7:27. doi: 10.3389/fmed.2020.00027
- [4] Dorado-Díaz PI, Sampedro-Gómez J, Vicente-Palacios V, Sánchez PL. Aplicaciones de la inteligencia artificial en cardiología: el futuro ya está aquí. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72(12):1065-1075. doi: 10.1016/j.recsp.2019.05.016
- [5] Martínez-García DN, Dalgo-Flores VM, Herrera-López JL, Analuisa-Jiménez EI, Velasco-Acurio EF. Avances de la inteligencia artificial en salud. *DC*; 2019;5(3):603-613. doi: 10.23857/dc.v5i3.955
- [6] Andrés Segovia A. El reinicio tecnológico de la inteligencia artificial en el servicio público de salud. *Ius Et Scientia*. 2021; 7(1): 327-356. doi: 10.12795/IESTSCIENTIA.2021.i01.17
- [7] Kaul V, Enslin S, Gross SA. History of artificial intelligence in medicine. *Gastrointest Endosc*. 2020 Oct;92(4):807-812. doi: 10.1016/j.gie.2020.06.040
- [8] Siontis KC, Noseworthy PA, Attia ZI, Friedman PA. Artificial intelligence-enhanced electrocardiography in cardiovascular disease management. *Nat Rev Cardiol*. 2021 Jul;18(7):465-478. doi: 10.1038/s41569-020-00503-2
- [9] Cook DA, Oh SY, Pusic MV. Accuracy of Physicians' Electrocardiogram Interpretations: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. 2020 Nov;180(11):1461-1471. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.3989
- [10] Leasure M, Jain U, Butchy A, Otten J, Covallesky VA, McCormick D, Mintz GS. Deep Learning Algorithm Predicts Angiographic Coronary Artery Disease in Stable Patients Using Only a Standard 12-Lead Electrocardiogram. *Can J Cardiol*. 2021 Nov;37(11):1715-1724. doi: 10.1016/j.cjca.2021.08.005
- [11] Ertuğrul ÖF, Acar E, Aldemir E, Öztekin A. Automatic diagnosis of cardiovascular disorders by sub images of the ECG signal using multi-feature extraction methods and randomized neural network. *Biomedic Signal Process Control*. 2021;64: 102260. doi: 10.1016/j.bspc.2020.102260
- [12] Fu W, Li R. Diagnostic performance of a wearing dynamic ECG recorder for atrial fibrillation screening: the HUAMI heart study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2021 Nov 20;21(1):558. doi: 10.1186/s12872-021-02363-1
- [13] Liu YL, Lin CS, Cheng CC, Lin C. A Deep Learning Algorithm for Detecting Acute Pericarditis by Electrocardiogram. *J Pers Med*. 2022 Jul 15;12(7):1150. doi: 10.3390/jpm12071150
- [14] Yao X, Rushlow DR, Inselman JW, McCoy RG, Thacher TD, Behnken EM, et al. Artificial intelligence-enabled electrocardiograms for identification of patients with low ejection fraction: a pragmatic, randomized clinical trial. *Nat Med*. 2021 May;27(5):815-819. doi: 10.1038/s41591-021-01335-4
- [15] Rushlow DR, Croghan IT, Inselman JW, Thacher TD, Friedman PA, Yao X, et al. Clinician Adoption of an Artificial Intelligence Algorithm to Detect Left Ventricular Systolic Dysfunction in Primary Care. *Mayo Clin Proc*. 2022 Nov;97(11):2076-2085. doi: 10.1016/j.mayocp.2022.04.008

Avaliação Familiar segundo Modelo de Calgary: Experiência de Estudantes de Enfermagem

Mara-R-A Pereira^a, João-Pedro-S Teixeira^a, Sandy-C-V Fernandes^a, César-D-P Henriques^a, Ana-Patrícia-F Ribeiro^a, Maria-Eva-G-S Nóbrega^b

^aEstudantes de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem. São José de Cluny. Funchal;

^bProfessora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem. São José de Cluny. Funchal

RESUMO

Os enfermeiros são apontados como os principais cuidadores dos clientes e das famílias em situação de doença, ajudando-as a lidar com as transições e desenvolvendo intervenções adequadas. O modelo de Calgary de Avaliação Familiar é utilizado como base para avaliar a família tendo em conta, nomeadamente: a sua estrutura, o seu desenvolvimento e a sua funcionalidade. Trata-se de uma pesquisa quantitativa que utilizou o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar, tendo como alvo a análise de 8 estudos de casos elaborados por oito estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem em ensino clínico, com o objetivo de analisar alguns aspetos apontados nos estudos de caso da avaliação da família e relacionar com as evidências científicas. As famílias estudadas consistem em média 5 membros, com 75% sendo famílias extensas, da classe média e vivem em áreas urbanas em habitação própria, encontrando-se no estágio do encaminhamento dos filhos e saída deles de casa, apresentando relações familiares boas/excelentes. As famílias em estudo apresentam características que refletem a realidade contemporânea e os resultados reforçam a ideia de que a família é um elemento fundamental, e que a sua dinâmica é influenciada por diversos fatores contemplados na avaliação familiar segundo o Modelo de Calgary.

Palavras-Chave: Modelo Calgary, avaliação familiar, saúde familiar, enfermagem

1. INTRODUÇÃO

Os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e das famílias em situação de doença, compreendendo as exigências advindas da situação de doença, ajudando-as na preparação para as transições dos processos de saúde/doença, assistindo-as e facilitando todo processo que contribui para o (re)equilíbrio do sistema familiar, desenvolvendo intervenções de enfermagem adequadas a cada família, promovendo respostas positivas¹.

A família é uma unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações, emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes. Neste sentido compete a equipa de enfermagem de intervir com finalidade de promover a autonomia de cuidados, considerando a individualidade, as crenças e valores do doente e família².

De modo a relacionar e compreender a família em que um dos elementos apresenta doença crónica, foi utilizado como base o “Modelo de Calgary de Avaliação na Família”, desenvolvido por Wright & Leahey³, visto que o mesmo possibilita uma visão ampliada do sistema familiar e ser a metodologia utilizada na elaboração dos estudos de caso. Este modelo, permite aos enfermeiros conhecer a família em questão e o contexto em que se enquadram, assim como identificar as suas necessidades e de como intervir de forma holística.

O presente estudo tem como primeiro objetivo de analisar alguns aspetos apontados nos estudos de caso da avaliação da família e relacionar com as evidências científicas.

2. METODOLOGIA

Durante o Ensino Clínico de Intervenção na Família e Cuidados Domiciliários, os Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny tiveram como alvo respetivamente a família. Os estudantes realizam uma parte do estágio em internamento hospitalar e outra na comunidade. Esta definido como resultado de aprendizagem a elaboração de estudo de caso à família tendo como referencial teórico o Modelo de Calgary de avaliação e intervenção familiar. A elaboração dos estudos de caso, foram realizados nos contextos de internamento/serviços ambulatoriais entre 23 de fevereiro de 2023 a 24 de março de 2023.

Este trabalho consistiu numa pesquisa quantitativa que utilizou os estudos de caso elaborados. Foram estabelecidos como critérios de inclusão, estudos de caso elaborados no ensino clínico de Intervenção na Família e Cuidados Domiciliários, que tivessem como referencial teórico o Modelo de Calgary de avaliação familiar, em que pelo menos um dos membros da família possuía uma doença crónica. Por outro lado, os critérios de exclusão foram estudos de famílias realizados em

outros anos letivos e os estudos em que não tivessem incluído a avaliação da família nas três categorias principais (estrutural, desenvolvimento e funcional).

Para a junção e interpretação dos dados colhidos, recorreu-se à criação de uma base de dados no programa informático “Excel”, que comportava uma secção sobre a existência de um membro internado em hospital ou em atendimento ambulatorio e três secções do Modelo de avaliação da família de Calgary: a estrutura subdividia em interna, externa e contextual, o desenvolvimento da família nomeadamente o ciclo de vida e a sua funcionalidade instrumental e expressiva. Para avaliação da classe social foi utilizado a Escala de Graffar⁴, na área funcional e a nível instrumental foi utilizada a Escala de Barthel⁵ e para a avaliação do grau de funcionamento familiar foi aplicado a Escala de Apgar Familiar⁶. A variável de caracterização utilizada foi a família onde pelo menos um elemento apresentasse doença crónica.

Os autores analisaram os 10 estudos de caso à família realizados no ensino clínico, no entanto, após a análise 2 foram excluídos, por não obedecerem a um dos critérios de inclusão, não tinham sido elaborados de acordo com o referencial teórico. Após essa análise foi solicitado aos investigadores que preenchessem a base de dados de acordo com os dados encontrados no estudo de caso. A colheita de dados foi realizada no período de 25 de março a 31 de março de 2023.

Os dados recolhidos foram organizados tendo em conta as tendências centrais através do software Excel versão 2103.

No presente trabalho de pesquisa, foram tomadas medidas para garantir que todas as considerações éticas foram levadas em conta. Os estudos de caso realizados a família teve o consentimento dos mesmos e todos os detalhes pessoais dos participantes foram mantidos em sigilo, e apenas dados agregados foram utilizados para análise. Este estudo foi realizado em conformidade com as diretrizes éticas estabelecidas pela comissão de ética da instituição, podendo assim afirmar que todas as considerações éticas foram levadas em consideração ao longo deste estudo.

3. RESULTADOS

Este estudo incluiu oito dos dez estudos de caso realizados por estudantes de enfermagem no Ensino Clínico. As duas exceções foram excluídas porque não abrangiam todas as categorias do Modelo de Calgary de avaliação da família.

Em cinco dos estudos de caso realizados, as famílias apresentaram pelo menos um elemento em contexto de internamento, sendo as restantes três famílias com elemento em tratamento nos serviços ambulatoriais de saúde.

A nível da estrutura interna a composição das famílias presentes no estudo, apresentava uma média aproximadamente de, 5 elementos. O tipo de família mais relevante foram as famílias alargadas, 6 famílias (75%) e 2 famílias nucleares (25%). Relativamente às relações familiares, as mesmas eram das mais variadas, tendo sido obtido as seguintes relações: Relação conjugal excelente; Relação conjugal conflituosa; Relações parentais boas; Relações parentais comprometidas; Relações fraternais excelentes; Relações excelentes; Relações boas.

No que concerne à família extensa, as famílias em estudo, identificaram os filhos, primos, os vizinhos, os amigos e os cuidadores. Em relação aos sistemas mais amplos apontaram a igreja, e o serviço de saúde.

Alusivo ao contexto em que as famílias vivem, cinco famílias viviam em casa própria em meio urbano (62,5%), duas viviam em casa própria, mas em meio rural (25%) e uma família em casa arrendada em ambiente urbano (12,5%). Na avaliação da classe social das famílias de acordo com a Escala de Graffar⁴, duas famílias correspondiam a classe média alta, três à classe média e as restantes três à classe média baixa.

Na categoria de desenvolvimento predominaram os estágios do ciclo do ciclo vital da família: 7 famílias no estágio Encaminhamento dos filhos e saída deles de casa (87,5%) e 1 família com adolescentes (12,5%). As tarefas identificadas nestas famílias foram: Fortalecimento da identidade da família e senso de grupo; Satisfação com a relação mantida com o filho; Flexibilidade e adaptação; Satisfação do casal sobre a divisão/partilha de tarefas e satisfação com o contacto mantido. Na categoria funcional, a nível instrumental os elementos da família que se encontravam em internamento hospitalar, todos apresentavam dependência de acordo com Escala de Barthel⁵. Por outro lado, os elementos que utilizavam os serviços de saúde ambulatoriais, dois apresentavam o grau de independência e um com grau de dependência.

Em relação ao funcionamento familiar, na aplicação da Escala de Apgar Familiar⁶, foram obtidos os seguintes resultados: cinco famílias correspondem à “Família altamente funcional” e duas correspondem à “Família com moderada disfunção”.

4. DISCUSSÃO

De acordo com a World Health Organization (WHO)⁷, a “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Sendo que a doença é definida como uma alteração ou disfunção do organismo, que pode levar a uma perda da saúde. A definição de doença pode variar dependendo do contexto, mas em geral se refere a um estado de desequilíbrio ou disfunção no corpo.

Doença crónica é uma condição de saúde que persiste por um período prolongado, geralmente mais de três meses, e que muitas vezes não tem cura completa⁸. Essas condições podem afetar diversos sistemas do corpo geralmente exige

tratamentos complexos e prolongados, que podem ser estressantes tanto para o paciente quanto para os cuidadores, e pode ter um impacto significativo na qualidade de vida e bem-estar dos pacientes e das famílias. Quando um membro da família é diagnosticado com uma doença crônica, isso pode levar a mudanças significativas na rotina e no comportamento familiar. A transição da saúde para a doença pode ser um momento difícil para a família, que precisa se adaptar às novas necessidades e demandas que a doença exige. Essas mudanças podem afetar os rituais e as dinâmicas familiares, e pode ser desafiador para todos os membros da família lidar. Tendo em conta, as mudanças que podem surgir nas famílias, é importante na prática dos cuidados de enfermagem utilizar modelos de avaliação e intervenção na família com o objetivo de realizar uma intervenção adequada às necessidades.

A definição de família tem evoluído ao longo do tempo, acompanhando as mudanças na sociedade e nas relações familiares. Nos últimos anos, houve um movimento em direção a uma definição mais inclusiva e diversa de família, que reconhece uma variedade de tipos de família, além do modelo tradicional de pai, mãe e filhos. Segundo a American Psychological Association (APA)⁹ a família é descrita como "um grupo de duas ou mais pessoas que se relacionam entre si por meio de laços de sangue, casamento, adoção, coabitação ou outros arranjos familiares, e que compartilham recursos emocionais, econômicos e práticos como parte de sua interdependência". Embora a definição de família possa variar de acordo com a cultura e o contexto histórico, a família é geralmente vista como uma unidade social básica que desempenha um papel fundamental na socialização dos indivíduos e na transmissão de valores, crenças e tradições de uma geração para outra. Além disso, a família é uma fonte de apoio emocional, social e econômico para os seus membros, oferecendo proteção, cuidado e suporte em momentos de crise e desafios.

O "Modelo de Calgary de Avaliação na Família"¹⁰, baseia-se em uma visão de família como um sistema dinâmico e complexo, que é influenciado por fatores internos e externos, e que está em constante mudança e adaptação. A parte estrutural do Modelo de Calgary enfoca a composição da família, ou seja, o número, a idade, o gênero e a posição de cada membro da família na hierarquia familiar. O modelo também inclui informações sobre a formação da família, a relação entre os membros e os papéis desempenhados por cada um na dinâmica familiar.

A composição familiar refere-se à estrutura e ao tamanho da família, ou seja, a quantidade e a relação entre os membros da família. A composição familiar pode variar amplamente de acordo com a cultura, o contexto social e histórico, e as circunstâncias individuais de cada família¹¹. As famílias podem ser compostas por diferentes tipos de relacionamentos, como casais, pais solteiros, avós cuidadores, irmãos, tios e primos. Além disso, as famílias podem ter diferentes tamanhos, variando desde famílias com um único membro até famílias numerosas com muitos membros. A composição familiar também pode mudar ao longo do tempo, em resposta a eventos e transições como casamentos, divórcios, nascimentos, mortes e mudanças de residência. Essas mudanças na composição familiar podem ter um grande impacto na dinâmica familiar e na forma como os membros da família se relacionam entre si.

A estrutura familiar pode ser influenciada por fatores como a cultura, a religião, as crenças e os valores familiares. Esta traduz-se em três tipologias de família a nuclear, alargada e reconstituída. A família nuclear é composta por "homem, numa mulher e nos seus filhos, biológicos ou adotados, habitando num ambiente familiar comum". Por outro lado, a família alargada entende-se por "avós, pais e seus filhos; a família unipessoal, a que se restringe a uma pessoa". Por fim, a família reconstituída "composta por um homem e uma mulher, dos quais, pelo menos um foi casado anteriormente"¹². No presente estudo constatou-se que a maioria das famílias eram de carácter alargado (75%) e duas de carácter nuclear. Em 2019, cerca de 65% das famílias portuguesas eram nucleares compostas por casais com ou sem filhos e cerca de 3% das famílias portuguesas eram alargadas constituídas por três ou mais gerações, sendo que a grande maioria (90%) tinha avós e netos a viver na mesma casa¹³.

As relações familiares são fundamentais para a formação e desenvolvimento do indivíduo. A família é o primeiro grupo social ao qual pertencemos e é responsável por fornecer os valores, crenças e normas que guiarão nossas vidas. Além disso, é dentro da família que aprendemos a nos relacionar com os outros, a expressar nossas emoções e a desenvolver nossa identidade. As relações familiares podem ser afetuosas e solidárias, mas também podem ser conflituosas e desafiadoras. É importante cultivar a comunicação aberta e o respeito mútuo para fortalecer os laços familiares e promover o bem-estar emocional de todos os membros. Foram obtidos todos os tipos de relações familiares sendo predominante as relações boas/excelentes.

Relativamente a subcategoria classe social, são usadas para descrever os diferentes estratos sociais, com base em critérios como renda, educação, ocupação e outros fatores socioeconômicos. Essas categorias podem ser aplicadas também para entender as dinâmicas familiares, uma vez que as famílias também são influenciadas por fatores socioeconômicos. As classes sociais familiares podem ser divididas em vários grupos, como famílias de classe social baixa, classe média e alta. A Escala de Graffar⁴ é uma ferramenta de avaliação usada por profissionais de saúde para medir o status socioeconômico de um indivíduo ou família. Ela é baseada em uma avaliação visual do padrão de vida da família, levando em consideração o tipo de habitação, ocupação, nível de educação e outras variáveis socioeconômicas. A escala é composta por sete

categorias, variando de A (alta) a G (baixa). Das famílias em estudo, seis das oito famílias pertencem a classe média/média baixa. Em 2021, verificaram que 52,9% da população portuguesa pertence a classe média baixa, caracterizado por um estilo de vida moderado¹⁴ o que está em consonância com o estudo.

O ambiente ou contexto em que as famílias vivem é um fator importante na compreensão de suas dinâmicas e funcionamento. O ambiente inclui o contexto físico, social e cultural em que a família está inserida, como a comunidade em que vivem, a cultura dominante, a economia local, a infraestrutura, a qualidade de vida e a segurança. Compreender o ambiente/contexto em que as famílias vivem é essencial para avaliar as necessidades e os desafios que enfrentam, bem como para desenvolver intervenções e estratégias de apoio eficazes. De acordo com os dados obtidos cinco famílias vivem em casa própria em meio urbano (62,5%). De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE)¹⁵, a população residente na Região Autónoma da Madeira é majoritariamente urbana, na população em estudo 72,5% da população vive em áreas urbanas, enquanto os restantes 27,5% residem em áreas rurais. No estudo, encontramos resultados em concordância.

Na categoria de desenvolvimento concentra-se a evolução da família ao longo do tempo, incluindo as mudanças e desafios que surgem em cada uma das do ciclo de vida. Este pode ser influenciado por fatores como as transições e eventos da vida, como o casamento, nascimento de filhos, mudanças de emprego, aposentadoria, doença ou morte. Cada estágio do ciclo vital traz desafios e oportunidades únicas para a família, e entender as necessidades e expectativas da família em cada estágio é fundamental para oferecer suporte eficaz. Para alguns autores, o estágio do ciclo vital familiar é iniciado com a formação do casal que se desenvolve rapidamente com o nascimento do primeiro filho, com esta alteração na família toda a sua estrutura modifica-se, tendo em conta que o casal assume papéis adicionais. Com o aparecimento de novos elementos na família, isto é, novos filhos, a família tem a necessidade de se reorganizar e estabelecer novos papéis. Com o passar dos anos, a família cresce consequentemente os desejos, necessidades, relações entre os mesmos e expectativas alteram-se. Nos seus últimos estágios do ciclo vital familiar prevê-se o “ninho vazio” em que os filhos se afastam da família nuclear e procuram estabelecer a sua própria família, causando alguma agitação e modificação à família inicial. É ainda preconizado que nestes anos o casal vive como um par e encontre novos problemas e oportunidades¹⁶. Através deste estudo consegue-se constatar que 87,5% das famílias apresentam-se no estágio Encaminhamento dos filhos e saída deles de casa, e 12,5% de famílias com adolescentes.

A parte funcional refere-se às dinâmicas e padrões de interação dentro da família, como comunicação, tomada de decisões, resolução de conflitos e papéis e responsabilidades de cada membro. Esses fatores são cruciais para o funcionamento da família e podem afetar a saúde e o bem-estar de seus membros. Para a avaliação da autonomia das atividades de vida diárias, foi aplicada a Escala de Barthel⁵ aos elementos que se encontravam em regime de internamento, e em regime de ambulatorio, obtendo que seis apresentavam dependência e dois com grau de independência.

O funcionamento familiar refere-se às dinâmicas e processos que ocorrem dentro da família. Essas dinâmicas incluem comunicação, tomada de decisões, resolução de conflitos, estabelecimento de papéis e responsabilidades, e o equilíbrio entre a autonomia individual e a coesão familiar. De modo a avaliar o funcionamento familiar foi utilizada a escala de Apgar Familiar⁶. Esta escala é uma ferramenta utilizada para avaliar a qualidade do vínculo afetivo entre os membros de uma família, é frequentemente utilizada em contextos clínicos e de pesquisa. Neste estudo foram obtidos os seguintes resultados: cinco famílias correspondem à “Família altamente funcional” que sugerem que as famílias se encontram adaptadas a doença crónica de um dos seus membros.

Uma família altamente funcional é aquela em que os membros trabalham juntos de forma eficaz e saudável para enfrentar os desafios e dificuldades da vida cotidiana. É caracterizada por um ambiente seguro, acolhedor e positivo, onde todos os membros se sentem valorizados, respeitados e apoiados, tem uma comunicação aberta e efetiva, onde os membros se expressam livremente, ouvem uns aos outros e respeitam as opiniões e sentimentos dos outros. A enfermagem de família emerge da mutualidade entre saúde e funcionamento da família sendo que os problemas de saúde influenciam as percepções e comportamentos da família, do mesmo modo que as percepções e comportamentos desta influenciam a saúde dos seus membros, quanto maior for o conhecimento sobre a família mais fácil será a intervenção e resultado dos profissionais de saúde¹⁷.

A realização deste trabalho foi acompanhada de desafios e limitações que podem afetar a qualidade e a abrangência dos resultados obtidos. Ao conduzir o presente estudo de investigação, também enfrentamos algumas limitações que afetaram o desenvolvimento e interpretação dos resultados, nomeadamente, os resultados não podem ser extrapolados relativamente a outros estudos e o tamanho limitado da amostra que pode limitar a generalização dos resultados. Diversos pontos fortes emergiram durante a condução deste estudo de investigação, evidenciando o conhecimento teórico desenvolvido quer na avaliação da família e também na elaboração deste estudo, mas foi possível evidenciar a importância da utilização do Modelo de Calgary de avaliação da família de modo a compreender a dinâmica familiar e desenvolver estratégias e cuidados personalizados e eficazes, intervindo assim com as famílias de acordo com as suas necessidades.

5. CONCLUSÃO

O Modelo de Calgary enfatiza a importância de compreender as necessidades e as expectativas dos pacientes e das suas famílias em relação ao cuidado de saúde, bem como a importância de considerar as dimensões culturais, sociais e emocionais que influenciam a sua saúde e bem-estar. Dessa forma, auxilia os enfermeiros a oferecer um cuidado mais personalizado e adaptado às necessidades individuais de cada paciente e família, destacando a importância da comunicação efetiva e do envolvimento dos pacientes e das suas famílias no processo de tomada de decisão em relação aos cuidados de saúde.

As famílias em questão apresentaram características que refletem a realidade contemporânea e os resultados obtidos reforçaram a ideia de que a família é um elemento fundamental e que a sua dinâmica é influenciada por diversos fatores, como a estrutura familiar, as condições socioeconômicas e estágio do ciclo vital em que se encontram.

Este estudo contribui-o para a aquisição de competências na área da avaliação familiar, assim como demonstrou a importância de os estudantes de enfermagem aprenderem a utilizar o Modelo de Calgary ao longo do ciclo de estudos. O uso do Modelo de Calgary na formação dos estudantes da área da saúde ajuda a desenvolver habilidades e competências importantes para os ensinamentos clínicos e para a prática clínica futura.

Em síntese, este estudo evidencia a relevância do Modelo de Calgary na compreensão dos principais aspectos da família, permitindo identificar os fatores que influenciam a sua saúde e bem-estar. Ademais, a inclusão do modelo de Calgary na formação dos estudantes de enfermagem é crucial para que se desenvolvam habilidades e competências fundamentais, visando assegurar cuidados de saúde de qualidade e centrados na família.

REFERÊNCIAS

- [1] Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS*. 2000;23(1):12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006.
- [2] Ribeiro Garcia T, Regina Cubas M, Barbosa Galvão MC, Lima da Nóbrega MM. Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE(R): Versão 2019/2020. Porto Alegre: Artmed Editora; 2020.
- [3] Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias - Um guia para a avaliação e intervenção na família. 4ª ed. São Paulo (SP): Roca; 2012.
- [4] Graffar J. Escala de Graffar: Una herramienta útil para la medición del estatus socioeconómico. *Rev Fac Medic Hum*. 2014;14(2):100-104.
- [5] Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965 Feb;14:61-5.
- [6] Skinner H, Steinhauer P, Sitarenios G. Family Assessment Measure (FAM) and Process Model of Family Functioning. *J Fam Ther*. 2000;22(2):190—10. doi:10.1111/1467-6427.00146
- [7] World Health Organization (WHO). Constituição da Organização Mundial da Saúde [Internet]. Genebra: WHO; 1948 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>.
- [8] Hamer M, O'Donovan G, Stamatakis E. Lifestyle risk factors, obesity and infectious disease mortality in the general population: Linkage study of 97,844 adults from England and Scotland. *Prev Med*. 2019 Jun;123:65-70. doi: 10.1016/j.ypmed.2019.03.002
- [9] Associação Americana de Psicologia (APA). Família [Internet]. Estados Unidos: APA; 2023 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.apa.org/topics/family/defining>. (2020)
- [10] Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família. 5ª ed. São Paulo (SP): Roca; 2012.
- [11] Crosier T, Butterworth J, Rodgers B. Rumo a uma compreensão da composição familiar e do funcionamento familiar: um estudo populacional de famílias britânicas. *Jornal de Estudos da Família*. 2007;13(1):47-62.
- [12] Monteiro N. O impacto do modelo de Calgary na capacitação familiar: perspectiva da enfermagem na saúde familiar [dissertação em Internet]. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria; 2019 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4853/1/Dissertação%20mestrado%20%20Rui%20Monteiro.pdf>
- [13] Instituto Nacional de Estatística. Famílias e condições de vida [Internet]. Lisboa: INE; 2019. [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://cupp.ly/Hwo1qF7h>
- [14] Eurostat. Distribuição da renda por quantis [Internet]. Eurostat: Luxemburgo; 2021 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_01_10/default/table?lang=en
- [15] Instituto Nacional de Estatística. Censos 2021. Resultados Provisórios [Internet]. Lisboa: INE; 2021 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: https://censos.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html (2021)

- [16] Martins ARR, Sequeira J. Revisão Sistemática do ciclo vital da família [dissertação de mestrado]. Coimbra: Instituto Miguel Torga; 2018 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ismt.pt/items/d9e8aa10-74af-4728-8ac3-91c1552ad6b3>
- [17] Figueiredo MH. Enfermagem de Família: um contexto de cuidar [Dissertação de Doutoramento]. Porto: Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto; 2010 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://cutt.ly/Owo1pmr1>

Intervención grupal sobre el conocimiento y autopercepción del uso problemático del teléfono móvil en escolares

Jennifer González-Cabrera^a, María-Ángeles Ferrera-Fernández^b

^aHospital Universitario de Gran Canaria Dr. Juan Negrín; ^bUnidad Docente Multiprofesional de Pediatría. Presidenta de la Subcomisión Docente de Enfermería Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI). Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

El uso problemático del móvil en los adolescentes puede producir tanto problemas físicos como problemas de salud mental, pudiendo incluso llegar a generar una adicción, conocida como “adicciones sin sustancia”. Educar en el uso adecuado del teléfono móvil es por tanto una labor de la Comunidad Educativa. El objetivo de este trabajo fue evaluar la efectividad de una intervención educativa en los adolescentes de 4º de la E.S.O. sobre el conocimiento y la autopercepción del uso problemático del teléfono móvil. El estudio es cuasi experimental, llevándose a cabo una intervención educativa de tres sesiones durante dos meses, con análisis pre y post intervención, en una muestra de 37 alumnos/as. Se utilizó el cuestionario validado “Mobile Phone Problem Use Scale”, añadiendo datos sociodemográficos, y otro cuestionario para valorar el conocimiento del alumnado sobre el uso problemático de móvil. El análisis de los datos se realizó con el software SPSS. El 73,7 % pertenecía al sexo femenino, con una edad media de 15 años. La edad media para el uso personal del primer móvil en el alumnado fue de 11,5 años y la media de móviles que han tenido hasta la intervención fue de 3,03. El número de horas de uso de móvil era una media de 4 horas y las aplicaciones más utilizadas fueron Tik Tok y Whatsapp, (100%), seguidas de Instagram (73,7%) y You tube (18,4%). Los alumnos presentaron un aumento de conocimiento y autoeficacia global percibida con el uso del móvil tras la intervención. Se concluye que la intervención educativa llevada a cabo es efectiva ya que el conocimiento y la autopercepción del uso problemático del móvil aumenta tras la misma.

Palabras claves: adolescente, teléfono móvil, uso problemático.

1. INTRODUCCIÓN

La adicción al ciberespacio y los dispositivos inteligentes se han convertido en problemas sociales importantes. Varios estudios demuestran su asociación con factores clínicos y psicológicos, incluida la depresión, la ansiedad, la agresión, la expresión de la ira y la inhibición del comportamiento¹. En el año 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que el uso abusivo del teléfono móvil es un problema de salud pública².

A partir de 2004, varios autores iniciaron el estudio del uso del teléfono móvil como dependencia tecnológica con el desarrollo del primer instrumento de medida³. En Europa, en 2005, Muñoz-Rivas y Agustín⁴, fueron pioneros en identificar una alta frecuencia de “adictos al móvil” en la práctica de la psicología clínica, situando a la juventud y adolescencia como grupos en riesgo. Cabe destacar que los niveles de ansiedad de los jóvenes de 15 a 18 años han aumentado considerablemente en los últimos años, con relación a las adicciones al teléfono móvil o “*nomofobias*”⁵. La adolescencia es una etapa de vulnerabilidad siendo la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria de 14-15 años⁶.

Directamente relacionado con el uso del móvil, según la evidencia científica, la edad media de inicio es aproximadamente a los 8 años y la etapa de mayor riesgo, entre 15 y 18 años⁷, reportándose en un estudio realizado en Murcia a 269 adolescentes de 12 a 18 años que a los 15 años aumenta significativamente el uso del móvil e internet y su patología asociada⁸.

En cuanto al riesgo de uso problemático de las TICs, varios autores identifican la falta de conocimiento como un factor de riesgo, así como la autopercepción sobre el riesgo de un uso problemático⁹, el cual puede ser medido mediante el cuestionario Mobile Phone Problem Use Scale” (MPPUSA)¹⁰, con la adaptación en español.

Por ello, el objetivo de la intervención fue evaluar la efectividad de una intervención educativa en los adolescentes de 4º de la E.S.O. sobre el conocimiento y la autopercepción del uso problemático del teléfono móvil.

Dado que el uso problemático del teléfono móvil se ha convertido en un problema a nivel mundial, y sobre todo a edades más tempranas, nuestra intervención irá dirigida a adolescentes entre 14-16 años, en concreto, de 4º de la ESO.

2. METODOLOGÍA

El tipo de estudio es cuasi experimental. Se llevó a cabo una intervención educativa durante dos meses que constó de 3 sesiones, de carácter grupal, con una valoración pre y post a la intervención. La población estudiada fueron los alumnos de 4º E.S.O., un total de 60 alumnos distribuidos en 2 líneas. La franja etaria de la población diana fue de 14 a 16 años coincidiendo con la que se identifica en la literatura científica como la población de mayor riesgo^{2,9}. La selección no fue aleatoria, incluyéndose a todo el alumnado de ciencias ya que la intervención educativa se podía llevar a cabo en el horario de la asignatura de Biología, siendo el criterio de inclusión el alumnado de 4º de la E.S.O. de la rama de ciencias que tiene y usa el móvil. Los criterios de exclusión son: alumnado que no tenga la autorización de los padres y alumnos con necesidades especiales, dado que requieren una intervención adaptada. La muestra resultante fue de 37 alumnos.

En un primer momento, se realizó una reunión con la dirección del centro escolar en la que se presentó el programa educativo. Tras la aprobación del mismo por el equipo directivo, se realizó la reunión con el profesorado directamente implicado y el Consejo Escolar. Posteriormente, cuando se obtuvo el permiso del Comité de Ética de Investigación de la provincia de Las Palmas (Código CEIm de Las Palmas: 2022-317-1), se procedió a la solicitud de los Consentimientos Informados de los padres/madres y alumnado.

La herramienta utilizada para obtener los datos fue un cuestionario validado para población adolescente, denominado “Mobile Phone Problem Use Scale” (MPPUSA)¹⁰, con la adaptación en español, el cual consta de 27 ítems de preguntas con respuesta likert de 5 puntos, donde 1 (muy en desacuerdo) corresponde con la puntuación menor y 5 (totalmente de acuerdo) con la puntuación mayor. La puntuación mínima corresponde con 27 puntos y la máxima con 135 puntos. Cuanto mayor es la puntuación obtenida por cada individuo, peor es la autopercepción con el uso del móvil. El cuestionario establece 4 grupos: usuario ocasional (27-46 puntos), usuario habitual (46,1-75 puntos), usuario en riesgo (75,1-89 puntos) y usuario problemático (89,1-135 puntos). Además, se utilizó otro cuestionario para valorar el conocimiento del alumnado sobre el uso problemático de móvil. Fue diseñado para valorar 5 aspectos claves acerca del uso del móvil: uso adecuado del móvil, uso inadecuado del móvil, consecuencias del uso inadecuado del móvil, factores que influyen para el uso inadecuado e indicadores de adicción al móvil.

Ambos cuestionarios fueron cumplimentados por los estudiantes pre y post-intervención, realizando el método de recogida de datos el equipo investigador en colaboración con el maestro.

La intervención educativa se llevó a cabo en las siguientes fases:

Fase de valoración

La obtención de datos para la identificación del punto de partida se realizó a través de un cuestionario validado, la Adaptación española del “Mobile Phone Problem Use Scale”¹⁰ para población adolescente (MPPUSA), que consta de 27 ítems. en el que previamente se añadieron ítems sobre datos sociodemográficos. Además, otro cuestionario para valorar el conocimiento del alumnado sobre el uso problemático de móvil.

Los resultados pre-intervención nos permiten conocer la situación basal para su posterior planificación.

Fase de planificación

En esta fase de planificación nos reunimos con el tutor responsable de los grupos que participaron en la intervención, diseñando las actividades que posteriormente realizamos, ajustándonos a los tiempos previstos y a la situación basal diagnosticada, con la finalidad de obtener los objetivos planteados.

Fase de ejecución

Desde un enfoque constructivista, dentro del marco teórico de la educación para la salud y usando una metodología de enseñanza aprendizaje basada en problemas, se desarrolló una intervención educativa grupal.

Dicha intervención consistió en 3 sesiones programadas a lo largo de dos meses, utilizando diferentes técnicas didácticas en las 3 sesiones: charlas expositivo-demostrativas, grupos de discusión, lluvia de ideas, debates y estudio de casos que realizó el alumnado en grupos.

Fase de evaluación

Se evaluó el resultado de la intervención educativa en el alumnado de 4º ESO a través de los mismos cuestionarios realizados inicialmente, con el fin de valorar el impacto de la intervención educativa.

Para el análisis de datos se utilizó el software SPSS versión 19.

En el análisis descriptivo de las características sociodemográficas se realiza la distribución de frecuencias para las variables cualitativas y cálculo de la media, desviación estándar (DE) y valores mínimo y máximo para las variables cuantitativas.

Para el análisis del cuestionario de conocimientos se calculó la distribución de frecuencias, el porcentaje de errores y aciertos para cada una de las respuestas y posteriormente se realizó la prueba de Chi cuadrado para comprobar la significación estadística de las respuestas tras la intervención realizada.

Para el análisis del cuestionario del uso del móvil se calculó la media y desviación estándar de las puntuaciones obtenidas para cada uno de los ítems; y el sumatorio total de las puntuaciones. Para obtener la correlación de puntuaciones entre la

pre y post intervención se ha utilizado la prueba no paramétrica de Rho de Spearman. Se consideró significación estadística al 95 % confianza ($p < 0,05$).

En cuanto al análisis bivariado de las características sociodemográficas, el tamaño muestral es insuficiente para determinar la existencia de diferencias significativas entre grupos.

3. RESULTADOS

Los resultados de las características sociodemográficas de la muestra ($n=37$), indican que el 73,7 % pertenece al sexo femenino, con una edad media de 15 años, siendo el municipio de residencia mayoritario Valsequillo (81,6%).

El nivel de estudios de los padres/madres es mayoritariamente básico, 36,8%, seguido de un 28,9% que poseen estudios superiores. La edad media de los padres es de 46,9 años y la de las madres de 43,7 años.

La edad media del primer móvil en el alumnado es de 11,5 años y la media de teléfonos móviles que han tenido hasta la intervención es de 3,0. El número de horas de uso de móvil es una media de 4 horas, siendo las aplicaciones más utilizadas Tik Tok y WhatsApp, por el total de la muestra, seguidas de Instagram con un 73,7% y You tube , 18,4%.

El cuestionario de conocimientos del uso problemático del móvil consta de 10 preguntas tipo test con 4 opciones y una única respuesta verdadera en cada ítem. Se valora el error o acierto de las respuestas de los alumnos, antes y después de la intervención.

Tabla 1. Puntuación total cuestionario de conocimiento pre y post-intervención.

Puntuación final del cuestionario de conocimientos pre-intervención	n (%)
3	1 (2,7)
4	3 (8,1)
5	4 (10,8)
6	5 (13,5)
7	11 (29,7)
8	8 (21,6)
9	5 (13,5)
Puntuación final del cuestionario conocimientos post-intervención	n (%)
5	2 (6,3)
6	2 (6,3)
7	9 (28,1)
8	10 (31,3)
9	9 (28,1)

Nota. Elaboración propia

En los cuestionarios pre-intervención los rangos de puntuación obtenidos oscilan entre un mínimo de 3 y un máximo de 9 puntos, mientras que en los cuestionarios post intervención oscilan entre un mínimo de 5 y un máximo de 9.

Se observa, analizando los resultados obtenidos, que en los cuestionarios post intervención disminuyen los porcentajes de las puntuaciones más bajas, y aumentan los porcentajes de las puntuaciones más altas respecto a los cuestionarios pre - intervención, destacando que los porcentajes de alumnos/as que obtuvieron puntuaciones de 8 y 9 pre-intervención fue de 35,1% y post intervención fue de 59,4%. Evidenciando un aumento en el conocimiento sobre el uso problemático del móvil tras la intervención educativa.

La puntuación total del cuestionario “Mobile Phone Problem Use Scale” MPPUSA¹⁰ pre-intervención (Media: 64,19; DE: 11,23) fue mayor que en el post intervención (Media: 61,71; DE: 11,31). Se obtiene una correlación estadísticamente significativa en la totalidad de cada uno de los ítems pre y post intervención (Rho: 0.608; $p = 0.000$).

En cuanto a los tipos de usuarios (tabla 2) según la puntuación obtenida y atendiendo a los grupos de corte, se obtiene tras la intervención educativa los siguientes resultados: el 5,4% de los estudiantes continúa identificándose como usuario ocasional, disminuye un caso como usuario habitual (75,7%), aumentando un caso con la percepción de uso problemático

del móvil, identificándose dos alumnos en dicha situación (5,4%). Los 5 alumnos en situación de riesgo no cumplimentan el cuestionario post intervención.

Tabla 2. Distribución de frecuencias del tipo de usuario antes y después de la intervención

Frecuencias del tipo de usuario antes de la intervención (n=37)	n (%)
Ocasional	2 (5,4)
Habitual	29 (78,4)
En riesgo	5 (13,5)
Problemático	1 (2,7)
Frecuencias del tipo de usuario después de la intervención (n=32)	n (%)
Ocasional	2 (5,4)
Habitual	28 (75,7)
En riesgo	-
Problemático	2 (5,4)
Sin respuesta	5 (13,5)
Nota. Elaboración propia	

4. DISCUSIÓN

La formación de los jóvenes en el uso adecuado de las nuevas tecnologías debe ser una labor de padres/madres y/o tutores legales, profesores y orientadores. Es necesario contar con la colaboración de ellos y crear un espacio de aprendizaje común sobre los problemas que genera el mal uso del móvil y la necesidad de emplearlo de manera responsable. Los Centros Educativos, en concreto los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) en la etapa de educación infantil y primaria y los Departamentos de Orientación en la etapa de educación secundaria deben de incorporar en sus Planes de Acción Tutorial unidades de trabajo específicas que forme al alumnado en el uso adecuado de la tecnología¹¹.

Comparando el estudio realizado por Castillo et al.⁶, en 2019, se observa que la edad media a la que adquieren su primer teléfono móvil es de 10,3 años frente a los 11,5 años de nuestro estudio. La media de teléfonos móviles que han tenido es de 2,88 frente al 3,03 de nuestro estudio y el 93,3% de los participantes usan WhatsApp, siendo en nuestro estudio el 100% de la muestra.

En cuanto al número de horas que dedican al día, estudios de varios autores^{10,11} señalan que un 63,6% usaba el móvil a diario entre 1 y 2 horas, y un 17,5% reconocía usarlo más de 4 horas al día. En nuestro estudio se evidencia que el número medio de horas que el alumnado usa el móvil es de 4 horas diarias.

Ciertas variables sociodemográficas como el género, la edad se asocian al uso problemático de internet y las redes sociales. En cuanto al género, según los datos reportados por Jiménez (2019)¹², las chicas realizan un mayor uso del móvil en comparación a los chicos, con un 71,6% y un 68,2% en el 2018, frente a un 22,8% y 28,3% en el 2009, respectivamente. En nuestra intervención no hemos podido observar la relación del género al uso problemático del móvil dado que el tamaño muestral es insuficiente para determinar la existencia de diferencias significativas entre grupos.

En cuanto a la edad, la adolescencia se considerada el período de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de conductas de uso problemático y/o adictivo de Internet y las redes sociales, como hemos visto en números estudios en a publicación de Vicente-Escudero (2019)⁸ y el programa de prevención del uso problemático de internet y redes sociales “Clickeando” del ayuntamiento de Valencia¹³, siendo la etapa de mayor riesgo, entre los de 15 a 18 años. En nuestro caso las edades del alumnado en riesgo y uso problemático del móvil, tanto en la pre como en la post-intervención, coinciden con estos estudios, ya que tienen entre 15 y 16 años. No obstante, no existe un tamaño muestral suficiente como para poder concluir que es la edad de mayor riesgo.

Trabajos como el de Sánchez y Álvarez (2018), señalan la falta de conocimiento de los riesgos y sus consecuencias como alguno de los indicadores explicativos del uso problemático del móvil. Esto se manifiesta de manera clara en nuestra intervención, ya que en la pregunta 2 y 9 del cuestionario de conocimientos se observa mayor porcentaje de errores (89,2% y 54,1%, respectivamente), preguntas que están relacionadas directamente con indicadores de adicción al móvil.

Los resultados presentados por el estudio de Castillo et al. (2020)⁶, en el que también se utilizó la escala MPPUSA¹⁰, mostraron cuatro tipos de usuarios de móvil: el 23% de la muestra (n = 162) son usuarios ocasionales, el 73,9% son usuarios habituales y el 3,2% restante son usuarios en riesgo y problemáticos. Sin embargo, los resultados obtenidos tras nuestra intervención educativa mostraron tres tipos de usuarios según los resultados del MPPUSA¹⁰: el 75,7% corresponde a los usuarios habituales, siendo el porcentaje mayor, 5,4% los usuarios ocasionales y 5,4% los usuarios en riesgo.

En otros estudios, como por ejemplo en el de Hernández et al. (2018) usaron otro tipo de escala para determinar el riesgo de adicción de los adolescentes, en este caso de entre 12 y 17 años, a las redes sociales e Internet. Esta escala, ERA-RSI, valora 29 ítems a diferencia de la nuestra que sólo valora 17 y además integra 4 dimensiones: síntomas-adicción, uso-social, rasgos frikis y nomofobia.

Si comparamos nuestra intervención con el Programa de prevención del uso problemático de internet y redes sociales, “Clickeando” del Ayuntamiento de Valencia, elaborado por Sánchez et al. (2018)¹³ podemos observar que realizan varios tipos de intervenciones: intervenciones basadas en proporcionar información, sobre todo básica, intervenciones centradas en la mejora de habilidades específicas e intervenciones dirigidos a la promoción de salud que abordan el uso de las TIC. Éstas últimas se tratan de programas de promoción de la salud centrados en la educación de la población escolar sobre diversas cuestiones o determinantes de la salud entre los que se incluye el uso de Internet y las redes sociales. Algunos de estos programas incluían intervenciones individuales con el alumnado. Nuestra intervención, que también se aborda desde la educación para la salud, se realiza a nivel grupal, proporcionando también información sobre el uso problemático del móvil.

Las evaluaciones publicadas de algunos de estos programas mostraron mejoras en la reducción del uso problemático de Internet y las redes sociales. Podemos decir que nuestra intervención también ha producido mejoras en el alumnado tanto en el conocimiento como en la autopercepción y valoración del riesgo del uso problemático del móvil.

La principal limitación que encontramos a la hora de realizar la intervención fue el número reducido de la muestra a estudio, ya que no todo el alumnado de ambas clases seleccionadas participó en la elaboración de los cuestionarios pre y post-intervención, siendo insuficiente para determinar la existencia de diferencias significativas entre grupos.

Como líneas futuras, he de destacar la importancia de recibir este tipo de formación a edades más tempranas para evitar el uso abusivo del móvil. Por otro lado, el alumnado reclamaba control parental de este dispositivo, por lo que se recomienda formación para los padres /madres.

Según la literatura científica, las familias parecen no ser conscientes de la influencia que puede tener el hábito del uso del móvil, y el acceso a las redes sociales que posibilita en sus hijos, por lo que, como señalan Gallimberti et al. (2016)¹⁴, el uso del móvil puede ser visto como un potencial problema de salud pública que puede dar lugar a problemas sociales, conductuales y afectivos, siendo su entorno un factor influyente¹⁵.

Por este motivo, podría resultar positivo realizar esta intervención con el profesorado y sobre todo con los padres/madres y/o tutores legales del alumnado para que tomen conciencia de la problemática real que existe sobre el uso problemático del móvil y hacerles partícipes en el control del uso de este dispositivo y de la tecnología. De esta forma se favorecería la adherencia del impacto positivo de la intervención educativa realizada a los alumnos. Los centros escolares juegan también un papel importante en este ámbito, dónde la formación en el uso adecuado del móvil por parte de la Enfermera Escolar puede ser una línea futura de referencia, ya que este tipo de formación actualmente no se recoge en el currículo en las escuelas. Otra línea futura es realizar un estudio cualitativo sobre el uso problemático del móvil ya que durante las sesiones surgieron aportaciones interesantes en los debates que podrían ser registradas y analizadas si se hubiera llevado a cabo un grupo focal.

5. CONCLUSIONES

1. *Con respecto al tipo de uso de móvil:* Los estudiantes tuvieron el primer móvil a la edad media de 11,5 años, desde su primer móvil han tenido una media de 3 móviles y realizan un uso medio de 4 horas. Todos los alumnos hacen uso de las aplicaciones Whatsapp y TIK TOK, seguidas de Instagram, 73,7% y por último YouTube, 18,4%.
2. *En cuanto a los conocimientos sobre el uso problemático del móvil,* la puntuación total obtenida por los alumnos ha sido mayor tras la intervención educativa, siendo los porcentajes de alumnos/as que obtuvieron puntuaciones de 8 y 9 pre-intervención de 35,1% y post intervención de 59,4%.
3. *Respecto a la autopercepción sobre el uso problemático del móvil* mejoró la autopercepción y la valoración de riesgo de uso problemático del móvil tras la intervención, identificando un alumno presentar uso problemático del teléfono móvil, en vez de uso habitual, tras la intervención educativa.
4. *Se concluye* que la intervención ha tenido un impacto positivo en el aumento de conocimiento y la autopercepción del riesgo del uso del móvil en los alumnos de 4º de la ESO que participaron en el estudio.

REFERENCIAS

- [1] Pinargote Vines GJ, Maldonado Zuñiga K, Pin Menéndez CY, Pérez Chilán DL. Uso de internet por parte de los jóvenes y dependencia de los teléfonos móviles. *Rev UNESUM-Ciencias* [Internet]. 2022 [citado 6 de abril 2023]; 6(3):20-30. Disponible en: <https://revistas.unesum.edu.ec/index.php/unsumciencias/article/view/471/559>
- [2] Organización Mundial de la Salud (OMS). Campos electromagnéticos y salud pública: teléfonos móviles [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/electromagnetic-fields-and-public-health-mobile-phones>
- [3] López-Fernández O, Honrubia-Serrano ML, Freixa-Blanxart M. Adaptación española del "Mobile Phone Problem Use Scale" para población adolescente. *Adicciones*. 2012;24(2):123-30. doi:10.20882/adicciones.104
- [4] Muñoz-Rivas M, Agustín S. La adicción al teléfono móvil. *Psicol Conduct* [Internet]. 2005 [citado 6 de abril 2023];13(3):481-493. Disponible en: <https://cuty.io/nq7UKD>
- [5] Manero Ansón Y, León Bonfil J, Cerdán Escobar M, Martín Esteve N, del Fresno Guevara JA, Jiménez Martín M. Influencia negativa del uso del móvil en los adolescentes y adultos jóvenes: nomofobia. *Rev Electr PortalesMedicos* [Internet]. 2020 [citado 6 de abril 2023];15(11):516. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/influencia-negativa-del-uso-del-movil-en-los-adolescentes-y-adultos-jovenes-nomofobia/>
- [6] Castillo Fernández M, Ruiz Olivares MR (dir). Estudio sobre el uso y el abuso de la tecnología en adolescentes [tesis doctoral en Internet]. Córdoba: Universidad de Córdoba; 2020 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/20875/2020000002157.pdf?sequence=1>
- [7] Martínez García M. Relación existente entre el uso problemático del teléfono móvil e internet y adolescencia. *Rev OIDLES* [Internet]. 2021 [citado 09 mayo 2023]; e57-70. Disponible en: <https://cuty.io/fdYA2w3fKk>
- [8] Vicente-Escudero JL, Saura-Garre P, López-Soler C, Martínez A, Alcántara M. Adicción al móvil e internet en adolescentes y su relación con problemas psicopatológicos y variables protectoras. *Escr Psicol* [Internet]. 2019 [citado 09 mayo 2023];12(2):103-112. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v12n2/1989-3809-ep-12-02-00103.pdf>
- [9] Correa JF, Ballesta M, Rosa I, Moreno L, Chirlaque MD. Informe Encuesta sobre el uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en la Región de Murcia 2021 [Internet]. Región de Murcia: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud; 2022 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/502615-ie.2022.02.pdf>
- [10] López-Fernández O, Honrubia-Serrano ML, Freixa-Blanxart M. Adaptación española del "Mobile Phone Problem Use Scale" para población adolescente. *Adicciones*. 2012;24(2):123-30. doi:10.20882/adicciones.104
- [11] Santana-Vega LE, Gómez-Muñoz AM, Feliciano-García L. Adolescents problematic mobile phone use, Fear of Missing Out and family communication. *Comunicar* [Internet]. 2019 [citado 09 mayo 2023];59(27):39-47 Disponible en: <https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/16142/Adolescents.pdf>
- [12] Castillo M, Ruiz-Olivares R. La percepción de riesgo y su relación con el uso problemático del teléfono móvil en adolescentes. *Rev Esp Investig Sociol*. 2019;168:21-34. doi: 10.5477/cis/reis.168.21
- [13] Jiménez Pérez C, Sosa Castilla CD (dir), Capafons Bonet JI (dir). Estudio descriptivo del uso de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) en población infantil-juvenil canaria [trabajo fin de máster en Internet]. La Laguna: Universidad de La Laguna; 2019 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/16798>
- [14] Sánchez Pardo L, Benito Corchete R, Serrano Badía A, Aleixandre Benavent R, Bueno Cañigral FJ. Programa de prevención del uso problemático de internet y redes sociales. "Clickeando" [Internet]. Valencia: Ayuntamiento de Valencia; 2019 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/IqdTi>
- [15] Besolí G, Palomas N, Chamarro A. Uso del móvil en padres, niños y adolescentes: Creencias acerca de sus riesgos y beneficios. *Aloma* [Internet]. 2018 [citado 09 mayo 2023]; 36(1):29-39. Disponible en: <https://cuty.io/9jPewqJbuwcZ>

DetECCIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA. UNA NECESIDAD FAMILIAR Y SOCIAL

Nayra-Yovana López-Díaz^a, Gabriel-Jesús Estévez-Guerra^b

^aEstudiante del Grado en Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bProfesor del Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) cada año mueren en nuestro planeta alrededor de 800.000 personas, casi 4000 de ellas en España. Además, si se observan las cifras en adolescentes, se estima que en las edades comprendidas entre 15 y 19 años, el suicidio corresponde a la tercera causa de muerte en el mundo, cifras que disminuirían en gran medida si fuese posible detectar esta conducta con tiempo. Este proyecto de investigación, sin financiación externa, tuvo como objetivo explorar el conocimiento que tienen los padres de adolescentes acerca de la detección de la ideación suicida en sus hijos/as. Los datos se obtuvieron a partir del análisis de los resultados de una encuesta online con respuesta múltiple, tipo Likert, para padres y/o madres de adolescentes de entre 14 y 19 años de la isla, que estuviesen escolarizados y que, en el momento de la realización, no estuviesen en proceso de diagnóstico ni diagnosticados de ninguna patología relacionada con la salud mental.

La obtención de datos se llevó a cabo durante los meses de enero (desde el 09/01/2023) y febrero de 2023 (hasta el 28/02/2023), para en los meses posteriores de marzo y abril; analizar los datos y discutirlos. Se contó con la colaboración de 100 participantes.

El análisis de los datos mostró, que más de la mitad de los encuestados no es capaz de detectar una idea suicida o una conducta relacionada en su hijo/a. Además, se objetivó la demanda de más recursos para la obtención de conocimientos relacionados con el tema expuesto, como charlas, talleres o programas formativos por parte de su centro sanitario o su centro educativo.

Palabras clave: Prevención del suicidio, adolescencia, parasuicidio, enfermería de atención primaria.

1. INTRODUCCIÓN

Cada año mueren a causa del suicidio en nuestro planeta más de 700.000 personas. (OMS) En España, los datos ascendieron a 3.941 personas, solo durante el año 2019¹. Además, se estima que, “por cada una de estas muertes, se han producido 20 intentos que no han llegado a consumarse”².

En la actualidad, en nuestro Sistema Nacional de Salud no se dispone de una herramienta fiable y común a todas las Comunidades Autónomas para contabilizar el número de intentos de suicidio que se producen anualmente, por lo que es muy difícil la aproximación a un número exacto. Sin embargo, si nos trasladamos a Canarias, podemos obtener dichos datos desde la Encuesta de Salud de Canarias, ya que desde 2016 se incluyen cuestiones referidas a la salud mental y más concretamente a intentos o ideación suicida³.

Esta Comunidad contaba con una tasa de suicidio de 9,07 por cada 100.000 habitantes en el año 2020 y con tendencia ascendente desde 2016, esto supone 208 suicidios solo en 2020. Si nos centramos en los jóvenes, los números indican que un 10,8% de la población canaria mayor de 16 años y menor de 30 declaró en 2020 haber tenido ideas de suicidio. Subdividiendo esta franja etaria, nos encontramos con unos números bien distintos entre la franja de 15 a 19 años y entre la de 20 a 29 años, siendo esta última más elevada, lo que lleva a ver claramente que la tendencia hacia la conducta o ideación suicida aumenta exponencialmente con la edad³.

Una vez expuestas las cifras, cabe diferenciar los distintos términos o fases con relación al suicidio y que se hacen necesarios para la comprensión de este estudio. En primer lugar, el término suicidio hace referencia al acto autolesivo o autodestructivo cuya única finalidad, para quien lo lleva a cabo, es acabar con su vida y consigue, además, que el objetivo se alcance. Con respecto al intento de suicidio, se define como aquella iniciativa de suicidio encaminada a acabar con la propia vida pero que, por diferentes circunstancias no ha terminado en el fin propuesto. Ambos conceptos están enmarcados dentro de un único término acuñado por la OMS como conducta suicida. Las definiciones en torno a este problema de salud no terminan ahí, y surgen términos como el de parasuicidio, definido como el intento de autolesionarse pero que no incluye como fin la muerte del individuo, aunque en ocasiones pudiera causarla, y cuya finalidad es meramente imperativa, un intento de cambiar una situación poco o nada deseada. Y, por último, aquel término en el que se va a centrar este trabajo,

que es la ideación suicida. La cual engloba todos aquellos pensamientos previos, ideas de mayor o menor magnitud, anteriores a cualquier conducta suicida o de parasuicidio. Estos términos se hacen suficientes para la comprensión de este texto, aunque la bibliografía actual maneja una terminología mucho más amplia respecto al tema que se aborda⁴.

Otra definición que debe ponerse de relieve es la de adolescente, ya que existen diferentes edades para delimitar esta etapa vital según la bibliografía que se consulte. Por un lado, encontramos que los Descriptores en Ciencias de la Salud, (DeCS y Mesh), sitúan la edad de la adolescencia entre los 13 y los 18 años, de otro lado, la OMS sitúa estas edades entre los 10 y los 19 años⁵. La adolescencia es un periodo muy especial del ser humano así, como de su desarrollo y del crecimiento en la vida de cada individuo. Es la fase de transición existente entre la infancia y el estadio de adultez y es una etapa donde se va a elaborar la identidad definitiva de cada adulto. Todo ello supondrá un trabajo mental, envuelto en crisis características del desarrollo y que presentará un riesgo potencial mayor en cuanto a trastornos en múltiples áreas. Se pone de relieve que cada adolescente va a verse sometido, además, a enormes presiones tanto internas como externas hasta alcanzar la etapa adulta y que deberá conformar un gran trabajo de preparación psíquica de suma transcendencia para enfrentar su vida futura. Un mal afrontamiento de esta etapa o algún desajuste en cualquiera de los factores que van a influir en su comportamiento y conducta como son, familia, entorno social o percepción de sí mismos, los colocará en un lugar de predominante riesgo ante la de ideación suicida⁶.

El suicidio, independientemente de los números relatados anteriormente, es una tragedia no siempre evitable que deja tras de sí numerosos damnificados, familias rotas y auto culpabilizadas por algo que, en numerosas ocasiones, podría haberse previsto. El suicidio en la adolescencia está asociado a un gran número de factores de riesgo como son, conflictos familiares graves y las separaciones conflictivas de los progenitores, el acoso escolar, las humillaciones y malos tratos, la soledad, los engaños amorosos, las muertes de seres queridos, las separaciones y pérdidas de amigos, los cambios de residencia y entorno social, el fracaso y la presión escolar y los conflictos de discriminación y/o aceptación sexual. También las redes sociales son un importante factor de riesgo emergente que es conveniente no perder de vista⁷.

Como factores protectores no solo de la ideación suicida sino de cualquier trastorno mental, destacan cuatro grandes grupos a abordar. Por un lado, encontramos los factores individuales, que son aquellos relacionados con la propia persona y el autocuidado, las relaciones personales, el carácter, optimismo o manejo del estrés, entre otros aspectos. Por otro lado, encontramos los familiares, que son aquellos que aseguran la satisfacción de las necesidades básicas como son, estabilidad económica, coherencia del núcleo familiar, apoyo en metas positivas o reconocimiento de logros. En tercer lugar, tendremos en cuenta los factores comunitarios, que no son otros que aquellos que la propia comunidad ofrece, como son las actividades educativas y deportivas, espacios de ocio para adolescentes, legislación protectora de los jóvenes o ayudas a las familias entre otras. Y, por último, encontramos los factores institucionales, entre los que cabría destacar, la formación del personal de atención primaria en cuanto a riesgos y la creación de instituciones y centros de apoyo, solo a modo de ejemplo⁸.

Como se expone anteriormente, la promoción de estos cuatro pilares protectores es fundamental para la prevención no solo del suicidio sino de cualquier problema de Salud Mental. Justamente es aquí donde el papel de la profesión enfermera cobra una fuerza fundamental como docente y promotora en cuanto a la identificación de los factores que influyen de manera negativa y aquellos que van a promover una salud mental positiva y fuerte. Además, la enfermera, como agente de salud en contacto con su comunidad, es capaz de afrontar esa promoción en Salud Mental desde los 4 pilares de la prevención, individuo, familia, comunidad e instituciones, asumiendo todas aquellas acciones para que esta prevención sea efectiva, como charlas en instituciones educativas, talleres de padres, formación de profesorado, entrevistas y seguimientos, entre otras muchas acciones y solo a modo de ejemplo. A pesar de que el suicidio es la primera causa de muerte no natural en España, se sigue sin depositar la importancia que merece en cuanto a su prevención, detección y tratamiento⁹.

Es por estos motivos que, sabiendo de antemano que uno de los factores que disminuirían en gran medida la prevalencia del suicidio en adolescentes, podría ser la detección precoz de la conducta suicida, pero que, al detectarse, la ayuda necesaria es escasa y tardía, el objetivo general de este trabajo será “Conocer las necesidades formativas que tienen los padres de adolescentes acerca de la detección de la ideación suicida en sus hijos/as” ya que, prevenir la idea será más eficaz que detectar precozmente una conducta ya instaurada.

2. METODOLOGÍA

Este estudio fue de carácter observacional descriptivo y transversal. La población diana de este estudio fueron padres, madres o tutores de adolescentes escolarizados y con edades comprendidas entre los 14 y 19 años (dada la amplitud del rango se decidió utilizar para la elaboración de este proyecto la definición ofrecida por la OMS, aunque la muestra se obtuvo de los adolescentes de edades comprendidas entre 14 y 19 años, teniendo en cuenta la edad con la que abandonan la asistencia al servicio de pediatría y hasta que dicha etapa finaliza.), no diagnosticados de un problema de salud mental, o a la espera de ello, de 8 de los 11 institutos del municipio. Esto suponía una población aproximada de 7700 personas. La

muestra estuvo constituida por 100 padres, madres o tutores, de los que fueron descartados 20 debido a que no cumplían con los criterios de inclusión propuestos.

En cuanto a las variables de estudio propuestas fueron, los conocimientos respecto a la capacidad de padres, madres o tutores para la detección precoz de las ideas y conductas suicidas en sus hijos/as y el tipo de ayuda que necesitarían para ello. Además, se incluyeron variables demográficas referidas al participante como edad, sexo, situación laboral, nº de hijos, nº de miembros de la unidad familiar convivientes en el mismo domicilio, convivencia de ambos progenitores en el mismo domicilio y acerca del adolescente, donde se preguntó por edad y por si está diagnosticado de algún problema de salud mental o está en proceso de serlo.

El instrumento utilizado fue una encuesta de elaboración propia, conformada a partir del “Plan de Prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida” de Sotoca et.al. para la Comunidad Valenciana¹⁰, compuesta por 12 preguntas con respuesta múltiple, según la Escala Likert. Esta escala de calificación se consideró como la más apropiada dado que mide el nivel de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones propuestas y es ideal para medir reacciones, actitudes o comportamientos. Además, se añadieron preguntas con respuesta libre para la obtención de datos demográficos de los participantes.

Se distribuyó a las familias a través de los centros de 8 centros Educación Secundaria del municipio y a través de grupos de padres y madres de alumnos con edades comprendidas entre 14 y 19 años. Fue realizada online a través del servidor de encuestas Google Forms.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Las variables categóricas se expresaron en frecuencias, mientras que las numéricas se encontrarán expresadas en media y desviación estándar.

El presente estudio fue elaborado conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los principios bioéticos de la Declaración de Helsinki¹¹. Se tuvieron en cuenta los principios bioéticos de no maleficencia, beneficencia y justicia citados por Beachamp y Childress¹². En este instrumento no se incluyeron preguntas de consentimiento dada su naturaleza anónima. Los participantes no recibieron ningún tipo de remuneración económica por sus respuestas. Este estudio garantizó, además, gracias a su anonimato, la defensa del derecho a la no discriminación recogido en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica y fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la provincia de Las Palmas.

3. RESULTADOS

El análisis de resultados de la encuesta arrojó los siguientes valores en cuanto a datos demográficos de los encuestados: La encuesta fue contestada por un total de 63 mujeres y 17 hombres. Del total de la muestra analizada, solo 4 estaba inactivo laboralmente y con respecto al nivel de estudios, un 50,7% declaró tener estudios universitarios, un 26,7% estudios intermedios (Bachiller o ciclos superiores) y un 22,7% declaró tener estudios básicos (E.G.B./E.S.O.). El valor modal de la edad de los encuestados fue 48 y para la cantidad de miembros de la unidad familiar la moda se estimó en 4. Un 77,3% refirió que ambos progenitores conviven conjuntamente en el mismo domicilio, frente a un 22,7% que refirió no hacerlo. Solo 7 (9%) encuestados aseguraron tener más de un hijo con edades comprendidas entre los 14 y los 19 años. Los datos referentes a la edad de los hijos adolescentes arrojaron un valor modal de 14.

Tabla 1: Autoconocimientos y necesidades

AUTOCONOCIMIENTOS Y NECESIDADES	RESPUESTAS	Hombres n(%)	Mujeres n(%)	Total n(%)
Sería capaz de detectar una idea de suicidio en su hijo/a.	Algún grado de acuerdo Neutral Algún grado de desacuerdo	5 (29,41) 8 (47,05) 4 (23,52)	35 (55,55) 21 (33,33) 7 (11,11)	40 (50) 29 (36,25) 11 (13,75)
Necesita algún tipo de formación/asesoramiento (charla, curso, folleto...) sobre suicidio porque la información disponible actualmente es escasa.	Algún grado de acuerdo Neutral Algún grado de desacuerdo	16 (94,11) 1 (5,88) 0	55 (87,30) 4 (6,34) 4 (6,34)	71 (88,75) 5 (6,25) 4 (5)
Tiene conocimientos sobre plataformas de ayuda a la ideación suicida o al intento	Algún grado de acuerdo Neutral Algún grado de desacuerdo	5 (29,41) 2 (11,76) 10 (58,82)	26 (41,26) 16 (25,39) 21 (33,33)	31 (38,75) 18 (22,5) 31 (38,75)

de suicidio (teléfonos, asociaciones, etc.).				
Le gustaría conocer las plataformas existentes para ayuda en caso de detectar algún signo de ideación suicida o cualquier otro problema de salud mental en su hijo/a.	Algún grado de acuerdo Neutral Algún grado de desacuerdo	15 (88,23) 1 (5,88) 1 (5,88)	61 (96,82) 2 (3,17) 0	76 (95) 3 (3,75) 1 (1,25)
La información acerca de estos temas ofertada desde su centro de salud o el centro educativo de su hijo/a le parece escasa.	Algún grado de acuerdo Neutral Algún grado de desacuerdo	16 (94,11) 1 (5,88) 0	55 (87,30) 4 (6,34) 4 (6,34)	71 (88,75) 5 (6,25) 4 (5)

Los datos obtenidos son bastante homogéneos y la mayoría de los encuestados refirió tener escasez de conocimientos en cuanto a plataformas de ayuda, así como necesidad de recibir información sobre actuaciones en estos casos ya que la información de la que disponen es escasa, asimismo, declararon que la información ofertada desde su centro de salud o centro educativo no es suficiente. Por otro lado, solo la mitad de la muestra declaró estar convencida de poder detectar una idea de suicidio en su hijo/a.

4. DISCUSIÓN

La realidad de la actualidad deja claro que, la conducta suicida en los adolescentes se ha convertido en un frecuente problema de salud que arroja datos escalofrantes que sitúan la muerte por suicidio en edades de entre 15 y 19 años en la tercera causa de muerte a nivel mundial, y en edades comprendidas entre los 10 y los 19 años en la cuarta causa, suponiendo estos datos un aumento sustancial en los últimos años. Tanto el suicidio como todo lo relacionado con el intento, las conductas o las ideas, afectan no solo a los propios protagonistas, sino a su entorno social y familiar directo e indirecto¹³. Los datos recogidos pusieron de manifiesto que aunque la mitad de la muestra cree ser capaz de detectar una idea de suicidio en su hijo o hija, el resto o no sería capaz o no sabe si lo sería, y es que, como se observa en los datos publicados, según trabajadores del Teléfono de la Esperanza (ONG declarada de Utilidad Pública, integrada por personas voluntarias que han recibido una extensa formación en relación de ayuda y cuya finalidad principal es promover la salud emocional de la población, en especial la de aquellas personas que están pasando por una situación de crisis emocional por problemas personales, familiares o sociales.), la gran mayoría de niños y adolescentes usuarios de este servicio por ideación suicida, manifiestan que su familia y entorno son desconocedores de lo que le está sucediendo⁷ Según firma Javier Martín-Arroyo en su artículo para El País “El teléfono, el gran aliado contra el suicidio” el 024; número de atención a la conducta suicida ofertado por el Gobierno; recibió más de 50.000 llamadas en los meses desde abril hasta octubre de 2022 e intervino directamente en la resolución de más de 800 casos de intentos de suicidio en marcha.

Se observó también el desconocimiento en cuanto a charlas, plataformas de ayuda u otros medios de formación e información respecto al tema tratado. Si hablamos de las estrategias de las que se dota a las familias para conocer o detectar estas conductas, cabe destacar que, aunque son numerosas las comunidades españolas que cuentan con programas de detección precoz de la conducta suicida como son, “Vivir es la salida” en la Comunidad Valenciana¹⁰ o, la guía de “Estrategias para la detección precoz de las conductas suicidas” para los años 2021 a 2025 de Castilla y León¹⁴ entre otras y las pautas a seguir en todas ellas son claras y sencillas; según Aumatre A. et al. en su estudio para Save the Children “Crecer saludable(mente)”; cuándo finalmente la guía es efectiva, el problema ya está instaurado en el adolescente. Debe existir la conducta para que pueda ser detectada. Por tanto, aunque de gran efectividad en cuanto a la función para la que fue diseñada, los medios de ayuda que tendrían que activarse con posterioridad son relativamente escasos en nuestro país, arrojando unos datos escalofrantes. En España, solo el 60% de los hospitales públicos tienen asistencia psiquiátrica infantojuvenil, y, además, aquellos usuarios que la necesitan deben esperar para una primera visita aproximadamente 2 meses, con una cadencia entre citas de 3 meses o más, estos tiempos de espera se aumentan exponencialmente al aumentar la edad de los adolescentes y dejar las unidades infantiles y/o juveniles⁷. Todo este tiempo que por desgracia va a transcurrir, conforma una desventaja enorme para los usuarios necesitados de los servicios de salud mental y que acabarán abocados a la sobremedicación mientras esperan un diagnóstico o ayuda del servicio⁷.

La demanda por parte de los encuestados de más plataformas de ayuda y más formación es algo que también quedó patente al analizar los datos de la encuesta. Reclamaron, espacios de consulta sobre este y otros temas relacionados con la salud mental. Asimismo, reconocieron como escasa, la información y formación ofertada desde centros de Atención Primaria y

Centros escolares, por lo que cabe suponer que quizás, los responsables en salud estén obviando una parte importante de la definición de Salud dada por la OMS, *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

Es por estos motivos que, sabiendo de antemano que uno de los factores protectores más importantes del suicidio es la detección precoz de la conducta o ideación suicida, pero que, al detectarse, la ayuda necesaria es escasa y tardía, cabría suponer que, el contar con una sociedad instruida en la detección de manera precoz de alguna conducta de riesgo, disminuiría enormemente la incidencia de todas las conductas en torno al tema tratado. Precisamente es frente a este tema, donde las familias encuestadas expresan no tener conocimientos ni habilidades fundamentales de detección, incluso, como es el caso, cuando se pregunta por sus propios hijos a los que crían y conocen.

Destacar finalmente que, durante la revisión bibliográfica previa a este proyecto de investigación, se extrañó fuertemente la existencia de proyectos unificados para la resolución de un problema común a nivel estatal, europeo o incluso mundial. Concretamente en España, las comunidades que han decidido gestionar el tema del suicidio desde la Atención Primaria, o desde los Centros Educativos lo hacen de manera individual, sin poner en común estrategias ni registros, siendo estos últimos inexistentes en muchas comunidades.

En el caso de Canarias, se dispone del “Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023” en la actualidad, aunque si bien es cierto que recoge estrategias óptimas de abordaje de la problemática expuesta, aún se está intentando poner en funcionamiento la mesa intersectorial para el abordaje de este tema, estando prácticamente en fechas de caducidad de dicho plan. En cuanto al RECAP (registro de Casos Psiquiátricos de Canarias) propuesto¹⁵, no se obtendrán datos hasta la próxima encuesta de Salud, la cual, dicho sea de paso, lleva sin actualizaciones desde 2021 y que desgraciadamente, llegado el momento de analizarlos, si no se aportan medidas adicionales, será en ocasiones y para muchas familias, tarde. Dicho plan habla en profundidad y detalle de la formación de profesionales, tanto de Atención Primaria como de Servicios Especiales como Salud Mental o Urgencias Hospitalarias, aunque la realidad es que esa formación, o bien no ha llegado o no está siendo transmitida correcta y efectivamente a los afectados como ha quedado reflejado en la encuesta realizada. Por otro lado, el Gobierno de Canarias, publica en su web del Servicio Canario de Salud, numerosos talleres propuestos para la prevención de enfermedades y promoción de la salud como son, talleres de prevención del cáncer, higiene dental, higiene postural, higiene sexual y reproductiva, etc. Aunque al acceder al link de salud mental, sorprende el mensaje explicativo que nos informa de que el único taller disponible (Prevención del estrés) esté “pendiente hasta la publicación definitiva del Programa de Salud Metal” y cuya última revisión fue el 16 de febrero de 2009¹⁶, dato que resalta aún más si observamos que las muertes a causa del suicidio en nuestra comunidad, en 2021, ascendieron a un total de 230 (22 de ellas en menores) y lo comparamos con los números relativos a otras patologías para las que sí existen programas y talleres tales como Enfermedades de Transmisión Sexual (casos de VIH) o Tuberculosis que arrojaron unos datos de 18 y 3 casos de defunciones respectivamente¹. Estos datos muestran la efectividad de dichas propuestas de prevención y promoción sanitaria, entonces, ¿Por qué los tiempos de espera para los programas y talleres de salud mental?

5. CONCLUSIONES

- Las familias afirman carecer de capacidad de detección de la ideación de suicidio en sus hijos/as.
- Perciben una carencia por parte de las instituciones sobre formación en cuanto a detección de esta conducta y en general en cuanto a temas relacionados con la salud mental.
- Reclaman. charlas, plataformas de ayuda y consulta a las que recurrir en caso de dudas, y que esta información y ayuda sea accesible desde cualquier centro de Atención Primaria o Centro Educativo.

Para finalizar, se recomendaría la inclusión en las actividades de Promoción de Salud, llevadas a cabo desde los diferentes servicios sanitarios, más proyectos dedicados a las familias dado que pueden llegar a ser el factor protector más importante si se les da la oportunidad y los conocimientos oportunos.

REFERENCIAS

- [1] Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de defunciones según la causa de la muerte [Internet]. Madrid: INE; 2019 [citado 9 noviembre 2022]. Disponible en: <https://cuty.io/7MKID>
- [2] Organización Mundial de la Salud (OMS). Suicidio [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 13 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- [3] Servicio Canario de la Salud (SCS). Dirección General de Programas Asistenciales. Informe Epidemiológico sobre la conducta suicida en Canarias (2007-2020) [Internet]. Canarias: SCS; 2021 [citado 9 noviembre 2022]. Disponible en: https://www.afaes.es/cms/uploads/2.CONDUCTA_SUICIDA_EN_CANARIAS.pdf

- [4] Baader MT, Urrea PE, Millan AR, Yáñez ML. Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su afrontamiento. RMCLC. 2011;22(3):303-309. doi: [10.1016/S0716-8640\(11\)70430-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70430-8)
- [5] Organización Mundial de la Salud (OMS). Adolescencia [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 13 diciembre 2022]. Disponible en: <https://cuty.io/1htYd6shLLIU>
- [6] Lillo JL. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2004 [citado 13 diciembre 2022];(90):57-71. Disponible en: <https://cuty.io/YMBRnCUx8>
- [7] Aumatre A, Costas E, Sánchez M, Taberner P, Vall J. Crecer Saludable(mente). Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y adolescencia [Internet]. Madrid: Save the children; 2021 [citado 13 diciembre 2022]. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe_Crecer_saludablemente_DIC_2021.pdf
- [8] Corona B, Hernández M, García RM. Mortalidad por suicidio, factores de riesgo y protectores. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2016 [citado 13 diciembre 2022]; 15(1):90-100. Disponible en: <https://cuty.io/uVM6hR8kZ>
- [9] Diario enfermero. Educación enfermera para prevenir y concienciar sobre el suicidio. Diario Enfermero. 13 abril 2022.
- [10] Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Vivir es la salida [Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana; 2018 [citado 13 diciembre 2022]. Disponible en: <https://cuty.io/wrHp4>
- [11] Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Helsinki: AMM; 1964 [actualizado octubre 2013; citado 13 diciembre 2022]. Disponible en: <https://cuty.io/ciq0o>
- [12] Beauchamp T, Childress J. Principios de Ética Biomédica: 8ª ed. New York: Oxford University Press; 2019.
- [13] Cortés A, Román M, Suárez R, Alonso RM. Conducta suicida, adolescencia y riesgo. An Acad Cienc Cuba [Internet]. 2021 [citado 09 mayo 2023];11(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/aacc/v11n2/2304-0106-aacc-11-02-e939.pdf>
- [14] Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025 [Internet]. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; 2022 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/jT5yC9REfAqN>
- [15] Baltar JM, Domínguez CJ, Hernández E (dir). Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023 [Internet]. Canarias: Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales.; 2019 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/6P929tUE6EdV>
- [16] Servicio Canario de Salud. Aulas de salud. Talleres y actividades [Internet]. Canarias: Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales.; 2009 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/TPWYjak>

Revisión bibliográfica sobre parto en casa planificado en embarazos de bajo riesgo

Ariadna Torres-Hernández^a, Marlene Bermúdez-Castellano^a, Tania Soto-Rodríguez^b, Carla Rosillo-Otero^b

^aEnfermeras Internas Residentes. Unidad Docente Multiprofesional de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI). Las Palmas de Gran Canaria; ^bMatronas adscritas a la Unidad Docente Multiprofesional de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI). Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

Antaño el parto en casa era una experiencia vivida en el hogar hasta que la falta de higiene supuso que esta vivencia se trasladase al ámbito hospitalario, donde la medicalización del parto estaba a la orden del día. Con el paso del tiempo, la eficacia de dichas intervenciones fue ampliamente cuestionadas. A raíz de esto, la sociedad comenzó a reclamar un cambio en el modo de vivir el nacimiento y demandó otras opciones distintas al hospital para parir, siendo el domicilio una de ellas. Esta revisión bibliográfica se elaboró con el fin de conocer qué señala la evidencia científica actual sobre la seguridad, riesgos y beneficios del parto en casa planificado en embarazos de bajo riesgo en comparación con el ámbito hospitalario. Para ello, en enero de 2023 se buscó en las bases de datos CINAHL, Ebsco, MEDLINE (Pubmed), ScienceDirect, Cochrane Plus, Scielo, Scopus y Lilacs, empleando las palabras clave: parto domiciliario, parto obstétrico y riesgo aceptable; así como el operador booleano “AND” y “VS”. La estrategia de búsqueda se restringió a los artículos publicados en los últimos cinco años, seleccionando los que se encontraban disponibles en español, inglés y texto completo de libre acceso en internet. Se analizaron cuatro artículos: tres revisiones sistemáticas y metaanálisis, y un estudio descriptivo. Se encontró evidencia a favor del parto en casa planificado en embarazadas de bajo riesgo. En cuanto a los resultados, las tasas de morbilidad materna y neonatal demostraron un alto grado de seguridad debido al menor número de intervenciones en el parto en casa. Asimismo, la mortalidad era semejante al hospital. A pesar de la necesidad de un mayor número de estudios, de los que disponemos hoy en día la mayoría apunta que el parto en casa planificado en mujeres de bajo riesgo es una opción segura.

Palabras clave: parto domiciliario, parto obstétrico, riesgo aceptable.

1. INTRODUCCIÓN

Antiguamente, el parto en casa era considerado un proceso natural vivido con ayuda de otras mujeres. Sin embargo, la escasez de medidas higiénicas dio lugar a una elevada morbilidad materno-fetal, convirtiendo así los hogares en lugares inseguros para parir. Por ello, a finales del siglo XIX, comienzos del siglo XX, empezó a institucionalizarse y a medicalizarse el parto, asumiéndolo como una vivencia compleja que había que tratar¹.

Más adelante, la evolución de la humanidad, la ciencia y la tecnología contribuyeron a disminuir los riesgos para la salud y a elevar la calidad de vida. Aún así, el modelo de atención obstétrica actual continúa caracterizado por un gran intervencionismo que somete a la mujer a una subordinación de los aparatos médicos, cuya eficacia ha sido muy debatida. Esta situación repercutió negativamente en la forma en la que la mujer vive su embarazo, parto y posparto. Así pues, surgió mundialmente una necesidad de cambio y la población comenzó a demandar alternativas diferentes al hospital para parir que permitieran mirar a la mujer de forma integral para devolverle su autonomía y humanizar el parto, el cual es un proceso fisiológico que, en la mayoría de los casos, sólo precisa ser observado¹.

El domicilio se comenzó a barajar de nuevo como una opción para dar a luz, ya que diferentes estudios han demostrado que el entorno físico influye en la dilatación y en la evolución del parto. Es por ello, que se destaca la importancia de propiciar un ambiente relajado que favorezca la intimidad y la libre evolución del proceso, como ocurre en una casa¹.

De todos los partos que ocurren en el hogar, esta revisión bibliográfica se centra en aquellos que fueron planificados. Para ello, se debe realizar un plan de parto, el cual es un soporte documental válido a nivel legal que recoge la voluntad de la mujer. En él, refleja sus decisiones en cuanto a las diferentes intervenciones más habituales, según sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y nacimiento. Se puede modificar en cualquier momento, según el desarrollo de los acontecimientos^{2,3}.

Asimismo, en este estudio se decidió analizar qué señala la evidencia científica respecto al parto en casa en mujeres de bajo riesgo. Para ello, se debe tener en cuenta cuáles son los criterios que definen dicho concepto.

Diferentes sociedades científicas como el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists), la NICE (National Institute for Health and Care Excellence), la FAME (Federación de Asociación de Matronas de España), la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Política Social del Sistema Nacional de Salud, entre otras, comparten los siguientes criterios: embarazo a término (37-42 semanas de edad gestacional); historia clínica y obstétrica sin complicaciones relevantes; feto único; presentación de vértice; parto de inicio espontáneo que se desarrolla y finaliza sin dificultad hasta el alumbramiento; binomio en óptimas condiciones; nacimiento de un bebé sano que no precisa intervención. A los criterios anteriores, la NICE añade el tener un nivel de hemoglobina ≥ 10 g/dl y un índice de masa corporal (IMC) ≤ 30 Kg/m². Según la OMS, entre un 70-80% de los embarazos se consideran de bajo riesgo⁴⁻⁹.

Algunas de estas asociaciones, como la FAME, la NICE o el Colegio Americano de Enfermeras y Matronas (ACNM: American College of Nurse-Midwives) apoyan la elección del parto en casa como una opción segura en mujeres de bajo riesgo, ya que implica una tasa más alta de parto vaginal espontáneo, un menor número de intervenciones y menor morbilidad. Asimismo, no objetivan en el recién nacido resultados diferentes a los obtenidos en un hospital ni señalan un incremento en la mortalidad materno-fetal. Por último, apoyan el papel de las matronas para brindar dicha atención^{10,11}.

Debido a estas diferencias entre la práctica clínica actual y lo que alegan las sociedades científicas, este trabajo se elabora con el fin de investigar cuáles son los resultados materno-fetales en las mujeres de bajo riesgo que deciden parir en su domicilio de forma planificada, para así determinar los beneficios y los riesgos que esto conlleva, en comparación con el entorno hospitalario.

2. METODOLOGÍA

Esta revisión bibliográfica se elaboró de acuerdo a los criterios PRISMA-ScR (Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses n for Scoping Reviews). Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica por la autora principal del trabajo en enero de 2023. En marzo de ese mismo año, se realizó nuevamente una búsqueda y no se encontraron resultados de interés. Se hizo uso de diversos formatos electrónicos de búsqueda avanzada. Se accedió a los mismos a través de la Biblioteca de Ciencias de la Salud del Complejo Hospitalario Insular-Materno Infantil de Canarias. Las bases de datos que se emplearon fueron: CINHALL, Ebsco, MEDLINE (Pubmed), ScienceDirect, Cochrane Plus, Scielo, Scopus y Liliacs.

Los descriptores que se seleccionaron para realizar las diferentes búsquedas fueron: parto domiciliario; parto obstétrico y riesgo aceptable. Se combinó “parto domiciliario” y “parto obstétrico” usando “VS” entre ellas para encontrar estudios que ofrecieran una confrontación entre partos en casa y nacimientos hospitalarios. Al final de dicha combinación, se añadió el operador booleano “AND” seguido de la palabra clave “riesgo aceptable” con el fin de conseguir referencias de interés sobre embarazos de bajo riesgo.

En la selección de artículos se tuvieron en cuenta una serie de criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión se ciñeron a: embarazos de bajo riesgo; partos en casa que fuesen planificados y atendidos por profesionales sanitarios cualificados; estudios realizados en países desarrollados; las publicaciones debían ser de los últimos cinco años, es decir, entre 2017 y 2023 inclusive. Respecto al idioma, sólo se seleccionaron los artículos escritos en español e inglés que se consiguieron de manera libre y gratuita en internet.

En referente a los criterios de exclusión, se desearon aquellos artículos que mezclaban datos de gestaciones de alto y bajo riesgo obstétrico; también se suprimieron los estudios que no hiciesen distinción entre partos planificados y no planificados.

Las variables estudiadas se correspondieron con: analgesia epidural; hemorragia posparto; trauma perineal (desgarros de III-IV grado y episiotomía); periné íntegro; incidencia de ingreso en la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos); Test de Apgar; parto vaginal espontáneo; parto instrumental (fórceps, ventosa); cesárea; empleo de oxitocina; infección materna; asfisia neonatal.

3. RESULTADOS

Tras haber realizado la búsqueda bibliográfica con los descriptores y la estrategia mostrada en el apartado anterior, se encontró una gran cantidad de resultados, concretamente 208 artículos, de los cuales 46 fueron seleccionados como interesantes después de haber leído el título y el resumen de los mismos, mientras que 107 de los estudios no cumplieron con los criterios de inclusión. Un obstáculo residió en que 24 de ellos estaban repetidos, por tanto se contó con 31 artículos

de interés. Finalmente, tras analizar exhaustivamente los estudios encontrados, se incluyeron 4 artículos en esta revisión. A continuación, se encuentra esquematizada dicha información en la figura 1:

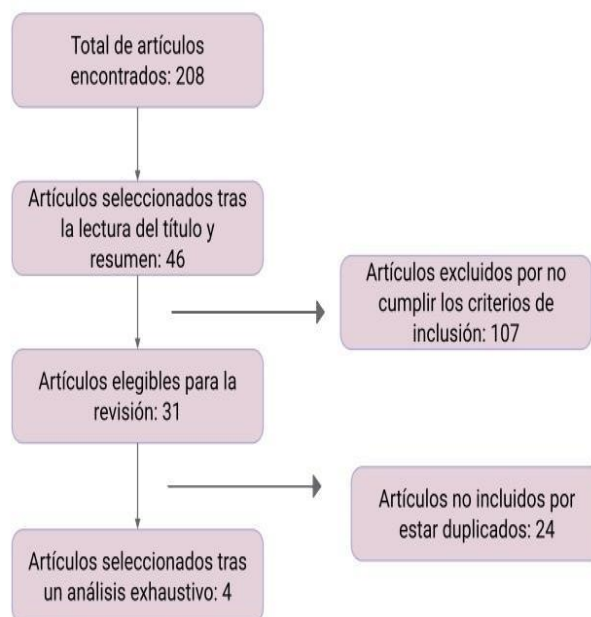


Figura 1: Diagrama de flujo de elaboración propia a partir de los artículos empleados para el estudio

Casi la totalidad de los artículos seleccionados son revisiones sistemáticas y metaanálisis, sólo un estudio era descriptivo. Se procedió a elaborar una tabla en la que figuran los autores responsables del estudio, el año en que se publicó, el título del trabajo, el tipo de estudio al que corresponde, el ámbito donde se realizó (país y entorno), el objetivo del mismo, la metodología y los resultados más relevantes del parto en casa (Tabla 1).

Tabla 1: Tabla de elaboración propia con los estudios seleccionados para el trabajo

Autor y año	Tipo de estudio	Ámbito	Objetivo	Metodología	Resultados
Cristina Rossi et al ¹² , 2018	Revisión sistemática y metaanálisis	Italia. Entorno hospitalario y domiciliario	Cuantificar los resultados del embarazo después de un parto domiciliario planificado versus un parto hospitalario planificado	8 artículos: 14.637 (32,6%) mujeres planificaron el parto en el domicilio y 30.177 (67,4%) en el hospital	-Maternos: más partos espontáneos y laceraciones grado III-IV; menos HPP, intervencionismo y morbilidad -Neonatales: menor riesgo de eventos adversos -Mortalidad similar en ambos entornos
Vanessa L Scarf et al ¹³ , 2018	Revisión sistemática y metanálisis	Australia. Entorno hospitalario y domiciliario	Comparar los resultados maternos y perinatales de diferentes lugares de nacimiento	-Metaanálisis: 25 estudios de alta calidad según índice ResQu -Revisión sistemática: 28 artículos -Diseño: 2 ECA, 21 estudios retrospectivos y 5 prospectivos	-Maternos: más partos vaginales. Menos trauma perineal, HPP, intervencionismo y morbilidad severa -Neonatales: menos ingresos en UCIN; mortalidad intraparto y neonatal temprana similar al hospital
Angela Reitsma et al ¹⁴ , 2020	Revisión sistemática y metaanálisis	Canadá. Entorno hospitalario y	Evaluar los resultados del parto domiciliario planificado	-Primer metaanálisis más grande y completo sobre lugar de nacimiento planificado	-Maternos: menos infecciones y HPP en sistemas con integración de la matrona desconocida; menor

		domiciliario		(muestra de casi un millón) -Empleo de protocolo registrado, prepublicado y revisado por pares. -Revisión sistemática: 21 estudios. Calidad evaluada con Escala de Evaluación de la Calidad de Newcastle Ottawa para Estudios de Cohorte (NOS) -Metanálisis: 16 artículos	intervencionismo y morbilidad en sistemas integrados, así como en multiparas y nulíparas. Menos desgarros de III-IV grado en multiparas pero no en nulíparas -Neonatales: no hubo aumento de la morbilidad perinatal y neonatal
L.Alcaraz-Vidal et al ¹⁵ , 2021	Observacional, descriptivo, transversal	España. Entorno hospitalario y domiciliario	Determinar la incidencia de eventos adversos maternos y perinatales en partos domiciliarios planificados atendidos por parteras CAHBM	-Muestra: 750 mujeres que planearon un parto domiciliario a través de la Asociación de Matronas de Parto Domiciliario (CAHBM)	-Maternos: más partos vaginales; menos morbilidad y lesiones perineales. Posiciones no recostadas y peso neonatal >4kg no asociadas con HPP -Neonatales: menor morbilidad; baja tasa de mortalidad perinatal

Respecto a las fuentes de financiación, por orden cronológico, el primer estudio no presenta fuente de financiación. El segundo estudio, está financiado por el Consejo Nacional de Investigación Médica y de Salud de Australia. El tercero, presenta un financiamiento parcial: subvención abierta revisada por pares de la Asociación de matronas de Ontario. Por último, el financiador del cuarto estudio fue la Federación de Asociaciones Españolas de Matronas. En ningún caso los financiadores participaron en el diseño del estudio, la recopilación de datos, el análisis, la interpretación de los mismos ni en la redacción del manuscrito¹²⁻¹⁴.

4. DISCUSIÓN

Autores como Cristina Rossi et al. (2018)¹² señalan que la probabilidad de parto espontáneo es tres veces mayor en el domicilio en comparación con un hospital. En concreto, otros investigadores como L. Alcaraz Vidal et al. (2021)¹⁵ objetivan un 92,7% de partos vaginales espontáneos, siendo un 3,3% partos instrumentales (fórceps, ventosa) y un 4% cesáreas. Esta situación conduce a una menor posibilidad de inducción del parto y de empleo de oxitocina. Además, supone un menor riesgo de monitorización fetal y de uso de analgesia epidural. Respecto a esto último, en su lugar se observó que las medidas no farmacológicas más utilizadas de alivio del dolor fueron los cambios posturales, el masaje, el calor local y la inmersión en agua caliente. La evidencia mencionada anteriormente también fue apoyada por Vanessa L. Scarf et al. (2018)¹³ en su revisión sistemática y metanálisis.

En cuanto al trauma perineal, los primeros autores apuntan que, en el parto en casa, se ve disminuida la probabilidad de episiotomía pero hay un mayor riesgo de laceración de grado III-IV en comparación con aquellas mujeres que planifican un parto hospitalario (riesgo 1'8 veces mayor)¹². Por el contrario, según Vanessa L. Scarf et al. (2018)¹³, el trauma perineal grave es notablemente menos frecuente en el domicilio. Particularmente, dos de sus estudios manifestaron que la probabilidad de periné íntegro es mucho más alta que en el ámbito hospitalario. Esta última afirmación es compartida por L. Alcaraz Vidal et al. (2021)¹⁵, quienes añaden que esta disminución en la incidencia de lesiones perineales puede deberse al entrenamiento de las matronas en su prevención, al uso de compresas calientes y al parto en el agua (un 27% de gestantes emplearon la bañera para dar a luz).

Respecto a la hemorragia posparto (HPP), Cristina Rossi et al. (2018)¹² determinan que hay un menor riesgo de que se produzca en el hogar en comparación con el hospital, aunque la diferencia no fue clínicamente significativa (7'9% vs 8'9% respectivamente). No obstante, para Vanessa L. Scarf et al. (2018)¹³, la probabilidad de hemorragia posparto grave (mayor o igual a 1.000 ml) sí fue considerablemente menor (2853/102,663 vs 5231/336,330). El estudio de L. Alcaraz Vidal et al. (2021)¹⁵, añade que no se observó una relación entre el sangrado con el peso neonatal por encima de los cuatro kilogramos y las posiciones no reclinadas (con un 82'5% de partos en posturas no recostadas). Sin embargo, hacen hincapié en que la hemorragia fue evaluada visualmente, siendo esto un método difícil en los partos en agua, de manera que pudieron realizarse algunas transferencias hospitalarias por precaución.

Acerca de los traslados hospitalarios, en la revisión sistemática y metanálisis de Cristina Rossi et al. (2018)¹², se dispone de cinco artículos que informan sobre los diferentes motivos en los que fue preciso realizarlo. Fue necesario en un 10% de

los casos (1.456/14.637). Cabe destacar que el tiempo empleado pudo haber influido en la morbilidad materna y neonatal. Los principales motivos se recogieron en tres de los cinco estudios. Principalmente, se debieron a complicaciones intraparto en 88 gestantes (82'2%), en un 57% de casos fue por indicación fetal (61/107 mujeres). Debido a que los casos de asfixia neonatal y de Apgar<4 a los cinco minutos tenían una alta probabilidad de traslado, un 4'2% de los recién nacidos cambiaron de atención domiciliaria a hospitalaria.

El estudio de L. Alcaraz Vidal et al. (2021)¹⁵ manifiesta que 108 gestantes (14'4%) tuvieron que ser transferidas durante el parto. La mayoría eran nulíparas, en contraposición con las multíparas que comprendieron un 10'1% de los casos. El motivo más frecuente fue el parto prolongado (45'3%), seguido de las complicaciones posparto maternas (2'3%) y neonatales (1'2%). Se debe considerar que, dado que el examen vaginal no se realiza de forma rutinaria, la duración del parto se estimó subjetivamente. En consecuencia, quizás se clasificó algún parto como si tuviera una evolución lenta sin ser esto real. De igual modo, los traslados no se clasificaron según el grado de emergencia y no se tuvo en cuenta el tiempo de llegada al hospital, lo cual pudo dar lugar a sesgos en los resultados obtenidos.

Por otro lado, investigadores como Angela Reistma et al. (2020) son los únicos que en su estudio realizan una distinción de las gestantes dependiendo de la paridad de las mismas (nulíparas o multíparas) y según si los profesionales sanitarios están o no integrados en el Sistema de Salud Público, ofreciendo como una prestación más la atención al parto en casa planificado. En referencia a los resultados maternos, al igual que en los estudios anteriores se observó en el parto domiciliario una disminución del número de intervenciones, lo que supuso una menor morbilidad. Asimismo, señalan una menor probabilidad de infección, todo ello aplicable en mujeres nulíparas y multíparas. En cambio, en las multíparas que parieron en el hogar descubrieron que la probabilidad de sufrir un desgarro de III-IV grado se redujo (<45%) pero no se evidenció el mismo hallazgo en nulíparas. Además, en las multíparas decrecieron aún más las probabilidades de experimentar alguna de las intervenciones hospitalarias más comunes, como: episiotomía (<50%); analgesia epidural (<75%); hemorragia posparto (<40%); uso de oxitocina (<65%); parto instrumental y cesárea (<60%), entre otros. En aquellos entornos en los que la matrona se encontraba integrada en el Sistema Sanitario, se contempló una disminución de la probabilidad de cesárea (<40%), parto instrumental (<50%), uso de analgesia epidural (<70%), episiotomía (<55%), desgarro perineal de tercer o cuarto grado (<40%), estimulación del trabajo de parto con oxitocina (<60%). En los artículos que no especificaron si la matrona estaba bien integrada o no en el Sistema de Salud, se objetivó una reducción de la infección materna (<75%) y de la hemorragia puerperal (30%)¹⁴.

Atendiendo a los resultados fetales, en el estudio de L. Alcaraz Vidal et al. (2021)¹⁵ se objetiva que dentro de la incidencia anual de eventos adversos (6'3-8'3%) la distocia de hombros es la más habitual (4'5% de casos) y la asocian a un peso mayor a los cuatro kilogramos. Cristina Rossi et al. (2018)¹² agregan que existe un menor riesgo de distocia (0'2 veces menor) en el parto en domicilio, asociado a un menor uso de analgesia epidural.

Respecto a diferentes eventos adversos, Cristina Rossi et al. (2018)¹² exponen que una puntuación baja en el test de Apgar, al igual que la asfixia neonatal fue similar en ambos entornos. En el estudio de Vanessa L. Scarf et al. (2018)¹³, muestran que la posibilidad de ingreso en el servicio de UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) es mucho menor cuando el parto es planificado en el hogar, sobre todo en mujeres multíparas aunque la diferencia con las primíparas no era significativa. En cuanto a la parálisis de Erb o fracturas de húmero o clavícula, L. Alcaraz Vidal et al. (2021)¹⁵ no reportaron casos en su estudio. Igualmente, detectaron *Estreptococo beta-hemolítico* positivo en un 10% de los casos y no se hallaron diferencias en la morbilidad en comparación con las que dieron negativo.

Angela Reistma et al. (2020)¹⁴ no registraron ningún aumento en la morbilidad perinatal o neonatal cuando el parto se planeó en el domicilio. Los mismos hallazgos se pueden extrapolar al estudio de Cristina Rossi et al. (2018)¹². Asimismo, en el estudio de Vanessa L. Scarf et al. (2018)¹³ los análisis detallados por paridad tampoco objetivaron diferencias significativas de mortalidad intraparto ni de muerte neonatal temprana (primeros siete días de vida). En el estudio de L. Alcaraz Vidal et al. (2021)¹⁵ la tasa de mortalidad perinatal fue de sólo 1'3 por cada mil recién nacidos. En definitiva, la morbilidad neonatal no depende del lugar de nacimiento planificado.

En lo que a las limitaciones en los estudios respecta, éstos no muestran unos criterios estandarizados sobre qué es un embarazo de bajo riesgo. Además, no todos tienen en cuenta ciertas características maternas, como la paridad, que cambian drásticamente los resultados obtenidos, por lo que los hallazgos pueden ser menos precisos y con mayor tendencia a sesgos^{14,15}. En segundo lugar, dada la selección de artículos de diferentes países, donde el contexto puede ser muy diverso en cuanto a la prestación de servicios, modelos de atención e integración en los servicios de maternidad, recursos, etcétera, los resultados no se pueden generalizar¹⁴.

Pocos estudios tuvieron un tamaño muestral lo suficientemente grande como para detectar diferencias significativas en resultados poco frecuentes como la mortalidad perinatal. Asimismo, se dispone de pocos ensayos controlados aleatorios (ECA) que comparen los resultados del parto en el hogar y en el hospital porque es poco probable que las mujeres se

inscriban en dichos estudios. En su lugar, la evidencia recomienda que se realicen revisiones sistemáticas y metanálisis de estudios de cohortes de alta calidad para evaluar los resultados del parto domiciliario planificado^{14,15}.

Con vistas al futuro, partiendo de los hallazgos encontrados en los artículos, a nivel práctico sería interesante que todos los países tuvieran integrado en su Sistema Sanitario la atención al parto domiciliario como una prestación más, siendo las matronas las profesionales que presten dicha atención. Asimismo, de cara a futuras investigaciones, se debe seguir indagando en los resultados materno-fetales que se obtienen en el parto en casa planificado en gestantes de bajo riesgo obstétrico con las mismas características, para poder extrapolar dichos resultados a todo el colectivo^{14,15}.

5. CONCLUSIONES

En esta revisión bibliográfica se estudiaron los resultados materno-fetales obtenidos en mujeres de bajo riesgo obstétrico que decidieron parir de forma planificada en el hogar. Se sacaron las siguientes conclusiones:

- 1) Los partos en casa planificados disminuyen la probabilidad de intervención y, por tanto, la morbilidad materna. Del mismo modo, el lugar donde la mujer planifique su parto tiene poco impacto en los resultados adversos perinatales.
- 2) Pese a los hallazgos anteriores, se debe tener presente que los partos pueden tener riesgos inherentes porque hay eventos adversos cuya aparición no depende del entorno en el que se desarrolle. Pueden ocurrir tanto en embarazos de bajo como de alto riesgo.
- 4) Las tasas de mortalidad materno-fetales son similares en el ámbito hospitalario y en el hogar.
- 5) Los Servicios de Salud en los que se encuentra financiada la asistencia al parto en domicilio por matronas, han demostrado una influencia positiva en la tasa de intervenciones y morbilidad materna, ya que realizan una evaluación minuciosa de la gestante, por lo que las mujeres que dan a luz en el hogar suelen ser buenas candidatas.
- 6) A pesar de las limitaciones en los estudios, las evidencias demuestran que los partos en casa planificados son seguros en embarazos de bajo riesgo.
- 7) En el futuro, se debe continuar investigando sobre la seguridad, los riesgos y beneficios que comporta el parto en casa planificado en gestantes de bajo riesgo obstétrico, abarcando una población mayor con las mismas características maternas en el mismo contexto sanitario, para poder generalizar los resultados obtenidos.

REFERENCIAS

- [1] Driéguez Castaño C, López Martínez EM, Avilés Sáez A, Conesa Ferrer MB. Experiencias de partos en casa y en el hospital de mujeres en los años 60 y 70 en España. *Cul Cuid*. 2018;22(52):77-91. doi:10.14198/cuid.2018.52.07
- [2] Fernández Guillén F. Aspectos Jurídicos de la Atención al Parto. Hojas de Consentimiento Informado y Planes de Parto [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2009 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/AspectosJuridicos.pdf>
- [3] Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. Estrategia de Atención al Parto Normal. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Observatorio de Salud de las Mujeres. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
- [4] Artal-Mittelmark R. Management of Normal Labor [Internet]. EE.UU.: MSD Manual. Professional Version; 2021 [actualizado septiembre 2022; citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/KCvjoRsz5k>
- [5] American Association of Birth Centers, Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine, Kilpatrick SJ, Menard MK, et al. Obstetric Care Consensus #9: levels of maternal care: (replaces Obstetric Care Consensus Number 2, February 2015). *Am J Obstet Gynecol*. 2019;221:B19–30. doi: 10.1016/j.ajog.2019.05.046
- [6] Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/E8IG>
- [7] FAME. Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres [Internet]. Pamplona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2011 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/iniciativa-al-parto-normal.pdf>
- [8] Alcaraz Vidal L, Casadevall Castañé L, Díaz-Maroto S, Domínguez Cano P, Franch Ferrer M, García Morales R, et al. Guía de Asistencia al Parto en Casa [Internet]. Barcelona: Associació Catalana de Llevadores; 2018 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/guia_partocasa_2018.pdf
- [9] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline (CG190) [Internet]. XXX: NICE; 2014 [actualizado diciembre 2022; citado 09 mayo 2023]. Disponible en:

<https://cuty.io/raZvDdZA>

[10] Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Recomendaciones sobre la atención al parto en casa. Documento basado en la evidencia [Internet]. Madrid: FAME; 2022 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/ZWUyb>

[11] American College of Nurse-Midwives. Midwifery Provision of Home Birth Services: American College of Nurse-Midwives. J Midwifery Womens Health. 2016 Jan-Feb;61(1):127-33. doi: 10.1111/jmwh.12431

[12] Rossi AC, Prefumo F. Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018 Mar;222:102-108. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.01.016

[13] Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. Midwifery. 2018 Jul;62:240-255. doi: 10.1016/j.midw.2018.03.024

[14] Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton EK. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. EClinicalMedicine. 2020 Apr 5;21:100319. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100319

[15] Alcaraz-Vidal L, Escuriet R, Sàrries Zgonc I, Robleda G. Planned homebirth in Catalonia (Spain): A descriptive study. Midwifery. 2021 Jul;98:102977. doi: 10.1016/j.midw.2021.102977

Plan de Cuidados. Manejo del recién nacido prematuro mediante el método canguro en cuidados intensivos neonatales

Sara Frías-Calvo^a, Judith Arbelo-Molina^b

^aEnfermera Interna Residente. Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría. CHUC; ^bTutora. Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría. CHUC

RESUMEN

En la actualidad, el método madre canguro constituye la base de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido, teniendo como pilar fundamental la disminución de la mortalidad en prematuros mediante la participación activa de la madre. El presente trabajo pretende establecer un plan de cuidados estandarizado basado en el método madre canguro para madres y recién nacidos (RN) prematuros que requieran ingreso en UCIN. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (PubMed, Scopus y Google Scholar) sobre el método canguro, población diana, beneficios y riesgos. De acuerdo con el PAE, el modelo de valoración enfermera es el de las 14 necesidades de Virginia Henderson con diagnósticos, objetivos e intervenciones enfermeras que apoyan la necesidad de empleo del método canguro en esta población. Los diagnósticos priorizados que lo sostienen son: [00005] Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, [00115] Riesgo de conducta desorganizada del lactante y [00075] Disposición para mejorar el afrontamiento familiar. A través de todo lo anterior, se instruye en el método madre canguro a la población diana escogida, se explican las diferentes posiciones que hay revisadas en la actualidad y los beneficios que suponen para el desarrollo del recién nacido prematuro y el afrontamiento de la madre. Entre los beneficios que se han revisado se encuentran: la termorregulación del recién nacido, prevención de aparición de apneas, mejor manejo del estrés del RN, efecto neuroprotector más allá de la infancia, disminución de la mortalidad neonatal... Sin embargo, es necesario que las intervenciones estén estructuradas y guiadas por personal entrenado para ello y, existan tanto estructuras como recursos materiales que permitan la estancia de los padres las 24h del día en condiciones óptimas dentro de la UCIN.

Palabras clave: método madre-canguro, recién nacido prematuro, enfermería.

1. INTRODUCCIÓN

El método madre canguro (MMC/KMC), que también recibe el nombre de cuidados canguro, atención canguro, programa madre canguro o contacto piel con piel, son una serie de acciones que van encaminadas a disminuir la mortalidad de los prematuros mediante la participación activa de la “madre” simulando la maduración extrauterina fetal de estos mamíferos y cargando continuamente al recién nacido prematuro. Constituye un sistema de cuidados estandarizados que tienen como objetivo final el empoderamiento de la madre y el traslado paulatino de la responsabilidad del cuidado de su bebé¹.

Este método tiene como origen el Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, en 1979, cuando los doctores Edgar Rey y Héctor Martínez, debido a la falta de incubadoras para atender a los bebés prematuros y la alta incidencia de infecciones hospitalarias, comenzaron un programa de cuidados a esta población. Dicho programa consistía en colocar al niño piel con piel con la madre, alimentación mediante lactancia materna (LM), adelantamiento del alta hospitalaria y continuación de estos cuidados en domicilio. Es un método que ha sido difundido poco a poco hasta alcanzar evidencia científica que lo respalda. En nuestro contexto, en España, el método canguro se practica de manera intermitente, cuando el prematuro está estable y solo, o en gran medida, en el medio hospitalario².

1.1. Presentación de población diana

Cuando el nacimiento del recién nacido se rompe de manera prematura, se modifica de forma abrupta el ambiente en el que tenía que madurar y se rompe el sistema psicosomático y cerrado que envuelve su desarrollo. La prematuridad está asociada con trastornos del desarrollo a corto y medio plazo, déficits cognitivos, bajo rendimiento académico, problemas en la atención y menos habilidades sociales. Son niños que tienen mayor riesgo de desarrollar alteraciones auditivas y visuales a largo plazo, enfermedades cardiovasculares, diabetes en la adultez y muerte precoz. Al menos, se han descrito 3 problemas de los niños prematuros: principal causa de bajo peso al nacer, mortalidad infantil y mayores complicaciones^{2,3}.

Hoy en día, las cifras de prematuridad a nivel mundial corresponden con 1 de cada 10 nacimientos anuales. Es decir, cada año nacen antes de la semana 37 de gestación 15 millones de recién nacidos. Además, las complicaciones que derivan de los partos prematuros son la principal causa de mortalidad infantil antes de los 5 años de edad⁴. Por ello, es necesario la

implantación y actualización de un plan de cuidados estandarizado centrado en el método canguro en el recién nacido prematuro.

1.2. Posición canguro

La posición “rana” o posición tradicional del método canguro está compuesta de las siguientes características:

- El RN debe colocarse de forma que la parte anterior del tórax entre en contacto con la piel y el pecho de la madre, debajo de la ropa y entre sus pechos. La cabeza ladeada favoreciendo que la vía respiratoria quede libre y haya contacto visual entre madre y RN. En este caso, la madre no solo cumple la función de mantener la temperatura sino que es fuente principal de alimentación y estimulación.

- Se utiliza un soporte elástico de tela que permite a la persona que lo realiza relajarse y dormirse mientras el niño se mantiene permanentemente y de forma segura. Este soporte hace que la vía aérea no se obstruya por cambios de posición o por la hipotonía que puede llegar a tener un prematuro. Le permite ciertos movimientos sin ponerle en riesgo.

- Puede ser alimentado en cualquier momento.

- Para dormir hay que hacerlo en posición semi-fowler.

- Esta posición se mantiene hasta que el niño no la tolera más o cuando muestra signos de incomodidad.

- La duración tiene que ser como mínimo entre 90-120 minutos, puesto que algo inferior realmente no proporciona ventajas. Lo ideal es que se continúe al alta hospitalaria y sea continua, prolongada y duradera^{2,3}.

Como alternativa a esta posición tradicional, hay cada vez más estudios basados en ensayos clínicos aleatorizados que muestran la necesidad de encontrar más posiciones que ofrezcan cambios posturales. Un ejemplo de ello es la posición lateral del método canguro en RN extremadamente prematuros (<28 SEG). No hay evidencia sobre el aporte de mayores beneficios ni de una disminución de hemorragia intraventricular, pero podría ser una alternativa a la posición tradicional⁵.

1.3. Objetivo del trabajo

Establecer un plan de cuidados estandarizado para el recién nacido prematuro entorno al método canguro que ayude a protocolizarlo en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

2. METODOLOGÍA

Como se ha adelantado en el anterior epígrafe, en España, el método madre canguro se realiza de manera intermitente. Actualmente, gran parte de las unidades de cuidados intensivos neonatales no están preparadas para la estancia de la madre las 24 horas del día, sino que disponen únicamente de un sillón que les permite permanecer y acompañar de manera puntual. Por ello, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica sobre la relevancia y beneficios que supone esta práctica. Dicha búsqueda bibliográfica fue en diferentes bases de datos nacionales e internacionales, como son PubMed, Google Scholar y Scopus. Los criterios de inclusión empleados fueron:

- Publicación de <10 años.

- Idioma inglés, español y francés.

- “AND” y “OR” como operadores booleanos de los descriptores: “enfermería”, “nursing”, “método madre canguro”, “kangaroo-mother care method”, “recién nacido prematuro”, “premature”, “cuidados de enfermería”, “nursing care”.

A través, de esta búsqueda se seleccionaron diferentes publicaciones para el desarrollo de un plan de cuidados para el recién nacido prematuro en cuidados intensivos neonatales y protocolizar dicho plan de cuidados.

2.1. Fase de valoración

Para ofrecer una perspectiva enfermera a todo lo anteriormente descrito, es preciso recurrir al Proceso de Atención Enfermera (PAE), que tiene como base una valoración previa. Para ello, se ha escogido el modelo de *Necesidades de Virginia Henderson*. Este modelo permite una valoración mediante las 14 necesidades básicas en salud. Comprende que el ser humano precisa satisfacer una serie de necesidades para alcanzar su más alto nivel de bienestar.

Cuando el recién nacido pretérmino (<37 semanas de gestación), llega a la unidad de cuidados intensivos neonatales, se lleva a cabo una valoración íntegra. Se entiende que la madre y el recién nacido son un binomio inseparable y, por tanto, los cuidados que se desarrollan deben dirigirse hacia el bienestar de ambos. Estos serían los ítems de la valoración estructurada:

- Respirar normalmente: tipo de respiración, frecuencia respiratoria, tipo de soporte de ventilación, estado de piel y mucosas, relleno capilar, Test Silverman-Anderson⁶.

- Beber y comer adecuadamente: tipo de alimentación, tipo de soporte de ayuda para la alimentación, problemas en deglución, frecuencia de alimentación, escala LATCH⁷ (si procede), satisfacción de la madre.

- Eliminación por todas las vías corporales: frecuencia de eliminación fecal y características, frecuencia de eliminación urinaria y características, presencia de sudoración.

- Moverse y mantener posturas adecuadas: realización de cambios posturales, deseo de la madre de mantener posición canguro, evaluación de posición canguro.

- Dormir y descansar: número de horas de sueño al día del recién nacido, presencia o no de irritabilidad.
- Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse: tipo de ropa elegida para estancia en UCIN.
- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales: monitorización de temperatura corporal, colocación de faja elástica o no para realización de método canguro.
- Mantener la higiene corporal e integridad de la piel: estado de la piel, escala NSRAS (Neonatal Skin Risk Assessment Scale)⁸.
- Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas: presencia o no de alergias tanto a recién nacido como madre, valoración de ambiente familiar.
- Comunicarse con los demás expresando emociones: escala FLACC⁹ para recién nacido, valoración adaptación de la madre al nuevo rol.
- Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores: ideas o creencias de la madre y/o familia que influyan en proceso de hospitalización.
- Ocuparse en algo para realizarse: adaptación al nuevo rol de madre y expectativas.
- Participar en actividades recreativas: no valorable.
- Aprender, describir y satisfacer la curiosidad: participación en los cuidados al recién nacido prematuro en UCIN¹⁰.

2.2. Fase diagnóstica

Tras llevar a cabo la valoración del recién nacido prematuro y de la madre, de manera conjunta, hay necesidades potencialmente en riesgo o que se podrían ver afectadas. Agrupando los diagnósticos de acuerdo con las necesidades, las posibles etiquetas diagnósticas son:

- Necesidad de Comer y Beber adecuadamente:

[00106] *Disposición para mejorar la lactancia materna* R/C capacidad de la madre para colocar al niño.

- Necesidad de dormir y descansar:

[00165] *Disposición para mejorar el sueño* M/P la cantidad de sueño y sueño REM es congruente con las necesidades de desarrollo.

[00095] *Insomnio* R/C ruido, ambiente de cuidado nocivo.

- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:

[00005] *Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal* R/C edades extremas.

- Necesidad evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas

[00112] *Riesgo de retraso en el desarrollo* R/C nutrición inadecuada, infecciones, prematuridad.

[00115] *Riesgo de conducta desorganizada del lactante* R/C dolor, prematuridad, procedimientos invasivos o dolorosos, falta de contención o límites.

[00132] *Dolor agudo* R/C agentes lesivos (físicos) M/P conducta expresiva (llanto).

- Necesidad de comunicación y relación

[00075] *Disposición para mejorar el afrontamiento familiar* M/P la madre trata de alcanzar un estilo de vida que promueva la salud.

- Necesidad de autorrealización

[00227] *Riesgo de proceso de maternidad ineficaz* R/C confianza materna baja.

Es necesario que se individualice para cada binomio RN-madre de acuerdo con la valoración previamente descrita. Los diagnósticos de enfermería que más encajan con la puesta en marcha del método canguro y ofrecen un plan de cuidados enfocado a ello, son: [00005] *Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal*, [00115] *Riesgo de conducta desorganizada del lactante* y [00075] *Disposición para mejorar el afrontamiento familiar* ¹¹.

2.3 Fase planificación

Tabla 1. Plan de cuidados.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	NOC	NIC
[00005] <i>Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal</i> R/C edades extremas.	[00801] Termorregulación neonato: - Temperatura corporal dentro de los límites de la normalidad: no comprometido. - Ausencia de irritabilidad: no comprometido. Identificar síntomas de hipotermia y poner en marcha acciones cuando esté presente: frecuentemente demostrado.	[003900] Regulación de la temperatura: - Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice. - Medición de la temperatura corporal continua o c/8h (según proceda). - Colocar al recién nacido en cuna térmica. - Observar color y temperatura de la piel. - Observar y registrar signos y síntomas de hipotermia o hipertemia. Mantenimiento en contacto piel con piel.

[00115] Riesgo de conducta desorganizada del lactante R/C dolor, prematuridad, procedimientos invasivos o dolorosos, falta de contención o límites.	[0118] Adaptación del recién nacido: - Coloración cutánea: sin desviación. [0909] Estado neurológico: - El recién nacido demostrará signos de estabilidad mediante la respiración, coloración, tono constante y sueño modulado: frecuentemente demostrado. - Demuestra habilidades de autorregulación: succión, flexión de los dedos manos y pies y postura fetal: frecuentemente demostrado. [2102] Nivel de dolor: - Expresiones faciales de dolor: leve. - Inquietud: leve. - Irritabilidad: leve. - Lágrimas: leve. [1212] Nivel de estrés: - Aumento de la FR: leve. - Aumento de la FC: leve.	[5568] Educación a los padres: - Proporcionar información sobre el desarrollo del recién nacido. - Facilitar a la madre método contención al RN. [6840] Cuidados de método canguro: - Explicar en qué consiste método canguro. - Explicar beneficios y riesgos de método canguro. - Colocar al RN con la madre en piel con piel el mayor tiempo posible. - Colocar al RN con la madre en piel con piel durante procedimientos dolorosos y estresantes. - Favorecer LM si se desea. [6482] Manejo ambiental: confort - Evitar interrupciones innecesarias y permitir contacto con progenitores. - Control de estímulos: ruido, luz, contacto.. - Proporcionar recursos materiales para estancia conjunta en UCIN de madre y RN.
[00075] Disposición para mejorar el afrontamiento familiar M/P la madre trata de alcanzar un estilo de vida que promueva la salud	[1819] Conocimientos: cuidados del lactante. - Posición adecuada del lactante: total conocimiento. - Coge al lactante adecuadamente: total conocimiento. [1500] Lazos afectivos padres-hijo: - Responden a señales del lactante: frecuentemente demostrado. - Consuelan y tranquilizan al lactante: frecuentemente demostrado. [2211] Desempeño del rol de padres: - Proporciona nutrición adecuada: frecuentemente demostrado. Expresa satisfacción con el rol de madre: frecuentemente demostrado.	[7100] Estimulación de la integridad familiar: - Atención al nivel de estrés familiar. - Apoyo a las necesidades de la familia. - Pasar tiempo con el RN y permitir verbalizar sentimientos. [7110] Fomentar la implicación de la familiar: - Facilitar la participación de la familia en el cuidado recién nacido.

2.4 Fase evaluación

Tras la puesta en marcha del plan de cuidados diseñado y enfocado al aprovechamiento del método canguro, cada uno de los NOC establecidos serían evaluados, según su grado de cumplimiento, por la enfermera de cuidados intensivos neonatales. Los objetivos con los indicadores planteados han sido formulados ya con el resultado final que se pretende conseguir.

3. RESULTADOS

Al ser un plan de cuidados estandarizado, está pendiente de ser puesto en marcha en el lugar y población descritas. Mediante todo lo anteriormente descrito, se pretende: establecer mayor vínculo e implicación de los padres en el cuidado, favorecer la implementación y continuidad de la lactancia materna, favorecer la termorregulación del RN, favorecer la estabilidad de los signos vitales (estabilidad fisiológica), prevenir la aparición de apneas debidas a la prematuridad del RN (tanto el número como el riesgo), favorecer la disminución de los episodios de reflujo gastroesofágico¹, mejorar el manejo del estrés del RN (menor nivel medio de cortisol) y de la madre, aumentar la ganancia ponderal y disminuir la estancia hospitalaria^{12,13}, promocionar el efecto neuroprotector más allá de la infancia (aumento de volúmenes de materia gris, cerebelo y núcleos basales)¹⁴, disminuir la mortalidad neonatal...

4. DISCUSIÓN

El plan de cuidados establecido permite una mayor integración del método canguro en cuidados intensivos neonatales. No obstante, la mayor duda planteada es su seguridad en situaciones en las que el RN no está completamente estable. Se ha visto que aporta los mismos beneficios en determinadas situaciones, como son:

En RN con bajo peso al nacer y con ventilación mecánica invasiva se ha visto que pueden realizar método madre canguro sin cambios en temperatura, satO₂ y FR. Se ha visto que no se producen extubaciones accidentales ni una mayor inestabilidad del paciente. En estos casos de necesidad de soporte ventilatorio, se ha visto eficacia en el inicio precoz y duración prolongada⁵.

En RN portador de catéter venoso umbilical también se ha visto que el contacto piel con piel precoz no influye en la incidencia de complicaciones mecánicas y no parece asociarse con un riesgo mayor de infecciones relacionadas con el catéter. Supone de nuevo los beneficios descritos anteriormente¹⁵.

Beneficios durante procedimientos dolorosos, tales como venopunción, punción del talón, inyección intramuscular y retirada de apósitos adhesivos. Todo ello medido mediante parámetros como: duración del llanto, satO₂, FC. Incluso se ha visto que la combinación de contacto piel con piel con y sin glucosa oral es más eficaz y que el contacto piel con piel *persé* es más eficaz que la glucosa sola para procedimientos dolorosos en RN¹⁶⁻¹⁸.

Todo esto ofrece una mayor seguridad y confianza al profesional que debería de ser suficiente para promocionar, instruir y protocolizar en todos los hospitales el método canguro de manera continua a todo recién nacido prematuro.

5. CONCLUSIONES

Por medio de este plan de cuidados se ha evidenciado que el desarrollo del método canguro constituye por sí mismo una forma de abordaje y manejo en la UCIN válida y con innumerables beneficios para el RN. Es plan de cuidados que se propone puede ser empleado como protocolo y guía en cuidados intensivos neonatales. Hay suficiente bibliografía que demuestra que no es una alternativa para los países en vías de desarrollo, sino que más bien es una opción con base científica, segura y efectiva para complementar y mejorar el cuidado de los recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer¹. Es misión de enfermería poner en marcha dicho plan de cuidados, extender y ofrecer el derecho a todos padres del cuidado activo de su RN prematuro. Es misión de enfermería luchar por unidades de cuidados intensivos neonatales con una mayor presencia de los padres.

REFERENCIAS

- [1] Bohórquez Peñaranda A, Charpak N. Guías de práctica clínica. Basadas en la evidencia para la óptima utilización del Método Madre Canguro en el recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer [Internet]. Colombia: Fundación Canguro; 2021 [citado 9 diciembre 2022];4(6):84. Disponible en: <https://fundacioncanguro.co/wp-content/uploads/2021/06/Guia-de-Practica-Clinica-Actualizacion-2007-2017.pdf>
- [2] Martín Gutiérrez AB, Marín Rubio E. Revisión narrativa sobre el efecto del programa “Madre Canguro”. Ocronos [Internet]. 2021 [citado 21 diciembre 2022]; 4(6): 84. Disponible en: <https://revistamedica.com/programa-madre-canguro/>
- [3] Charpak N et al. Actualización de los Lineamientos Técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia, con énfasis en la nutrición del neonato prematuro o de bajo peso al nacer. Colombia: Minsalud; 2017.
- [4] Organización Mundial de la Salud (OMS). Nacimientos prematuros [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- [5] Collados-Gómez L, Esteban-Gonzalo L, López-López C, Jiménez-Fernández L, Piris-Borregas S, García-García E, Fernández-Gonzalo JC, Martínez-Miguel E. Lateral Kangaroo Care in Hemodynamic Stability of Extremely Preterm Infants: Protocol Study for a Non-Inferiority Randomized Controlled Trial CANGULAT. Int J Environ Res Public Health. 2021 Dec 28;19(1):293. doi: 10.3390/ijerph19010293
- [6] Silverman WA, Andersen DH. A controlled clinical trial of effects of water mist on obstructive respiratory signs, death rate and necropsy findings among premature infants. Pediatrics. 1956 Jan;17(1):1-10.
- [7] Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1994 Jan;23(1):27-32. doi: 10.1111/j.1552-6909.1994.tb01847.x
- [8] Huffines B, Logsdon MC. The Neonatal Skin Risk Assessment Scale for predicting skin breakdown in neonates. Issues Compr Pediatr Nurs. 1997 Apr-Jun;20(2):103-14. doi: 10.3109/01460869709026881
- [9] Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. Pediatr Nurs. 1997 May-Jun;23(3):293-7.
- [10] Correa Argueta E, Verde Flota EE, Rivas Espinosa JG. Valoración enfermería basada en la filosofía de Virginia Henderson [Internet]. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2016 [citada 09 mayo 2023]. Disponible en: https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion_de_enfermeria.pdf
- [11] Herdman TH, Kamitsuru S (ed.). Nursing Diagnosis: Definition and classifications 2021-2023. Amsterdam: Elsevier Health Sciences; 2023.

- [12] Cristóbal Cañadas D, Parrón Carreño T, Sánchez Borja C, Bonillo Perales A. Benefits of Kangaroo Mother Care on the Physiological Stress Parameters of Preterm Infants and Mothers in Neonatal Intensive Care. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 11;19(12):7183. doi: 10.3390/ijerph19127183
- [13] Evereklian M, Posmontier B. The Impact of Kangaroo Care on Premature Infant Weight Gain. *J Pediatr Nurs*. 2017 May-Jun;34:e10-e16. doi: 10.1016/j.pedn.2017.02.006
- [14] Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, Uriza F, Hernandez JT, Cortes D, et al. Kangaroo mother care had a protective effect on the volume of brain structures in young adults born preterm. *Acta Paediatr*. 2022 May;111(5):1004-1014. doi: 10.1111/apa.16265.
- [15] Bisanalli S, Nesargi S, Govindu RM, Rao SP. Kangaroo Mother Care in Hospitalized Low Birth-Weight Infants on Respiratory Support: A Feasibility and Safety Study. *Adv Neonatal Care*. 2019 Dec;19(6):E21-E25. doi: 10.1097/ANC.0000000000000666
- [16] Catherine ZG, Béatrice P, Fabrice L, Claire H, Alain D. Skin-to-skin contact with an umbilical venous catheter: prospective evaluation in a level 3 unit. *Eur J Pediatr*. 2016 Apr;175(4):551-5. doi: 10.1007/s00431-015-2665-7
- [17] Johnston C, Campbell-Yeo M, Disher T, Benoit B, Fernandes A, Streiner D, et al. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb 16;2(2):CD008435. doi: 10.1002/14651858.CD008435.pub3
- [18] Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, Uriza F, Hernandez JT, Cortes D, et al. Kangaroo mother care had a protective effect on the volume of brain structures in young adults born preterm. *Acta Paediatr*. 2022 May;111(5):1004-1014. doi: 10.1111/apa.16265

La vía subcutánea. Una alternativa para el paciente de cuidados paliativos

^aEsaú Cáceres-Alonso, ^bGabriel-Jesús Estévez-Guerra

^aEstudiante del Grado en Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bProfesor del Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

Los cuidados paliativos se basan en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y familias que se enfrentan a una enfermedad avanzada. En cuanto al abordaje de los síntomas se han manejado a través de la primera vía de elección, la oral o intravenosa, pero a veces éstas no son posibles y se deben optar por otras alternativas. La vía subcutánea cuenta con múltiples ventajas y a pesar de ser poco conocida por el personal de enfermería, puede ser de vital importancia en los cuidados de este tipo de pacientes.

Objetivo: Conocer las ventajas de la administración de fármacos por vía subcutánea en el control de los síntomas físicos en pacientes de cuidados paliativos.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica entre enero de 2018 y diciembre de 2022, en inglés y español. Se utilizaron las bases de datos MEDLINE (Pubmed), LILACS y CINAHL, además del buscador Google Académico.

Resultados: Existe una amplia variedad de fármacos que pueden administrarse por vía subcutánea, presentando menos efectos adversos si se comparan con otras vías de administración. Además, hay buena aceptabilidad por parte de los cuidadores informales ante el manejo de la vía subcutánea para continuar los cuidados en el hogar.

Conclusión: El personal de enfermería debe formarse y conocer el uso de la vía subcutánea para tenerla presente como alternativa ante los beneficios que presenta; manejo de los síntomas, escasos efectos adversos, y continuidad de los cuidados en el hogar.

Palabras clave: infusiones subcutáneas, cuidados paliativos, tratamiento farmacológico, hipodermocclisis.

1. INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos (CP) son aquellos cuidados que pretenden dar una respuesta científica, profesional y humana al paciente, a sus familiares y cuidadores. Estos cuidados se centran en las necesidades de la persona que padece alguna patología crónica oncológica o no oncológica en situación avanzada, como pueden ser la demencia, la insuficiencia respiratoria, renal y cardíaca cuando no se tiene respuesta al tratamiento curativo y, por lo tanto, los cuidados se centran en el control de los síntomas físicos. En cuanto a sus objetivos, estos se basan en lograr que el paciente viva con dignidad la última etapa de su vida, ofreciéndole la posibilidad de tomar decisiones sobre su cuerpo y su propia vida respetando ante todo sus valores, los cuales han guiado su existencia¹⁻⁴.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) señala que en nuestro país mueren cada día 140 personas con sufrimiento evitable si hubiesen sido atendidos por un equipo de CP. También indica que son atendidas alrededor de 51.800 personas al año frente a 105.268 que lo precisarían. Sin embargo, a pesar de la mejora de la disponibilidad de los recursos de CP, los principales costes en el sistema sanitario corresponden a las hospitalizaciones en los días previos a la muerte, llegando a suponer más del 90% del total de ellos en el último mes de vida⁵.

En lo que respecta a Canarias, los últimos datos recogidos por el Instituto Canario de Estadística (ISTAC) expone que murieron 17.149 residentes en el año 2021, siendo sus causas de defunción más usuales los tumores (4.591, un 26,77% del total) y otras enfermedades como la insuficiencia cardíaca, enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia respiratoria y trastornos mentales orgánicos seniles (2.646, un 15,43%). Por lo tanto, aproximadamente el 43% de las personas mueren a consecuencia de enfermedades crónicas avanzadas que requerirán de los CP en algún momento de su vida⁶.

A medida que avanza la enfermedad en este tipo de pacientes, van apareciendo síntomas físicos cada vez más intensos, que hace que precisen de atención y control por parte de los profesionales sanitarios. Del mismo modo, estos pueden agravarse en cualquier momento y si no se tratan de manera óptima, puede ser necesario el traslado de los pacientes a los centros hospitalarios. En estos casos, es necesario tener una vía de acceso para la terapia farmacológica y la vía de elección en CP es la vía oral (VO), pero, en varias ocasiones no es posible utilizarla por la presencia de vómitos, náuseas, diarrea, disfagia, agonía o sedación terminal, entre otros, siendo común su dificultad o imposibilidad para administrarla. Es por

ello, que se deben considerar diferentes vías alternativas y la subcutánea (SC) puede ser una buena elección con respecto a otras, como son la intravenosa (IV) o intramuscular (IM)^{2,7}.

La vía SC se trata de un dispositivo de fácil mantenimiento que no necesita ser heparinizada y que otorga calidad de vida al paciente y a sus familiares, ya que facilita una mayor autonomía en su cuidado, lo que permite su uso domiciliario. Es una técnica no invasiva, segura y cómoda que se basa en administrar la medicación a través del tejido celular subcutáneo mediante el uso de una palomilla o aguja, obteniendo una biodisponibilidad del 100% al igual que el resto de las vías parenterales. En cuanto a su inicio de acción, esta es algo más tardía con respecto a la IV, pero similar a la IM^{2,7-9}.

Sobre su modo de empleo, son varias las zonas de punción de la vía SC, siendo las más usadas la cara lateral del abdomen (dejando al menos 5 cm alrededor del ombligo), los muslos, zona deltoidea, pectoral en el caso de varones, espalda, brazos y zona supraescapular; ésta última es la más indicada en personas que presentan una alteración del nivel de la conciencia^{2,8}.

Con relación a la pauta de administración ésta se puede realizar de dos formas:

- Directa (en bolo): donde se pueden administrar un volumen entre 0,5 y 2 ml, sin sobrepasar los 15ml/hora y teniendo en cuenta que tras su uso se debe hacer una limpieza del catéter con suero fisiológico (SF) entre 0,2 y 0,5 ml^{2,8}.
- Perfusión continua con infusor de presión o elastomérico: estos son dispositivos pequeños, portátiles y no electrónicos que tienen en su interior una cámara con un globo en el que se puede depositar la medicación que se irá emitiendo a un flujo constante de salida^{2,8}.

Además de utilizar esta vía para administrar fármacos, también puede usarse para hidratación, técnica que se conoce como hipodermoclisis, mediante la cual se puede llegar a proporcionar hasta 1500ml/día de suero isotónico. Aunque siempre se deberá tener en cuenta que la zona de punción sea una vía diferente a la que se usa para administrar medicación^{2,8}.

Son muchos los fármacos que se suelen utilizar de forma habitual por vía SC y a pesar de que no todos reflejan en su ficha técnica el uso por esta vía, hoy en día se han realizado varios estudios en la práctica clínica que han servido para valorar su eficacia y poder administrarlos en pacientes con enfermedades avanzadas. Los medicamentos más aconsejados son aquellos que presentan una baja viscosidad, no ser citotóxico, con buena capacidad de absorción y no ser irritante^{2,10-12}.

A pesar de que el uso de la vía subcutánea es una opción eficaz y segura, existen algunas circunstancias en las que su utilización no es posible, como son, la presencia de edemas, anasarca, zonas con incisiones quirúrgicas que impidan la circulación linfática, zonas irradiadas o cicatriciales y coagulopatías graves, además de la negativa del paciente y la claudicación familiar^{8,13}.

Los cuidados que requieren el uso de la vía subcutánea son^{8,9}:

- La duración del dispositivo se sitúa entre 3 días y 3 semanas, aunque se establece una media de 7 días, siempre y cuando no aparezca alguna alteración en la zona de punción (dolor, inflamación, eritema, etc.)
- Observación del punto de inserción.
- Vigilar la posible precipitación del fármaco.
- Vigilar las posibles desconexiones accidentales del sistema (palometa o infusor).

Para el personal de enfermería se presentan varios desafíos en el cuidado de este tipo de pacientes, por un lado, conocer acerca del CP ya que es una disciplina poco integrada en los programas de formación, se sigue instruyendo a los profesionales sanitarios a cuidar para salvar vidas y no a cuidar cuando ya no se es posible curar. Y, por otro lado, se encuentra el desconocimiento o falta de información acerca de la vía SC, limitando su uso en diversas situaciones y perdiendo así sus otras posibilidades de empleo, donde otras vías cobran mayor protagonismo dada su divulgación como es el caso de la IV^{3,4,14}. Por ello, es necesario enriquecer su soporte teórico pudiendo ampliar e incorporar la evidencia existente y así ofrecer un cuidado ajustándose a las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales no solo de la persona sino de su familia^{3,4,14}.

Con esta revisión intentamos dar respuesta a las dudas y ampliar el conocimiento sobre la utilidad de la vía SC basados en la evidencia, de por qué aplicarla, cuando y que usos se pueden hacer. Por ello, nos hemos planteado como objetivo conocer las ventajas de la administración de fármacos por vía subcutánea en el control de los síntomas físicos en pacientes de cuidados paliativos.

2. METODOLOGÍA

2.1 Diseño

Se realizó una revisión bibliográfica de tipo narrativo, cuya realización se llevó a cabo bajo el criterio PRISMA-ScR.

2.2 Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron todos aquellos documentos académicos, profesionales, institucionales y científicos que permitieran alcanzar el objetivo, publicados entre enero de 2018 y diciembre de 2022; tanto en español como en inglés. Los límites establecidos para la búsqueda de la información fueron que los documentos debían reflejar el uso de la vía subcutánea para la administración de fármacos en pacientes en cuidados paliativos, de ambos sexos, cualquier raza y cualquier edad. Se excluyeron todos aquellos estudios que no disponían de texto libre completo, informes escasos y estudios sin resolución de resultados.

2.3 Estrategia de búsqueda y selección de documentos

Se utilizaron los tesauros más habituales en ciencias de la salud. Para los términos en español, se utilizó el Descriptor en Ciencias de la Salud (DeCs), mientras que los del inglés se seleccionaron del MeSH. Al abordar la búsqueda no se limitaron los campos, ya que se deseaba que fuera lo menos restrictiva posible. Los términos para el primer caso fueron “Infusiones subcutáneas”, “Cuidados Paliativos”, “Tratamiento farmacológico” e “Hipodermocclisis”; los cuales se combinaron utilizando el operador booleano “AND” y el símbolo de truncamiento de la siguiente manera: “Infusiones subcutáneas” AND “Cuidados Paliativos” AND “Tratamiento farmacológico” AND “Hipodermocclisis”. En lo que respecta al MeSH, se utilizaron “Infusions, subcutaneous”, “Palliative care”, “Drug therapy” y “Hypodermoclysis”; su combinación derivó en: “Infusions subcutaneous” AND “Palliative Care” AND “Drug Therapy” AND “Hypodermoclysis”. A continuación, se procedió a la búsqueda en las bases de datos MEDLINE (vía Pubmed), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) y CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Además, se utilizó el buscador Google Académico y otras fuentes oficiales (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y Gobierno de Canarias).

Se realizó una lectura crítica de los artículos seleccionados y finalmente, una vez terminada la fase anterior de la búsqueda, se procedió a incluir todos aquellos artículos que resultaron relevantes. Esta búsqueda permitió localizar 81 documentos, y mediante una lectura rápida de los títulos y resúmenes de los documentos encontrados, se decidió qué artículos eran de interés para alcanzar el objetivo planteado. Ello llevó a que se seleccionaran 31 documentos, de los cuales, finalmente 8 formaron parte de esta revisión.

3. RESULTADOS

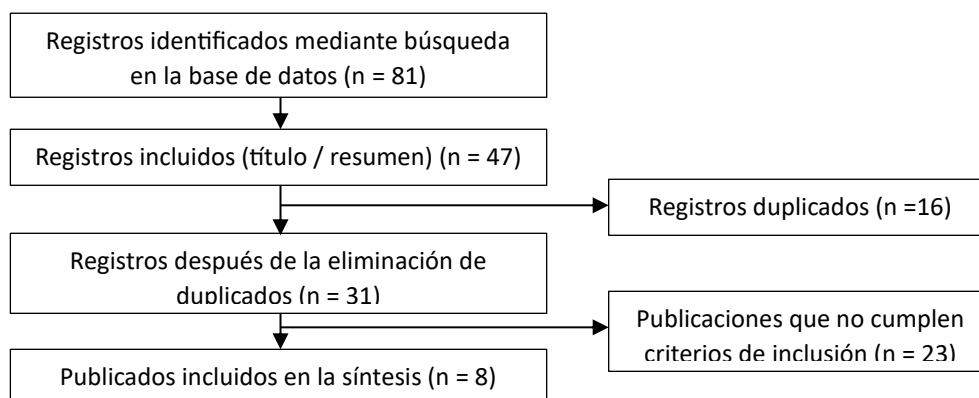


Figura 1. Diagrama de flujo de selección de estudio.

3.1 Características de los documentos

Los estudios seleccionados se realizaron en España¹⁰, Reino Unido⁴, Líbano¹⁵, Brasil⁷, Países Bajos¹⁶ y Colombia¹⁷. Dos de ellos se llevaron a cabo de manera multicéntrica, uno en Australia y Nueva Zelanda³ y el otro en el Reino Unido, Italia, Estados Unidos, Suecia, Israel y Austria¹⁸.

Muchos de estos documentos eran descriptivos observacional⁷, prospectivo³, experimentales^{10,15}, aleatorizado multicéntrico^{16,18}, ensayos clínicos⁴ y un caso clínico¹⁷. Los estudios fueron realizados en hospitales^{7,10,17}, domicilios^{4,18}, ambos¹⁵ y en hospice^{3,16}; siendo los participantes de estos, pacientes con patologías crónicas avanzadas en seguimiento de cuidados paliativos, cuidadores informales^{3,4} y profesionales de la salud como médicos y enfermeros^{7,10,15-18}.

Tabla 1. Estrategias para conocer las ventajas de la administración de fármacos por vía subcutánea.

Autor, año	Tipo de estudio	Ámbito	Objetivos	Resultados
Bolela F, 2022 ⁷	Estudio observacional, descriptivo y multicéntrico.	Hospitales, Brasil.	Identificar los eventos relacionados con la venopunción periférica y la vía SC en pacientes hospitalizados en un hospital general y en un hospital que atiende exclusivamente a pacientes en CP oncológicos.	Los eventos relacionados en ambos hospitales determinan que la utilización de la vía subcutánea presentó menos efectos adversos siendo estos de carácter local (dolor, eritema y hematoma), con respecto a la venopunción periférica (riesgo sistémico, flebitis, dolor, eritema y oclusión del sistema).
El Khoury J, 2022 ¹⁵	Experimental	Hospitales y domicilios, Líbano	Evaluar la eficacia de infusión subcutánea de paracetamol en el tratamiento del dolor y la fiebre en CP, para determinar su perfil de seguridad y efectos secundarios.	El paracetamol administrado por vía subcutánea disminuyó los síntomas (dolor y fiebre) presentando una eficacia del 71%, con leves reacciones adversas.
Lidemberto J, 2022 ¹⁷	Caso clínico	Hospital, Colombia.	Caso clínico de un paciente con disnea tumoral asociada a una enfermedad oncológica avanzada. Requiere manejo sintomático.	Se obtuvo un buen manejo y control de la disnea y el dolor visceral mediante la administración de opiáceos por infusión continua subcutánea a través de bomba elastomérica.
Harriete J, 2021 ¹⁶	Estudio multicéntrico, aleatorizado, doble ciego.	Hospice y domicilios, Países Bajos.	Determinar si la administración profiláctica de butilbromuro de escopolamina reduce el estertor de la muerte.	La administración por vía subcutánea del butilbromuro de escopolamina redujo significativamente la aparición del estertor de muerte.
Olanou CW, 2021 ¹⁸	Ensayo aleatorizado, multicéntrico	Domicilio, Europa, Israel y Estados Unidos.	Evaluar la eficacia y seguridad de dos regímenes de dosificación del sistema de administración subcutánea ND0612 en pacientes con enfermedad de Parkinson.	La administración continua a través de una infusión subcutánea durante 24 horas proporcionó una mejora del sueño de los pacientes.
Poolman M, 2020 ⁴	Ensayo clínico piloto abierto, aleatorizado individualmente	Domicilio, Reino Unido.	Determinar si es factible y aceptable la administración por parte del cuidador de medicación subcutánea a demanda para los síntomas de avance en las personas al final de la vida	La administración de medicación por parte del cuidador a través de la vía subcutánea para paliar los síntomas en etapas al final de la vida (dolor, náuseas/vómitos, inquietud/agitación y disnea) y que desean morir en el hogar, se consideró aceptable, factible y segura.
Santacruz V, 2019 ¹⁰	Experimental transversal.	Unidad de CP Hospital de la Santa Creu, España	Valoración de la efectividad de la terapia de levetiracetam en perfusión continua subcutánea (PCSC) en atención al final de la vida.	La tolerancia del levetiracetam para el manejo de convulsiones epilépticas fue excelente, sin reacciones adversas locales. Más del 80% de los pacientes presentaron un buen control sin toxicidad del fármaco.
Healy S, 2018 ³	Estudio prospectivo, controlado y aleatorio.	Hospice, Australia y Nueva Zelanda	Explorar el nivel de confianza sobre los cuidadores informales ante la administración por vía SC en el hogar para tratar los síntomas en pacientes de CP.	Los cuidadores informales presentan confianza y seguridad ante la preparación y posterior administración por vía SC de fármacos en el hogar para tratar los síntomas que presentan.

4. DISCUSIÓN

En la presente revisión bibliográfica de la literatura realizada y en base al objetivo planteado, se pone de manifiesto que son diversos los autores/as que consideran que son varios los beneficios que la vía subcutánea puede aportar. Los estudios reflejan la eficacia y la seguridad del manejo de esta vía siendo equivalentes si se comparaban con otros tipos de vías de administración. También, reflejan la aceptabilidad por parte de los cuidadores informales, que tras su manejo pueden llevar a cabo la continuidad de los cuidados en el hogar de los pacientes que se encuentran a su cargo.

Por lo anteriormente mencionado, en la actualidad cada vez son más los nuevos fármacos que se pueden utilizar a través de la vía SC, en función de las necesidades de los pacientes, así como las facilidades de su uso. En el caso de los analgésicos/opioides como la morfina, se realizaron varias pruebas a través de infusiones subcutáneas y presentó una disminución de efectos de hipotensión, lo mismo sucedió en comparación con otros fármacos como son el baclofeno, buprenorfina, hidromorfona, ketorolaco, ketamina, metadona y tramadol^{15,17}.

Para los diuréticos los resultados sugieren un buen pronóstico, como se puso de manifiesto en un caso clínico de un paciente con insuficiencia cardíaca avanzada que, tras la administración mediante infusión continua subcutánea de furosemida, mejoró la sintomatología relacionada con el fallo cardíaco y además disminuyó la agresividad del tratamiento. También se tuvo en cuenta que permitió que el paciente pudiera continuar su administración en el domicilio y a pesar de que podía haber presencia de efectos adversos locales, estos fueron de escasa relevancia^{16,17,19}.

También los fármacos neurolépticos muestran una mejoría de los síntomas (agitación, delirium), y lo mismo sucede con los fármacos para las náuseas, donde los datos de un estudio mostraron que producían una notable disminución de los síntomas. Sin embargo, hay tener en cuenta que, en el caso de los antieméticos algunos autores refieren que la metoclopramida es menos tolerada que el ondansetrón en los sistemas de infusión subcutánea continua^{12,16,17}.

En el caso de las benzodiazepinas, el Midazolam es la opción más segura para la infusión continua subcutánea ya que puede diluirse y presenta un inicio de acción rápida, con buena tolerancia y vida media corta. Además, sigue siendo reversible con el antídoto flumazenil, incluso después de su administración¹⁵⁻¹⁷.

Otro estudio mostró que el uso de un antiepiléptico (Levetiracetam) fue efectivo para el manejo de varios tipos de convulsiones y que se empleó mediante perfusión continua subcutánea en una unidad de CP, presentando buena tolerancia (más del 80% de los pacientes tuvieron un buen control sin toxicidad del fármaco), ausencia de reacciones locales en el lugar de la punción, estabilidad visual de la mezcla (fármaco con suero fisiológico) y la no aparición de efectos adversos, considerándose como terapia efectiva con la ausencia de crisis convulsivas¹⁰.

Sin embargo, y a pesar de todo lo señalado anteriormente existen algunas discrepancias que evidencian que se debe tener precaución en la administración de fármacos por vía SC, ya que no todos pueden ser empleados o no presentan buena tolerancia, como el caso del cloruro de potasio y el diazepam, que están totalmente contraindicados para su infusión ya que pueden generar algunas alteraciones como la irritación severa, o el caso de otros fármacos como la clorpromazina y la proclorperazina que se conoce que causan necrosis grasa¹².

Se debe tener en cuenta que muchos fármacos no están aprobados oficialmente por las autoridades reguladoras a través de esta vía y los datos sobre infusiones vía SC tienen un alcance limitado, además de que los informes a menudo no brindan detalles sobre los mecanismos de administración, por lo que se debería profundizar acerca de las velocidades de infusión y las diluciones ya que varían según el fármaco y las características del paciente.

Sobre la seguridad de la administración de fármacos, varios autores coinciden que las reacciones adversas que se presentan en el uso de la vía SC son de carácter local (dolor, prurito y picor) en el lugar de incisión y de fácil resolución^{17,18}.

Varios estudios mostraron los eventos relacionados del uso de la vía IV frente a la SC. En el caso de la IV, mostró una alta incidencia de traumatismos vasculares periféricos y complicaciones como flebitis, infección en el lugar de inserción del catéter, bacteriemia y sepsis. Además, el uso de catéteres venosos periféricos también está asociado a otras particularidades como son dificultades en la inserción, infiltración y oclusión, lo que conllevan a el retiro y reemplazo precoz de la misma. Sin embargo, parece no suceder lo mismo con la vía SC, puesto que una minoría de los pacientes mostraron signos fisiológicos y presencia de hematoma en el lugar de inserción del catéter (complicaciones locales), sin compromiso sistémico^{7,16,18}.

Se considera, que se debe tener en cuenta que las complicaciones relacionadas con el uso de la vía SC no sólo se deben basar en la técnica de punción, si no que influye la dilución e infusión de fármacos a administrar a través de ella. Por lo tanto, se sugiere tal y como mencionamos anteriormente indagar sobre el tema⁷.

A cerca de la aceptabilidad, varios estudios informaron acerca de la preferencia del uso de la vía SC por parte de los cuidadores principales de los pacientes a los que estaban a cargo en su domicilio, y las principales razones fueron: menor dolor tras el acceso de punción y administración de fármacos, menos efectos secundarios, ausencia del debilitamiento al final de la dosis y disponibilidad del uso domiciliario. Este último también alude al deseo y cumplimiento de que los pacientes pudieran morir en el hogar^{3,4,7,18,20}.

Uno de los estudios durante su intervención valoró el nivel de confianza por parte de los cuidadores principales ante el manejo y uso de la vía SC en el hogar, donde previamente fueron preparados por el personal sanitario. El sentimiento inicial de los cuidadores al darse cuenta de que ellos serían los encargados de manejar la vía SC, fue de miedo, extrañeza y aprensión por no haber realizado nunca la técnica y la responsabilidad que conllevaba el uso de los fármacos. Sin embargo, después de las primeras sensaciones los cuidadores relataron que con el tiempo se sintieron más preparados y responsables en el cuidado del dispositivo. También, coincidieron con los beneficios sobre el uso de la vía SC que se relacionan con la disminución de los intentos de punción repetitivos, mayor tranquilidad y sensación de seguridad para el paciente enfermo^{3,4,7,20}.

En cuanto al papel de los profesionales sanitarios, un estudio contó con la presencia de un servicio de atención domiciliaria (SAD) formado por enfermeras y médicos. El cual, no sólo se centró en capacitar a los cuidadores sobre el uso de la vía SC, si no que, en el caso de que estos requiriesen de ayuda se les facilitaba el apoyo y la presencia del profesional, ya sea porque se sentirían más seguros teniéndolos presentes cuando le administrarán el fármaco o porque desearan que fuese el profesional quien evaluara y administrara el medicamento. Como resultado, sólo hubo un 16,3% de los casos, en el preciso de apoyo por parte del profesional de la salud para la administración de la medicación y el resto pudo realizarlo sin la presencia de este⁷.

Se considera que la atención domiciliaria involucra procesos complejos y específicos, siendo importante tener un buen vínculo entre los profesionales de la salud, los familiares cuidadores y los pacientes, para desarrollar un cuidado acorde a cada familia. Por lo tanto, coincidimos en que es necesario es necesario que el equipo de profesionales esté capacitado y formado para trabajar con los familiares y cuidadores en la atención domiciliaria y ofrecer una buena práctica asistencial con el fin de hacer cumplimiento de los objetivos^{7,20}.

Sin embargo, sigue haciendo falta más formación y un protocolo organizativo estándar a nivel nacional sobre el uso de la vía SC para la administración de fármacos y líquidos. Su falta puede ser considerada una barrera, ya que genera lagunas en la toma de decisiones para su empleo^{8,9,12}.

Limitaciones

Una limitación de esta revisión está referida a la posibilidad de perder alguna información relevante, ya que como nuestra revisión se basaba en el uso de la vía SC, es posible que algunos de los estudios no se hubieran capturado ya que, tanto el título como el resumen no indicaron SC como vía de administración y, por ende, quedaron excluidos de la revisión del texto completo. Además, otra limitación tiene que ver con el idioma seleccionado, ya que las búsquedas se realizaron en español e inglés y, por lo tanto, es posible que haya más información que hable a cerca del manejo de la vía SC en otros idiomas, los cuales no se incluyeron a la hora de realizar la búsqueda.

5. CONCLUSIONES

1. Se concluye que son varios los fármacos que se puede administrar por vía subcutánea en pacientes de cuidados paliativos con eficacia y seguridad. Además, la vía subcutánea presenta un buen manejo para su inserción, así como la presencia de menos efectos adversos los cuales son esencialmente de carácter local y con fácil resolución.
2. Dado el incremento de la población que precisa de unos cuidados íntegros centrados en el bienestar y confort durante el avance de su enfermedad, estos se pueden beneficiar del uso de la vía subcutánea para la continuidad de los cuidados en el hogar tras la preparación y formación de los cuidadores informales por parte del personal sanitario.
3. Se sugiere que se establezcan políticas y procedimientos estandarizados para ayudar a optimizar la adopción de esta práctica y se propone una nueva revisión mucho más exhaustiva donde se aborden más en profundidad los temas aquí tratados muy someramente.

REFERENCIAS

- [1] Alegre RM, Quilez N. Utilización de la vía subcutánea mediante perfusión continua. Rev Atal Med [Internet]; 2018 [citado 13 diciembre 2022];13:5-11. Disponible en: <http://comteruel.es/ojs/index.php/atalaya/article/view/183/203>
- [2] Castillo A, Cobrí B, Fernández R, Martín A, Montoro MI, Pérez M. Cuidados paliativos. Guía para Atención Primaria [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional. Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 9 noviembre 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3Ndjvo0>
- [3] Healy S, Israel F, Charles M, Raymond L. Laycarers can confidently prepare and administer subcutaneous injections for palliative care patients at home: A randomized controlled trial. Palliat Med. 2018 Jul;32(7):1208-1215. doi: 10.1177/0269216318773878
- [4] Poolman M, Roberts J, Wright S, Hendry A, Goulden N, Holmes EA, et al. Carer administration of as-needed subcutaneous medication for breakthrough symptoms in people dying at home: the CARiAD feasibility RCT. Health Technol Assess. 2020 May;24(25):1-150. doi: 10.3310/hta24250

- [5] Servicio Canario de la Salud (SCS). Estrategia en cuidados paliativos de Canarias 2018-2021 [Internet]. Canarias: SCS; 2018 [citado 9 noviembre 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3Nkmco1>
- [6] Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Causas de muerte en Canarias [Internet]. Canarias: ISTAC; 2022 [citado 9 noviembre 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/swokSAkM>
- [7] Bolela F, Lima R, Souza AC, Moreira MR, Lago AJO, Simino GPR, et al. Cancer patients in Palliative Care: occurrences related to venipuncture and hypodermoclysis. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2022;30:e3623. doi: 10.1590/1518-8345.5825.3623
- [8] Álvarez Colorado M, Amoedo Alberio MC, Cano Tébar AM, Gandía Herrero M, García Verde I, Gil López J, et al. Guía de recomendaciones prácticas. Uso de la vía subcutánea [Internet]. Madrid: IM&C; 2021 [citado 9 noviembre 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3LvukXC>
- [9] Velázquez MR. Vía subcutánea uso y recomendaciones en cuidados paliativos pediátricos [Internet]. Sevilla: Equipo de cuidados paliativos pediátricos. Hospital infantil Virgen del Rocío; 2019 [citado 9 noviembre 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3oLlupD>
- [10] Santanacruz V, Rondón AG, Ginovart M, Zagala N, Monteso J. Levetiracetam en perfusión continua subcutánea en atención de final de vida. *Med Paliat*. 2020;27(1):58-62. doi: 10.20986/medpal.2020.1094/2019
- [11] Dickman A, Bickerstaff M, Jackson R, Schneider J, Mason S, Ellershaw J. Identification of drug combinations administered by continuous subcutaneous infusion that require analysis for compatibility and stability. *BMC Palliat Care*. 2017 Mar 23;16(1):22. doi: 10.1186/s12904-017-0195-y
- [12] Broadhurst D, Cooke M, Sriram D, Gray B. Subcutaneous hydration and medications infusions (effectiveness, safety, acceptability): A systematic review of systematic reviews. *PLoS One*. 2020 Aug 24;15(8):e0237572. doi: 10.1371/journal.pone.0237572
- [13] Auría G, Cabrero AI, Narvió A, Ortega V, Puértolas Y. Guía práctica clínica para el manejo de la vía subcutánea [Internet]. Huesca: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2018 [citado 10 noviembre 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/41HSRIu>
- [14] Galvis MA. El cuidado paliativo en la práctica de la enfermería [Internet]. Colombia: Editorial UPTC; 2021 [citado 10 noviembre 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3nav8kT>
- [15] El Khoury J, Hlais S, Helou M, Mouhaweij MC, Barmo S, Fadel P, Tohme A. Evaluation of efficacy and safety of subcutaneous acetaminophen in geriatrics and palliative care (APAPSUBQ). *BMC Palliat Care*. 2022 Mar 26;21(1):42. doi: 10.1186/s12904-022-00934-3
- [16] van Esch HJ, van Zuylen L, Geijteman ECT, Oomen-de Hoop E, Huisman BAA, Noordzij-Nooteboom HS, Boogaard R, van der Heide A, van der Rijt CCD. Effect of Prophylactic Subcutaneous Scopolamine Butylbromide on Death Rattle in Patients at the End of Life: The SILENCE Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021 Oct 5;326(13):1268-1276. doi: 10.1001/jama.2021.14785
- [17] Lidemberto J. Infusión subcutánea continua de morfina en paciente con disnea tumoral avanzada. *Rev Colomb Cancerol*. 2022;26(2):229-234. doi: 10.35509/01239015.794
- [18] Olanow CW, Espay AJ, Stocchi F, Ellenbogen AL, Leinonen M, Adar L, Case RJ, Orenbach SF, Yardeni T, Oren S, Poewe W; 006 study group. Continuous Subcutaneous Levodopa Delivery for Parkinson's Disease: A Randomized Study. *J Parkinsons Dis*. 2021;11(1):177-186. doi: 10.3233/JPD-202285
- [19] Picazo M, Castillo MN, Cuxart M, Sans R. Uso paliativo de la furosemida en infusión continua subcutánea en un paciente trasplantado renal con fallo cardíaco. *Nefrología*. 2018;38(4):438-439. doi: 10.1016/j.nefro.2017.09.001
- [20] Braga S, Cordeiro FR, Vestena JG, Oliveira IC, Timm A, dos Santos C. Percepciones de los cuidadores familiares sobre el uso de la hipodermoclysis en el hogar. *Enferm Actual Costa Rica* [Internet]. 2020 [citado 9 mayo 2023]. Disponible: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/38509>

Um Olhar dos estudantes em Ensino Clínico de Saúde Mental e Psiquiatria – Diagnósticos e intervenções de Enfermagem no processo de cuidar

Sofia Bacanhim^a, Sandra Alves^a, Laura Miranda^a, Pedro Ferreira^a, Samuel Baptista^a,
Luísa Gonçalves^b

^aEstudantes de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem. São José de Cluny. Funchal;

^bProfessor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem. São José de Cluny. Funchal

RESUMO

A competência profissional em Enfermagem é desenvolvida através de processos educativos que incluem reflexão crítica sobre a prática, mobilização de saberes adequados a cada situação e talento artístico para lidar com imprevisibilidade. O ensino em Enfermagem está fortemente ligado aos contextos práticos, onde os alunos desenvolvem e aprofundam conhecimentos e competências básicas para o cuidar. A reflexão é uma ferramenta vital para a aprendizagem na prática da Enfermagem, e pode ser incentivada e desenvolvida através da supervisão clínica. O objetivo deste estudo é identificar quais os diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentemente identificados pelos estudantes em contexto de ensino clínico na área da Saúde Mental e Psiquiátrica. O estudo foi desenvolvido recorrendo a uma metodologia descritiva e reflexiva de caráter quantitativo. A partir de uma amostra de 33 processos de enfermagem, os diagnósticos de enfermagem mais identificados pelos estudantes foram Risco de não adesão ao regime terapêutico (n=9), Processo de coping comprometido (n=7), Risco de Suicídio (n=6), Humor depressivo (n=6), Isolamento social (n=6), Ansiedade Atual (n=6) e Aceitação do estado de saúde comprometida (n=6). Salienta-se que as intervenções detetadas privilegiam o cuidado holístico e humano, com destaque de intervenções no âmbito da Escuta ativa (n=18) e do desenvolvimento de uma Relação terapêutica (n=8) com a pessoa cuidada.

Palavras-Chave: Diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem, estudantes, saúde mental e psiquiátrica.

1. INTRODUÇÃO

O ensino da enfermagem em Portugal teve um percurso complexo, sendo que a sua integração no Ensino Superior Politécnico sedimentou um novo caminho da profissão a nível nacional¹. Este surge fortemente interligado aos contextos da prática clínica, sendo que são nos contextos práticos em que, transpondo os conhecimentos teóricos para a realidade, os alunos adquirem conhecimentos e competências básicas para o cuidar². A edificação da competência profissional em Enfermagem é baseada em diferentes processos educativos onde, através da sistematização, supervisão e monitorização, assume um papel de destaque a reflexão crítica sobre a prática³.

É em contextos práticos que se desenvolve a capacidade de juízo clínico assim como sistematização de ideias no momento de aplicação do Processo de Enfermagem enquanto ferramenta fundamental na prática diária. Os ensinamentos clínicos como integrantes do processo de formação são uma realidade do ensino superior. Com o objetivo de analisar quais os diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentemente identificadas pelos estudantes de uma escola superior de enfermagem, em 2022, em contexto de ensino clínico no âmbito de internamento na área de Saúde Mental e Psiquiátrica, desenvolveu-se o presente artigo.

O processo de diagnóstico em enfermagem é parte integrante de uma das principais ferramentas da profissão, o processo de enfermagem, ferramenta esta que apoia o enfermeiro na tomada de decisão na sua prática profissional. Este é uma abordagem “(...) intelectual, científica ou de resolução de problemas (...)”, direcionando os cuidados de enfermagem⁴. O diagnóstico de enfermagem é definido como um julgamento clínico diante de uma resposta humana e caracteriza-se por um mecanismo útil para a estruturação do conhecimento, através da análise de aspetos fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais, atribuindo assim um significado aos dados colhidos aquando de uma apreciação inicial⁵.

Estes representam um mecanismo útil na construção do conhecimento, uma vez que no momento de diagnosticar o enfermeiro recorre a conhecimentos científicos adquiridos assim como à sua experiência profissional afim de delinear intervenções personalizadas e eficazes⁴. Por outro lado, as intervenções de enfermagem representam uma ação autónoma dos enfermeiros, baseada em princípios científicos, que visam beneficiar o cliente, tendo por base o diagnóstico identificado e o resultado pretendido⁶.

O ser humano, enquanto ser Biopsicossocial e Espiritual tem, transversal a si, diversos factores que moldam e definem quer a sua personalidade, quer o seu projeto pessoal em saúde. Cada vez mais evidencia-se que a saúde mental é a base de um desenvolvimento equilibrado ao longo da vida do ser humano, representando um papel importante nas relações interpessoais, familiares e sociais⁶.

Considera-se que em Portugal, assim como na União Europeia, os níveis de literacia em saúde são limitados e, relativamente à literacia em saúde mental, os estudos verificados em Portugal são escassos. Este cenário é verificado de igual forma num panorama mundial, em que a literacia em saúde mental parece encontrar-se em níveis baixos, exigindo assim intervenções específicas⁷.

Segundo a OMS, a saúde mental é “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”. Define ainda Saúde Mental como um estado que transcende somente a ausência de perturbação e doença mental, é sim um estado “(...) cognitivo, comportamental, emocional e social de bem-estar (...)” impactando a forma como cada um realiza as atividades de vida diárias e o modo como lidam com as dificuldades do dia a dia^{6,7}.

A Saúde Mental é considerada uma das áreas prioritárias das políticas de saúde nacionais e internacionais. Acredita-se que os problemas do foro mental são uma das principais causas de incapacidade, e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, com maior prevalência nos países ocidentais industrializados⁷. Acredita-se que a formação e a capacitação de recursos humanos na área da saúde mental e psiquiátrica são fatores cruciais para o fortalecimento neste âmbito. De acordo com o Mental Health Atlas de 2017, somente 1,8% dos enfermeiros tiveram formação em saúde mental⁸. Com a meta de “não deixar ninguém para trás”, é urgente investir na formação dos enfermeiros, enquanto membro de uma equipa multidisciplinar que ocupa uma posição privilegiada no cuidar do Outro, e enquanto profissional que se depara constantemente com a necessidade de inovação e atualização da sua prática baseada na evidência científica⁸.

Assim, o objetivo deste estudo é analisar os diagnósticos e intervenções de enfermagem mais identificados pelos estudantes em contexto de ensino clínico na área da saúde mental e psiquiátrica.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho está alicerçado numa metodologia descritiva e analítica, com recurso à análise documental. Considerou-se uma amostra não probabilística por conveniência de 33 processos de enfermagem, associados aos trabalhos desenvolvidos durante um ensino clínico em contexto de internamento de psiquiatria, realizado pelos estudantes de uma Escola Superior de Enfermagem. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: processos de enfermagem elaborados pelos estudantes que realizaram o ensino clínico de internamento de psiquiatria no ano letivo 2021/2022; autorização dos estudantes para utilização dos seus trabalhos no estudo. Como critérios de exclusão: os processos não submetidos na plataforma digital de submissão de trabalhos.

Os dados foram colhidos através da análise documental dos processos de enfermagem elaborados pelos estudantes em contexto de ensino clínico de saúde mental e validado pela docente da unidade curricular. A colheita de dados foi realizada entre março e abril de 2023. Para a análise de conteúdo seguiram-se três etapas: pré-análise; exploração do material, e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na pré-análise, denominada de organização, enquadra-se a evidência e a operacionalização de ideias que estabeleceram o plano de análise. Depois, na fase da exploração dos dados foram implementadas as decisões anteriormente delimitadas, e efetuadas as operações de codificação e enumeração dos diagnósticos e intervenções de enfermagem. Na última etapa, no que respeita ao tratamento dos resultados atingidos e interpretação, atribui-se um significado ao resultado obtido, através de tabelas e figuras, os quais permitiram a exposição das informações advindas da análise de dados.

Por fim, destacamos que, em todas as etapas inerentes à elaboração do presente estudo, foram consideradas e respeitadas as questões éticas, de consentimento informado livre e esclarecido, confidencialidade e de segurança/proteção dos dados através da solicitação de autorização, por e-mail, aos estudantes para utilização dos seus processos de enfermagem, sendo estes informados do objetivo desta análise, assim como à instituição de ensino superior, salientando que todas as informações seriam tratadas de forma confidencial.

3. RESULTADOS

Com o objetivo de identificar quais os diagnósticos e intervenções de enfermagem mais identificados pelos estudantes em contexto de ensino clínico, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos. Ao todo, foram selecionados 33 processos de enfermagem que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos. Não houve nenhum estudo excluído por não atender aos critérios de exclusão.

Assim, após a seleção dos estudos, foi elaborado uma tabela que demonstrou os diagnósticos de enfermagem mais identificados pelos estudantes em contexto de prática clínica, de forma a dar resposta aos objetivos previamente estabelecidos, assim como as unidades de enumeração correspondentes ao número de vezes que estes surgem.

Tabela 1. Diagnósticos de Enfermagem mais identificados nos 33 processos de enfermagem

Diagnósticos de enfermagem	(n=33)
Risco de não adesão ao regime terapêutico	9
Processo de coping comprometido	7
Humor depressivo	6
Risco de Suicídio	6
Isolamento Social	6
Ansiedade Atual	6
Aceitação do estado de saúde comprometida	6

Através da tabela 1 é possível constatar que os diagnósticos de enfermagem mais identificados são o “Risco de não adesão ao regime terapêutico” (n=9) e o “Processo de coping comprometido” (n=7). Seguem-se os diagnósticos, com a mesma prevalência, de “Humor depressivo”, “Risco de Suicídio”, “Isolamento Social”, “Ansiedade Atual” e “Aceitação do estado de saúde comprometida” (n=6). Na análise dos 33 processos de enfermagem, constatou-se que surgiram intervenções de enfermagem transversais aos diagnósticos presentes na tabela 1, sendo estas evidenciadas na tabela 2.

Tabela 2. Intervenções de enfermagem identificadas pelos estudantes transversais aos diagnósticos referidos

Intervenções de Enfermagem	(n=33)
Promover escuta ativa	18
Encorajar a expressão de sentimentos e emoções	8
Estabelecer relação terapêutica	8
Avaliar estratégias de coping	7
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos	6
Promover comunicação efetiva	6
Promover apoio emocional	5

Na tabela 2 constatamos que a intervenção mais frequentemente associada aos diagnósticos identificados foi “Promover a escuta ativa” (n=18). Esta é seguida de intervenções como “Encorajar a expressão de sentimentos e emoções” (n=8); “Estabelecer relação terapêutica” (n=8) e “Avaliar estratégias de coping” (n=7). Por fim detetamos intervenções associadas ao “Facilitar capacidade para comunicar sentimentos” (n=6); “Promover comunicação efetiva” (n=6) e “Promover apoio emocional” (n=5).



Figura 1. Conceitos mais evidenciados nas intervenções de enfermagem

Como representa a figura 1, foram vários os conceitos evidenciados nas intervenções de enfermagem desenvolvidas pelos estudantes, destes destacamos “Família, Elogiar, Relação, Avaliar, Apoiar, Escutar, Comunicação”.

4. DISCUSSÃO

Ao longo do ciclo vital todo o ser humano está em constante mudança e adaptação à procura da homeostase. Aquando de um diagnóstico de uma perturbação mental esta mesma adaptação é necessária, quer seja no sentido de aceitar o diagnóstico quer seja no cumprimento da terapêutica necessária. O impacto das doenças mentais é deveras sentido pelos indivíduos, o tratamento destas patologias deve ser direcionado de modo a melhorar o insight da pessoa doente e promover uma adesão ao tratamento. A falta de insight na doença mental é um fator importante, principalmente para o aumento da adesão ao tratamento⁹.

Enquanto estudantes da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, a experiência em diferentes contextos de prática, proporcionam-nos o desenvolvimento de conhecimentos e competências, e somos estimulados a desenvolver a reflexão sobre a ação em todas as fases do percurso formativo. A adesão ao regime terapêutico é influenciada por diferentes fatores uma vez que as estratégias adotadas por cada pessoa irão influenciar os comportamentos de adesão ou não, podendo interferir diretamente com a qualidade de vida do cliente.

Constatamos que a não adesão ao regime terapêutico tem uma etiologia multifatorial, sendo enunciados Fatores sociais, económicos e culturais; Fatores relacionados com os serviços e profissionais de saúde; Fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidade; Fatores relacionados com o tratamento e Fatores relacionados com a pessoa doente. O enfermeiro é o profissional de saúde que ocupa uma posição privilegiada no cuidar da pessoa. Este deve reconhecer as necessidades do indivíduo e combinar as suas estratégias de intervenção a uma abordagem multidisciplinar com base nos recursos necessários e existentes assim como todos os fatores que interferem neste processo¹⁰.

Sabe-se que o coping é representado por um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, utilizado pelo indivíduo afim de lidar com situações internas ou externas a si, que exigem uma adaptação e/ou mudança. O Processo de coping comprometido foi um dos diagnósticos de enfermagem mais identificado pelos estudantes. O termo “coping” é caracterizado como uma “atitude: gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico”⁹.

O regime medicamentoso não representa a totalidade do processo de recuperação e tratamento de um indivíduo mas, quando necessário, é uma ferramenta basilar à manutenção do seu equilíbrio e eliminação ou diminuição da sintomatologia vivenciada. A adesão ao regime terapêutico nas perturbações psiquiátricas é um dos principais desafios com os quais os profissionais de saúde se deparam diariamente, sendo um diagnóstico muito frequente nesta área. Não obstante, o estigma que ainda hoje se vive neste âmbito representa um desafio extra nesta área de intervenção¹¹.

Vários autores definem adesão terapêutica como “(...) o comportamento de uma pessoa, relacionado não só com a administração de medicamentos, mas também com o seguimento de uma dieta ou com as mudanças de estilo de vida e que corresponde às recomendações (...)”¹¹.

O processo de adesão obriga a uma participação ativa por parte da pessoa no planeamento e na efetivação do seu regime terapêutico. Este planeamento pode recair sobre a identificação de fatores de risco no estilo de vida, na promoção de hábitos de saúde, no aumento da consciência para o autocuidado, e por fim na execução de esquemas terapêuticos personalizados a cada pessoa. Contudo este processo será influenciado pelo modo como cada pessoa percebe o seu estado de saúde¹¹. Os dados colhidos pelos estudantes vão de encontro à bibliografia existente pois, estudos demonstram que as estratégias de coping e adaptação são aspetos que se encontram fortemente ligados e que influenciam os processos de adesão.

No seguimento de ideias acima expostas constatamos que o diagnóstico de Enfermagem Aceitação do estado de saúde comprometida foi de igual forma evidenciado pelos estudantes, convergindo os dados encontrados em contexto prático com o que a evidência científica defende.

Sabe-se que a aceitação de um diagnóstico é crucial para a adesão do regime terapêutico necessário e irá facilitar de igual modo a capacidade do indivíduo estabelecer estratégias de coping que o permitam viver de forma equilibrada. A “aceitação” é um conceito que tem como objetivo traduzir “o reconhecimento e o entendimento, por parte do indivíduo, das limitações e perdas impostas pela doença (...)”. É considerada um processo mais ou menos longo, que necessita de tempo para se concretizar, dependendo de cada pessoa e da sua personalidade¹².

Acredita-se que exista uma correlação entre o aumento significativo das perturbações mentais e a pandemia causada pela COVID-19, sendo a ansiedade um termo largamente abordado pela comunidade científica, realidade com a qual os estudantes tiveram a oportunidade de contactar em contexto prático. A ansiedade foi um dos diagnósticos mais frequentemente identificado pelos estudantes.

Através dos diagnósticos de enfermagem Ansiedade Atual (n=6) e Humor depressivo (n=6), parece haver uma ligação com a realidade vivida atualmente pela população a nível global, havendo um acréscimo de diagnósticos neste âmbito devido à situação pandémica que se verifica desde dezembro de 2019. Em concordância com os dados identificados em contexto prático, sabe-se que Portugal é o 5º País da União Europeia com mais pessoas que sofrem de Ansiedade e Depressão. O estado pandémico atual fez com que a prevalência global de ansiedade e depressão aumentasse em 25%¹³. Relacionamos os dados descritos com outros dois diagnósticos identificados, nomeadamente o Risco de Suicídio (n=6) e o Isolamento social (n=6), conceitos abordados em grande escala nos últimos anos, de igual forma.

O indivíduo com humor depressivo refere usualmente que tudo lhe parece sem importância e julga-se um peso para os familiares e amigos e, muitas vezes, invoca a morte. As motivações para o suicídio prendem-se com o facto de que, para o indivíduo, quaisquer dificuldades são entendidas como obstáculos definitivos e intransponíveis¹⁴.

Os transtornos de ansiedade configuram um grupo de desordens mais comuns entre as perturbações psiquiátricas pelo que este é considerado um fator iminente e despercebido de risco de suicídio. Um estudo realizado na Holanda correlacionou a presença de transtorno de ansiedade com ideação suicida e/ou tentativas de suicídio concluindo que o risco de suicídio é 2,48 vezes mais prevalentes em indivíduos diagnosticados com transtornos de ansiedade. Existe um consenso na literatura científica que indivíduos diagnosticados com transtornos de humor, apresentam um maior risco para comportamento da área do suicídio¹⁵.

Os dados acima descritos vão de encontro aos processos analisados, pois validamos que os diagnósticos de “Risco de Suicídio”, “Ansiedade atual” e “Humor depressivo” eram comuns ao mesmo cliente. Outro diagnóstico que surgiu frequentemente associado aos diagnósticos supramencionados foi o “Isolamento social”.

Enquanto estudantes do curso licenciatura em Enfermagem, é promovida a discussão, com recurso a evidência científica, sobre o estigma na área da Saúde Mental e Psiquiátrica. O que nos leva a compreender, o quanto pode estar associado a quadros de não aceitação da doença e alteração de comportamentos e rotinas diárias. Neste sentido, o isolamento social é um sinal comum em pessoas com humor depressivo, sinal este causado não só pelo desinteresse generalizado, mas também pela baixa auto-estima, pois o indivíduo não se sente como um membro integrante no grupo. O não reconhecimento persistente da doença, ao longo do processo Saúde-Doença, pode afetar a relação da pessoa consigo própria e com os outros. Intersecta também as oportunidades de recuperar e levar uma vida satisfatória e produtiva¹².

Importa realçar a interação que surge entre os diferentes diagnósticos e o modo como os mesmos se encontram associados em diferentes estudos e, de igual forma, nos processos de enfermagem consultados. No processo de análise de resultados detetamos que existem intervenções de enfermagem transversais a todos os diagnósticos identificados. A análise de resultados consultados destacou a importância das intervenções de escuta ativa (n=18) e estabelecimento de relação terapêutica (n=8) na abordagem em saúde mental e psiquiátrica.

Neste sentido o estabelecimento de uma relação terapêutica é indispensável ao cuidado em enfermagem na área da saúde mental e psiquiátrica, pois garante a qualidade e o sucesso dos cuidados prestados. Além disso, é através de uma relação de confiança, que o doente é capaz de se sentir seguro, respeitado e confiante, o que irá, novamente, contribuir para um maior sucesso no processo terapêutico¹⁶.

Salientamos que a avaliação dos dados demonstrados na tabela 2 reflete a possibilidade de que, em contexto prático, os estudantes priorizam a componente humana e o cuidado holístico, valorizando o desenvolvimento de competências de comunicação e relacionais. A avaliação do coping foi outra intervenção identificada (n=5). Uma avaliação cuidada da pessoa, incluindo a avaliação dos mecanismos de coping utilizados é essencial para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem eficazes. É importante que o enfermeiro ajude o cliente a identificar o problema causador de stress, a verbalizar sentimentos e ajudar a perceber como é que o mesmo usualmente responde a situações de stress. Desta forma é possível auxiliar o cliente a expandir as estratégias que são benéficas na resolução de problemas¹⁷.

Os dados colhidos pelos estudantes vão de encontro ao que a evidência científica defende onde é salientada a importância do desenvolvimento de mecanismos de coping aquando de um diagnóstico no âmbito da saúde mental e psiquiátrica. No seguimento da análise de resultados, foi desenvolvida uma nuvem de palavras com os termos mais frequentemente utilizados na formulação de intervenções de enfermagem por parte dos estudantes. Neste sentido, foram destacados os termos “Família”; “Elogiar”; “Escutar”; “Ensinar”; “Relação”; “Apoiar” e “Comunicação”. Estes, além de elementos integrantes às intervenções de enfermagem, representam elementos que teoricamente são essenciais na prática diária do enfermeiro.

Damos destaque aos termos “Relação” e “Comunicação”. As competências humanas são fundamentais para a prática da enfermagem, pois permitem que os estudantes, em contexto de ensino clínico, prestem cuidados efetivos, empáticos e sensíveis face às necessidades físicas, psicológicas e emocionais do cliente. O desenvolvimento destas habilidades pode levar a ganhos em saúde para o cliente e por outro lado aumentar a confiança e auto-estima do estudante enquanto futuro profissional, despertando-o para a importância do cuidado holístico e não somente para procedimentos técnicos¹⁸.

O processo de comunicação, enquanto elemento essencial do cuidado de enfermagem, permite o desenvolvimento de uma relação de confiança, ponto fulcral no processo do cuidar. Poderá haver uma relação entre os termos destacados e a necessidade do cuidar holístico e humano. A importância de intervir de acordo com as necessidades não só da pessoa doente mas também da sua família e de pessoas significativas deve estar presente. Conclui-se que a identificação de diagnósticos de enfermagem e intervenções adequadas são fundamentais para a prestação de uma assistência de qualidade em saúde mental e psiquiátrica, e que os estudantes de enfermagem precisam ser capacitados para identificar e intervir de forma efetiva.

Foi possível constatar que a bibliografia existente na área em estudo é escassa. Para a prática clínica, esta pode limitar a tomada de decisão baseada na evidência científica. Sem estudos projetados e resultados significativos, torna-se limitador o desenvolvimento de diretrizes claras para a prática de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Ao nível da investigação, a escassez de estudos neste âmbito pode dificultar a realização de pesquisas relevantes dificultando o desenvolvimento de projetos de pesquisa. Assim, é necessário que sejam realizadas mais pesquisas nesta área, de forma a fornecer evidências científicas sólidas que possam ser usadas pelos estudantes de enfermagem na prática clínica e para orientar o desenvolvimento de intervenções futuras.

5. CONCLUSÃO

Independentemente do diagnóstico identificado, neste trabalho as intervenções delineadas devem ser sempre individualizadas e personalizadas daí a grande importância de uma colheita de dados inicial de forma a delinear um plano de cuidados que vá de encontro às necessidades existentes em cada cliente.

Através dos resultados encontrados, verificamos que os Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes foram associados ao “Risco de não adesão ao regime terapêutico” e ao “Processo de coping comprometido”, sendo que o “Risco de Suicídio”, “Aceitação do estado de saúde comprometida”, “Ansiedade Atual”, “Humor depressivo” e “Isolamento social”, foram também diagnósticos identificados pela maioria dos estudantes.

Destacamos que não obstante ao diagnóstico identificado pelos estudantes, os mesmos primaram pelas intervenções que visam o cuidar holístico e o desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação, com destaque a intervenções como a “Promoção da escuta ativa” e “Estabelecer relação terapêutica”, recorrendo a princípios como o Elogio, a Disponibilidade e o Apoio emocional. No desenvolvimento do trabalho, constatamos que a amostra selecionada para a colheita de dados foi reduzida, o que nos levou a inferir que a amostra devia ter incluído mais processos de enfermagem, contribuindo, desta forma, para um maior fiabilidade dos dados obtidos, apesar do presente trabalho não ser desenvolvido com o intuito de ser replicado.

REFERÊNCIAS

- [1] Parreira Mendes FR, Mantovani MF. Ensino de Enfermagem em Portugal: Contributos para a sua História. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2009 [citado 09 maio 2023];12(2):374-378. Disponível em: <https://cuty.io/6wD4sf0ITAK>
- [2] Núcleo de Investigação de Supervisão, Formação e Informação (UNIESEP). Da qualidade da formação à certificação de competências. Livro de Comunicações e Resumos. I Congresso Internacional de Supervisão Clínica: 15 de Janeiro de 2011, Porto; 2011. p. 14-53.
- [3] Oliveira P. O ensino clínico: influência positiva no desenvolvimento de competências dos estudantes de Enfermagem. Livro de Comunicações e Confêrencias. II Congresso Internacional de Supervisão Clínica: 2011, Porto; 2015. p. 230-236.

- [4] Lages VSD. Processo de Diagnóstico em Enfermagem de Saúde Mental da Infância e Adolescência: Análise da Linguagem Clínica mobilizada por Enfermeiros numa UIPIA [Dissertação de Mestrado]. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL); 2015 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://cuty.io/ANJWmxI>
- [5] Moreira LHD, Hong MV, Silva DA, Silva R. A importância do diagnóstico de enfermagem: visão dos enfermeiros. *Res Soc Dev*. 2021;10(2):1-6. doi: 10.33448/RSD-V10I2.12508
- [6] Almeida JMC, Xavier M (coord.). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental [Internet]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa; 2013 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- [7] Costa TFO. Primeira Ajuda em Saúde Mental: Uma Scoping Review [Dissertação de Mestrado]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2019 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://cuty.io/niBnJPbH>
- [8] Sequeira C, Sampaio F. Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções. Lisboa: LIDEL; 2020.
- [9] Cardoso AMP. O insight em Psiquiatria. *Rev Psicol*. 2008;20(2):347-356. doi: 10.1590/S1984-02922008000200003
- [10] Dias AM, Cunha M, Santos A, Neves A, Pinto A, Silva A, et al. Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Rev Mill* [Internet]. 2016 [citado em 09 de maio de 2023];(40):201-219. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/8228/5843>
- [11] Machuco IIM. Proximidade no Cuidado - Adesão ao Regime Terapêutico no Utente Psiquiátrico [Dissertação de Mestrado]. Beja: Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias; 2021 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12207/5559>
- [12] Sousa MRG, Landeiro MJL, Pires R, Santos C. Coping e adesão ao regime terapêutico. *Rev Enferm Referência*. 2011; 3(4):151-160. doi: 10.12707/RIII1010
- [13] Organização Mundial da Saúde (OMS). Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo [Internet]. Genebra: OMS; 2022 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://cuty.io/Ni1923UWPRI>
- [14] Bravo NMC. A importância da psicoeducação na alteração do humor no doente depressivo [Dissertação de Mestrado]. Évora: Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Universidade de Évora; 2016 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <http://rdpc.uevora.pt/handle/10174/18931>
- [15] da Silva Rodrigues ME, Brito da Silveira T, Jansen K, Cruzeiro ALS, Ores L, Tavares Pinheiro R et al. Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional. *Psico-USF* [Internet]. 2012 [citado em 09 de maio de 2023];17(1):53-62. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4010/401036088007.pdf>
- [16] Azevedo AL, Araújo STC, Júnior JMP, Silva J, Santos BTU, Bastos SSF. A comunicação do estudante de enfermagem na escuta de pacientes em hospital psiquiátrico. *Esc Anna Nery*. 2017;21(3):1-6. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0325
- [17] Santos E, Marcelino L, Abrantes L, Marques C, Correia R, Coutinho E, et al. O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: Contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE. *Rev Mill* [Internet]. 2015 [citado em 09 de maio de 2023];49(2):153-171. Disponível em: <https://cuty.io/auG9aV5XsrL>
- [18] Phaneuf M. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência; 2005.

Plan de cuidados de un niño con Macrocefalia. Un caso clínico

Nerea-del-Pino Ponce-Alemán^a, María-del-Pino Déniz-Sánchez^{b,c}, Daniela-Celia Montesdeoca-Ramírez^c

^aEstudiante del Grado en Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bServicio Canario de la Salud; ^cProfesoras del Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un niño de 19 meses de edad con macrocefalia. El objetivo fue diseñar un plan de cuidados individualizado en el ámbito de atención primaria. La valoración se realizó utilizando los patrones funcionales de Marjory Gordon y una serie de escalas e índices como el de test de M-Chat, el test de Golberg y el Test de Apgar. Se identificaron diversos diagnósticos de enfermería, de los cuáles se priorizaron de manera conjunta con los padres seis de ellos: déficit de autocuidado en el baño, déficit de autocuidado en el vestido, control de impulsos ineficaz, riesgo de cansancio del rol del cuidador, riesgo de infección y el déficit de autocuidado en el uso del inodoro. Para cada una de estas etiquetas diagnósticas, según la taxonomía *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), se establecieron unos objetivos y unas intervenciones, según la taxonomía *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y *Nursing Interventions Classification* (NIC) respectivamente. La escala Likert ha sido la herramienta de evaluación de los indicadores de los resultados esperados. El diseño, planificación y ejecución del plan de cuidados se ha realizado de manera conjunta con los padres del niño. Se ha evidenciado la importancia de una comunicación terapéutica eficaz por parte del profesional de enfermería, así como la necesidad de fomentar el vínculo profesional-niño-padres con el fin de conseguir unos cuidados basados en la evidencia y centrados no solo en el niño sino también en la familia.

Palabras clave: enfermería de atención primaria, continuidad de la atención al paciente, manejo de caso, cuidados de enfermería, macrocefalia.

1. INTRODUCCIÓN

La macrocefalia afecta al 5% de la población pediátrica. Suele aparecer entre el último trimestre de gestación y en los dos primeros años de vida, de ahí la importancia de los controles periódicos no solo durante el embarazo sino una vez nacido el bebé¹. Este problema de salud puede estar relacionado con algún trastorno congénito, genético e incluso puede ser aislada y benigna. Además de poderse manifestar de diversas formas como: asintomática como la macrocefalia constitucional y sintomática como hidrocefalias que provocan irritabilidad, vómitos, crisis convulsivas².

El diagnóstico de la macrocefalia precisa de una anamnesis donde se incluya el registro de mediciones en la curva de crecimiento de la circunferencia craneana (CC), desarrollo psicomotor, búsqueda dirigida de síntomas de hipertensión intracraneal y crisis epilépticas. En esta anamnesis, es de especial importancia investigar sobre los antecedentes peri y prenatales como: consumo de drogas, exposición a radiaciones o tóxicos, posibles infecciones congénitas y resultados de ecografías obstétricas. La realización de un estudio imagenológico prenatal ayuda a detectar la macrocefalia y a veces hasta su causa como: el Síndrome de Dandy-Walker, quistes del plexo coroideo o malformación de la vena de Galeno. Es importante indagar sobre los posibles antecedentes familiares de enfermedades neurológicas o macrocefalia, así como los antecedentes de parto traumático, cesárea o sufrimiento fetal agudo³.

En niños que presentan durante el examen físico o neurológico cualquier anomalía se les suele realizar un estudio con neuroimágenes a través de resonancia magnética (RM) y/o tomografía computarizada (TC) para descartar cuadros que requieran de un tratamiento precoz como puede ser el Síndrome de Dandy-Walker⁴. Este síndrome se caracteriza por el crecimiento anormal de varias partes del cerebelo provocando malformaciones que se pueden observar mediante imágenes. Los problemas de salud tienen un impacto no solo en el paciente sino también en el funcionamiento del resto de la unidad familiar. En el ámbito de atención primaria se fomenta el autocuidado en el entorno familiar. En este escenario la unidad de cuidados no solo la conforma el niño sino también la familia, cobrando especial importancia el rol del cuidador principal⁵. Es habitual que estos cuidadores sufran una sobrecarga que se puede dar por diversos factores como pueden ser la falta de recursos económicos y materiales, lo cual deriva en la aparición de una serie de síntomas como son: estrés, ansiedad, irritabilidad, desmotivación, depresión, entre otros⁶.

La familia tiene un papel relevante en la toma de decisiones, en la planificación, implementación y evaluación de las intervenciones profesionales. De ahí la importancia de los cuidados centrado en la familia. El desarrollo del potencial

familiar para dar respuesta a las necesidades del niño consigue unos cuidados mucho más eficaces y eficientes. Los profesionales proporcionan los conocimientos profesionales necesarios y la familia aporta la información necesaria para escoger los más adecuados a las necesidades únicas del niño^{7,8}.

El objetivo general de este trabajo es diseñar, planificar e implementar un plan de cuidados individualizado a un niño con macrocefalia en el ámbito de la atención primaria.

2. METODOLOGÍA

2.1. Presentación del caso

Antes de iniciar la intervención, se solicitó permiso a la institución sanitaria con el fin de solicitar el permiso al Comité de Ética e Investigación de Referencia (CEI), obteniendo la resolución el día 12 de enero de 2023 (Código CEI/CEIm: 2022-545-1). El consentimiento informado de los padres se obtuvo el 17 de enero de 2023.

2.2. Caso clínico

Paciente varón de 19 meses, en seguimiento por la unidad de atención pediátrica (pediatra y enfermera) de su centro de salud, con los siguientes antecedentes personales: bronquitis aguda, estenosis de las venas pulmonares, bronquiolitis aguda, malformación de Dandy-Walker y convulsión.

2.3. Fase de valoración

A través de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon⁹ usados en la anamnesis y exploración del paciente, se han obtenido los siguientes datos.

Tabla 1. Valoración aplicando los patrones funcionales de Marjory Gordon⁹

Percepción-manejo de la salud. En los últimos 6 meses ha tenido ingresos hospitalarios en hospital relacionado con una convulsión febril. Realiza revisiones periódicas en el servicio de Neurocirugía pediátrica y en el Centro de Salud, acudiendo a los controles de salud correspondientes a su edad en el marco del Programa de Salud Infantil. Sus padres refieren saber actuar ante distintas situaciones como: fiebre, vómitos, diarreas. Siguen las pautas de cuidados indicadas. Actualmente no toma tratamiento farmacológico. No alergias conocidas. No hábitos tóxicos en la unidad familiar. Ambos progenitores presentan sobrepeso. El estado de salud del niño es “bueno” según indican sus padres. Higiene óptima. La prevención de accidentes en la vivienda, automóvil y espacios libres es adecuada.
Estado vacunal adecuado según el calendario vacunal vigente del año 2023 en la CCAA de Canarias¹⁰. Cuenta con: 3 dosis de Difteria, Tétanos, Tosferina, Haemophilus influenza serotipo B, Polio y Hepatitis B (Hexavalante); 3 dosis de la meningitis meningocócica C (Neisvac); 1 dosis del Sarampión, Rubeola y Parotiditis (SaRuPa); 1 dosis de la Varicela (Varivax); 3 dosis del Neumococo; 2 dosis del Rotavirus (Rotateq); 3 dosis de Meningitis A,C,W Y (Nimenrix); 3 dosis Meningitis B (Bexsero).
Nutricional-metabólico. Come solo. Desayuna lácteos enteros y cereales (gofio con 7 cereales). Fruta a media mañana en guardería. Consumo diario de lácteos (biberón 350 ml en el desayuno y en la cena); verduras y proteínas de origen animal tanto enteras como en puré. Consumo semanal: 1-2 veces legumbres (guisantes, garbanzos y lentejas) y 1 vez pasta y arroz. No toma zumos envasados ni refrescos con frecuencia. Consume bollería industrial como picoteo. Realiza 5 comidas al día, Consumo de agua adecuado a la edad. Realiza el almuerzo en la guardería.
No presenta problemas bucodentales. No caries. Tiene un total de 18 piezas dentales adecuado a su edad. Buena coloración de la piel y mucosas, sin palidez, ni manchas ni erupciones. Buen aspecto en las uñas.
Eliminación. Incontinencia fecal y urinaria. Realiza 2 deposiciones diarias de color y aspecto normal. No uso de laxantes ni estimulación rectal manual. Buen hábito intestinal. 10 pañales mojados/día. Sin control vesical diurno ni nocturno aunque está tomando contacto con el orinal.
Actividad física-ejercicio. Presenta una rutina de paseo y de juego adecuada. Datos antropométricos. PESO: 13,410 kg, TALLA: 82,5 cm, PC: 51,4 cm, PPESO: 90,07, PTALLA: 50,75, NPPC:100. A la exploración física no muestra indicadores de maltrato. Tampoco se detecta ninguna ingurgitación yugular, ni reflujo hepatoyugular, ni soplo frémitos carotídeos.
Sueño. Presenta un hábito del sueño normal, realiza siesta habitualmente. Duerme entre 8-9 h por la noche, comparte habitación con su hermano pero no la cama. Tiene un ritual para dormir uno de sus padres le lee un cuento a él y a su hermano antes de dormirse”. No ronca. No apnea del sueño
Cognitivo-perceptual. Sin alteraciones sensoriales. Reacciona al sonido. No factores de riesgo de hipoacusia. Otoscopia normal. Orientado en tiempo, espacio y persona. No presenta dificultades en la comprensión oral. Reflejo rojo normal. Test de Hirschberg ¹⁰ normal. Desarrollo psicomotor adecuado a su edad: sube las escaleras

apoyándose en la barandilla, chuta la pelota, trepa a una silla de adulto, construye una torre de hasta 5 cubos, utiliza la mano para sujetar el papel mientras garabatea, sigue instrucciones que implican dos acciones como es coger algo y tirarlo a la basura, sigue instrucciones relacionadas con las tareas domésticas, come solo un yogur con la cuchara, entre otros. Desarrollo del lenguaje adecuado. Emite frases de dos palabras o gestos con sentido imperativo o declarativo: “mamá agua”, “nene malo”, “papá ven”...

Autocontrol-autoconcepto. Tiene un estado de ánimo adecuado. No suele estar irritable, aunque experimenta rabietas frecuentes en las que alguna que otra vez se golpea la cabeza. Se le realiza el test de M-CHAT obteniendo una puntuación igual a 0 por lo que no presenta sospecha o factores de Riesgo de Trastorno del Espectro Autista¹⁰ (TEA).

Rol-relaciones. Sin cambios en la estructura familiar. Convive con su madre, padre y hermano mayor. Ambos progenitores ejercen el cuidado del niño, aunque la cuidadora principal es su madre. Su madre pone de manifiesto que siente cierto temor a lo que le pueda suceder al niño cuando ella no está, además se siente constantemente cansada y desmotivada, considera que apenas tiene tiempo para dedicarse a ella misma (actualmente sigue de baja tras el nacimiento de su hijo) (ITD). Del mismo modo que expresa cierta frustración por no saber cómo afrontar las rabietas que experimenta su hijo. Asiste a la guardería. Se relaciona bien con sus compañeros al igual que con su hermano. No presenta factores de riesgo social ni indicadores de maltrato.

Sexualidad-reproducción. Aspectos de los genitales adecuados a su edad.

Adaptación-tolerancia al estrés. Los cambios en los dos últimos años, derivados de la intervención del niño a los dos meses de nacimiento por una macrocefalia donde se le colocó una válvula, tuvo un impacto en el funcionamiento de la unidad familiar. Esta situación generó un afrontamiento ineficaz lo que puede ser el determinante de la baja laboral de la madre. A los tres meses de nacimiento del niño se le realizó a la madre la Escala de depresión postnatal de Edimburgo¹⁰ obteniendo 23 puntos (Depresión mayor y menor). Posteriormente, se llevó a cabo el test de ansiedad y depresión de Goldberg¹⁰ con un total de 8 puntos y 3 puntos, teniendo como resultado la presencia de una posible ansiedad y depresión. También se le hizo la Escala de Zarit¹⁰ en la que obtuvo 21 puntos definiéndose sin sobrecarga y, el Test de Apgar Familiar¹⁰ con un total de 8 puntos por lo que se le consideró normofuncionante.

Valores y creencias. No valorable

Nota. Elaboración propia

2.4. Fase diagnóstica

Realizada la entrevista y la valoración por patrones funcionales, se establecieron los siguientes Diagnósticos de Enfermería (DdE), los cuáles se han resumido y clasificado por dominios, tal y como contempla la NANDA¹¹ (Tabla 2).

Tabla 2. Clasificación de los DdE por dominios según la NANDA¹¹

Dominio 2. Nutrición
[00234] Riesgo de sobrepeso r/c picoteo frecuente c/a enfermedades genéticas congénitas.
[00270] Dinámica de comidas ineficaz del niño r/c picoteo no estructurado entre comidas m/p picoteo frecuente, se queja de hambre entre comidas, acostumbra a ingerir alimentos procesados.
Dominio 4. Actividad/Reposo
[00108] Déficit de autocuidado en el baño r/c debilidad m/p dificultad para lavar el cuerpo.
[00110] Déficit de autocuidado en el uso del inodoro r/c debilidad m/p dificultad para completar la higiene en el inodoro y alcanzar el baño.
[00109] Déficit de autocuidado en el vestido r/c debilidad m/p dificultad para usar cremalleras, para abrochar la ropa, para vestir la parte superior y la inferior.
Dominio 5. Percepción/Cognición
[00222] Control de impulsos ineficaz r/c estado de ánimo irritable m/p arrebatos de mal genio, conducta peligrosa.
Dominio 7. Rol/Relaciones
[00164] Disposición para mejorar la crianza m/p deseo de mejorar las conductas de crianza, deseo de mejorar la estabilidad del estado de ánimo.
[00062] Riesgo de cansancio del rol de cuidador(a) r/c síntomas depresivos, tiempo insuficiente c/a trastorno psicológico, gravedad de la afección.
Dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés
[00074] Afrontamiento familiar comprometido r/c situaciones coexistentes que afectan a la persona de referencia m/p la preocupación por las reacciones personales ante las necesidades del paciente.
Dominio 11. Seguridad/Protección

[00004] Riesgo de infección r/c dificultad para gestionar dispositivos invasivos a largo plazo, retención de fluidos corporales c/a afección crónica, procedimientos invasivos.

Nota. Elaboración propia

2. 5. Fase de planificación

Tras consensuar con los padres del niño sus necesidades, capacidades, preocupaciones y temores, se han propuesto unos objetivos e intervenciones según la taxonomía NOC¹² y NIC¹³, estableciéndose un plan de cuidados individualizado y centrado en la familia (Tabla 3).

Tabla 3. Diagnósticos de enfermería prioritarios, objetivos y actividades

PROBLEMA 1
[00108] Déficit de autocuidado en el baño r/c debilidad m/p dificultad para lavar el cuerpo.
Objetivo: Incrementar la iniciativa del niño para lavarse el cuerpo.
NOC: [0305] Autocuidados: baño
Indicadores: [30104] Abre el agua [30114] Se lava la parte superior del cuerpo.
NIC: [1801] Ayuda con el autocuidado: baño/higiene
Actividades:
- Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado. - Facilitar el mantenimiento de las rutinas del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de inicio de sueño y objetos familiares (para los niños su manta o juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro o disponer de una almohada de su casa), según corresponda. - Facilitar que el paciente se bañe él mismo, según corresponda. - Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado. - Mantener rituales higiénicos. - Fomentar la participación de los padres/familia en los rituales habituales a la hora de irse a la cama, si es el caso.
PROBLEMA 2
[00109] Déficit de autocuidado en el vestido r/c debilidad m/p dificultad para usar cremalleras, para abrochar la ropa, para vestir la parte superior y la inferior.
Objetivo: Conseguir que el niño comience a vestirse la parte superior solo.
NOC: [0302] Autocuidados: vestir
Indicadores:
[30203] Recoge la ropa
[30204] Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo
NIC: [1802] Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal
Actividades:
- Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado. - Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario. - Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario. - Reforzar los esfuerzos por vestirse solo. - Mantener la intimidad cuando el paciente se viste.
PROBLEMA 3
[00222] Control de impulsos ineficaz r/c estado de ánimo irritable m/p arrebatos de mal genio, conducta peligrosa.
Objetivo: Mejorar el control de impulsos adecuado a sus capacidades
NOC: [1405] Autocontrol de los impulsos
Indicadores: [140503] Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas
NIC: [4640] Ayuda para el control del enfado
Actividades:
- Utilizar un acercamiento que sea sereno y que dé seguridad. - Evitar daños físicos si el enfado se dirige a uno mismo o a otros (limitar y retirar los objetos potencialmente hirientes). - Brindar refuerzo para una expresión adecuada del enfado - Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para la expresión del enfado, dado el nivel de funcionamiento cognitivo y físico del paciente.
PROBLEMA 4
[00062] Riesgo de cansancio del rol de cuidador(a) r/c síntomas depresivos, tiempo insuficiente c/a trastorno psicológico, gravedad de la afección.

Objetivo: Evitar que los cuidadores lleguen a experimentar que no puedan más con la situación
NOC: [2506] Salud emocional del cuidador principal
Indicadores: [250604] Temor [250607] Depresión [250615] Uso de fármacos psicotrópicos
NIC: [7040] Apoyo al cuidador principal
Actividades:
- Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, según corresponda. - Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal. - Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. - Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés. - Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo. - Animar la aceptación de interdependencia entre los miembros de la familia.
PROBLEMA 5
[00004] Riesgo de infección r/c dificultad para gestionar dispositivos invasivos a largo plazo, retención de fluidos corporales c/a afección crónica, procedimientos invasivos.
Objetivo: Detectar precozmente cualquier síntoma de infección
NOC: [1924] Control del riesgo: proceso infeccioso
Indicadores: [192420] Controla cambios en el estado general de salud [192411] Mantiene un entorno limpio
NIC: [6550] Protección contra las infecciones
Actividades:
- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. - Fomentar una ingesta nutricional suficiente. - Fomentar la ingesta adecuada de líquidos. - Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional sanitario. - Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar.
PROBLEMA 6
[00110] Déficit de autocuidado en el uso del inodoro r/c debilidad m/p dificultad para completar la higiene en el inodoro y alcanzar el baño.
Objetivo: Comenzar con el control vesical
NOC: [0310] Autocuidados: uso del inodoro
Indicadores: [31013] Entra y sale del cuarto de baño
NIC: [1804] Ayuda con el autocuidado: micción/defecación
Actividades:
- Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados. - Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación. - Ayudar al paciente en el inodoro/inodoro portátil/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados. - Enseñar al paciente/allegados la rutina de eliminación.

Nota. Elaboración propia

2.6. Fase de ejecución

Para la elaboración de este plan de cuidados, se realizaron cuatro consultas en el centro de salud. En la primera consulta se hizo la valoración inicial del paciente junto con la exploración y revisión de la historia clínica (Tabla 1). Se identificaron los DdE de los patrones disfuncionales (Tabla 2).

En la segunda consulta se priorizaron algunos diagnósticos con la colaboración de los padres del niño, además de planificar las actividades a realizar y establecer objetivos a corto y largo plazo (Tabla 3).

Las tres consultas restantes han sido de seguimiento, valorando su evolución en función de los resultados obtenidos en base a las actividades fijadas y, adaptando las mismas a la situación que presentaba el niño en cada visita.

3. RESULTADOS

3.1. Fase de evaluación

El logro de los objetivos (NOC) establecidos se han evaluado a través de la escala Likert¹⁴. Obteniéndose los siguientes resultados tras la realización de las actividades planteadas (Tabla 4).

Tabla 4. Evaluación de resultados

Indicadores	Inicio	Medio	Final
[30104] Abre el agua	1	2	3
[30114] Se lava la parte superior del cuerpo.	1	2	2

[30203] Recoge la ropa	1	1	2
[30204] Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo	1	1	2
[31013] Entra y sale del cuarto de baño	1	1	2
[140503] Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas	1	2	3

Escala Likert¹⁴: 1 (inadecuado); 2 (ligeramente adecuado); 3 (moderadamente adecuado); 4 (sustancialmente adecuado); 5 (completamente adecuado).
Elaboración propia

La realización de las actividades planteadas como [30104] abre el agua, [30114] se lava la parte superior del cuerpo, [31013] entra y sale del cuarto de baño; ha resultado satisfactoria, a pesar de obtener al inicio del seguimiento del paciente una puntuación igual a 1 (inadecuado) pues, a lo largo de este proceso se ha alcanzado en algunas actividades como puntuación máxima un 3 (moderadamente adecuado) pudiéndose considerar como puntuación sobresaliente. Esto se debe a que es una evaluación dirigida a un paciente de 19 meses, donde su capacidad de desarrollo y aprendizaje es limitada respecto a la de un niño de mayor edad e incluso, a la de una persona adulta. De este modo, el desarrollo del menor corresponde con el de su edad por lo que la enfermedad sufrida no ha interferido en el progreso natural de este.

4. DISCUSIÓN

Se ha realizado un plan de cuidados individualizado y centrado en la familia de un niño de 19 meses con macrocefalia. Se ha podido identificar sus necesidades y, en base a ellas, establecer una serie de objetivos e intervenciones con el fin de dar respuesta a las mismas. Esta intervención ha permitido responder a las necesidades de cuidados del niño, tras la identificación de las diferentes respuestas que derivaron del proceso salud-enfermedad de este y de su cuidadora principal. Una parte esencial del trabajo enfermero es la comunicación terapéutica¹⁵, sobre todo en el marco de la Atención Primaria, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y aumentar la eficacia y satisfacción del profesional sanitario. Es una herramienta importante que los profesionales de la salud deben utilizar para facilitar la mejor atención posible a sus pacientes.

El autocuidado se refiere a las acciones que los pacientes realizan para mantener su propia salud y bienestar. Los sistemas de enfermería de Orem¹⁶, se centran en ayudar a los usuarios a identificar y satisfacer sus necesidades de autocuidado, y en proporcionar la asistencia necesaria cuando no pueden hacerlo por sí mismos. Estos sistemas son importantes para ayudar a alcanzar y mantener una buena salud, además, son una parte integral de la práctica enfermera. Este modelo nos puede servir de ayuda para desarrollar dicho objetivo, es decir, capacitar al usuario y a cuidadores para que puedan ejecutar acciones dirigidas al mantenimiento de su salud y a la recuperación en su proceso de salud-enfermedad. La enfermera tiene un papel primordial en el apoyo y en la aportación de recursos a los cuidadores que prestan estos cuidados.

La comunicación, por tanto, ha de ser efectiva y afectiva desde el comienzo del plan de cuidados del paciente, teniendo en cuenta su situación y sus necesidades¹⁵. A la vez que se valora las habilidades y predisposición del cuidador principal para ejecutar los cuidados pautados por el profesional de enfermería, se debe valorar la situación afectiva que este presenta. Durante la implementación de esta intervención se ha podido evidenciar este aspecto por parte de la cuidadora, la cual verbalizó que se sentía parte de la unidad de atención. Además, en esta relación terapéutica con la madre del niño, ésta ha manifestado aspectos como: “Este periodo, ha sido duro. Siempre piensas en tener un niño sano, con los problemas de salud típicos de la edad. Pero cuando te dan una noticia de este tipo nunca estás preparada. Hemos tenido que dedicar mucho tiempo y esfuerzo en acudir a las citas, tanto al centro de salud como al hospital. Nos hemos tenido que reorganizar para no perder nuestra capacidad funcionante. Pero todo pasa y en breve cumplirá dos años. Gracias a Dios, podemos decir que nuestro niño goza de salud aunque siempre debemos estar en alerta.”

Por tanto, en este contexto, se plantea el seguimiento conjunto del estado y evolución del paciente, pero también atendiendo a las necesidades, factores y circunstancias que rodean e influyen en el estado del cuidador y la manera en las que éste las refleja en el paciente. Tras realizar el test de ansiedad y depresión de Goldberg, se detecta que su cuidadora principal presenta ansiedad y depresión. Esta situación determina los cuidados que el niño necesita, donde el afrontamiento que manifiesta la familia de la situación es el eje vertebrador. Contemplar el modelo de cuidados centrados en la familia pudo contribuir a mejorar dicho afrontamiento, donde la comunicación terapéutica, como herramienta de trabajo, juega un papel fundamental en el marco de cualquier relación de ayuda^{7,8}.

La participación activa de ambos progenitores ha permitido plantear objetivos realistas y actividades aceptadas por ellos, así como adecuarlas a la situación y edad del niño. A su vez, esto ha contribuido a aumentar la satisfacción con la atención recibida, caracterizada por ser más participativa que imperativa. Es importante que los cuidadores estén implicados a la hora de planificar el plan de cuidados, con el fin de conseguir mejores resultados y un mejor bienestar del niño.

Una de las limitaciones percibidas durante el desarrollo de este plan de cuidados, ha sido la dificultad de integrar el contenido teórico en un contexto real de aprendizaje como es la práctica clínica. Esto requiere por parte del estudiante de enfermería, una toma de decisiones basadas en un juicio clínico derivado del razonamiento crítico y reflexivo.

Como fortaleza destacar que ha sido una oportunidad de aprendizaje significativa. Cada persona es única en su proceso de salud-enfermedad y en su existencia, al igual que la manera de afrontamiento por parte de sus familiares y/o cuidadores. En este contexto cabe destacar que la enfermedad de un niño en el ámbito familiar supone un problema, pues sus padres han de adaptarse a las diferentes fases de la propia enfermedad. En el caso de este niño, se ha podido observar la gran preocupación de sus padres (sobre todo de la madre) con respecto a la reaparición de síntomas relacionados con la hidrocefalia, generando así, la presencia continua de ansiedad¹⁷. Por tanto, esto nos ha permitido evidenciar la importancia de identificar lo que le sucede, perturba e importa a todas las personas implicadas en el proceso de cuidar. El proceso de cuidar a una persona es dinámico y está determinado por el contexto personal, social y familiar de la persona y de la unidad familiar.

5. CONCLUSIONES

En la elaboración de este plan de cuidados individualizado y centrado en la familia de un niño con macrocefalia, se han podido establecer unos objetivos realistas, fomentar la comunicación terapéutica, enfocar las intervenciones en base a las necesidades y respuestas cambiantes del niño y de la familia.

Se ha podido evidenciar el rol de la enfermera que, mediante una comunicación terapéutica eficaz con la familia, puede priorizar y planificar unos resultados de mejora, así como formular objetivos y actividades ajustados a las necesidades del paciente. Es necesario diseñar, planificar e implementar planes de cuidados que favorezcan una adecuada atención y continuidad de cuidados de los pacientes.

Finalmente, para futuros casos similares a este es imprescindible desde el ámbito de la pediatría, la potenciación del cuidado de la familia, ya que existe una enorme carencia de esta. En consecuencia, generando problemas en la persona cuidadora que repercuten a la hora de ejercer los cuidados pertinentes de su familiar. De manera que, influye en la calidad de vida y bienestar del paciente pudiendo generar un retroceso o estancamiento en su proceso de enfermedad, así como agravamiento de esta.

REFERENCIAS

- [1] Gaona VA. Macrocefalia en la infancia. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2018 [citado 09 mayo 2023];78(Suppl 2):101-107. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802018000600019&lng=es
- [2] Tan AP, Mankad K, Gonçalves FG, Talenti G, Alexia E. Macrocephaly: Solving the Diagnostic Dilemma. Top Magn Reson Imaging. 2018 Aug;27(4):197-217. doi: 10.1097/RMR.000000000000170[3] Mallea G, Cortés R, Avaria MA, Kleinstein K. Enfrentamiento de macrocefalia en niños. Rev Ped Elec [Internet]. 2014 [citado 09 mayo 2023];11(2):41-53. Disponible en: <https://cuty.io/jaBbHERpBo>
- [4] MedlinePlus. Dandy-Walker malformation [Internet]. Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health; 2020 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/QH1BTKM>
- [5] Canga A, Esandi N. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. Anales Sis San Navarra. 2016 Ago [citado 8 diciembre de 2022];39(2):319-322.doi:10.23938/ASSN.0260
- [6] Martínez S. Síndrome de sobrecarga del cuidador informal. Ene [Internet]. 2020 [citado 8 diciembre 2022];14(1):1-3. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100018
- [7] Hockenberry MJ. Perspectivas de la enfermería pediátrica. En Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. Wong. Enfermería pediátrica: 10 ed. [Internet]. Barcelona: Elsevier España; 2020 [citado 8 diciembre 2022]. Disponible en: https://campus.com.pe/wp-content/uploads/2022/10/Wong-Enfermeria-Pediatrica-by-Marilyn.-J.-Hockenberry_w.pdf
- [8] Rodrigo O. Importancia del entorno sociocultural en la salud de niños y adolescentes. En González P, Pedraz A: ed. Enfermería de la infancia y la adolescencia. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011. p. 32-35.
- [9] Fernández-Lasquetty B. La valoración enfermera. Análisis, síntesis e identificación de problemas. En: Aplicación de los lenguajes normalizados NANDA, NOC, NIC: 4ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2021. p. 41-54.
- [10] Servicio Canario de la Salud (SCS). Programa de salud infantil [Internet]. Canarias: SCS; 2022 [citado 11 marzo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/B2V5uVxh3>
- [11] Herdman TH, Kamitsuru S (ed.). Nursing Diagnosis: Definition and classifications 2021-2023. Amsterdam: Elsevier Health Sciences; 2023.
- [12] Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): 6ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2018.

- [13] Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC): 7º ed. Barcelona: Elsevier España; 2018.
- [14] Ospina BE, Sandoval JJ, Aristizábal CA, Ramírez MC. La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Invest Educ Enferm [Internet]. 2005 [citado 29 marzo 2023];23(1):14-29. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v23n1/v23n1a02.pdf>
- [15] González C. La comunicación terapéutica usuario-enfermera en las consultas de atención primaria. Enferm Comunitaria [Internet]. 2014 [citado 15 marzo 2023];2(2):82-92. Disponible en: <https://cuty.io/omElzSFZIB>
- [16] Prado LA, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Med Electron [Internet]. 2014 [citado 15 marzo 2023];36(6):835-845. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
- [17] Grau C, Fernández Hawrylak M. Familia y enfermedad crónica pediátrica. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2010 [citado 23 abril 2023];33(2):203-212. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000300008

La musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer como cuidado enfermero

María-Jordania Lorenzo-Hernández^a, Pedro-Raúl Castellano-Santana^b

^aEstudiante del Grado en Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bProfesor del Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

La enfermedad del Alzheimer destaca por una pérdida en las capacidades cognitivas como la memoria, la atención-concentración y las alteraciones del lenguaje así como trastornos conductuales, además de síntomas depresivos. La necesidad de un abordaje multidisciplinar ha propiciado la investigación de terapias complementarias como la musicoterapia. Sin embargo, debido a los pocos estudios que existen disponibles en el campo de la investigación científica, no se ha podido describir con exactitud los beneficios que se especulan. Por ello, se convierte en un tema con potencialidad para ser investigado, y del cual sus frutos podrían mejorar el curso de la nombrada enfermedad con la adecuada intervención enfermera, basada en la más reciente evidencia. La presente revisión exploratoria pretende describir los beneficios de la musicoterapia para la mejora de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Alzheimer, realizando una búsqueda bibliográfica a través de la consulta de bases de datos como LILACS, Cuiden, Web of Science, Scopus, SciELO y el motor de búsqueda Pubmed, siguiendo los criterios PRISMA-ScR y utilizando estudios publicados en español e inglés, entre 2017 y 2022, que se encontraban disponibles a texto completo y de libre disposición. Los resultados muestran los diferentes beneficios de la musicoterapia en pacientes con Alzheimer y su posible explicación así como la relación música-memoria, música-actividad física y música-cuidados enfermeros. Se concluye que la musicoterapia como medida no farmacológica posee numerosos beneficios en pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) en relación con la disminución de síntomas como la depresión, ansiedad, agitación, agresividad, irritabilidad, trastornos del lenguaje, además de poseer efectos favorecedores en la memoria y orientación, aunque es necesario profundizar en la investigación.

Palabras clave: musicoterapia, Enfermedad de Alzheimer, demencia.

1. INTRODUCCIÓN

El Alzhéimer es una enfermedad neurodegenerativa progresiva catalogada como la causa más frecuente de demencia, cuyo factor de riesgo principal es la edad^{1,2}. Tratándose de hallazgos anatomopatológicos relevantes, destaca la pérdida de neuronas, así como la presencia de placas seniles y ovillos neurofibrilares en regiones cerebrales, además de los depósitos intracerebrales e intravasculares de proteína amiloide, los cuerpos de Hirano y la degeneración granulovacuolar².

En cuanto a sus manifestaciones clínicas, destaca el deterioro progresivo de la memoria que abarca la dificultad que surge en los procesos de aprendizaje para agregar nueva información. De este modo, se desencadena una desorientación temporoespacial, alteraciones del lenguaje, diversos tipos de agnosia, síntomas depresivos, y síntomas conductuales como la psicosis y agitación, atisbándose un gran cambio de personalidad².

Con relación al tratamiento farmacológico del Alzhéimer, este se centra, por una parte, en paliar los defectos cognitivos y, por otra parte, en corregir los trastornos conductuales¹. Aun así, una enfermedad tan compleja como esta, necesita de un abordaje multidisciplinar para tratar el mayor número posible de dificultades². No es de extrañar entonces, que surjan terapias complementarias partiendo de una base bio-psico-social, como puede ser por ejemplo, la musicoterapia³.

Por otro lado, cabe destacar la frase “Artes de las musas”, que en griego significa música³. Relacionado a su vez el término musicoterapia, que etimológicamente quiere decir “terapia a través de la música”⁴. Viene definida por el norteamericano Kenneth Bruscia como, “proceso constructivo en el cual el terapeuta ayuda al paciente a mejorar, mantener o restaurar un estado de bienestar, utilizando como fuerza dinámica de cambio experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ellas”, en similitud con la definición de la National Association for Music Therapy de EE. UU donde se utilizan también los conceptos de restauración y mantenimiento^{3,4}.

En Reino Unido, en 1958 Juliette Alvin creó la British Society for Music Therapy and Remedial, donde se publica la prestigiosa revista British Journal of Music Therapy. Así mismo, destaca la introducción de estudios universitarios de musicoterapia en Europa, específicamente en países como Alemania (1979), Dinamarca (1989) y Austria (1992). Mientras, en Hungría se llevó a cabo diferentes programas de postgrado. En París, (1970) se fundó un centro de musicoterapia y fue poco después cuando en Polonia (1974), se creó el “Instituto de Musicoterapia”. Sin embargo, no cabe duda de que Estados

Unidos es el país pionero en cuanto a musicoterapia, con mayor número de musicoterapeutas y de investigaciones, llegando a financiar programas de rehabilitación. En este país, personajes importantes han sido Thayer Gaston y Myrtle Fish Thompson. A partir de 1950, se desarrollan asociaciones y estudios en países como China, Japón, Sudáfrica y Australia⁴. Por lo que se refiere a España, la primera obra de musicoterapia es escrita por el monje Antonio José Rodríguez en 1744, titulada *Palestra crítico-médica*, anteponiendo la medicina psicosomática a la tradicional y afirmando que, “la música es ayuda eficaz en todo tipo de enfermedades”. Sin embargo, no será hasta 1882 cuando se realice la primera tesis musical, que compagine música y medicina, por el médico y catedrático Francisco Vidal y Careta, titulada “La música en sus relaciones con la medicina”⁴.

Hay que mencionar, además que, en Canarias, se implementa el proyecto “Musicoterapia hospitalaria”, un convenio de colaboración entre el Servicio Canario de la Salud y la fundación “Mapfre Guanarame”, publicado en el Boletín de Canarias el 28 de julio de 2016. Los hospitales implicados en el programa son, el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, el Hospital Universitario de Canarias, y el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Está destinado a “adultos hospitalizados en la planta de Oncología” o “área de paliativos” y “niños en situación de ingreso -por especialidades o infecciosos y niños hospitalizados en la planta de Oncología”. Asimismo, algunos de los objetivos que se pretenden lograr con el programa son: “disminuir los niveles de estrés, miedo y/o ansiedad ante la enfermedad y el tratamiento”, “estimular a nivel sensorial” y “expresar emociones y sentimientos a través de diferentes vías de expresión”, entre otros, entendiéndose que se profundizará en objetivos específicos en cuanto a la situación específica de cada paciente⁵.

En el Alzheimer, la musicoterapia no iba a ser una excepción, esta se ha hecho notoria en los últimos años, como una nueva herramienta terapéutica a la que acceder en cuanto a rehabilitación neurológica, tratando déficits motores, cognitivos, de lenguaje, emocional y social³.

La enfermería permanece en constante búsqueda de terapias complementarias que permitan atender las necesidades biopsicosociales y espirituales del paciente. Ya en la taxonomía NANDA-NOC-NIC se contempla el NIC [4400] Musicoterapia, definido como “Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico”. De esta manera, para llevar a cabo esta intervención en el Alzheimer, se necesita conocer la manera correcta de aplicar la terapia tratando de encontrar una mayor eficiencia y conocer los beneficios de dicha con la finalidad de darle un sentido propio⁶. Sin embargo, debido a los pocos estudios que existen disponibles en el campo de la investigación científica, no se ha podido describir con exactitud los beneficios que se especulan. Por ello, se convierte en un tema con potencialidad para ser investigado, y del cual sus frutos podrían mejorar el curso de la nombrada enfermedad con la adecuada intervención enfermera, que claramente debe estar basada en la más reciente evidencia³.

Objetivo general: Describir los beneficios de la musicoterapia para la mejora de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Objetivos específicos:

- Explicar las técnicas actuales de musicoterapia en el paciente con enfermedad de Alzheimer y su efectividad.
- Identificar los efectos cognitivos y conductuales de la musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer.
- Describir las actividades enfermeras en la aplicación de la musicoterapia en los pacientes que presentan enfermedad de Alzheimer para mejorar su calidad de vida.

2. METODOLOGÍA

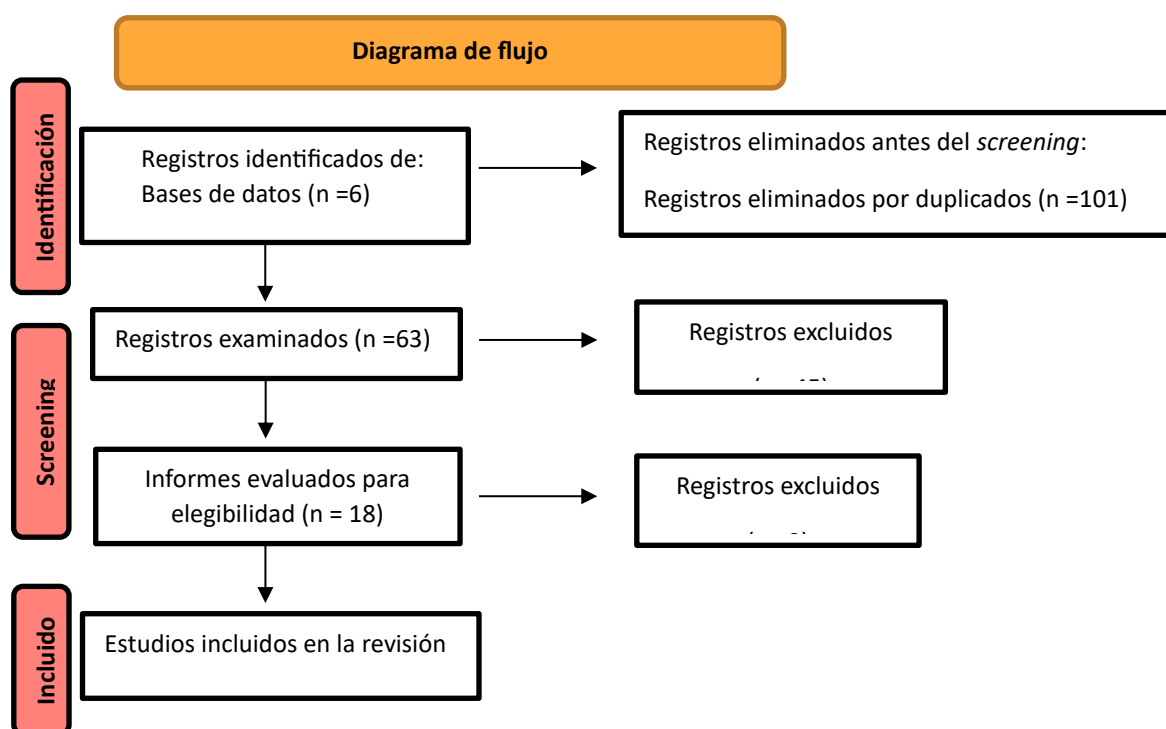
Se ha realizado una revisión exploratoria según criterios PRISMA-ScR sobre la musicoterapia y su relación con la enfermedad de Alzheimer (EA), a través de la consulta de bases de datos como LILACS, Cuiden, Web of Science (WOS), Scopus, SciELO y el motor de búsqueda Pubmed. En la estrategia de búsqueda de los estudios se emplearon los descriptores o las palabras clave tan en español—según la terminología de Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), “musicoterapia”, “Enfermedad de Alzheimer”, “demencia”, como en inglés —“musictherapy”, “Alzheimer Disease”, “dementia”, según los Medical Subjects Headings [MeSH] —, en las bases de datos escogidas, para la relación entre las diferentes palabras claves se han utilizado los operadores booleanos “AND” y “NOT”.

Los criterios de inclusión utilizados fueron estudios de investigación desarrollados en humanos y publicados en español e inglés, entre 2017 y 2022, que se encontraban disponibles a texto completo y de libre disposición. Se excluyeron los estudios que no trataban directamente sobre la enfermedad del Alzheimer, repetidos en otras bases de datos y artículos que solo disponían de resumen o no se encontraban liberados y disponibles, con el uso de las credenciales de acceso de la UPGC. La búsqueda y selección de los estudios se efectuó entre diciembre de 2022 y enero de 2023. Los resultados de la búsqueda se exponen en la tabla 1 y el diagrama de flujo en la figura 1.

Tabla 1. Ejemplo estrategia de búsqueda

Base de datos	Descriptores DeCS/ MeSH	Estrategia de búsqueda	Nº de artículos encontrados	Nº de artículos rechazados por duplicados/contenido	Total de artículos seleccionados
WOS	"Musictherapy"	(Music therapy) AND (Alzheimer Disease)	101	99	7
	"Demencia"	(Musicoterapia) AND (Enfermedad de Alzheimer)	2		
	"Alzheimer Disease"	(Musicoterapia) AND (Enfermedad de Alzheimer)	6		
	"Musicoterapia"	(Musicoterapia) AND (Demencia)			

Con los artículos seleccionados, en primer lugar se realizó una lectura crítica, utilizando el programa de habilidades en Lectura Crítica Español (CASPe) y el uso de sus plantillas de revisión, posteriormente fueron clasificados atendiendo a los niveles de evidencia y a los grados de recomendación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SING) ⁷.



3. RESULTADOS

Tabla 2. Características y clasificación de los estudios seleccionados en la búsqueda

Autor/es y Año	País/Lugar	Tipo de estudio	Nivel evidencia	Grado recomendación	Resultados
García 2022	Universidad de Huelva, España	Revisión sistemática	1+	A	Las autoras explicaron el efecto de la Musicoterapia en la carga de los cuidadores de las personas con enfermedad de Alzheimer y los efectos

					de la musicoterapia en los síntomas de la enfermedad.
Autor/es y Año	País/Lugar	Tipo de estudio	Nivel evidencia	Grado recomendación	Resultados
Li 2022	Shanghai University of Sport and Shanghai Shangti Orthopedic Hospital, China	Revisión sistemática	1+	A	Los autores presentan una revisión sistemática donde describen el efecto de la intervención combinada de actividad física y música en la enfermedad del Alzheimer.
Matziorinis 2022	Department of Biological and Medical Psychology, University of Bergen, Norway	Revisión narrativa	4	D	Los autores profundizan en la relación música-memoria en la enfermedad del Alzheimer, destacando los recuerdos autobiográficos y la preservación de la memoria en la enfermedad. También explican los efectos terapéuticos de la musicoterapia en dicha enfermedad y mecanismos de estimulación como la neurogénesis o la liberación de dopamina.
Leggieri 2019	Universidad de Toronto, Canadá	Revisión narrativa	4	D	Los autores abordan el impacto de los diferentes enfoques de intervención musical, a través de seis artículos.
Sánchez 2019	Universidad de Jaén, España	Revisión narrativa	4	D	Los autores estudian los beneficios de la musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer desde el punto de vista de los cuidados de Enfermería. Distinguen la musicoterapia en vivo vs aquella aplicada mediante dispositivos, además de combinada con el ejercicio físico.
Särkämö 2018	Universidad de Turku y Universidad de Helsinki, Finlandia	Revisión narrativa	4	D	Los autores explican cómo es el procesamiento musical y las redes cerebrales en la percepción musical y la preservación de las emociones y recuerdos en la enfermedad del Alzheimer. Describen la amusia y la preservación de la música en la amnesia. Profundizan también en

					rehabilitación neurológica basada en la música.
Custodio 2017	Instituto Peruano de Neurociencias. Lima, Perú.	Revisión Narrativa	4	D	El autor define los diferentes términos de musicoterapia, así como la relación entre la musicoterapia y los síntomas cognitivos (en especial la memoria autobiográfica), psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer, respaldado por diferentes estudios.
Autor/es y Año	País/Lugar	Tipo de estudio	Nivel evidencia	Grado recomendación	Resultados
Gómez-Romero 2017	Universidad de Extremadura, Badajoz, España	Revisión sistemática	1+	A	Los autores exponen sus resultados tras analizar 11 artículos relacionados con las alteraciones conductuales, la ansiedad y la agitación.
García-Casares 2017	Universidad de Málaga, Málaga, España	Revisión sistemática	1+	A	Los autores detallan los efectos de la musicoterapia en pacientes con Alzheimer en la esfera emocional, conductual y cognitiva, junto a la calidad de vida, además de abordar temas específicos como la memoria, el lenguaje y la comunicación. Cabe mencionar, la distinción entre musicoterapia pasiva frente a la activa y un novedoso estudio donde se aplica la musicoterapia a través de un videojuego.

4. DISCUSIÓN

La musicoterapia se puede realizar adoptando una modalidad activa o pasiva, esta última ha sido la predominante a lo largo de la historia⁸. La activa implica tocar un instrumento musical, cantar, componer y/o bailar, mientras la pasiva solo requiere escuchar música⁹. Lancioni *et al*, realizaron varios estudios en pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) donde establecen una comparación de ambas. Mientras el grupo de musicoterapia activa podía elegir y activar las entradas de estimulación musical, en la pasiva se estableció automáticamente, con resultados más o menos similares, salvo que en la activa se promueve más la participación y la implicación¹⁰. Las intervenciones pueden ser, además, con música en vivo o grabada¹¹. La música en vivo propicia que el paciente esté más atento al entorno que lo rodea. También, pueden ser

programas individualizados, donde se siguen las preferencias del paciente o elegidos por el terapeuta, sugiriéndose en la literatura más actual que los individualizados aportan más beneficios en la memoria^{8,11}. Asimismo, según el contexto social, pueden ser intervenciones personales o en grupo¹¹.

Desde hace años, varios autores coinciden en los efectos beneficiosos de la musicoterapia en el paciente con enfermedad de Alzheimer en las funciones cognitivas y la esfera emocional y conductual¹⁰. Lyu J *et al* realizan un ensayo controlado aleatorizado en 298 pacientes con EA leve, moderada y grave, durante 3 meses, con la finalidad de evaluar los efectos de la musicoterapia en la función cognitiva. Los pacientes se distribuyeron en un grupo de canto (musicoterapia activa), uno de lectura de letras y uno control, siendo evaluados al inicio del estudio, tras 3 meses y 6 meses después. Como conclusiones establecieron que el grupo de musicoterapia activa mejoraba la fluidez verbal, aliviaba los síntomas psiquiátricos y mejoraba la memoria¹².

El estudio de Gómez-Gallego y Gómez-García expone a un grupo de 42 personas a dos sesiones semanales de 45 minutos durante seis semanas, con EA leve o moderada. Se observaron resultados a partir de la cuarta sesión, objetivando un incremento de memoria, orientación y disminución de la depresión y ansiedad. Concretamente, en el grupo de enfermedad moderada se apreció mejoría del delirio, alucinaciones, agitación, irritabilidad y trastornos del lenguaje, aunque no se pudo cuantificar la duración de estos efectos beneficiosos. Sin embargo, otro estudio que se propuso establecer los efectos específicos de la musicoterapia frente a otras terapias no pudo distinguir los cambios positivos producidos por dicha terapia frente a otras, en este caso la cocina¹⁰.

En cuanto a la esfera emocional y conductual, diversos ensayos clínicos aleatorizados y controlados y estudios de caso-control, pudieron demostrar los beneficios de la terapia sobre la ansiedad, la agitación y la depresión de los pacientes, produciendo por tanto, mejores relaciones entre la persona y el personal sanitario^{10,13}. Se afirma que esta mejoría en los síntomas neuropsicológicos y en la codificación verbal, deriva de la activación del sistema nervioso simpático o parasimpático, provocado por la excitación y las respuestas emocionales que produce la música⁸. Sung *et al* se centraron en los beneficios sobre la ansiedad en sus estudios, medidos a través de la escala Rating Anxiety in Dementia, donde el grupo experimental tras seis semanas experimentó una bajada en la puntuación de dicha escala, pasando de 10,93 a 8,93¹⁵. Desde una perspectiva enfermera, la disminución de la agitación es beneficiosa para la carga del cuidador, la disminución del número de caídas y el aumento de la calidad de vida¹¹. Una persona puede estar agitada porque desconoce su entorno, Dassa y Amir refiere que el canto de canciones familiares en pacientes con EA media o avanzada activa el mecanismo de emoción o memoria asociada, facilitando la memoria y la conversación, y por ende provocando mayor seguridad¹⁵. Asimismo, Guétin S. *et al*, describen que el efecto de la disminución de la agitación supera las 8 semanas post-intervención¹¹. Sin embargo, según Ledger y Baker los resultados de su estudio pueden indicar que la musicoterapia solo tiene efectos inmediatos en la agitación, habiéndose realizado una evaluación posterior a la terapia a los 3, 6, 9 y 12 meses¹⁴. Del mismo modo, Simmons-Stern *et al*, se adentraron a investigar el efecto de la musicoterapia sobre la memoria en pacientes con EA, concretamente si la información es mejor recordada si se canta que si se lee, resultando esto afirmativo en el caso del contenido general de la letra de la canción y siendo indiferente cantar o leer para el contenido específico¹⁰. Esto es respaldado también por Palison J *et al*, que durante 6 meses dispuso un grupo a aprender textos a través de la musicoterapia y a otro sin musicoterapia (grupo control), obteniendo mejores resultados en el grupo que aplicaba musicoterapia¹⁹. Basaglia-Pappas S *et al* aporta que dichos pacientes reconocen mejor las melodías de las canciones que sus letras¹¹. Asimismo, Moscovitch, propone que la música puede evocar recuerdos autobiográficos involuntarios, desencadenados por una clave perceptual de recuperación inmediata por su gran carga emocional, siendo, según Jacobsen *et al*, las áreas del cerebro encargadas del procesamiento musical las mejores preservadas.

Según progresa dicha enfermedad, se deteriora progresivamente el lenguaje. Aun así, ciertas investigaciones han sacado a la luz que la capacidad de cantar canciones se mantiene hasta estadios finales, ya que según se propone las redes neuronales musicales que implican la memoria y el reconocimiento musical o el canto son independientes de procesos cognitivos como el lenguaje¹⁰.

Incluso, tratándose del **cuidado enfermero**, la carga de pacientes con EA en residencias se reduce con la aplicación de musicoterapia debido a la disminución de alteraciones conductuales. Según, Chang *et al*, los enfermeros referían que los pacientes comían más rápido cuando había música de fondo que cuando no, algo que también afirma McHugh L *et al*, y aumentaban sus ingestas. Por su parte, Hammar LM. *et al* comprobaron que los cuidados en la mañana eran más eficaces cuando el cuidador cantaba al vestir al paciente, colaborando este más¹¹.

Cabe señalar que, Choi *et al* estudiaron la angustia de los **cuidadores**, presentando mejoría notable en la depresión, ansiedad e irritabilidad, sin apreciar cambios en el grupo control⁹. Del mismo modo, en Francia se realizó un estudio donde un grupo realizó musicoterapia y otro, actividades culinarias, con grupo control, durante un mes, evidenciando una reducción en la carga de los cuidadores en el grupo que realizó musicoterapia¹⁵.

También ha sido estudiada, aunque poco, la unión de música y actividad física. Minino *et al*, demostraron que al unir la actividad física con estimulación auditiva rítmica se obtuvieron cambios notorios en la fuerza¹⁶. Además, otros factores como disminuir el riesgo de caídas y mejorar la calidad de vida, que tan importante son para enfermería son favorecidos con la realización de ejercicio físico, que de acuerdo con Johnson L. *et al* gracias al efecto de la música se incrementa su participación¹¹. Asimismo, según Chen y Pei los pacientes con demencia leve o moderada necesitan un alto nivel de procesamiento cognitivo para combinar ambas terapias, potenciando su atención¹⁶.

En relación con las consecuencias de los efectos positivos de la musicoterapia sobre la cognición y el estado de ánimo, se sugieren tres posibles mecanismos neuronales. El primero, la estimulación de la neurogénesis y neuroplasticidad, pues Koelsch S *et al* revelaron en su metaanálisis que las emociones producidas por la música pueden activar el hipocampo anterior, especulando que podría estimular la neurogénesis. El segundo, está relacionado con la liberación de dopamina, pues la pérdida de esta, se relaciona con déficits cognitivos y se agota en personas con EA, siendo interesante sugerir que la estimulación de liberación de dopamina tras la aplicación de música, puede prevenir el deterioro cognitivo. Por último, el tercero se asocia a procesos inflamatorios, pues se ha sugerido la respuesta inmunitaria sostenida en el cerebro como una patología central en la EA, de esta manera las emociones pueden reducir el estrés y dar lugar a cambios fisiológicos por la activación del sistema nervioso autónomo, además de influir en la respuesta al estrés neuroendocrino y modular la actividad del sistema inmunitario, lo que podría mitigar la neurodegeneración¹².

La presente revisión exploratoria ha encontrado diversas limitaciones como la escasez de artículos científicos con alta evidencia. Asimismo, los estudios encontrados utilizan muestras muy pequeñas que impiden generalizar las conclusiones recabadas. Por otra parte, se evidencia una necesidad de estudios a largo plazo acerca de los efectos de la musicoterapia en la EA y sobre todo que se explique por qué se producen dichos efectos. Se sugiere a futuros investigadores que tengan en cuenta las presentes limitaciones y se hace un llamamiento a estudiar en profundidad y de manera rigurosa los beneficios de la musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer, para aumentar la evidencia científica en este constructo desde una perspectiva enfermera.

5. CONCLUSIONES

En relación con el objetivo general:

- La musicoterapia disminuye los síntomas relacionados con la agitación, ansiedad, depresión, agresividad, irritabilidad, trastorno del lenguaje en los pacientes con EA. Además, tiene un efecto favorecedor en la disminución del deterioro en la memoria y la orientación en los pacientes con EA.

Relativo a los objetivos específicos se puede concluir que:

- La musicoterapia puede dividirse en activa o pasiva, siendo la activa más efectiva. La música puede ser en vivo o grabada. Además, pueden ser programas individualizados, que aportan mayores beneficios en la memoria, o elegidos por el terapeuta. Según el contexto social, pueden ser intervenciones personales o en grupo.

- La musicoterapia mejora la fluidez verbal, la orientación y la memoria. En cuanto a efectos conductuales destaca la disminución de la agitación, agresividad, angustia, desinhibición e irritabilidad.

- La utilización de musicoterapia durante la realización de actividades enfermeras planificadas y relacionadas con las acciones de vestirse y desvestirse y alimentarse e hidratarse adecuadamente, produce una disminución de alteraciones conductuales, que se traduce en un número menor de caídas y por tanto aumento de la calidad de vida del paciente y disminución de la carga del cuidador.

Para la realización de la revisión exploratoria no se ha necesitado ningún tipo de fuente de financiación.

REFERENCIAS

- [1] Donoso A. La enfermedad de Alzheimer. Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2003 [citado 09 mayo 2023];41(2):13-22. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003041200003
- [2] Takeuchi Y. Enfermedad de Alzheimer. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2000 [citado 09 mayo 2023];29(2):119-126. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v29n2/v29n2a04.pdf>
- [3] Miranda MC, Hazard SO, Miranda PV. La música como una herramienta terapéutica en medicina. Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2017 [citado 09 mayo 2023];55(4):266-277. Disponible en: <https://cuty.io/ltOvLAGn9s>
- [4] Palacios JJ. El concepto de musicoterapia a través de la historia. RIFOP [Internet]. 2001 [citado 09 mayo 2023];42:19-31. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/274/27404203.pdf>

- [5] Resolución de 28 de julio de 2016, del Secretario General, por la que se dispone la publicación del Convenio de Colaboración entre el Servicio Canario de la Salud y la Fundación Mapfre Guanarteme para el desarrollo del proyecto “Musicoterapia hospitalaria” en los hospitales de la Comunidad Autónoma de Canarias. BOC 153/2853.
- [6] Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC); 7ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2018.
- [7] Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual Hierarchy of evidence. Levels of evidence and grades of recommendation from current use. *Rev Chilena Infectol.* 2014;31(6):705–718. doi: 10.4067/S0716-10182014000600011
- [8] Leggieri M, Thaut MH, Fornazzari L, Schweizer TA, Barfett J, Munoz DG, Fischer CE. Music Intervention Approaches for Alzheimer's Disease: A Review of the Literature. *Front Neurosci.* 2019 Mar 12;13:132. doi: 10.3389/fnins.2019.00132
- [9] Custodio N, Montesinos R, Valeriano-Lorenzo E. Terapia musical en el manejo de síntomas cognitivos, psicológicos y conductuales de demencia: Una revisión narrativa. *Rev Neuropsiquiatr [Internet].* 2017 [citado 09 mayo 2023]; 80(2):111-124. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n2/a05v80n2.pdf>
- [10] García-Casares N, Moreno-Leiva RM, García-Arnés JA. Efecto de la musicoterapia como terapia no farmacológica en la enfermedad de Alzheimer. Revisión sistemática. *Rev Neurol [Internet].* 2017 [citado 09 mayo 2023];65(12):529-538. Disponible en: http://www.medicinainterna.net.pe/sites/default/files/musicoterapia_en_la_enf_de_alzheimer.pdf
- [11] Vacas Sánchez-Cañete RM, Rus Valero LM, Molina Castillo MC. Beneficios obtenidos de la intervención musical en pacientes con Alzheimer. *Rev Presencia [Internet].* 2019 [citado 09 mayo 2023];15:e11997. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/p/article/view/e11997/e11997>
- [12] Matziorinis AM, Koelsch S. The promise of music therapy for Alzheimer's disease: A review. *Ann N Y Acad Sci.* 2022 Oct;1516(1):11-17. doi: 10.1111/nyas.14864
- [13] Särkämö T, Sihvonen AJ. Golden oldies and silver brains: Deficits, preservation, learning, and rehabilitation effects of music in ageing-related neurological disorders. *Cortex.* 2018 Dec;109:104-123. doi: 10.1016/j.cortex.2018.08.034
- [14] Gómez-Romero M, Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla J, Flores-Nieto A, Garrido-Ardila EM, González López-Arza MV. Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. Revisión sistemática. *Neurología.* 2017;32(4):253-263. doi: 10.1016/j.nrl.2014.11.001
- [15] García-Navarro EB, Buzón-Pérez A, Cabillas-Romero M. Effect of Music Therapy as a Non-Pharmacological Measure Applied to Alzheimer's Disease Patients: A Systematic Review. *Nurs Rep.* 2022 Oct 20;12(4):775-790. doi: 10.3390/nursrep12040076
- [16] Li K, Cui C, Zhang H, Jia L, Li R, Hu HY. Exploration of combined physical activity and music for patients with Alzheimer's disease: A systematic review. *Front Aging Neurosci.* 2022 Aug 8;14:962475. doi: 10.3389/fnagi.2022.962475

Ansiedad en la etapa universitaria, ¿qué herramientas hay para paliarla?: Una revisión exploratoria

Erika Montesdeoca-Luján^a, Ainara Pérez-Pérez^a, Irene Cabrera-Cuervo^a, Carmen-Delia Marrero-Medina^b

^aEstudiante del Grado en Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bProfesor del Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

La ansiedad se trata de un trastorno que cada vez afecta más a la población mundial siendo los estudiantes universitarios un grupo de riesgo a padecer dicho trastorno, por ello, la importancia de conocer acerca de las herramientas para paliar los síntomas relacionados con esta afección. Para ello, se ha llevado a cabo una búsqueda avanzada de investigaciones en fuentes como CINAHL, Scielo y PUBMED donde han sido descartados aquellos artículos que superaban los 5 años de antigüedad, los que no hablaban sobre este grupo de personas en concreto y se ha obtenido como resultado 12 artículos que hablan sobre las diferentes terapias existentes que son efectivas como por ejemplo la meditación, la musicoterapia, el uso de probióticos, entre otras.

Palabras claves: ansiedad, estudiantes, terapia.

1. INTRODUCCIÓN

La ansiedad consiste en aquel mecanismo de adaptación imprescindible para la supervivencia del ser humano que hace posible el desarrollo y el funcionamiento de este, pues se relaciona con la respuesta a aquellos estímulos amenazantes tanto externos como internos de nuestro propio organismo. Sin embargo, si esta respuesta se alarga en el tiempo sin que dichos estímulos se encuentren presentes se podría transformar en lo que se denomina “trastorno de ansiedad” que se caracteriza por el miedo y la preocupación constante, emociones que aparecen en situaciones que no suponen una amenaza real para la persona^{1,2}.

Se ha podido comprobar debido a la realización de varias investigaciones una relación estrecha entre las experiencias adversas en la infancia (ACE) y la ansiedad en los estudiantes universitarios. Las ACE unidas a que se trata una etapa de cambio suponen un factor de riesgo a padecer dichos trastornos. Este periodo de la vida donde la exigencia, la constancia, la carga de trabajo y en algunos casos la separación de su familia puede desencadenar la aparición de los trastornos de ansiedad. Un estudio realizado en estudiantes de la Universidad San Jorge de Zaragoza demostró que de 1311 estudiantes el 23,5% sufrían ansiedad en mayor o menor grado, siendo más prevalente en mujeres que en hombres. En comparación con un estudio realizado en una Universidad en el sur de Chile en 2020 demostró que de 186 estudiantes el 53,20% sufrían síntomas relacionados con la ansiedad³⁻⁵.

Si bien la ansiedad es parte de la vida diaria y necesaria para la supervivencia, cuando se vuelve patológica altera toda la vida de la persona, disminuyendo su salud y su calidad de vida. El personal de enfermería está cualificado para constituirse como un recurso de afrontamiento de la ansiedad para los usuarios y, es por ello, por lo que a lo largo de la carrera universitaria se dan las herramientas existentes no solo para poder ser agentes de ayuda sino también para poder paliar la ansiedad a lo largo nuestra trayectoria académica. Es de suma importancia, que los profesionales enfermeros conozcan en qué consisten y cómo afectan este tipo de trastornos en los adolescentes que lo sufren, para así poder llevar a cabo unos cuidados de calidad, poniendo en marcha la diversidad de acciones existentes que posibilitan al individuo a superar este estado de ansiedad. El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer las herramientas existentes en la práctica enfermera para paliar los síntomas de la ansiedad en estudiantes universitarios.

2. METODOLOGÍA

Para poder dar respuesta al objetivo nombrado en el apartado anterior se ha realizado una revisión bibliográfica de tipo narrativa de documentos científicos sobre el trastorno de ansiedad en la etapa universitaria. Además, para ello se formuló una pregunta de investigación con el formato PICO (Patient/Intervention/Comparison/Outcome): ¿Cuáles son las herramientas existentes para paliar los síntomas en estudiantes universitarios? Esto, se llevó a cabo desde el mes de noviembre de 2022 hasta el mes de marzo de 2023. Para ello se consultaron las siguientes bases de datos como Medline

(PUBMED), Scielo y CINAHL. Para la realización de dicha revisión se utilizó la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses). Destacar que no se ha empleado ningún protocolo de revisión. Los descriptores o palabras claves que se emplearon tanto en español (según Descriptores de Ciencias de la Salud [DeCS]) como en inglés (según Medical Subjects Headings [MeSH]) son los que se representan en la tabla 1.

Tabla 1. Descriptores utilizados. Fuente: Elaboración propia.

Palabras claves	DeCS	MeSH
Ansiedad	Ansiedad	Anxiety
Trastorno de ansiedad	Trastornos de ansiedad	Anxiety disorders
Estudiantes	Estudiantes	Students
Terapia	Terapia	Therapy

Como es de gran importancia y no aparece en los MeSH se hizo uso del término “academic”.

En cuanto a los criterios de inclusión, para delimitar la búsqueda de los artículos utilizados en esta revisión bibliográfica, se han seleccionado aquellos documentos que están relacionados con los tipos de abordaje existentes para los trastornos de ansiedad en estudiantes universitarios, los que no superaban los cinco años de antigüedad que estuviesen tanto en español como en inglés, así como se seleccionaron los documentos relacionados con ensayos clínicos, ensayos controlados aleatorizados y metaanálisis.

En relación con los criterios de exclusión se descartaron aquellos artículos que hablaban sobre los trastornos de ansiedad, pero no relacionados con la etapa universitaria; aquellos que superaban los 5 años de antigüedad (anteriores a 2018), así como también los que hablaban de la ansiedad en época de SARS-CoV-2 y los que no era posible la lectura completa del texto.

Se realizó una búsqueda la cual se limitó a artículos que tenían mayor relevancia con el objetivo del trabajo. Para ello, se ha usado como estrategia de búsqueda los descriptores en Ciencias de la Salud junto con el operador booleano “and”. Finalmente fueron seleccionados un total de 12 artículos que se recogen en la tabla 2:

Tabla 2: Estrategia de búsqueda de artículos científicos. Fuente: elaboración propia.

Fuente de información	Estrategia de búsqueda	N.º de artículos encontrados	N.º de artículos seleccionados
Scielo	Ansiedad AND Estudiantes AND Terapia	7	1
CINAHL	Anxiety AND academic AND therapy	66	1
PUBMED	Anxiety disorders AND Students AND Therapy	49	7
	Anxiety AND Therapy AND Academic	21	3

3. RESULTADOS

Tras la lectura detallada de los documentos científicos han sido seleccionados 12 artículos para abordar el objetivo anteriormente planteado. La estrategia de selección y cribado de artículos se presenta en la figura 1 mediante diagrama de flujo PRISMA:

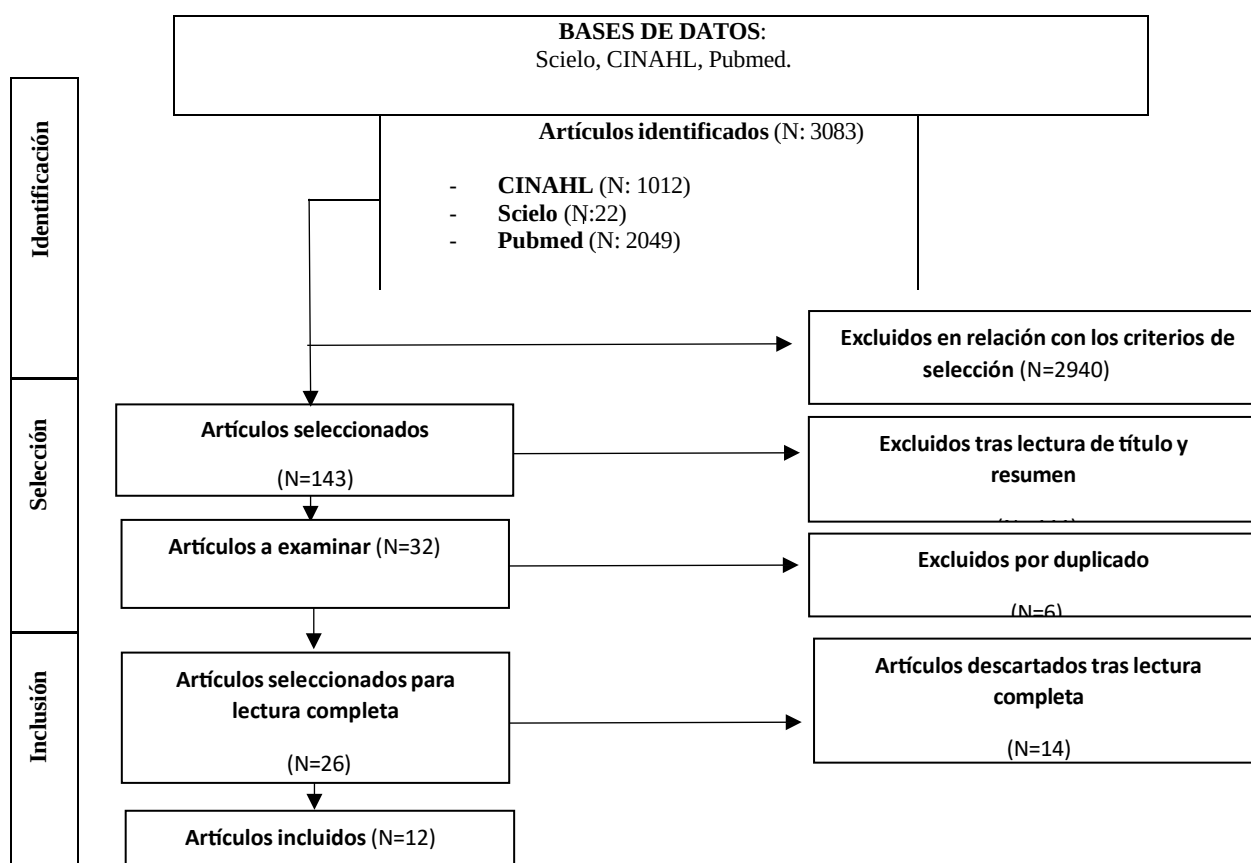


Figura 1: Estrategia de búsqueda en base de datos. Fuente: elaboración propia a partir de Criterios PRISMA.

A continuación, se detalla el autor, el año de publicación, el tipo de estudio, sus objetivos y los resultados principales de estos en la tabla 3:

Tabla 3: Resultados de la búsqueda. Elaboración propia.

Autor Año	País Entorno	Tipo de estudio	Objetivo	Resultados
Carpena M, 2018 ⁶ .	Brasil, Universidad	Ensayo controlado no aleatorizado	Evaluar el efecto de un entrenamiento de meditación focalizada de seis semanas sobre los síntomas de depresión y ansiedad en una muestra de estudiantes universitarios brasileños y realizar un seguimiento de 6 y 12 meses después de la intervención.	El entrenamiento en meditación es eficaz en la reducción de los síntomas relacionados con la ansiedad, siendo efectiva únicamente en aquellos que hacen un uso continuo de esta herramienta.
Fleckenstein J, 2018 ⁷ .	Alemania, Universidad.	Ensayo piloto aleatorizado	Reproducir los efectos descritos de la acupuntura en Heart 7 sobre la ansiedad de una manera estandarizada.	La terapia mediante acupuntura en Heart 7 no demostró ningún efecto sobre la ansiedad, pero si se pudo observar que el cortisol alcanzó su punto máximo 20 minutos después y la amilasa pasados 10 minutos.

Autor Año	País Entorno	Tipo de estudio	Objetivo	Resultados
Howell A, 2019 ⁸ .	EE. UU., Universidad.	Ensayo controlado aleatorizado	Abordar las lagunas en la literatura con respecto a los programas efectivos de prevención de trastornos de ansiedad para estudiantes de posgrado en medicina y ciencias de la salud.	La TCC (terapia cognitivo conductual) en la web mostró que la WebCBT puede ser una herramienta de ayuda para prevenir la ansiedad en los estudiantes universitarios sobre todo en aquellos con síntomas leves.
Jacyntho M, 2019 ⁹ .	Brasil, Universidad.	Ensayo clínico	Investigar los efectos de un procedimiento de intervención conductual que incluía VRE (exposición de realidad virtual), refuerzo diferencial de la conducta y análisis funcional de la conducta de los participantes con ansiedad de hablar en público.	La terapia de exposición de realidad virtual facilitó cambios en el repertorio verbal, control de estímulos y modificaciones en las respuestas de ansiedad.
Vorontsova-Wenger O, 2019 ¹⁰ .	Suiza, Universidad.	Ensayo controlado aleatorizado	Evaluar la efectividad de una intervención breve de atención plena sobre los síntomas de ansiedad, estrés y depresión, así como sobre la inhibición de las respuestas dominantes y el rendimiento académico en estudiantes universitarios.	Una intervención de un breve periodo de tiempo basada en el mindfulness demostró una disminución de los niveles de ansiedad, así como un impacto fructuoso en el rendimiento académico de los estudiantes.
Kyong H, 2019 ¹¹ .	Corea, Universidad.	Ensayo controlado aleatorio.	Identificar los efectos individuales y combinados de la aromaterapia y la musicoterapia sobre la ansiedad ante los exámenes, el estado de ansiedad, el estrés y las habilidades fundamentales de enfermería entre estudiantes de enfermería en Corea.	La aromaterapia combinada con la musicoterapia produjo una disminución de la ansiedad preexámenes y un mayor rendimiento de las habilidades fundamentales de enfermería, en comparación con la realización de ambas por separado.
Tran N, 2019 ¹² .	EE. UU., Universidad.	Ensayo controlado aleatorio.	Examinar de forma realista los efectos de los probióticos en su conjunto sobre la salud psicológica, en particular, la ansiedad y los factores relacionados con la ansiedad y su control.	Se observó un efecto positivo de los probióticos sobre la mejora en la ansiedad por pánico, la ansiedad neurofisiológica y un aumento en la regularización del estado de ánimo negativo.
Zaboski B, 2019 ¹³ .	EE. UU., Universidad	Ensayo controlado aleatorizado.	Investigar si las calificaciones generales de la ansiedad social mejorarían para los estudiantes universitarios en el grupo de terapia de exposición.	La terapia cognitivo-conductual grupal con exposición se trata de una herramienta efectiva en el tiempo para paliar los síntomas relacionados con la ansiedad social.
Khoramnia S, 2020 ¹⁴ .	Irán, Universidad	Ensayo clínico aleatorizado	Evaluar la efectividad en pacientes con ansiedad social de la terapia de aceptación y compromiso para los síntomas psicológicos, incluida la dificultad en la regulación de las emociones, la poca flexibilidad psicológica arraigada en la evitación experiencial, la autocompasión y la vergüenza externa.	La terapia de aceptación y compromiso reduce los síntomas relacionados con trastornos de ansiedad social, así como la vergüenza externa y la imposibilidad de la regulación emocional en estudiantes.
Usichenko T, 2020 ¹⁵ .	Alemania, Universidad	Investigación aleatoria cruzada	Comparar la estimulación auricular con escritura expresiva y con la condición sin intervención, para el tratamiento de la ansiedad ante los exámenes.	La estimulación auricular redujo la ansiedad y mejoró la calidad del sueño previo a los exámenes. Se pudo comprobar que la escritura expresiva no era tan efectiva.

Autor Año	País Entorno	Tipo de estudio	Objetivo	Resultados
Simón N, 2020 ¹⁶ .	EE. UU., Universidad	Ensayo clínico aleatorizado	Evaluar si el yoga (kundalini yoga) y la terapia cognitiva conductual (TCC) para el TAG (trastorno de ansiedad generalizada) son más efectivos que una condición de control (educación sobre el estrés) y si el yoga no es inferior a la TCC para el tratamiento del TAG.	Se comprobó que la eficacia para los trastornos de ansiedad generalizada del TCC frente al yoga Kundalini sigue siendo mayor y, por lo tanto, es el tratamiento de elección en estas.
Cigdem A, 2023 ¹⁷ .	Turquía, Universidad	Estudio cuasiexperimental	Determinar los efectos de la meditación de visualización en la salud y el bienestar y los niveles de motivación orientados al logro de los estudiantes.	Se demostró que la meditación de visualización incrementó, de manera exponencial, la motivación de los estudiantes y disminuyó la ansiedad en los mismos.

4. DISCUSIÓN

Los cambios inesperados que se producen en esta etapa de la vida pueden ocasionar problemas a nivel fisiológico, sociocultural y psicológicos por lo que se ha podido observar que las terapias que involucran el cuerpo y la mente como la meditación puede ser beneficiosas en los estudiantes universitarios con trastornos de ansiedad. En el estudio de Carpena M. se observó que la meditación promovió la disminución de los síntomas relacionados con la ansiedad. De la misma manera, la puntuación en el inventario de Ansiedad de Beck fue menor en aquellos individuos que siguieron meditando pasados 6 meses. Por lo que los resultados de dicho estudio apoyan que la meditación puede tener efectos sustentables sobre aquellos que continúan practicándola a lo largo del tiempo. Asimismo, en otro estudio, realizado por Cigdem A. se pudo comprobar que la meditación de visualización producía un aumento en los niveles de la motivación de logro y un descenso de la ansiedad en los estudiantes que participaron en la investigación. Dicho incremento de la motivación puede estar relacionado con la creación de una emoción positiva en la autoconciencia^{6,17}.

A pesar de la variedad de terapias psicológicas existentes podemos encontrar también otras alternativas como la medicina complementaria, un ejemplo de esta sería la acupuntura o estimulación auricular. En su estudio, Fleckenstein J, menciona que el tratamiento basado en la acupuntura Heart 7 (siendo este un punto de acupuntura específico del corazón) no demostró ningún cambio sobre la respuesta fisiológica en un entorno basado en la ansiedad estandarizada, aunque si se observó un aumento de los péptidos cortisol y la amilasa menor de lo esperado. En comparación al estudio realizado por Usichenko T. donde se obtuvo que la estimulación auricular (de los puntos de acupuntura de las zonas inervadas por los nervios craneales y cervicales) tuvo mejores resultados como terapia de la ansiedad preexamen que la escritura expresiva (la relevación de las emociones y pensamientos a través de la escritura). Asimismo, los participantes también comunicaron una mejoría en la calidad del sueño la noche previa al examen después de haber sido intervenidos por estimulación auricular. Además, la actividad de la hormona alfa-amilasa salival fue menor antes del examen después de la intervención de ambas terapias, por lo que, estas pueden contribuir a realizar cambios del sistema nervioso autónomo produciendo un efecto ansiolítico en los usuarios. Sin embargo, la falta de investigaciones sobre la alfa-amilasa salival tras situaciones libres de estrés imposibilita dicha conclusión^{7,15}.

Debido a que los expertos habían demandado más programas de desarrollo de resiliencia psicológica en estudiantes universitarios, Howell A. realizó un estudio sobre la eficacia de la terapia cognitiva conductual basada en la web (WebCBT) para la prevención de los síntomas de ansiedad en estos. Se corroboró que la gravedad de los síntomas de ansiedad en aquellos participantes que habían sido asignados a la WebCBT era menor que los que no. Así como también dicho estudio demostró que aquellos estudiantes que al comienzo del curso escolar presentaban ansiedad leve podían obtener mayores beneficios de la prevención de la WebCBT. Sin embargo, dicha Web no impidió al completo el desarrollo de los síntomas de ansiedad⁸.

La ansiedad social se trata de un tipo de trastorno que afecta a la vida diaria de las personas que lo padecen pues, imposibilita que estas se relacionen como desearían. Por esto es importante indagar sobre los tipos de terapia que pueden ser de ayuda para que así no interfiera en el bienestar de la persona. En un estudio realizado por Jacyntho M, cuyo objetivo fue la investigación de las consecuencias de un método de intervención de la conducta que comprendía VRE (exposición de realidad virtual), refuerzo diferencial y análisis funcional de la conducta de aquellos participantes que presentaban ansiedad al hablar en público, los participantes transmitían que al avanzar el estudio sentían niveles más bajos de ansiedad y mayor tranquilidad al hablar de cara al público. De la misma forma, un estudio realizado por Khoramnia S. sobre la

terapia de aceptación y compromiso (ACT) en universitarios con trastorno de ansiedad social verificó que dicha terapia ayudaba a disminuir la vergüenza extrema y la ansiedad social, así como también incrementó la flexibilidad psicológica y la autocompasión. Debido a que dicho tipo de trastorno son extenuantes es de suma importancia procurar disminuir los síntomas que este conlleva, por lo que se mostró que la ACT podría ser una herramienta eficaz. Por otro lado, el estudio que realizó Zaboski B. también trata sobre la ansiedad social pero esta vez sobre la eficacia de la terapia de exposición grupal en estudiantes que poseían este tipo de trastornos. En dicha investigación se obtuvieron mejores resultados en el grupo de terapia que en el de control, donde el grupo de terapia recibió educación psicológica de la ansiedad social y la terapia cognitivo-conductual con exposición y prevención y respuesta (TCC ERP) participando en exposiciones de forma frecuente (por ejemplo, preguntando a una persona que no conocía sobre alguna dirección). Sin embargo, el miedo a la evaluación negativa aumentó en comparación al inicio del tratamiento. No obstante, pese a esta exacerbación del miedo a la evaluación negativa los participantes sentían una mejoría al final del estudio^{9,13,14}.

Es normal sentirse ansioso en algunos momentos de tu vida, como ante un examen, sin embargo, cuando dicha preocupación se vuelve excesiva y en una variedad de situaciones con una dificultad para controlarla aparece lo que se conoce como “trastorno de ansiedad generalizada” haciendo que esta esté presente en la mayoría de los días. En un estudio realizado por Simón N, sobre la efectividad de la TCC y el yoga Kundalini (KY) en estudiantes universitarios con TAG (trastorno de ansiedad generalizada) mostró que el KY tenía efectos ansiolíticos a corto plazo en los participantes que tenían un diagnóstico primario de TAG. Sin embargo, en el seguimiento a largo plazo sobre la efectividad de dichas terapias se encontraron con que la TCC poseía mayor eficacia a los 6 meses de seguimiento y, por el contrario, en cuanto al KY la tasa de respuesta fue solo alta justo después del tratamiento. Por lo que se puede confirmar que la TCC sigue siendo el tratamiento de elección en aquellas personas con un TAG. Asimismo, debido a la dificultad para ser atendido por profesionales de la salud mental, el yoga podría realizar una función alternativa en el tratamiento del TAG debido a su mayor accesibilidad¹⁶.

La ansiedad puede ser un impedimento tanto en el rendimiento académico como en la realización de las actividades enfermeras pudiendo hacer que tu potencial se vea perjudicado. En un estudio realizado por Vorontsova-Wenger O, sobre los efectos de una intervención de un breve periodo de tiempo basada en el mindfulness en los universitarios, se concluyó que la MBI (Intervención basada en el Mindfulness) podía ayudar a minimizar los síntomas psicopatológicos relacionados con la ansiedad en estudiantes universitarios. Así como también esto tuvo beneficios sobre el rendimiento académico, pues los estudiantes que pusieron en práctica el Mindfulness tuvieron una mejoría en las calificaciones. Además, Kyong G. realizó un estudio sobre la aromaterapia combinada con la musicoterapia donde mostró que dicha asociación producía una disminución notable de la ansiedad preexamen, la ansiedad de estado y el estrés, así como ocasionaba una mejoría en la realización de las habilidades esenciales de enfermería. Sin embargo, esta herramienta posee un inconveniente pues para poder hacer un uso efectivo de ambas terapias es necesario un espacio adecuado donde nos encontremos lo más cómodos posible y donde no haya agentes externos que nos puedan distraer. Es por ello, por lo que esto puede ser llevado a cabo en la vida real siempre y cuando el estudiante disponga de un espacio adecuado para ello. A pesar de que el uso combinado de aromaterapia y musicoterapia supone un beneficio para los estudiantes que sufren de Trastornos de Ansiedad no existe una diferencia relevante sobre el uso de estas intervenciones por separado^{9,11}.

Existe una relación entre el microbiota intestinal y la salud mental donde los moduladores del sistema gastrointestinal como los probióticos pueden ocasionar efectos en el sistema nervioso central. Según un estudio realizado por Tran N. el uso de probióticos mostró una disminución relevante en los síntomas relacionados con la ansiedad de pánico y el afecto emocional. Para lo que se llevó a cabo un experimento dividido en varias circunstancias diferentes, concluyéndose que los niveles altos de UFC (unidades formadoras de colonias) produjeron mejoras bastante notables en comparación a los niveles bajos. Y, al contrario, sucedió con el número de especies, los recuentos bajos de especies presentaron mejores resultados. Por lo que, niveles alto de UFC puede ser el desencadenante en el uso de probióticos para la regulación de la ansiedad. En definitiva, el uso de probióticos puede ser una alternativa para el control de los síntomas de la ansiedad, pero, existe un inconveniente y es que se necesitan más investigaciones sobre dicha eficacia¹².

En relación con el objetivo planteado en este trabajo, se puede recalcar que dos de los autores coinciden en que la meditación favorece a la disminución de los síntomas relacionados con la ansiedad, aunque, uno de ellos considera que los efectos serán mejores si se lleva a cabo la práctica de esta terapia en un amplio periodo de tiempo^{6,17}. Asimismo, a pesar de que otro de los autores confirmara que la acupuntura Heart 7 no suponía ningún beneficio en los universitarios que padecían ansiedad, se demostró, en otra investigación que la estimulación auricular (en zonas de acupuntura de inervación con los nervios craneales y cervicales) suponía no solo la mejora de los síntomas ansioso sino también de la calidad del sueño^{7,15}. Además, tres de los autores afirmaron que tanto la terapia de realidad virtual como la terapia de aceptación y compromiso y la terapia de exposición grupal se tratan de herramientas efectivas para paliar los síntomas relacionados con la ansiedad social, aunque en esta última hubo una exacerbación en el miedo a la evaluación negativa^{9,13,14}.

A pesar de que la ULPGC (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria) posee las herramientas suficientes en su página web para paliar los síntomas de la ansiedad o incluso para prevenirla, es algo de lo que no se informa a los estudiantes universitarios. Por lo que, es de suma importancia por parte del profesorado de la Universidad instruir a los alumnos sobre las herramientas que tienen a su alcance para ello, pues esto, puede ayudar a reducir la prevalencia de universitarios con trastornos de ansiedad. Esto se puede llevar a la práctica en las jornadas de acogida a los estudiantes de nuevo ingreso.

5. CONCLUSIONES

- La ansiedad es un trastorno que afecta a un gran porcentaje de estudiantes universitarios, alterando así su calidad de vida en los diferentes ámbitos.
- Aunque la prevalencia de trastornos mentales cada vez sea más elevada, desde la principal institución como es la Sanidad pública no se le da la importancia con la que debería ser tratada, no dando una asistencia temprana y acceso a recursos como puede ser un psicólogo o un psiquiatra, quedando la gran mayoría de las personas desamparadas o desinformadas sobre las terapias que pueden llevar a cabo sin la ayuda de un profesional sanitario. Por ello, deberían crearse campañas de prevención y abordaje de la ansiedad desde la atención primaria o los centros educativos, pudiendo así eliminarse las barreras que existen con respecto a la salud mental y haciendo entender que esta es igual de importante que la física.
- A pesar de que existen numerosas estrategias para paliar la ansiedad, como la meditación, la musicoterapia, el uso de probióticos, entre otras, la eficacia de estas depende del tipo de persona a tratar, de la adherencia al plan, del tipo de trastorno de ansiedad y su gravedad.
- A pesar de ser un problema de gran magnitud al que se le debería dar más importancia a la prevención, el tratamiento para paliar los síntomas sigue teniendo un mayor peso. Por lo que, se debería investigar más de cara a la prevención en lugar a su tratamiento para así poder obtener un descenso de dicha prevalencia. Es por ello, que se necesitan medidas por parte de las instituciones, en este caso, las educativas, que podrían llevar a cabo campañas de visibilización y concienciación de cara a conocer los síntomas de la ansiedad, para así poder reconocerla y tratarla cuando los síntomas son leves.

REFERENCIAS

- [1] Chacón E, Xatruch D, Fernández M, Murillo R. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad”. Rev Cúpula [Internet]. 2021 [citado 13 noviembre 2022];35(1):23-36. Disponible en: <https://cuty.io/fKOYrZCP>
- [2] Pego-Pérez ER, del Río-Nieto MC, Fernández I, Gutiérrez-García E. Prevalencia de sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantado universitario del Grado en Enfermería en la Comunidad Autónoma de Galicia. Ene [Internet]. 2018 [citado 13 noviembre 2022];12(2). Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v12n2/1988-348X-ene-12-02-785.pdf>
- [3] Ramón E, Martínez B, Granada JM, Echániz E, Pellicer B, Juárez R, et al. Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. Nutr Hosp. 2019;36(6):1339-1345. doi:10.20960/nh.02641
- [4] Trunce ST, Villarroel GP, Arntz JA, Muñoz SI, Werner KM. Niveles de depresión, ansiedad, estrés y su relación con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. Inv Ed Med. 2020;9(36):8-16. doi: 10.22201/fm.20075057e.2020.36.20229
- [5] Davies E, Read J, Shevlin M. The impact of adverse childhood experiences and recent life events on anxiety and quality of life in university students. High Educ (Dordr). 2022;84(1):211-224. doi: 10.1007/s10734-021-00774-9
- [6] Carpena MX, Tavares PS, Menezes CB. The effect of a six-week focused meditation training on depression and anxiety symptoms in Brazilian university students with 6 and 12 months of follow-up. J Affect Disord. 2019 Mar 1;246:401-407. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.126
- [7] Fleckenstein J, Krüger P, Ittner KP. Effects of single-point acupuncture (HT7) in the prevention of test anxiety: Results of a RCT. PLoS One. 2018 Aug 30;13(8):e0202659. doi: 10.1371/journal.pone.0202659
- [8] Howell AN, Rheingold AA, Uhde TW, Guille C. Web-based CBT for the prevention of anxiety symptoms among medical and health science graduate students. Cogn Behav Ther. 2019 Sep;48(5):385-405. doi: 10.1080/16506073.2018.1533575
- [9] Zacarin MRJ, Borloti E, Haydu VB. Terapia comportamental y exposición por realidad virtual para la ansiedad de hablar en público. Trends Psychol. 2019;27(2):491-507. doi: 10.9788/TP2019.2-14

- [10] Vorontsova-Wenger O, Ghisletta P, Ababkov V, Bondolfi G, Barisnikov K. Short mindfulness-based intervention for psychological and academic outcomes among university students. *Anxiety Stress Coping*. 2022 Mar;35(2):141-157. doi: 10.1080/10615806.2021.1931143
- [11] Son HK, So WY, Kim M. Effects of Aromatherapy Combined with Music Therapy on Anxiety, Stress, and Fundamental Nursing Skills in Nursing Students: A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Oct 29;16(21):4185. doi: 10.3390/ijerph16214185
- [12] Tran N, Zhebrak M, Yacoub C, Pelletier J, Hawley D. The gut-brain relationship: Investigating the effect of multispecies probiotics on anxiety in a randomized placebo-controlled trial of healthy young adults. *J Affect Disord*. 2019 Jun 1;252:271-277. doi: 10.1016/j.jad.2019.04.043
- [13] Zaloski BA, Joyce-Beaulieu D, Kranzler JH, McNamara JP, Gayle C, MacInnes J. Group exposure and response prevention for college students with social anxiety: A randomized clinical trial. *J Clin Psychol*. 2019 Sep;75(9):1489-1507. doi: 10.1002/jclp.22792
- [14] Khoramnia S, Bavafa A, Jaberghaderi N, Parvizifard A, Foroughi A, Ahmadi M, Amiri S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder: a randomized clinical trial. *Trends Psychiatry Psychother*. 2020 Jan-Mar;42(1):30-38. doi: 10.1590/2237-6089-2019-0003
- [15] Usichenko T, Wenzel A, Klausenitz C, Petersmann A, Hesse T, Neumann N, et al. Auricular stimulation vs. expressive writing for exam anxiety in medical students - A randomized crossover investigation. *PLoS One*. 2020 Aug 27;15(8):e0238307. doi: 10.1371/journal.pone.0238307
- [16] Simon NM, Hofmann SG, Rosenfield D, Hoepfner SS, Hoge EA, Bui E, Khalsa SBS. Efficacy of Yoga vs Cognitive Behavioral Therapy vs Stress Education for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2021 Jan 1;78(1):13-20. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2496
- [17] Aksu Ç, Ayar D. The effects of visualization meditation on the depression, anxiety, stress and achievement motivation levels of nursing students. *Nurse Educ Today*. 2023 Jan;120:105618. doi: 10.1016/j.nedt.2022.105618

Cuidados enfermeros en pacientes con conductas suicidas derivadas de la covid-19. Revisión bibliográfica

Ainara Pérez-Pérez^a, Irene Cabrera-Cuervo^a, Erika Montesdeoca-Luján^a, Carmen-Delia Marrero-Medina^b

^aEstudiantes del Grado en Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bProfesora del Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

El aumento de la conducta suicida en adolescentes debido a la pandemia por COVID-19, ha generado grandes incógnitas acerca de cómo deben manejarse esas situaciones. Los profesionales deben ser instruidos para adquirir estrategias y habilidades que favorezcan la correcta prevención, detección y manejo de los usuarios. Para ello se realizó una revisión bibliográfica de tipo narrativo, cuyos documentos debían estar comprendidos entre diciembre de 2019 y la actualidad, en los idiomas de inglés y español. Se utilizaron las bases de datos MEDLINE (vía PubMed), LILACS, Cochrane, las bibliotecas virtuales de Scielo, así como el buscador Google Académico. Se seleccionaron 11 artículos donde se observó que existen diversas intervenciones y estrategias que pueden adoptar los enfermeros para prevenir o manejar las conductas suicidas en adolescentes, de entre las que se destacaron la terapia conductual dialéctica y la actividad física y psíquica como remedio para reducir las ideas suicidas en jóvenes.

Palabras clave: suicidio, intento de suicidio, adolescentes, atención de enfermería, atención primaria, COVID-19.

1. INTRODUCCIÓN

Las conductas suicidas son las manifestaciones de violencia que ejerce un usuario hacia él mismo. Existen diversos tipos: las autolesiones, el intento suicida, y la consumación del suicidio en sí. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año se suicidan alrededor de 800 000 personas y se estima que, por cada una de ellas, se llevan a cabo 20 intentos autolíticos. Asimismo, menciona que el suicidio es uno de los factores más importantes de morbilidad en jóvenes, ocupando la segunda causa de muerte en el mundo. Todo ello se considera catastrófico y se sopesa que algunos de los factores incidentes más significativos son la dificultad en la resolución de problemas y de afrontamiento¹.

La patología detectada en China ha tenido un gran impacto negativo en el bienestar psicológico de la población. A finales del 2019 se detectó en Wuhan la enfermedad causada por el coronavirus, el cual era capaz de ocasionar neumonías graves e incluso la muerte de múltiples usuarios. En marzo de 2020, la OMS declaró la pandemia debido al brote producido por la enfermedad COVID-19, lo que posteriormente se identificó como emergencia de salud pública a nivel internacional debido al eminente riesgo de propagación del virus².

La salud mental, por su parte, se ha visto intensamente perjudicada durante esta pandemia. La ansiedad y la depresión han estado presente para gran parte de la población, incluyendo de forma considerable al entorno sanitario. Según estudios, estos trastornos están vinculados intrínsecamente a la ideación suicidas. Del mismo modo, la soledad, el aislamiento o la incertidumbre fueron también factores de riesgo de la conducta suicida, observados de forma similar durante el periodo mencionado. Todo ello, a pesar del avance conseguido en la actualidad sigue siendo un tema tabú poco explorado³.

Por otro lado, se debe recalcar el factor de la pandemia en sí. Pues algunos estudios afirman que, las cifras de suicidio sufren modificaciones durante epidemias, crisis o situaciones similares⁴. En España, por su parte, se han realizado estudios para observar si ha aumentado la tendencia de suicidio durante la emergencia sanitaria. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el suicidio se mantuvo como la primera causa de muerte en 2020, con 3.941 fallecimientos, un 7.4% más que en 2019⁵. Otro estudio realizado en Cataluña recoge que durante los meses de pandemia se registraron alrededor de 700 intentos autolíticos llevados a cabo por jóvenes, lo cual presentó un incremento del 25% de casos en comparación con el año anterior⁶.

Dado que el fenómeno es más común en la población infanto-juvenil, se han especificado en diversas investigaciones qué factores de riesgo son los más importantes. De entre ellos se destacan las emociones negativas y los eventos estresantes, la limitación de salidas con amigos, los trastornos como la ansiedad y las interacciones y relaciones con terceros, sucesos que estuvieron presentes durante la pandemia⁷.

Diversos autores mencionan que, a pesar de que se desconoce cómo actuar de forma óptima ante esta situación, podría ser de gran utilidad observar lo realizado en anteriores epidemias. De entre las opciones se destacan la designación de equipos

multidisciplinares especialistas en salud mental y la intervención psicoterapéutica para tratar ansiedad o depresión⁸. El profesional enfermero, por su parte, ejerce un cometido considerable en la detección y manejo de los pacientes con ideas autolíticas. Estos pueden conseguir el bienestar del individuo mediante el uso de la educación para la salud, suministrando recursos para la prevención y/o el cuidado de la persona. Algunos estudios destacan la utilización de herramientas básicas para el acercamiento y la comunicación interpersonal, donde la empatía, la escucha activa y el silencio, son habilidades efectivas que pueden ejercer los profesionales con los jóvenes. Este tipo de intervenciones se podrían llevar a cabo desde Atención Primaria, a través de un manejo óptimo de herramientas y protocolos establecidos⁹. Por ello, el objetivo de este trabajo consiste en identificar posibles intervenciones para el abordaje de las conductas suicidas derivadas de la COVID-19 en adolescentes.

2. METODOLOGÍA

Con el fin de alcanzar el objetivo planteado, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de tipo narrativa.

2.1. Criterios de inclusión y exclusión.

Los documentos debían cumplir con una fecha de publicación comprendida desde diciembre de 2019 hasta la actualidad. Estos debían estar en inglés o español, y tenían que estar basados en intervenciones para el abordaje de conductas suicidas productos del COVID-19, las cuales podían ser realizadas por el personal enfermero exclusivamente o en colaboración con otro profesional.

La población objeto de estudio fue aquella que comprendía edades entre los 13 y los 18 años, que hubieran desencadenado conductas e ideas suicidas, autolesiones o intentos suicidas durante o tras la pandemia por COVID-19. Se debe destacar que, no se hizo distinción de género, entorno, ni ámbito sanitario.

2.2. Estrategia de búsqueda.

Para los términos en español se emplearon los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs): “suicidio”, “intento de suicidio”, “adolescentes”, “atención de enfermería”, “atención primaria”, “intervención”, “COVID-19”. Para las palabras clave en inglés se empleó el tesoro de vocabulario Medical Subject Headings (MeSH), controlado por la National Library of Medicine. Los usados fueron “suicide”, “attempted suicide”, “suicidal ideation”, “nursing care”, “primary health care”, “teenagers”, “COVID-19”. Combinando las palabras clave citadas con los operadores booleanos “AND” y “OR”, se consiguió la búsqueda avanzada a través del buscador Google Académico, bases de datos como MEDLINE (vía PubMed), LILACS y Cochrane, y bibliotecas virtuales como Scielo.

3. RESULTADOS

Tras realizar este procedimiento, se seleccionaron 60 artículos. Mediante la lectura de títulos y resúmenes se decidió cuáles eran los óptimos para alcanzar el objetivo planteado. Finalmente, 11 documentos formaron parte de esta revisión bibliográfica. La estrategia de selección se muestra en la figura 1 a través del diagrama de flujo PRISMA.

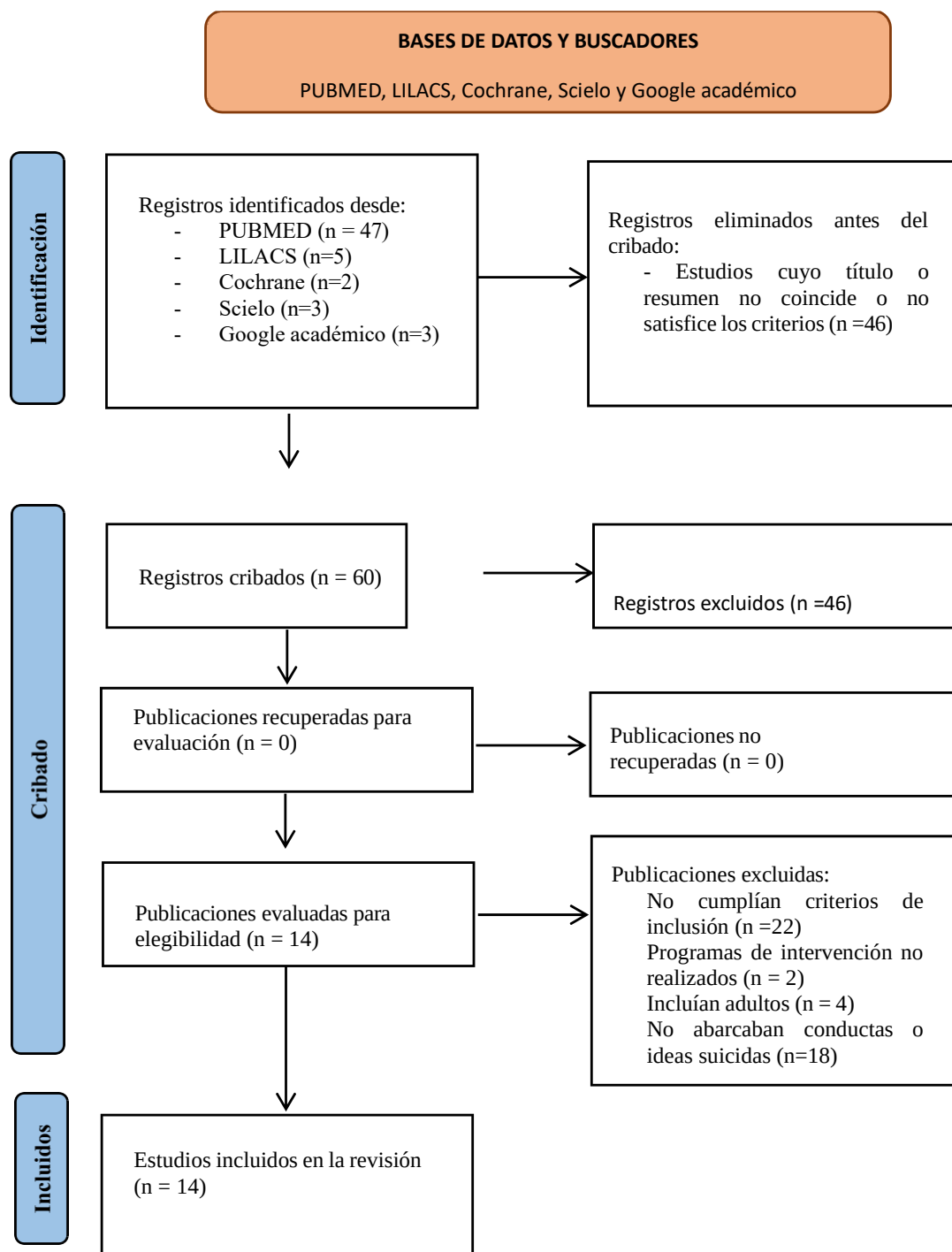


Figura 1: Estrategia de selección. Fuente: Elaboración propia a partir de la declaración PRISMA.

A continuación, se muestran los artículos seleccionados en la Tabla 1 donde consta el autor y año de publicación, el tipo de estudio, el ámbito geográfico, sus objetivos y resultados principales encontrados.

Tabla 1: Resultados de búsqueda. Elaboración propia.

Autor/ Año	Tipo de Estudio	Ámbito	Objetivo del trabajo	Resultados
Omerov P, 2020 ¹⁰ .	Estudio cualitativo	Suecia	Discutir cómo las enfermeras, con su perspectiva de la ciencia del cuidado, pueden contribuir a la prevención del suicidio.	Realizar preguntas directas y construir una relación de confianza enfermero -paciente, son aspectos esenciales para la evaluación y tratamiento del suicidio en adolescentes.
Witt K, 2021 ¹¹ .	Metaanálisis.	Nueva Zelanda	Evaluar los efectos de las intervenciones psicosociales o los agentes farmacológicos o los productos naturales las autolesiones (SH) en comparación con los tipos de atención de niños y adolescentes que practican SH.	La terapia conductual dialéctica en adolescentes (DBT-A) tiene efectos positivos en la reducción de autolesiones. Esto sucede a través de intervenciones que promueven el desarrollo de habilidades que mejoren la gestión de pensamientos y emociones.
Bahji A, 2021 ¹² .	Revisión sistemática y metaanálisis de red.	Canadá	Comparar la eficacia de las psicoterapias para el tratamiento de las autolesiones y las tendencias suicidas en niños y adolescentes.	La terapia ecléctica y la terapia conductual dialéctica (DBT), basadas en el desarrollo de estrategias de afrontamiento y de gestión de emociones, se asociaron con reducciones en las autolesiones al final del tratamiento. A diferencia de la disminución de la ideación suicida, donde la DBT y la terapia familiar fueron las protagonistas.
Oyanadel C, 2021 ¹³ .	Estudio experimental	Chile	Evaluar el efecto de una intervención de perspectiva temporal en la modificación de indicadores de ideación y conducta suicida en adolescentes.	El programa “Serenamente”, basado en el crecimiento personal vinculado con el bienestar emocional, es efectivo no solo para disminuir la ideación suicida sino para mejorar la calidad de vida de los usuarios.
Torrente Y, 2021 ¹⁴ .	Estudio cualitativo-cuantitativo.	Cuba	Beneficiar a los adolescentes con conductas suicidas, mediante la práctica de ejercicios físicos.	Practicar ejercicios físicos previene el intento suicida y genera beneficios para la mejora de la salud mental. Se ha demostrado que esta práctica refuerza el estado del ánimo, el autoconcepto, la autoestima, las habilidades psicológicas, entre otros.
Grummitt L, 2022 ¹⁵ .	Ensayo controlado aleatorizado.	Canadá	Evaluar la eficacia de una intervención dirigida a la personalidad para reducir la idea suicida en adolescentes.	A través de la psicoeducación para entender la personalidad propia y para explorar habilidades de afrontamiento, la intervención “Preaventura” redujo la ideación suicida en adolescentes.
Alasma M, 2022 ¹⁶ .	Revisión descriptiva retrospectiva.	EE.UU.	Describir el manejo del suicidio en el entorno de atención primaria, dentro del período de 12 meses posterior a la primera identificación del riesgo de suicidio.	La educación, detección, manejo de la depresión y evaluación del suicidio son intervenciones significativas brindadas por atención primaria. No obstante, no se han encontrado evidencias de que estas actuaciones interfieran en la disminución de las conductas suicidas.
Baggio S, 2022 ¹⁷ .	Ensayo controlado	Suiza	Investigar la eficacia y aceptabilidad de un breve programa universal de prevención del suicidio para jóvenes en edad escolar.	La prevención del suicidio es significativa en la adolescencia. Por ello, son imprescindibles programas como “Stop Suicide” donde a través de talleres grupales se impulsen habilidades y estrategias para afrontar situaciones adversas.
Harris L, 2022 ¹⁸ .	Metaanálisis.	Estados Unidos	Investigar las oportunidades de mejora en la forma en que se desarrollan e implementan las intervenciones de tasas de pensamientos suicidas en escolares.	La gran mayoría de intervenciones a adolescentes con autolesiones o conductas suicidas no han mejorado con el paso de los años. Las actuaciones existentes no abarcan la prevención de conductas autolesivas.

Tabla 2: Continuación de los resultados de búsqueda. Elaboración propia.

Autor/ Año	Tipo de Estudio	Ámbito	Objetivo del trabajo	Resultados
SpindlerJ, 2022 ¹⁹	Ensayo controlado	Brasil	Evaluar el efecto de una intervención educativa sobre las actitudes de los proveedores de atención primaria de salud frente a pacientes suicidas.	Sensibilizar sobre el papel del profesional de la salud y mejorar el conocimiento del mismo sobre la conducta suicida, ha promovido un cambio positivo de actitudes y ha permitido aumentar la percepción de capacidad y confianza frente al cuidado de este tipo de pacientes.
Libón J, 2023 ²⁰ .	Estudio cualitativo.	Canadá	Obtener y documentar las perspectivas de jóvenes sobre el desarrollo de un modelo de apoyo entre pares, para la promoción de la salud mental y prevención del suicidio.	El apoyo de pares, el correcto uso de redes sociales y espacios donde poder expresar lo sentido, son aspectos esenciales para abarcar la salud mental. Se debe aprovechar los recursos de atención médica, los medios y líderes de comunicación para seguir concienciando a la población sobre salud mental.

4. DISCUSIÓN

Tras la síntesis de los resultados incluidos en esta revisión, se observan diversas intervenciones que los profesionales de enfermería pueden proporcionar para prevenir o manejar el suicidio en adolescentes.

La figura del enfermero es esencial en este tipo de casos, pues se considera que es el sanitario que más rápido puede acceder al paciente. Sin embargo, manejar usuarios adolescentes es una tarea compleja, pues están en una fase de desarrollo vulnerable donde priman inseguridades y estados de ánimos variables. Omerov *et al*, reflejan en su estudio que en diversas ocasiones las enfermeras observan que los jóvenes evitan hablar de sus problemas e inquietudes, originando dificultad en la comunicación durante la consulta. Sin embargo, mencionan que, a pesar de ello, cuando se consigue establecer ese diálogo lo más importante es abarcar la salud mental de manera minuciosa, realizando preguntas más directas o más diligentes, dependiendo del individuo. Asimismo, destacan que el aspecto más significativo para tener en cuenta en la relación enfermero-paciente es cimentar un vínculo de confianza donde ambos se sientan como expertos¹⁰.

Por su parte, Splinder *et al*, enfatizan que los profesionales también se encuentran con obstáculos durante las consultas con pacientes con conductas suicidas. Se ha estigmatizado la idea de que solo se es buen cuidador cuando se cura a la persona, no teniendo en cuenta estas situaciones donde este proceso es más lento. A todo ello se añade la responsabilidad sobre la vida del paciente, por el miedo a hablar desde la desinformación e instigar al mismo a cometer la propia consumación del suicidio. Los autores, por ende, acentúan que la falta de recursos y el desconocimiento sobre el tema mencionado, unido a los propios principios y convicciones individuales, retrasan el proceso de prevención y manejo del suicidio. Sin embargo, tras realizar la intervención se demuestra que con una formación adecuada se observa actitudes positivas por parte de los profesionales, lo cual contribuirá a la futura calidad de atención¹⁹.

El ámbito de atención primaria es un entorno donde se debe realizar el manejo y seguimiento de los adolescentes con riesgo de suicidio. En un estudio realizado por Alasma *et al*, se comprende como en Estados Unidos (EEUU) los profesionales de la salud desconocen planes de actuación para tratar a estos usuarios. Destacan a su vez que los protocolos establecidos solo son útiles durante la evaluación inicial realizada por el médico, no considerando a los demás sanitarios como partícipes. Otro aspecto que enfatizaron fue la concepción de derivar a los pacientes a profesionales expertos, ya que un 74% de esos usuarios no asistieron a las consultas y, por tanto, dejaron de recibir atención sanitaria. Por ello, los autores expresan que se deben llevar a cabo planes de tratamiento que incluyan a las familias, para que estas tengan una percepción de los desafíos de la adherencia al tratamiento y para que estén preparadas para posibles problemas adversos¹⁶. La prevención es esencial para poder evitar estas situaciones de riesgo. Para ello, es necesario llevar a cabo intervenciones donde los jóvenes conozcan y adquieran herramientas para manejar su salud mental. Según Baggio *et al*, una actuación eficaz es el programa de intervención “Stop suicide”, donde a través de un taller de 90 minutos los participantes aumentaron sus conocimientos acerca del suicidio y lo que conlleva. Además, obtuvieron estrategias de resolución de problemas y habilidades de afrontamiento que les ayudarían en caso de poseer pensamientos suicidas¹⁷.

La ejecución de la actividad física y la regulación de las acciones motoras juegan también un papel significativo en el componente psíquico. A través de la meditación y los ejercicios cognitivos Oyanadel *et al*, reflejaron que la terapia de la perspectiva del tiempo disminuyó la ideación suicida en jóvenes. Esta, tenía como prioridad evaluar las dimensiones temporales del usuario (pasado, presente y futuro). Para ello, antes y después del test utilizaron diversos instrumentos como la *Escala de Suicidalidad de Okasha*, la cual detecta casos graves, o el *Cuestionario Ad Hoc para los familiares*, que incluye tanto antecedentes personales y familiares de salud, como datos actuales de la propia salud del individuo. Tras el tratamiento, se analizó que además del descenso de la conducta suicida, se incrementó la calidad de vida del usuario y se

logró equilibrar el perfil del mismo hacia uno más saludable¹³. De igual forma, Torrente *et al* demostraron que la práctica de ejercicio fortalece las cualidades de la personalidad además de promover el bienestar psicológico de los jóvenes. Durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19, la población tuvo que buscar alternativas a las salidas o prácticas en la calle. Los ejercicios físicos y clases de bailes emitidos por redes sociales generaron un punto de apoyo para los individuos infanto-juveniles. Estas actividades se consideraron adecuadas, ya que refuerzan la salud mental y generan efectos beneficiosos sobre estados de ansiedad y estrés. Los autores, por ende, defienden que mejorar aspectos como el autoconcepto, la autoestima o las habilidades psicosociales reducen y alivian los trastornos mentales¹⁴. Por consiguiente, ambos estudios mencionados justifican que la actividad física y psíquica pueden prevenir el intento suicida^{13,14}.

La personalidad, como mencionaban Torrente *et al* es un aspecto imprescindible para tratar en jóvenes, pues se encuentran en una etapa de varias transformaciones que pueden ocasionar conflictos y caos en sus vidas. Grummit *et al* en su estudio refieren que encauzarse en los factores de riesgo que la rigen puede derivar en conseguir un cambio de los patrones de pensamiento en los jóvenes. Esto lo han visualizado tras revisar “*Preventure*”, una intervención breve que se creó en primera instancia para reducir al abuso de sustancias, pero que al enfocarse directamente con las conductas suicidas se han percatado de los beneficios que genera. El programa comprende aquellos adolescentes que tienen algún rasgo de personalidad, como la desesperanza o la impulsividad, vinculado al riesgo de padecer trastornos mentales. Tras comprender este aspecto, se llevaron a cabo las sesiones donde se utilizó la psicoeducación para que los usuarios indagaran las singularidades de su personalidad y, por ende, el comportamiento que se generaba. Así bien, fue 3 años después cuando los efectos positivos de la intervención se pusieron de manifiesto. Por tanto, estos autores consideran que es un programa eficaz que sirve como ayuda para aminorar la ideación suicida en la población infanto-juvenil¹⁵.

Continuando con los aspectos de la personalidad, Libón *et al* en su estudio demostraron que el incremento de la autoestima vinculado al soporte de personas externas mejoraba la salud mental. El apoyo de pares fue muy útil, pues llevar a cabo un dialogo con alguien que ha experimentado pensamientos o sensaciones similares a las propias vividas, es reconfortante. El estudio demostró que los jóvenes agradecieron durante el confinamiento la influencia de las redes sociales, pues mediante ellas podían compartir experiencias y encontrar conexión con otras personas que se sentían o habían sentido igual. Para obtener estos resultados se llevaron a cabo tres talleres distintos. En el primero mediante diferentes ejercicios se obtuvo información sobre que piensan, sienten y dicen los jóvenes acerca de la salud mental y el suicidio. El segundo taller se centró en posibles soluciones para introducir el apoyo de otros en la comunidad. Finalmente, se llevó a cabo una búsqueda de estrategias para avanzar con las ideas de anteriores actividades. Con todo ello, los jóvenes consideraron útil crear una aplicación que se dedicara exclusivamente a la atención y oferta de recursos para aquellos que lo necesitaran. Del mismo modo, manifestaron la falta de recursos y de financiación que se proporciona a la salud mental, enfatizando que es aún menor en los núcleos rurales de las sociedades²⁰.

En su estudio Witt *et al*, reflejan que a pesar de que el suicidio es un gran problema a nivel mundial, existe poca investigación dedicada al tratamiento. No obstante, encontraron efectos positivos a través de la terapia conductual dialéctica en adolescentes (DBT-A), plasmando que a pesar de ello se deberían realizar ensayos adicionales para averiguar más sobre su eficacia. También se estudió la efectividad de varias terapias como la terapia cognitiva conductual (TCC) o terapia familiar, no obteniendo pruebas claras acerca de su utilidad. Así bien, a pesar de que la TCC ha sido beneficiosa en adultos según otros estudios, los autores manifiestan que se deberían desarrollar más en jóvenes¹¹. A diferencia de esto, Bahji *et al* tras revisar diversos ensayos clínicos aleatorizados (ECA) indican que algunas terapias sí que tienen efectos beneficiosos en adolescentes con tendencias suicidas. En efecto, se refleja que la terapia ecléctica y la terapia conductual dialéctica (DBT) redujeron las autolesiones al final del tratamiento. Por el contrario, la DBT unida a la terapia familiar fueron quienes disminuyeron las ideas suicidas al concluir. Del mismo modo, hizo mención de la eficacia de la terapia basada en la mentalización (MBT), la cual asocia con la disminución de autolesiones utilizando la medicación habitual de los jóvenes¹². A pesar de ello, expresa que existe escasez de evidencia que indique qué tratamientos son los más apropiados, sugiriendo la necesidad de llevar a cabo más ensayos en esta población, lo cual mantiene en común con Witt *et al*.

De igual forma, Harris *et al*, plasman que, a pesar de la evolución de la literatura, la gran totalidad de intervenciones a adolescentes con riesgo suicida no han progresado a lo largo de los años. Afirman que las actuaciones presentes no contemplan la prevención de las conductas suicidas y que las que existen son basadas en intervenciones para adultos. Por ello, plantean que son indispensable futuras investigaciones que esclarezcan qué procedimientos se han de seguir para mitigar el suicidio, para prevenirlo y para manejarlo de manera óptima¹⁸.

5. CONCLUSIONES

- La evidencia sugiere incidir en la formación de los profesionales de la salud acerca del suicidio, para que adquieran información y puedan ejecutar de manera óptima los planes de acción con los usuarios.

- La terapia conductual dialéctica vinculada a otras terapias disminuye la ideación suicida y las autolesiones.
- La actividad física y psíquica puede prevenir el suicidio además de incrementar la calidad de vida.
- La ideación suicida puede disminuir en los adolescentes al tratar aspectos de la personalidad como la autoestima o el autocuidado.
- Existe escasez de intervenciones dirigidas a adolescentes con conductas suicidas, por lo que se recomienda un aumento de investigaciones sobre ello.

REFERENCIAS

- [1] Cañón SC, Carmona JA. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2018 [citado 09 mayo 2023];20(80):387-395. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v20n80/1139-7632-pap-20-80-387.pdf>
- [2] Hernández J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicent Electrón* [Internet]. 2020 [citado 3 noviembre 2022];24(3):578-594. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v24n3/1029-3043-mdc-24-03-578.pdf>
- [3] Sher L. An infectious disease pandemic and increased suicide risk. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(3):239-240. doi: 10.1590/1516-4446-2020-0989
- [4] Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM*. 2020 Oct 1;113(10):707-712. doi: 10.1093/qjmed/hcaa202
- [5] Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2021 (datos definitivos) y primer semestre 2022 (datos provisionales) [Internet]. Madrid: INE; 2022 [citado 20 enero 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf
- [6] Gracia R, Pamias M, Mortier P, Alonso J, Pérez V, Palao D. Is the COVID-19 pandemic a risk factor for suicide attempts in adolescent girls? *J Affect Disord*. 2021 Sep 1;292:139-141. doi: 10.1016/j.jad.2021.05.044
- [7] Hoekstra PJ. Suicidality in children and adolescents: lessons to be learned from the COVID-19 crisis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Jun;29(6):737-738. doi: 10.1007/s00787-020-01570-z
- [8] Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(2):327-334. doi: 10.17843/rpmesp.2020.372.5419
- [9] Mateo AM, Galarza A. Manejo enfermero del paciente con ideas suicidas en el ámbito extrahospitalario. *Ene* [Internet]. 2020 [citado 25 abril 2023];14(1). Disponible en: <https://cuty.io/ZC8QbqCuLqB2>
- [10] Omerov P, Kneck Å, Karlsson L, Cronqvist A, Bullington J. To Identify and Support Youths Who Struggle with Living-Nurses' Suicide Prevention in Psychiatric Outpatient Care. *Issues Ment Health Nurs*. 2020 Jul;41(7):574-583. doi: 10.1080/01612840.2019.1705946
- [11] Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor Salisbury TL, Townsend E, Hawton K. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Mar 7;3(3):CD013667. doi: 10.1002/14651858.CD013667.pub2
- [12] Bahji A, Pierce M, Wong J, Roberge JN, Ortega I, Patten S. Comparative Efficacy and Acceptability of Psychotherapies for Self-harm and Suicidal Behavior Among Children and Adolescents: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2021 Apr 1;4(4):e216614. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.6614
- [13] Oyanadel C, Carrasco-Correa H, Latorre-Nanjari J, Peñate-Castro W, Sepúlveda-Queipul C. Reduciendo la ideación suicida en adolescentes con terapia de perspectiva temporal. Un estudio experimental. *Acta Colomb Psicol*. 2021;24(1):63-71. doi: 10.14718/ACP.2021.24.1.6
- [14] Torrente-Mora Y, Góngora-Márquez AO, Muguercia-Suárez OL. La prevención de la conducta suicida durante la COVID-19 mediante ejercicios físicos. *DeporVida* [Internet]. 2021 [citado 10 marzo 2023];18(49):95-105. Disponible en: <https://cuty.io/XuLIYFv>
- [15] Grummitt LR, Debenham J, Kelly E, Barrett EL, Champion K, Conrod P, et al. Selective personality-targeted prevention of suicidal ideation in young adolescents: post hoc analysis of data collected in a cluster randomised controlled trial. *Med J Aust*. 2022 Jun 6;216(10):525-529. doi: 10.5694/mja2.51536
- [16] Aalsma M, Keys J, Ferrin S, Shan M, Garbuz T, Scott T, et al. Adolescent suicide assessment and management in primary care. *BMC Pediatr*. 2022 Jul 2;22(1):389. doi: 10.1186/s12887-022-03454-4
- [17] Baggio S, Nsingi N, Kanani A, Bourqui L, Graglia M, Thélín R. Evaluation of a brief universal suicide prevention programme in young people: a cluster-controlled trial in Swiss schools. *Swiss Med Wkly*. 2022 Jul 25;152:w30207. doi:

10.4414/smw.2022.w30207

[18] Harris LM, Huang X, Funsch KM, Fox KR, Ribeiro JD. Efficacy of interventions for suicide and self-injury in children and adolescents: a meta-analysis. *Sci Rep.* 2022 Jul 19;12(1):12313. doi: 10.1038/s41598-022-16567-8

[19] Faria JS, Marcon SR, Nespolo AM, Santos HGBD, Espinosa MM, Oliveira KKB, et al. Attitudes of health professionals towards suicidal behavior: an intervention study. *Rev Saude Publica.* 2022 Jun 13;56:54. doi: 10.11606/s1518-8787.2022056003320

[20] Libon J, Alganion J, Hilario C. Youth Perspectives on Barriers and Opportunities for the Development of a Peer Support Model to Promote Mental Health and Prevent Suicide. *West J Nurs Res.* 2023 Mar;45(3):208-214. doi: 10.1177/01939459221115695

Terapia de heridas con presión negativa en el pie diabético. Revisión exploratoria

Tania-del-Carmen Sosa-Déniz ^a, Rubén-Octavio Luzardo-Batista ^b

^aEstudiante del Grado en Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bProfesor del Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

Las úlceras del pie diabético (UPD) son una de las complicaciones más comunes y graves de la diabetes mellitus (DM), siendo, además, la principal causa de hospitalización de los pacientes con esta enfermedad. Las UPD forman parte de las heridas complejas o de larga evolución, las cuales se caracterizan por presentar un complicado proceso de recuperación tisular. Nuevos tratamientos como la THPN suponen un avance para la cicatrización de estas heridas complejas, siendo, por ende, importante conocer los beneficios de la aplicación de esta terapia en las úlceras de pie diabético. Para ello, se ha llevado a cabo una búsqueda avanzada en diferentes bases de datos como Medline, Scielo, LILACS y Cochrane Library, donde han sido excluidos aquellos documentos que superaban los 5 años de antigüedad, así como aquellos que no trataban temas relacionados con el objetivo de esta revisión, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión y establecer una lectura crítica se obtienen un total de 10 artículos que hablan sobre los beneficios de la aplicación de la terapia de heridas de presión negativa en las úlceras de pie diabético.

Palabras clave: terapia de presión negativa, pie diabético, úlcera.

1. INTRODUCCIÓN

Las úlceras del pie diabético (UPD) son una de las complicaciones más comunes y graves de la diabetes mellitus (DM), siendo, además, la principal causa de hospitalización de los pacientes con esta enfermedad¹. Las UPD una vez desarrolladas, tienen un gran riesgo de progresión que puede acabar en serias complicaciones como es la amputación del miembro inferior (MMII), lo cual puede producir un agravamiento de la carga social y una disminución de la calidad y esperanza de vida del paciente diabético. Se ha observado que las tasas de amputaciones en pacientes con DM son 15 veces mayores que en pacientes que no padecen esta enfermedad, estimándose que el 50%-70% de las amputaciones se deban a las UPD². Respecto a Canarias, las islas con mayor tasa de aumento de amputaciones por consecuencia de la diabetes son La Gomera y Tenerife con un 2,28% y 2,29% respectivamente, por su parte, la isla de Lanzarote presenta 0,91%, siendo la puntuación de aumento más baja de todo el archipiélago³.

El tratamiento de estas heridas complejas como las UPD suponen largas estancias en el hospital y una atención especializada. Por ello, hoy en día, se han innovado nuevas técnicas como la terapia de heridas con presión negativa (THPN), la cual supone un avance para el tratamiento de estas lesiones⁴. La THPN se trata de un método no invasivo que emplea presión negativa o presión subatmosférica (inferior a la presión atmosférica normal que es 760mmHg) en el lecho de la herida, creando así un mecanismo de vacío con el fin de promover el proceso de recuperación tisular, estimulando la vasodilatación capilar, la formación del tejido de granulación y controlando el exudado⁵.

Tanto el pie diabético como la THPN requieren de una valoración y vigilancia constante, por ello, es importante el papel que desempeña el profesional de enfermería. Las úlceras del pie diabético requieren de una valoración inicial y progresiva evaluando deformidades, afectación de la herida y signos de inflamación. En caso de infección se valorará la gravedad de esta y la comorbilidad del paciente, estudiando posible ingreso en ámbito hospitalario o permaneciendo en seguimiento ambulatorio. Si las úlceras no están infectadas, se llevará a cabo una valoración y seguimiento reevaluando el tratamiento seleccionado.

La THPN es un método innovador que puede favorecer la cicatrización de heridas complejas como las úlceras del pie diabético, por ello, es de valor que los profesionales enfermeros tengan conocimiento de la efectividad de esta terapia en el proceso de recuperación tisular. Es importante, además, conocer las contraindicaciones e indicaciones oportunas a su colocación. Así como, ser capaces de detectar los signos y síntomas de alarma que indican su mal colocación o funcionamiento. Todo ello, con el objetivo de mejorar y avanzar en los cuidados de los pacientes con certeza y seguridad. El objetivo de este trabajo es describir la bibliografía existente en cuanto a la efectividad de la terapia de heridas con presión negativa en la cicatrización de úlceras de pacientes con pie diabético.

2. METODOLOGÍA

El presente trabajo ha consistido una revisión sistemática exploratoria, regida por los criterios PRISMA. Para orientar dicha revisión bibliográfica se formuló la siguiente pregunta de investigación según el formato PICO (Patient-Intervention-Comparison-Outcome): ¿Cuál es la evidencia científica disponible acerca de la eficacia de la utilización de la terapia de heridas con presión negativa en las úlceras del pie diabético?

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una búsqueda de documentos científicos, académicos, profesionales e institucionales en diferentes bases de datos bibliográficas disponibles en internet, como Medline, Scielo, Literatura Latinoamericana de Información y Ciencias de la Salud (LILACS) y Cochrane Library. La búsqueda se realizó entre el periodo de tiempo desde diciembre de 2022 a febrero de 2023.

Se incluyeron documentos publicados entre enero de 2018 y diciembre de 2022, tanto en inglés como en español, con acceso libre a texto completo-free full text. Los tipos de estudios seleccionados fueron estudios clínicos, informes de caso y ensayos clínicos controlados de pacientes hombres y mujeres con pie diabético sometidos a la terapia de presión negativa, estos estudios debían poner en manifiesto los beneficios de la terapia de presión negativa en la cicatrización de las úlceras de un paciente con pie diabético.

Se excluyeron aquellos estudios que utilizaban otro tipo de técnicas diferente a la terapia de presión negativa para la cicatrización de las heridas de pie diabético. También estudios de pacientes con otras patologías o lesiones diferentes a pie diabético que usaban la terapia de presión negativa como tratamiento, como úlceras vasculares, heridas quirúrgicas o úlceras por presión. Se excluyeron, además, estudios no realizados en pacientes adultos.

Para determinar la secuencia de búsqueda se ha utilizado un lenguaje controlado mediante los descriptores en Ciencia de la Salud (DeCS), con los términos clave en español, y los equivalentes en inglés Medical Subject Headings (MeSH), “*Negative-Pressure Wound Therapy*”, “*Ulcer*”, “*Vacuum*”, “*Therapy*”. Los operadores booleanos utilizados fueron “AND” y “OR”. A continuación, se muestran la estrategia de búsqueda utilizada.

Tabla 1: Estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos.

Fuente	Estrategia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
Medline	((<i>Negative pressure wound therapy</i>) AND (<i>Ulcer</i>)) AND (<i>Diabetic foot</i>) Filtros aplicados: free full text, desde 2018.	71	5
Medline	((<i>Negative pressure wound therapy</i>) AND (<i>Ulcer</i>)) AND (<i>Diabetic foot</i>) Filtros aplicados: free full text, desde 2018, estudio clínico.	10	2
Scielo	((<i>Negative pressure wound therapy</i>) AND (<i>Diabetic foot</i>)) Filtros aplicados: free full text, desde 2018	2	1
LILACS	((Terapia de presión negativa) AND (Pie diabético)) Filtros aplicados: free full text, desde 2018	4	0
Cochrane Library	((<i>Negative pressure wound therapy</i>) AND (<i>ulcer</i>) AND (<i>Diabetic foot</i>)) Filtros aplicados: free full text, desde 2018, estudio clínico.	86	2

Tras realizar una búsqueda avanzada en las diferentes bases de datos se encontraron un total de 405 artículos, de los cuales 304 no cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, obteniendo un total de 101 artículos sometidos a una lectura crítica del título y resumen. Tras la lectura crítica, se excluyeron 72 artículos, seleccionando, por tanto, 29 artículos a examinar, de los cuales 8 se encontraban duplicados, alcanzando un total de 21 artículos seleccionados a lectura completa. Una vez realizada la lectura completa de los 21 artículos, sólo 10 de ellos fueron seleccionados de acuerdo con los criterios de elegibilidad.

3. RESULTADOS

El proceso de selección de los estudios se llevó a cabo incorporando los criterios de inclusión y exclusión en la búsqueda. Una vez esto, se realizó una lectura crítica del título y del resumen de los artículos. La secuencia completa de la selección de los artículos la podemos encontrar en el siguiente diagrama de flujo elaborado según los criterios PRISMA (Figura 1). Tras realizar la búsqueda en las diferentes bases de datos, se han incluido como resultados a discutir 10 artículos⁶⁻¹⁵ de los cuales 2 son ensayos clínicos, 3 son estudios clínicos aleatorizados, 2 ensayo clínico controlado, y 3 estudios clínicos prospectivos.

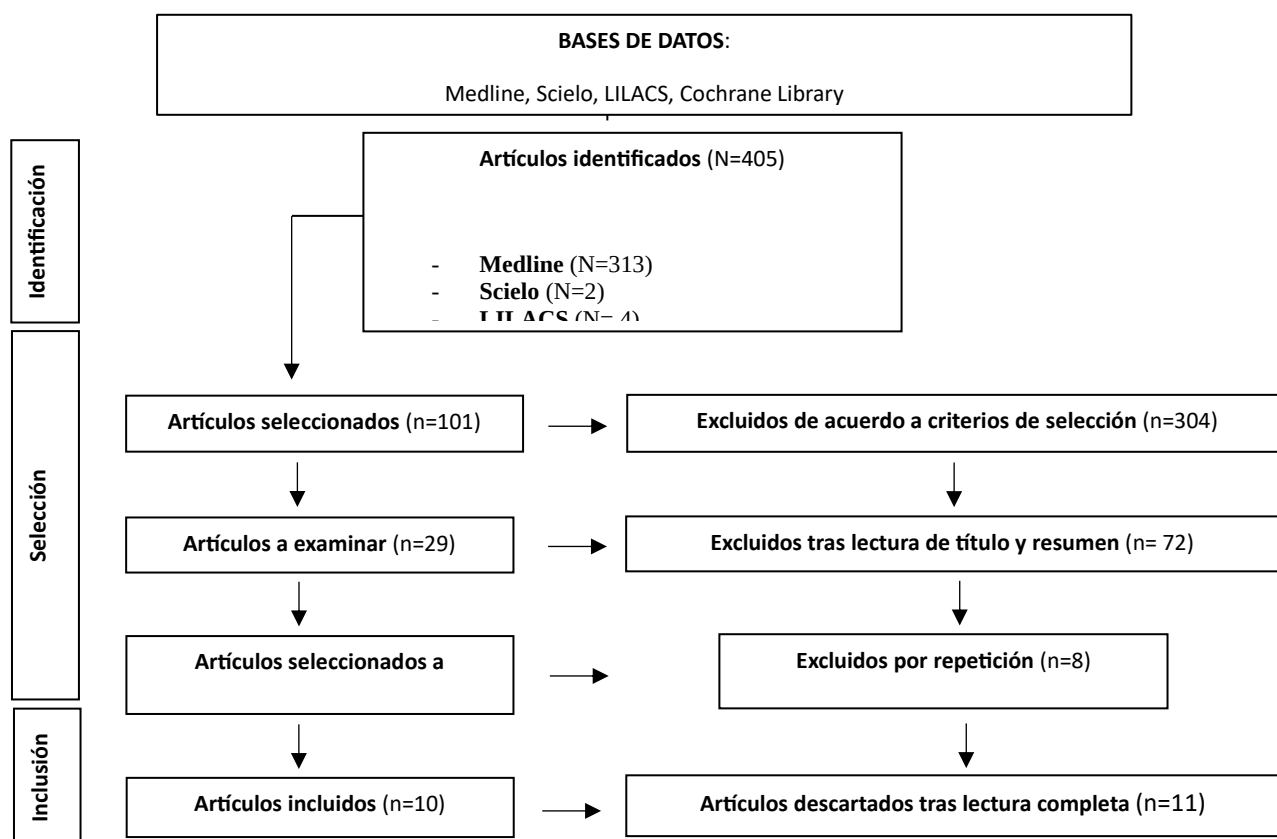


Figura 1. Diagrama de flujo de selección de estudios. Elaboración propia a partir de criterios PRISMA.

A continuación, se detalla el autor, el año de publicación, el tipo de estudio, los objetivos y los resultados de cada uno de los artículos principales de esta revisión bibliográfica exploratoria. Los artículos se encuentran ordenados según el año de publicación, de mayor a menor actualidad.

Tabla 2. Resultados de búsqueda.

Autor, Año	Tipo de estudio	País-entorno	Objetivo	Resultados
Farré C, 2022 ⁶ .	Ensayo clínico.	España. Consultas externas.	Describir la evolución de una úlcera de pie diabético con exposición tendinosa en tratamiento con terapia de heridas con presión negativa (THPN)	Paciente con úlcera en antepié derecho se realiza cura con THPN, tras una semana con esta, se decide descanso de una semana por sobre elevación de los bordes. Con la aplicación de la THPN se observa una reducción significativa de la herida. Tras 4 semanas con la terapia el área de la herida se reduce de 7x4 a 4x3 a 7x4 cm.
Seidel D, 2022 ⁷ .	Ensayo clínico aleatorizado.	Alemania. Entorno hospitalario.	Comparar el uso de recursos para pacientes hospitalización y ambulatorias para el tratamiento de heridas con terapia de presión negativa	Se observa menor tiempo de cicatrización en el grupo tratado con terapia de heridas con presión negativa (THPN) que con apósitos convencionales y mayor tejido de granulación en la herida. Se observó menores cambios de apósitos en el grupo de tratado con THPN, y, por tanto, menor coste.

Tabla 3: Continuación de los resultados de búsqueda.

Autor, Año	Tipo de estudio	País-entorno	Objetivo	Resultados
Park JH, 2022 ⁸ .	Estudio retrospectivo	China. Entorno hospitalario.	Evaluar la eficacia y seguridad de monitoreo postoperatorio implementado junto con la terapia de heridas con presión negativa después de las operaciones de colgajo.	Un total de 26 pacientes con pie diabético fueron tratados con operación de colgajo, por lo que se estableció monitoreo postoperatorio, aplicando la terapia de heridas con presión negativa y monitoreo convencional. Se obtiene que la terapia de heridas con presión negativa tuvo menor tiempo de monitorización que el método convencional.
Maranna H, 2021 ⁹ .	Estudio control aleatorio.	India. Entorno hospitalario.	Comparar la terapia de heridas con presión negativa y los apósitos salinos convencionales en la cicatrización de la úlcera del pie diabético.	En este estudio se observa un aumento de formación del tejido de granulación y reducción del tamaño de las úlceras en el grupo de pacientes tratados con TPN en comparación con el grupo tratados con apósitos salinos. Además, se observa una reducción de la estancia hospitalaria. 3 meses después 20 de 22 pacientes consiguen una cicatrización completa, a diferencia de los pacientes tratados con los apósitos salinos, los cuales 6 de 23 pacientes consiguieron cicatrización completa.
De Olivera TF, 2021 ¹⁰ .	Estudio clínico.	Entorno hospitalario.	Describir el tratamiento multidisciplinario asociado a la terapia de presión negativa de una herida compleja en el miembro inferior de un paciente diabético.	Tras tres días con el apósito de vacío se observa gran mejoría. Se realizaron 20 cambios de vendaje en 7 días, consiguiendo una cobertura completa del tejido de granulación sin infección. En el día 71 de hospitalización, se somete a implante de matriz dérmica e injerto para ayudar a cicatrización completa de la herida. 5 meses después del injerto, las áreas con pérdida de tejido se recuperan.
Seidel D, 2020 ¹¹ .	Ensayo clínico controlado.	Alemania. Entorno hospitalario.	Evaluar la eficacia y la seguridad de la terapia de presión negativa para heridas en pacientes con heridas de pie diabético en la práctica clínica.	Las heridas de gran tamaño tuvieron un menor riesgo de no conseguir el cierre de la herida cuando fueron tratados con la terapia de heridas con presión negativa (THPN) que, con tratamiento con apósitos húmedos, consiguiendo el cierre de la herida de manera más rápida.
Al-Sabbagh L, 2020 ¹² .	Estudio prospectivo aleatorizado.	Egipto. Entorno hospitalario.	El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la presión negativa alta frente a la estándar sobre la duración y la tasa de cicatrización de heridas en pacientes con úlceras del pie diabético (UPD) no isquémicas.	Los participantes de este estudio fueron divididos en dos grupos, grupo con presión baja (-120 mmHg) y grupo con presión alta (-160 mmHg). Después de 205 días, se observa como el porcentaje de heridas que cicatrizaron al completo fue mayor en el grupo de presiones negativas altas, además, el porcentaje de amputación y de mortalidad fue menor en las úlceras de pie diabético tratadas con una presión subatmosférica alta.
James SMD, 2019 ¹³ .	Ensayo controlado aleatorio.	India. Entorno hospitalario.	Estudiar el papel de la terapia de heridas con presión negativa para establecer eficacia y seguridad en el tratamiento de las úlceras del pie diabético en una población india.	Se observa que hay un incremento del tejido de granulación y un descenso del tiempo de cobertura tisular y por tanto menor tiempo medio hasta lograr cicatrización de la úlcera en los pacientes tratados con la terapia de presión negativa, respecto a los tratados con apósito convencional. No se observaron diferencias respecto a la infección de la úlcera y la hemorragia.

Tabla 4: Continuación de los resultados de búsqueda.

Autor, Año	Tipo de estudio	País-entorno	Objetivo	Resultados
Borys S, 2018 ¹⁴ .	Estudio clínico prospectivo.	Polonia. Centro ambulatorio.	Evaluar los datos de eficacia y seguridad a corto plazo del uso de la terapia de presión negativa en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y heridas concomitantes neuropáticas, no isquémicas, no infectadas en los pies.	De los pacientes asignados al uso de la terapia de heridas con presión negativa (THPN), se observa una importante reducción en el área de la herida después del octavo día. Además, se logra un cierre completo de la herida del 78.4% de los pacientes del grupo THPN. Después de 1 año, de los 19 pacientes restantes en el estudio, se observa que 14 pacientes del grupo THPN obtuvieron una cicatrización al completo de la úlcera de pie diabético.
Sukur E, 2018 ¹⁵ .	Estudio clínico aleatorio.	EEUU. Entorno hospitalario.	Comparar la efectividad de la terapia de heridas con presión negativa con los apósitos húmedos convencionales para heridas en el tratamiento de úlceras diabéticas.	Se observa que el tiempo promedio para alcanzar el tejido de granulación del 90% fue significativamente menor en aquellos pacientes en los que se aplicó terapia de presión negativa (THPN) y que la reducción del área de la herida después de los 8 días fue mayor en el grupo THPN, que en los tratados con apósitos húmedos convencionales

4. DISCUSIÓN

La diabetes mellitus se trata de una de las enfermedades con mayor impacto a nivel de salud pública, pues esta conlleva complicaciones en los diferentes sistemas del cuerpo, entre ellos, el tejido tisular provocando heridas crónicas de difícil curación. A pesar de haber diferentes maneras de solucionar eficazmente este problema, existe un inconveniente y es que son heridas con un proceso de cicatrización lento. Por ello, se ha podido comprobar que terapias como la THPN resultan beneficiosas puesto que se pueden llegar a conseguir ganancias reduciendo tanto el gasto económico como el tiempo invertido. En un estudio realizado por Ferré et al. en el que se hace uso de la THPN para tratar una herida de pie diabético, se obtiene que, tras 4 semanas de tratamiento, la superficie de la herida se redujo significativamente, consiguiendo el cierre completo de la lesión 6 semanas después¹³.

En el proceso de recuperación de una herida influyen varios factores, los cuales pueden determinar una cicatrización más temprana. La superficie del lecho de la herida es uno de ellos, pues a mayor superficie mayor requerimiento de tiempo para alcanzar la recuperación tisular completa. En una investigación realizada por Borys et al. en la que se llevó a cabo un estudio observacional comparando la THPN con el tratamiento estándar, se observa que de 49 pacientes sometidos a THPN, 27 alcanzan cierre completo en 1 año, mientras que del grupo de comparación lo consiguieron 14 de 19 pacientes. Esto se debe a que, la superficie media del grupo THPN era significativamente mayor en relación con el grupo de comparación describiendo así la importancia del área de las lesiones en el tiempo de cicatrización, pues a mayor superficie, mayor requerimiento de tiempo para el crecimiento o formación del tejido de granulación¹⁴. Por otro lado, Seidel¹¹ en su estudio también encontró relación entre la superficie de las heridas y el tiempo de cierre completo de estas. En este caso, se comprobó como las heridas de gran superficie obtuvieron mayores beneficios cuando fueron tratadas con THPN, en comparación al tratamiento convencional, obteniendo un incremento del riesgo de una incompleta recuperación tisular.

A pesar de que los tratamientos convencionales como, por ejemplo, los apósitos húmedos obtienen beneficios en cuanto a la cicatrización de las heridas, se ha podido comprobar que la THPN acelera el proceso de cicatrización reduciendo el tiempo de curación de las úlceras en pie diabéticos. En el estudio realizado por Maranna et al.⁹ de los 22 pacientes que fueron sometidos a THPN la gran mayoría obtuvieron una cicatrización completa pasados 3 meses, en comparación a los apósitos convencionales donde de 23 usuarios solo alcanzaron una correcta recuperación tisular 6 de ellos. Por otro lado, James et al.¹³, en su estudio, obtuvo que, las úlceras tratadas con la THPN tuvieron una media de cicatrización de 21 días, mientras que el grupo tratado con apósitos convencionales alcanzó una cicatrización de 34 días de media, habiendo una diferencia de 2 semanas entre ambos.

La THPN ayuda a eliminar el tejido muerto y los desechos de la herida a través del sistema de succión acelerando así el proceso de cicatrización y reduciendo el riesgo de complicaciones. De Olivera et al.¹⁰, muestran en su estudio la efectividad de la terapia de vacío en la descarga de secreciones, donde se obtuvo que, debido al dispositivo de succión, se logra eliminar gran parte de las secreciones purulentas de la herida, consiguiendo así un mayor tejido de granulación y una mejoría clínica. Al disminuir los residuos bacterianos, se reduce la inflamación y, por consiguiente, el dolor. Además, en un estudio realizado por James et al.¹³, donde se evalúa el dolor mediante la Escala Visual Analógica (EVA), se observa una puntuación menor en el EVA en la tercera semana de tratamiento con THPN, en comparación con los pacientes tratados con apósito convencional donde la escala de dolor no descendía.

Este tipo de técnicas reduce significativamente el cambio de apósitos, el número de procedimientos quirúrgicos, la estancia hospitalaria del usuario y, por ende, la intervención del profesional de enfermería. En el estudio llevado a cabo por Seidel et al.⁷ se muestra un menor número de desbridamientos quirúrgicos durante el proceso de cicatrización en las úlceras tratadas con THPN, viéndose, por ende, disminuido el número de procedimientos quirúrgicos. Asimismo, en el estudio realizado por de Olivera et al.¹⁰, los apósitos de vacío fueron cambiados con menor frecuencia cuando los pacientes fueron intervenidos por THPN en comparación al tratamiento convencional. En el cambio de estos se pudo observar una gran cantidad de secreción drenada, mayor tejido de granulación y una reducción de la exposición ósea, evidenciándose la efectividad de aceleración en la cicatrización de las úlceras de pie diabético con esta terapia. Con esto, se hace notar un coste-beneficio de la THPN, pues reduce el tiempo de curación de la herida, el número de curas y la intervención enfermera. La THPN se ha utilizado con éxito en la gran mayoría de úlceras de pie diabético, pero su uso se puede ver contraindicado debido a varios factores como la presencia de tejido necrótico o infección activa. Por ello, antes de colocar el apósito de vacío es conveniente preparar el lecho de la herida a través de técnicas de desbridamiento y limpieza con solución salina, con el fin de eliminar gran parte del tejido necrótico, infección o secreciones si hubiese. Es así que, en el estudio de Olivera et al.¹⁰, se demostró que cuanto mayor sea el desbridamiento y la eliminación de tejido necrótico, mayor será el área de contacto de la espuma de vacío con la herida, mejorando así la succión de las secreciones y la estimulación del tejido de granulación.

La carencia de flujo sanguíneo en los miembros inferiores es una de las complicaciones más comunes de las úlceras del pie diabético. Esta falta de circulación reduce el flujo sanguíneo, imposibilitando así el proceso de cicatrización. La THPN se utiliza con el fin de promover la formación de nuevos tejidos y aumentar el flujo sanguíneo, por lo que, si la circulación sanguínea se encuentra comprometida, esta terapia puede no ser efectiva. Esto explica que, James¹³, Borys¹⁴ y Sukur¹⁵ tuvieran como criterios de exclusión para la aplicación de la THPN, a todos aquellos pacientes que presentasen una patología o anomalía que afectase al riego sanguíneo, como puede ser la carencia de pulsos en miembros inferiores, isquemia o enfermedad vascular periférica.

La THPN es considerada una terapia segura, no obstante, se han evidenciado complicaciones generalmente atribuidas a una colocación incorrecta del dispositivo o a una selección errónea de las lesiones. Una de las más comunes con respecto al funcionamiento del sistema de vacío es la pérdida de succión del apósito, generalmente acontecida por un incorrecto sellado por los contornos de la herida¹². En el estudio realizado por Farré et al.⁶ se observa como la sobreelevación de los bordes de la úlcera, impedían el correcto funcionamiento de sellado de la terapia de presión negativa, teniendo que suspender el tratamiento por una semana hasta conseguir bordes de la herida más planos.

Existe contrariedad de los autores en relación con la presión que resulta beneficiosa en la THPN. Esta presión que es ejercida por el apósito de vacío genera una tensión mecánica entre la interfaz herida-apósito que provoca la proliferación celular y la angiogénesis, favoreciendo al factor de crecimiento de fibroblastos implicados en la formación del tejido de granulación¹². Por un lado, en el estudio realizado por Park et al.⁸ se comprobó que presiones excesivas en heridas de pie diabético pueden dañar los tejidos blandos, siendo recomendable establecer presiones entre -50 mmHg y -125 mmHg. En todos los estudios seleccionados para esta revisión, las presiones utilizadas han sido entre esos rangos, a excepción de Sukur et al.¹⁵, llegando a aplicar presiones de hasta -200 mmHg y Al-Sabbagh et al.¹² aplicando presiones negativas de hasta -160 mmHg, observando una tasa de curación más alta en un periodo tiempo más corto. Con esto se puede objetar que aún no se tiene la certeza de la presión más efectiva para tratar las UPD, siendo imprescindible, por lo tanto, de más estudios respecto a los niveles de presión negativa necesarios para una correcta y óptima recuperación tisular.

Aunque la THPN se haya introducido en el ámbito enfermero desde hace años, lo cierto, es que no es un tratamiento de uso común en la praxis enfermera. Es importante estar en continua formación de las evidencias científicas más actualizadas con el fin de fomentar la seguridad del paciente y unos cuidados de calidad, por lo tanto, sería de conveniencia instruir a los diferentes profesionales sanitarios sobre los beneficios de dicha terapia con el fin de crear consciencia y una mayor aplicación de esta terapia en la cicatrización de las úlceras del pie diabético.

En cuanto a las limitaciones de esta revisión, la principal fue el número de artículos a seleccionar, viéndose restringida en cierta medida la evidencia de esta revisión exploratoria. Además, y pese al número relativamente pequeño de participantes

en los estudios clínicos ya publicados, se evidencia que la utilización de esta terapia de heridas con presión negativa resulta beneficiosa en la cicatrización de las úlceras del pie diabético. Aun así, sería conveniente realizar más estudios clínicos acerca de los beneficios de la aplicación de esta terapia, así como estudios acerca del conocimiento que poseen los profesionales sanitarios, observando, como se comentó con anterioridad la necesidad o no de instruir en la evidencia de la utilización de la THPN en las UPD.

5. CONCLUSIONES

Tras analizar los diferentes estudios clínicos que componen esta revisión bibliográfica, podemos afirmar las siguientes conclusiones:

1. El uso de la THPN reduce significativamente el área de la herida promoviendo el tejido de granulación acelerando así el proceso de cicatrización.
2. Esta terapia se ve contraindicada en aplicación directa en los órganos vitales, en heridas infectadas, en tejidos isquémicos y pacientes con enfermedad vascular periférica y carentes de flujo sanguíneo en los miembros inferiores.
3. La THPN ayuda a eliminar el tejido muerto y los desechos de la herida a través del sistema de succión acelerando el proceso de cicatrización y reduciendo el riesgo de complicaciones.
4. Existe controversia en cuanto a la presión subatmosférica idónea que favorezca a la correcta recuperación tisular de las úlceras del pie diabético.
5. La THPN resulta una terapia innovadora y beneficiosa en comparación con las estrategias de tratamientos convencionales, pues se pudo evidenciar un menor tiempo de cicatrización en las úlceras de pie diabético tratadas con la THPN en comparación con apósitos húmedos convencionales.
6. Con la utilización de la THPN se observa un beneficio en cuanto al coste-beneficio pues reduce significativamente el cambio de apósitos, el número de procedimientos quirúrgicos, la estancia hospitalaria del usuario y, por ende, la intervención enfermera.

REFERENCIAS

- [1] Repáraz L, Sánchez P. El pie diabético. *An Med Interna (Madrid)* [Internet]. 2004 [citado 09 mayo 2023];21(9):5-7. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ami/v21n9/editorial.pdf>
- [2] Yazdanpanah L, Nasiri M, Adarvishi S. Literature review on the management of diabetic foot ulcer. *World J Diabetes*. 2015 Feb 15;6(1):37-53. doi: 10.4239/wjd.v6.i1.37
- [3] del Castillo RA, Fernández JA, del Castillo FJ. Guía de práctica clínica en el pie diabético. *Arch Med* [Internet]. 2014 [citado 09 mayo 2023];10(2):1. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4635975>
- [4] Cerezo-Millán P, López-Casanova P, Verdú-Soriano J, Berenguer-Pérez M. Conocimiento del personal sanitario respecto al uso de la terapia de presión negativa en el tratamiento de heridas. *Gerokomos* [Internet]. 2018 [citado 09 mayo 2023];29(4):181-191. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n4/1134-928X-geroko-29-04-00181.pdf>
- [5] Maitret-Velázquez RM, Bizueto-Rosas H, Gómez-Calvo CD, Pérez-González HA, Moreno-Ramírez CI, Hernández-Vázquez. Uso de terapia de presión negativa para manejo de heridas complejas. *Rev Mex Angiol* [Internet]. 2018 [citado 09 mayo 2023];46(1):9-18. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexang/an-2018/an181b.pdf>
- [6] Farré C, González C, Martínez J. Uso de terapia de presión negativa en herida compleja de pie diabético. A propósito de un caso. *Gerokomos* [Internet]. 2022 [citado 09 mayo 2023];33(1):63-66. Disponible en: <https://cuty.io/WblJS6jifu>
- [7] Seidel D, Lefering R; DiaFu study group. NPWT resource use compared with standard moist wound care in diabetic foot wounds: DiaFu randomized clinical trial results. *J Foot Ankle Res*. 2022 Sep 30;15(1):72. doi: 10.1186/s13047-022-00569-w
- [8] Park JH, Park JU. Flap monitoring with incisional negative pressure wound therapy (NPWT) in diabetic foot patients. *Sci Rep*. 2022 Sep 20;12(1):15684. doi: 10.1038/s41598-022-20088-9
- [9] Maranna H, Lal P, Mishra A, Bains L, Sawant G, Bhatia R, et al. Negative pressure wound therapy in grade 1 and 2 diabetic foot ulcers: A randomized controlled study. *Diabetes Metab Syndr*. 2021 Jan-Feb;15(1):365-371. doi: 10.1016/j.dsx.2021.01.014
- [10] de Oliveira Leite TF, Ribeiro da Silva E, Joviliano EE. Effect of negative pressure wound therapy for legs in complex wound diabetic patients: Therapeutic challenge and review. *SAGE Open Med Case Rep*. 2021 Jun 17;9:2050313X211025920. doi: 10.1177/2050313X211025920
- [11] Seidel D, Storck M, Lawall H, Wozniak G, Mauckner P, Hochlenert D, et al. Negative pressure wound therapy compared with standard moist wound care on diabetic foot ulcers in real-life clinical practice: results of the German DiaFu-RCT. *BMJ Open*. 2020 Mar 24;10(3):e026345. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026345

- [12] Al-Sabbagh L, Bishara RA, Hanna IN, Abdel-Mawgoud A, Meabed MR, Fouad NA, et al. Effect of high negative pressure wound therapy in diabetic foot ulcer healing. *Wound Int* [Internet]. 2020 [citado 09 mayo 2023]; 11(4):12-15. Disponible en: <https://cuty.io/lmsvy4u89lpr>
- [13] James SMD, Sureshkumar S, Elamurugan TP, Debasis N, Vijayakumar C, Palanivel C. Comparison of Vacuum-Assisted Closure Therapy and Conventional Dressing on Wound Healing in Patients with Diabetic Foot Ulcer: A Randomized Controlled Trial. *Niger J Surg*. 2019 Jan-Jun;25(1):14-20. doi: 10.4103/njs.NJS_14_18
- [14] Borys S, Hohendorff J, Koblik T, Witek P, Ludwig-Slomeczynska AH, Frankfurter C, et al. Negative-pressure wound therapy for management of chronic neuropathic noninfected diabetic foot ulcerations - short-term efficacy and long-term outcomes. *Endocrine*. 2018 Dec;62(3):611-616. doi: 10.1007/s12020-018-1707-0
- [15] Sukur E, Akar A, Uyar AÇ, Cicekli O, Kochai A, Turker M, et al. Vacuum-assisted closure versus moist dressings in the treatment of diabetic wound ulcers after partial foot amputation: A retrospective analysis in 65 patients. *J Orthop Surg (Hong Kong)*. 2018 May-Aug;26(3):2309499018799769. doi: 10.1177/2309499018799769

Intervenciones enfermeras en el manejo del dolor y neurodesarrollo en el neonato hospitalizado: revisión exploratoria

^aBeatriz Melián-Cordovez, ^aMarina Corona-López, ^aMarta Macías-Dols, ^bClaudio-A Rodríguez-Suárez

^aEnfermeras Internas Residentes. Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI). Las Palmas de Gran Canaria; ^bUnidad de Apoyo a la Investigación. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI). Servicio Canario de Salud (SCS). Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC)

RESUMEN

El dolor en el neonato es un área en muchas ocasiones infratratada, así como sus consecuencias en el neurodesarrollo a corto y largo plazo, haciendo necesario hacer hincapié en la investigación sobre los métodos farmacológicos y no farmacológicos y su correcta aplicación en la práctica clínica. El objetivo que persigue esta revisión es identificar intervenciones enfermeras que son efectivas para disminuir la percepción del dolor durante las técnicas/procedimientos dolorosos en los neonatos. Se ha realizado una revisión exploratoria con búsqueda de referencias en las bases de datos Medline (vía Pubmed), Scopus, Cinahl y Web of Science (WOS). Los descriptores DeCS/MeSH fueron: "Infant, Newborn" AND "Neurodevelopmental Disorders" AND "Pain". La búsqueda se limitó a referencias publicadas desde enero de 2013 hasta enero de 2023 en español, inglés y portugués, así como el descarte de referencias que no se correspondían a estudios científicos. El número total de referencias incluidas en esta revisión fue $n = 11$. La búsqueda se centró en identificar la correlación entre el dolor en el neonato y las alteraciones del neurodesarrollo, así como las intervenciones efectivas para mitigar la percepción dolorosa. El dolor afecta de forma independiente e individual en el neurodesarrollo del neonato en la edad adulta, sobre todo en los neonatos prematuros. Las técnicas que producen mayor nivel de percepción dolorosa son las que implican la rotura de la piel (extracción sanguínea, canalización de vía venosa periférica/arterial, etc). Las intervenciones para mitigar la percepción dolorosas se agrupan en no farmacológicas (llevadas a cabo por el personal y/o con ayuda de los padres) y farmacológicas (uso de opiáceos y otros fármacos analgésicos).

Palabras clave: dolor, neonato, neurodesarrollo, alteraciones, intervenciones.

1. INTRODUCCIÓN

Se entiende el dolor como una percepción, constituida por una serie de cambios químicos, que implica una alteración de la sensibilidad de los tejidos y la interpretación de estos cambios como un estímulo nocivo. La cognición va a ser uno de los componentes fundamentales de la percepción, por lo que, habrá consecuencias y respuestas emocionales a los aspectos cognitivos y fisiológicos del dolor. Los mecanismos fisiológicos que conforman el dolor se denominan nocicepción. Este término hace referencia a la capacidad de un nervio de detectar estímulos nocivos y transmitir esta información al cerebro para su interpretación¹.

Las respuestas que se producen a los estímulos dolorosos son componentes integrales de un sistema biológico adaptativo que permiten que el ser humano funcione en un entorno dinámico y potencialmente peligroso. Dichas respuestas se componen de modulaciones e integraciones de funciones del sistema nervioso periférico (somatomotor, somatosensorial y autónomo), la médula espinal y el cerebro¹. Anatómicamente, las vías de transmisión del estímulo doloroso se encuentran presentes y son funcionales en el feto y en el recién nacido (RN), sin embargo, los sistemas fisiológicos de protección frente a estos estímulos se encuentran inmaduros. Este desequilibrio desencadena una capacidad de nocicepción intensa pero difusa en el organismo².

Previas a las 28 semanas de gestación (SEG), todos los componentes anatómicos, neurofisiológicos y hormonales que se integran en la percepción del dolor, se encuentran desarrollados, sin embargo, y a diferencia de los niños mayores/adultos, los recién nacidos (particularmente los recién nacidos pretérmino) experimentan ante un estímulo doloroso, apoptosis celular y otras alteraciones del sistema nervioso que desembocan en cambios a largo plazo como la disminución del umbral del dolor, una respuesta más exaltada y prolongada al mismo, así como el aumento de la respuesta dolorosa en los tejidos subyacentes al tejido en el que se produce el estímulo². Asimismo, diversos estudios han demostrado que el dolor/estrés neonatal son capaces de interferir en la materia blanca cerebral, el grosor cortical, los volúmenes cerebelosos y la actividad neuronal, tanto en la edad preescolar como en la escolar³. De la misma forma, la inmadurez fisiológica del recién nacido provoca una disminución de la capacidad de control y expresión del dolor, generando una fuente sobreañadida de sufrimiento, que dificulta la evaluación de este y lo hace un desafío de complejo manejo², especialmente en los recién

nacidos pretérmino, en los cuales los estímulos dolorosos de baja intensidad son capaces de producir perturbaciones de mayor calibre que en un recién nacido a término³.

Habitualmente, el dolor en el neonato es poco evaluado y no tiene un manejo adecuado. Esta evaluación debe realizarse por medio de herramientas validadas (escalas) en las que se deben tener en cuenta las patologías, la edad gestacional (EG) y la monitorización continua de los pacientes². El manejo eficaz del dolor durante los procedimientos y técnicas, así como durante el dolor postoperatorio, es crucial para poder minimizar los daños fisiológicos agudos, a corto y largo plazo sobre el neurodesarrollo⁴. Este manejo puede realizarse desde el ámbito farmacológico como desde el no farmacológico².

Teniendo en cuenta todos los aspectos mencionados en el marco teórico, se ha planteado la siguiente pregunta de investigación: *¿Qué medidas pueden llevar a cabo las enfermeras para reducir el impacto durante las técnicas potencialmente dolorosas en los neonatos en el neurodesarrollo?*

Se ha planteado como objetivo general identificar intervenciones enfermeras que son efectivas para disminuir la percepción del dolor durante las técnicas/procedimientos dolorosos en los neonatos. Los objetivos específicos son:

- Identificar la influencia que tiene el dolor en el neurodesarrollo del neonato.
- Enumerar las técnicas/procedimientos enfermeros que causan estímulos dolorosos en el neonato.
- Describir las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas que pueden llevarse a cabo para la disminución del dolor en el neonato.

2. METODOLOGÍA

Diseño: revisión exploratoria/de alcance ajustada a normas PRISMA ScR⁵.

Fecha de la revisión: febrero, marzo y abril del año 2023.

La Pregunta Clínica objeto de esta revisión se ha establecido siguiendo la estrategia PICO. Componentes de la pregunta:

- Población/Problema: neonatos (0-28 días) sometidos a técnicas dolorosas.
- Intervención: aplicación de medidas para aliviar el dolor ejercido durante las técnicas de enfermería a los neonatos.
- Comparación: no aplicación de medidas para aliviar el dolor ejercido durante las técnicas de enfermería a los neonatos.
- Resultados: nivel de afectación en el neurodesarrollo de los neonatos.

Criterios de inclusión y exclusión: se incluyeron publicaciones de cualquier tipo de metodología (cualitativa y cuantitativa) realizadas entre el 1 de enero de 2013 y el 1 de enero de 2023 en español e inglés que abordaran los métodos de alivio del dolor y su influencia en el neurodesarrollo en neonatos. Se excluyeron estudios realizados en niños con edades superiores a los 28 días de vida. Se han excluido publicaciones que no corresponden a estudios científicos (cartas al editor, editoriales, etc) y literatura gris. La lectura y elección de las referencias utilizadas se han basado en los criterios de inclusión y exclusión y en la tipología metodológica de los mismos. No se contactó con autores para búsqueda de bibliografía adicional.

Estrategias de búsqueda: se ha utilizado las bases de datos Medline (vía Pubmed), Cinahl, Scopus y Web Of Science (WOS) con búsquedas realizadas en el 30 de marzo de 2023. Utilizando los descriptores DeCS/MeSH y los operadores booleanos AND y OR. Las estrategias se han dispuesto de la siguiente forma: **Medline (PubMed):** (("Infant, Newborn"[Mesh]) AND ("Neurodevelopmental Disorders"[Mesh])) AND ("Pain"[Mesh]) Filters: from 2013/1/1 - 2023/1/1. **Scopus:** ((TITLE-ABS-KEY (infant, newborn)) AND (TITLE-ABS-KEY (Neurodevelopmental Disorders)) AND (TITLE-ABS-KEY (pain)) AND PUBYEAR > 2012 AND PUBYEAR < 2023). **Cinahl:** "infant, newborn" AND "Neurodevelopmental Disorders" AND pain (Fecha de publicación: 2013/01/01-2022/12/31). **WOS:** TI= (Infant, Newborn AND Neurodevelopmental Disorders AND Pain) OR AB= (Infant, Newborn AND Neurodevelopmental Disorders AND Pain) OR TS= (Infant, Newborn AND Neurodevelopmental Disorders AND Pain) Periodo de tiempo: 2013-01-01 to 2022-12-31 (Fecha de publicación).

3. RESULTADOS

Tras la búsqueda bibliográfica se identificaron n = 127 referencias, tras el cribado por título resumen se eliminan n = 75 y por duplicados se descartan n = 9. Asimismo, se suprimen por no corresponderse a estudios científicos n = 5; n = 26 fueron excluidos por no reunir los criterios de inclusión y exclusión. El número de referencias incluidas en la revisión fueron n = 12, como se muestran en el diagrama de flujo (figura 1).

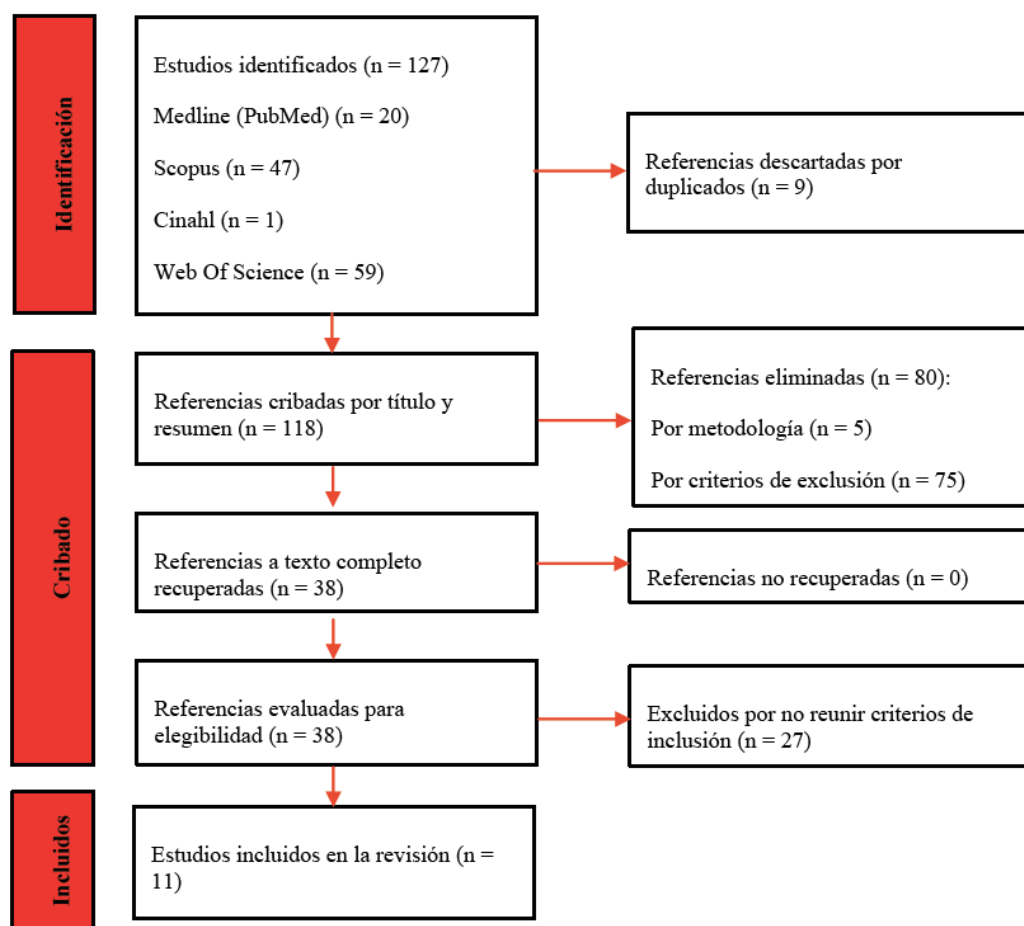


Figura 1. Diagrama de flujo. De elaboración propia a partir de PRISMA. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372: n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

A continuación, se incluye la tabla que recoge la información sobre los autores, años de publicación, país de estudio, tipología de las referencias (principalmente observacionales longitudinales, 4 prospectivos y 2 retrospectivos), tamaño muestral, objetivo y conclusiones principales de las referencias incluidas en la revisión.

Tabla 1. Autores, fecha de publicación, tipos de estudio, revistas y objetivos.

Autor (año de publicación)	País	Tamaño muestral	Tipología de estudio	Objetivo	Conclusiones
Ranger M. et al. (2014)	Canadá	n=101	Observacional retrospectivo	Relacionar el dolor y estrés a los 7 años de vida en niños nacidos gran prematuros.	En los neonatos prematuros sometidos a ventilación mecánica, el uso de morfina es útil para mitigar los efectos negativos del dolor, pero afecta neurológicamente en el comportamiento en la edad escolar.
Valeri B.O. et al. (2015)	Brasil y Canadá	n=13	Revisión de literatura	Asociación entre las experiencias dolorosas en neonatos tempranas y sus consecuencias a en el desarrollo a lo largo de los años.	En los neonatos prematuros el estrés asociado al dolor se correlaciona con alteraciones del comportamiento en la niñez temprana y tardía.

Tabla 1. Continuación.

Autor (año de publicación)	País	Tamaño muestral	Tipología de estudio	Objetivo	Conclusiones
Deindl P. et al. (2016)	Austria	n=140	Estudio de cohorte	Comparación, a corto plazo, antes y después de la aplicación de protocolo de manejo del dolor y sedación en el neurodesarrollo en prematuros.	La implementación de un protocolo de sedación neonatal incrementa la exposición a opioides, pero no afecta al neurodesarrollo durante el tiempo de ingreso en neonatos prematuros.
Zwicker J. et al. (2016)	Canadá	n=136	Estudio de cohorte	Examinar el efecto de la exposición a la morfina en el crecimiento del cerebelo y el neurodesarrollo en prematuros.	La exposición a la morfina en neonatos prematuros es una variable independiente asociada a un desarrollo cerebelar patológico y un neurodesarrollo más pobre con repercusiones en la niñez temprana.
Morag I. et al. (2017)	Israel	n=107	Observacional prospectivo	Examinar la relación entre el estrés provocado por el dolor conjunto a la inmadurez fisiológica y el neurodesarrollo alterado.	La mayor exposición a estrés relacionada con el dolor en los neonatos prematuros en ventilación mecánica invasiva se asocia a puntuaciones de desarrollo más bajas al año y medio de vida de edad corregida.
Cong X. et al. (2017)	Estados Unidos	n=50	Exploratorio prospectivo	Investigar el impacto de las experiencias dolorosas en el neurocomportamiento en neonatos prematuros	Comprender los mecanismos que alteran el neurodesarrollo a edades tempranas es la base para desarrollar estrategias neuroprotectoras específicas e individualizadas para mejorar el desarrollo infantil.
Duerden E. et al. (2018)	Canadá	n=155	Ensayo clínico	Relación entre la exposición a procedimientos dolorosos y la disminución del volumen talámico y su asociación cognitiva.	Se objetivan alteraciones regionales específicas en el tálamo y la vía talamocortical en neonatos prematuros expuestos a mayor cantidad de procedimientos dolorosos.
Gaspardo C. et al. (2018)	Brasil	n=62	Descriptivo estadístico	Examinar los efectos individuales del dolor y el estrés en los neonatos prematuros en la edad preescolar.	Los hallazgos encontrados sobre las experiencias dolorosas en la etapa neonatal se extrapolan en una peor autorregulación y problemas de atención en los nacidos pretérmino.
McPherson C. et al. (2020)	Estados Unidos	n=87	Revisión de literatura	Manejo del dolor y la agitación en el cerebro inmaduro del neonato en la unidad de cuidados intensivos.	El dolor en los neonatos afecta en el comportamiento y el neurodesarrollo. La aplicación de protocolos de alivio del dolor farmacológicos y no farmacológicos resultan de gran utilidad en el manejo del dolor en esta población.
Cihlarova H. et al. (2022)	República Checa	n=20	Observacional retrospectivo	Validar la eficacia del paracetamol intravenoso de rescate en el postoperatorio frente a la morfina en la unidad de cuidados intensivos neonatales.	El estudio centrado en el dolor postoperatorio muestra la seguridad del uso del paracetamol. Se requiere validación prospectiva de la dosificación y los esquemas de tratamiento de los fármacos analgésicos para lograr objetivos de eficacia.

Zühal C. et al. (2022)	Turquía	n=9	Metaanálisis	Analizar los efectos analgésicos de la leche materna en los recién nacidos.	El amamantamiento y la leche materna son intervenciones no farmacológicas efectivas en los procedimientos dolorosos

4. DISCUSIÓN

El dolor en los neonatos y su efecto a corto y largo plazo sobre el neurodesarrollo ha sido minimizado durante muchos años, puesto que la definición tradicional del dolor se basa en la presencia de expresiones verbales y no verbales de las cuales carece esta población debido a su edad, sobre todo, cuando hablamos de neonatos prematuros. Sin embargo, estudios más recientes documentaron la susceptibilidad especial de los bebés prematuros hacia el dolor agudo y las reacciones adversas potenciales que este puede tener (metabólicas y conductuales)⁶.

La creciente evidencia sugiere que el dolor en los bebés, especialmente en los prematuros, es un factor clave predictor de una baja maduración, de tal forma que los neonatos que son sometidos a procesos dolorosos a edades tempranas (por ejemplo, cuidados intensivos) necesarios para salvar su vida, han demostrado una reducción de la materia blanca, del tracto corticoespinal y una menor cantidad de N-acetil aspartato/colina en la materia gris subcortical⁶. Asimismo, estudios sugieren que la exposición temprana a estímulos dolorosos en la edad neonatal es una variable independiente asociada a la alteración de la macroestructura del tálamo y su desarrollo metabólico (sobre todo en prematuros nacidos a las 28 SEG). Estas alteraciones del sistema nervioso pueden alterar el desarrollo neuromotor y la nocicepción (hipersensibilidad o hiposensibilidad a los estímulos dolorosos)⁷ así como la aceleración de la muerte neuronal debido a la respuesta inflamatoria al dolor ya que afecta a la citoarquitectura, derivando en una menor capacidad de desarrollo cerebral⁸. Estas alteraciones producidas por los estímulos dolorosos a edades tempranas están asociadas a un menor desarrollo de múltiples regiones de la corteza cerebral en la edad preescolar y escolar que pueden producir una reducción de la capacidad de atención y concentración, debido a los bajos niveles de cortisol, las cuales son predictivas de las dificultades cognitivas y la hiperactividad/impulsividad en estas edades^{9,10}.

Dentro de las técnicas y procedimientos que causan estímulos dolorosos se encuentran principalmente aquellas que requieran de la rotura de la piel (extracción sanguínea, canalización venosa/arterial, etc), así como la ventilación mecánica invasiva. Se estima que, durante su ingreso de 4 semanas en la unidad de cuidados intensivos neonatales, los neonatos experimentan a un total aproximado de 643 procedimientos agudos potencialmente dolorosos (unos 23 por día) y unas 1193 horas estimadas de eventos estresantes repetitivos durante la estancia¹¹. De esta manera, se establece la necesidad de una forma sistemática de evaluar el dolor y el estrés neonatal durante su estancia hospitalaria con el objetivo de disminuir las consecuencias a corto y largo plazo que conllevan estos procedimientos en el neurodesarrollo y poder minimizarlos. Las herramientas de valoración del dolor neonatal utilizadas deben tener en cuenta indicadores como son las respuestas fisiológicas (frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión arterial, saturación de oxígeno, etc) que no sean debidas a otro proceso; el comportamiento del neonato (llanto, expresión facial, reacciones corporales de movimiento, capacidad de calma, color de la piel, etc) y el contexto en el que se realiza el procedimiento (bebé dormido o despierto, entorno ruidoso o calmado, etc)⁶.

Dentro de las intervenciones utilizadas para la disminución del estímulo doloroso existen dos grupos, las técnicas no farmacológicas y las farmacológicas⁶. En cuanto a las técnicas no farmacológicas encontramos la succión no nutritiva, la leche materna (ya sea por medio del amamantamiento, por medio del olor de la leche materna o a través del gusto de esta), el contacto piel con piel y el método canguro. También existe la colocación facilitada, la cual se realiza inmediatamente después del estímulo doloroso (al menos 30 segundos tras el estímulo) y produce una regulación inmediata^{6,12}.

En lo referente a las técnicas farmacológicas, estas se basan principalmente en el uso de fármacos opiáceos, donde la morfina suele tener el papel protagonista, sobre todo cuando el neonato se encuentra en terapia de ventilación mecánica invasiva. No obstante, diversos autores difieren sobre la posibilidad de afectación en el neurodesarrollo a consecuencia del uso de este fármaco, puesto que ha demostrado tener efectos a nivel estructural y de dinámica de fluidos cerebrales, sin embargo, estos efectos, según la mayoría de los estudios revisados, desaparecen entre los 18 meses y los 24 meses de vida, por lo que se consideran transitorios¹³⁻¹⁵.

En cuanto a la discrepancia en el uso de la morfina, autores han estudiado la posibilidad del uso de otros analgésicos de forma individual o como rescate en conjunto con otro fármaco, como es el paracetamol, ya que este se considera dentro de unos márgenes de seguridad más amplios. Sin embargo, se ha podido observar que el uso de paracetamol intravenoso como rescate no disminuye la necesidad del uso del morfíco, por lo que su uso no estaría justificado. No obstante, no se desestima esta posibilidad, puesto que los estudios realizados hasta la fecha son insuficientes y se precisa de una validación prospectiva, como bien se indica en las conclusiones de dicha referencia¹⁶.

En cuanto a las limitaciones de la presente revisión destaca el tamaño muestral relevante para el estudio, el cual es considerablemente pequeño y, por tanto, con mayor posibilidad de sesgos de información.

5.- CONCLUSIONES

Objetivo específico 1. El dolor es una variable independiente e individual que afecta directamente en la alteración del neurodesarrollo en el neonato y que provoca consecuencias a corto, medio y largo plazo, debido a la inmadurez y plasticidad del sistema nervioso de estos, el cual es especialmente lábil a los estímulos dolorosos, produciendo alteraciones fisiológicas, sensitivas, motoras y emocionales, especialmente en los neonatos nacidos pretérmino.

Objetivo específico 2. Las técnicas que producen mayor nivel de percepción dolorosa son las que implican la rotura de la piel (extracción sanguínea, canalización de vía venosa periférica/arterial, etc). Asimismo, la ventilación mecánica invasiva y otros procedimientos considerados más “cotidianos” que pueden desembocar en estímulos dolorosos en el día a día.

Objetivo específico 3. Las intervenciones para mitigar la percepción dolorosas no farmacológicas demuestran una eficacia elevada cuando se realizan de manera sistemática y estandarizada (lactancia materna, succión no nutritiva, contacto piel con piel y método canguro). Por su parte, las medidas farmacológicas con opioides siguen constituyendo la base en la analgesia en los neonatos sometidos a múltiples técnicas dolorosas durante el ingreso hospitalario, sin embargo, se dejan abierta la propuesta de líneas de investigación sobre el uso de otros fármacos diferentes a los opioides, ya sea de forma única o en complemento a estos.

La información recuperada en la presente revisión tiene una implicación para la práctica clínica y de la profesión en cuanto a la mejora en la información aportada al personal sanitario que brinda cuidados a los neonatos hospitalizados y en la posibilidad de nuevas investigaciones futuras sobre la correlación existente entre el dolor neonatal y el neurodesarrollo patológico en esta población.

REFERENCIAS

- [1] Hatfield LA. Neonatal pain: What's age got to do with it? *Surg Neurol Int.* 2014 Nov 13;5(Suppl 13):S479-89. doi: 10.4103/2152-7806.144630. PMID: 25506507; PMCID: PMC4253046.
- [2] Fernández S, Funes S, Galetto S, Herrera S, Juárez CE, Lew A, et al. Manejo del dolor en Neonatología. *Arch Argent Pediatr.* 2019;117(5):180-194. doi: 10.5546/aap.2019.S180
- [3] Grunau RE. Personal perspectives: Infant pain-A multidisciplinary journey. *Paediatr Neonatal Pain.* 2020 Apr 28;2(2):50-57. doi: 10.1002/pne2.12017
- [4] Walker SM. Neonatal Pain. *Paediatr Anaesth.* 2013;24(1):39-48. doi: 10.1111/pan.12293
- [5] Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018 Oct 2;169(7):467-473. doi: 10.7326/M18-0850
- [6] McPherson C, Miller SP, El-Dib M, Massaro AN, Inder TE. The influence of pain, agitation, and their management on the immature brain. *Pediatr Res.* 2020 Aug;88(2):168-175. doi: 10.1038/s41390-019-0744-6
- [7] Duerden EG, Grunau RE, Guo T, Foong J, Pearson A, Au-Young S, et al. Early Procedural Pain Is Associated with Regionally-Specific Alterations in Thalamic Development in Preterm Neonates. *J Neurosci.* 2018 Jan 24;38(4):878-886. doi: 10.1523/JNEUROSCI.0867-17.2017
- [8] Morag I, Rotem I, Frisch M, Hendler I, Simchen MJ, Leibovitz L, et al. Cumulative pain-related stress and developmental outcomes among low-risk preterm infants at one year corrected age. *Early Hum Dev.* 2017 Jun;109:1-5. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2017.03.010
- [9] Valeri BO, Holsti L, Linhares MB. Neonatal pain and developmental outcomes in children born preterm: a systematic review. *Clin J Pain.* 2015 Apr;31(4):355-62. doi: 10.1097/AJP.000000000000114. PMID: 24866853
- [10] Gaspardo CM, Cassiano RGM, Gracioli SMA, Furini GCB, Linhares MBM. Effects of Neonatal Pain and Temperament on Attention Problems in Toddlers Born Preterm. *J Pediatr Psychol.* 2018 Apr 1;43(3):342-351. doi: 10.1093/jpepsy/jsx140
- [11] Cong X, Wu J, Vittner D, Xu W, Hussain N, Galvin S, Fitzsimons M, McGrath JM, Henderson WA. The impact of cumulative pain/stress on neurobehavioral development of preterm infants in the NICU. *Early Hum Dev.* 2017 May;108:9-16. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2017.03.003

- [12] Çamur Z, Erdoğan Ç. The Effects of Breastfeeding and Breast Milk Taste or Smell on Mitigating Painful Procedures in Newborns: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Breastfeed Med.* 2022 Oct;17(10):793-804. doi: 10.1089/bfm.2022.0134
- [13] Deindl P, Giordano V, Fuiko R, Waldhoer T, Unterasinger L, Berger A, et al. The implementation of systematic pain and sedation management has no impact on outcome in extremely preterm infants. *Acta Paediatr.* 2016 Jul;105(7):798-805. doi: 10.1111/apa.13334
- [14] Ranger M, Synnes AR, Vinall J, Grunau RE. Internalizing behaviours in school-age children born very preterm are predicted by neonatal pain and morphine exposure. *Eur J Pain.* 2014 Jul;18(6):844-52. doi: 10.1002/j.1532-2149.2013.00431.x
- [15] Zwicker JG, Miller SP, Grunau RE, Chau V, Brant R, Studholme C, et al. Smaller Cerebellar Growth and Poorer Neurodevelopmental Outcomes in Very Preterm Infants Exposed to Neonatal Morphine. *J Pediatr.* 2016 May;172:81-87.e2. doi: 10.1016/j.jpeds.2015.12.024
- [16] Cihlarova H, Bencova L, Zlatohlavkova B, Allegaert K, Pokorna P. Rescue Paracetamol in Postoperative Pain Management in Extremely Low Birth Weight Neonates Following Abdominal Surgery: A Single Unit Retrospective Study. *Front Pediatr.* 2022 Jun 23;10:895040. doi: 10.3389/fped.2022.895040

Descripción del perfil cognitivo y funcional de adultos mayores que acuden a un centro de envejecimiento activo en Canarias

Cristina Cazorla-Guillén^a, Candelaria-Merced Díaz-González^b

^aEstudiante del Grado en Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bProfesora del Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

El ritmo de envejecimiento de la población mundial traerá como consecuencia un incremento de los años vividos con discapacidad. El objetivo de la Organización Mundial de la Salud para esta década es la promoción de un envejecimiento saludable con el fin de mantener la capacidad funcional de los Adultos Mayores (AM). La valoración y el abordaje interdisciplinar en las esferas cognitiva-emocional, física, nutricional y social permiten detectar y prevenir los principales síndromes geriátricos potencialmente reversibles, como son el trastorno cognitivo leve, la fragilidad y las caídas. El objetivo de este estudio es el de describir el perfil de los AM que acudieron durante un año a un centro de envejecimiento activo (CEA) privado, identificar la situación funcional de los participantes, el porcentaje de AM frágiles y con deterioro cognitivo. Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo en sujetos mayores de 65 años que acudieron a un programa de envejecimiento activo en el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2018 y el 31 de diciembre de 2019. El perfil de pacientes que acudieron a este CEA privado eran en su mayoría mujeres, robustos o prefrágiles, sin limitación de la capacidad funcional y sin presencia de deterioro cognitivo o en estadio leve. Diversos autores coinciden en que la valoración en la esfera cognitiva y funcional en geriatría permite diseñar programas de ejercicio físico y estimulación cognitiva adaptados a las particularidades de cada individuo. Los principales grupos de trabajo a nivel mundial están desarrollando escalas con mayor sensibilidad y especificidad para detectar precozmente las situaciones adversas de salud en AM, pero la falta de centros especializados dificulta esta acción. La utilización de escalas validadas detecta un mayor porcentaje de AM con trastorno cognitivo leve y un porcentaje igual de fragilidad que los estimados.

Palabras clave: Fragilidad, disfunción Cognitiva, envejecimiento saludable.

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno continuo, heterogéneo, universal e irreversible que se produce en el ciclo vital de cualquier ser humano. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como "Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales"¹. Es un concepto dinámico, que ha sufrido variaciones en los diferentes contextos históricos y sociales. En la actualidad, se dista de asociar el envejecimiento con la edad cronológica, marcada por el número de años, y se incluye la edad biológica, que mide el grado de deterioro del organismo, la edad psicológica, asociada a cambios cognitivos y conductuales y, la edad social, que determina el papel individual que desempeñan los individuos en la sociedad¹.

El ritmo de envejecimiento de la población mundial crece de manera exponencial. En España la población mayor de 65 años comprende actualmente el 17% de la población total (7 millones de personas), de las cuales un 25% supera los 80 años. En referencia a Canarias, en las dos últimas décadas el grado de envejecimiento se ha incrementado desde un 12% a un 15,3%, siendo más pronunciado en las islas occidentales. La previsión es que el crecimiento sea exponencial, equiparándose al del territorio nacional².

En materia de salud, como consecuencia se producirá un incremento de la mortalidad y de los años vividos con discapacidad (AVD), derivadas del aumento de las enfermedades no transmisibles crónicas. El control de los factores de riesgo cardiovascular, la educación para la salud y el empoderamiento de los pacientes son tareas esenciales para conseguir cambios de rutinas y de hábitos de vida que permitan a los adultos mayores (AM) no solo vivir más sino también incrementar su calidad de vida en términos de funcionalidad e independencia³.

El envejecimiento se produce por diferentes mecanismos que se pueden dividir en: factores intrínsecos y extrínsecos⁴. Los factores intrínsecos están relacionados con las alteraciones que se producen en los tejidos provocadas por el daño oxidativo y que alteran el funcionamiento de las mitocondrias. Esto conlleva a una disminución de la capacidad aeróbica y pérdida de las reservas funcionales⁴. Los factores extrínsecos están condicionados por factores ambientales y del estilo de vida y

pueden alterar el envejecimiento fisiológico. Entre los mecanismos más relevantes se encuentran la actividad física y la alimentación. Los individuos físicamente activos y que además practican ejercicio físico con regularidad, presentan mejor capacidad aeróbica y fuerza muscular, que son dos parámetros esenciales en el envejecimiento saludable. El sedentarismo predispone a la pérdida de fuerza (dinapenia) que cuando se asocia a una disminución de la masa muscular (sarcopenia) se relacionan con un mayor riesgo de caídas, fracturas y pérdida de funcionalidad⁵.

La presencia de estos factores determina el tipo de envejecimiento: normal, patológico (asociado a enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares que generan un impacto prematuro en la funcionalidad y calidad de vida) y exitoso (con plenas capacidades, físicas, funcionales y mentales hasta el final de la vida). Los elementos fundamentales que inclinan la balanza hacia el exitoso es la prevención de la fragilidad, sarcopenia y el deterioro cognitivo⁴.

El envejecimiento no es un proceso homogéneo y debido a los factores intrínsecos y extrínsecos puede derivar en tres grandes grupos: envejecimiento robusto, envejecimiento frágil y envejecimiento con dependencia⁴.

En primer lugar, y ante la ausencia de enfermedad o mínima alteración de los sistemas fisiológicos, se encuentra el proceso de envejecimiento robusto. Los individuos considerados AM robustos no sufren cambios relevantes en las esferas física, mental y social. El individuo presenta una reserva fisiológica suficiente para mantener la funcionalidad ante cualquier situación vital adversa^{4,6}.

En un punto intermedio entre el envejecimiento exitoso y el patológico, existe el concepto de fragilidad, que es un síndrome clínico que se caracteriza por presentar un desbalance energético-metabólico que altera la homeostasis interna del individuo y afecta a múltiples sistemas fisiológicos, situando a la persona en una situación de pérdida de autonomía ante eventos adversos de baja intensidad. Se trata de un estadio previo de la discapacidad y por tanto, para su diagnóstico, la persona debe tener una situación previa de independencia. Afecta a un 18% de AM de 65 años, de los cuales el diagnóstico es menor en el ámbito comunitario (12%) frente al 45% de AM que están institucionalizados⁷.

En la actualidad, el consenso de fragilidad establece los criterios diagnósticos de L. Fried, que considera que el fenotipo clínico debe incluir al menos tres criterios positivos (pérdida de peso no voluntaria de más de 4.5 kg en el último año, disminución en la velocidad de la marcha, disminución de la fuerza prensora, fatigabilidad y disminución de la actividad física), dos criterios para la situación de prefragilidad y menos de dos criterios para considerarse robusto^{6,7}.

La dependencia asociada al envejecimiento no forma parte del envejecimiento normal o fisiológico, y menos del envejecimiento exitoso. Para medir la funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se emplea el índice de Barthel, que establece el punto de corte en 60/100 para la dependencia leve. En cuanto a las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD), se utiliza la escala de Lawton y Brody (LyB), que mide 8 ítems, considerándose una puntuación de 6-7/8 como dependencia leve para estas actividades⁸. La dependencia cuando se establece es muy difícil de revertir y conlleva peor percepción de calidad de vida por los pacientes y se asocia a un mayor riesgo de hospitalización, mortalidad e institucionalización⁷.

Durante el proceso de envejecimiento se producen alteraciones de las funciones mentales, siendo las cognitivas (sobre todo las referentes a alteraciones de la memoria) las que se alteran con mayor frecuencia e intensidad. El deterioro cognitivo puede presentarse de forma heterogénea, de diversos grados, estableciéndose un amplio abanico situado entre la función cognitiva normal y la demencia⁹.

El trastorno cognitivo leve (TCL), antes conocido como deterioro cognitivo leve, es un síndrome geriátrico que conforma un estado intermedio entre la función cognitiva normal y la demencia. Se caracteriza por una pérdida cognitiva mayor de la que es esperable por la edad y el nivel educativo, pero que no compromete la independencia funcional del paciente. Según el DSM-V¹⁰, éste se produce en ausencia de síndrome confusional, no interfiere en las actividades de la vida diaria y el deterioro se produce en uno o más dominios cognitivos, de los que el propio paciente es capaz de darse cuenta. En la clínica habitual se realiza el Minimental State Examination (MMSE), cuyo punto de corte es 24/30 puntos y el Montreal Cognitive Assessment (MoCA) con un punto de corte de 26/30 puntos, pero este último es el único que es capaz de detectar el TCL, ya que, a diferencia del resto, mide la función ejecutiva, que es el primer dominio que se altera en el TCL. Otra prueba validada es el test del reloj (TRO), que, realizada junto con el MMSE, detecta la demencia tipo Alzheimer en su fase más temprana. Es una prueba rápida y fiable y el punto de corte se encuentra en 7/10 puntos⁸.

El TCL es una condición tratable, que mejora cuando se aborda en estadios iniciales, pero para ello debe ser diagnosticada, lo que supone un problema en la práctica clínica actual. El Grupo de Deterioro Cognitivo de la Asociación Europea de Innovación para el Envejecimiento Activo y Saludable (EIPAAH)¹¹ en su última revisión, estimó que la prevalencia de este síndrome es de entre un 5.5% y un 7.7% en personas mayores de 60 años y de un 22% en personas por encima de los 71 años, lo que supone un infradiagnóstico de esta condición. Además, prevé que solamente entre un 15% y un 41% evolucionará a una demencia¹¹.

Las limitaciones físicas están producidas por el deterioro del sistema musculoesquelético derivando en la pérdida de la funcionalidad en las actividades de la vida diaria, en el abandono de las actividades sociales y comunitarias¹².

Las guías de ejercicio para AM recomiendan 150 minutos de ejercicio físico semanal multicomponente, donde se incluya el mantenimiento y mejora del equilibrio, la fuerza muscular, la flexibilidad y la resistencia aeróbica, con el objetivo de conseguir una disminución del riesgo de caídas y fracturas óseas, disminución del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y mejora de la hipertensión arterial, reducción del riesgo de padecer cáncer de colon y diabetes, mejora de la sarcopenia y del síndrome de fragilidad, mejora de la percepción del dolor y mejora del estado de ánimo¹².

El Short Physical Performance Battery (SPPB) es un test validado que valora la capacidad funcional y la fragilidad en AM. Combina tres test: prueba de equilibrio, prueba de levantarse de la silla y velocidad de la marcha (VM). Considera que las personas con una puntuación < 10 tienen más probabilidad de presentar síndrome de fragilidad. La VM se puede medir en una distancia de 4 metros, que coincide con las recomendaciones existentes. Una VM <0.8 m/s se asocia a fragilidad, mayor riesgo de caídas, discapacidad y mortalidad⁸.

La OMS acuñó el término de envejecimiento activo a finales de los años 90, donde su intención era reconocer los derechos humanos de los AM, dejando de verlos como sujetos pasivos y considerándolos dignos de participación en la vida comunitaria¹³.

En la Comunidad Autónoma de Canarias existen centros de día y residencias tanto de ámbito público como privado que promueven el envejecimiento activo. De forma paralela, muchos ayuntamientos en Canarias promueven actividades de envejecimiento activo que se desarrollan de forma temporal para grupos no seleccionados de usuarios, sin objetivos terapéuticos, seguimientos periódicos, ni medidas de seguimiento¹⁴.

Muy pocos centros sanitarios a nivel nacional y autonómico se han creado con el objetivo de mantener la funcionalidad de los adultos mayores. El Servicio Canario de la Salud no cuenta en su cartera de servicio con este tipo de programa y solo desde Atención Primaria, algunos Centros de Salud ofertan programas de ejercicio físico continuados en el tiempo¹⁴.

La figura de la enfermería dentro de un equipo interdisciplinar es crucial en el diagnóstico de la fragilidad como síndrome biológico, mediante valoraciones nutricionales, físicas y cognitivas, así como en la detección de comorbilidades y el control de la polifarmacia. Este diagnóstico precoz permite la intervención temprana mediante la modificación del estilo de vida de los AM a través de programas de envejecimiento activo. La enfermera a su vez, puede llevar a cabo la ejecución y coordinación de programas de envejecimiento activo. Los centros de envejecimiento activo que a su vez son dirigidos por enfermeras, permiten a los usuarios estar conectados con la comunidad, les aseguran ser atendidos de forma multidisciplinar y facilitan la detección de problemas de salud que pueden ser abordados de forma precoz¹⁵.

El aumento del envejecimiento mundial trae asociado alteraciones físicas y cognitivas que afectan a la salud y autonomía del AM, generando dependencia e incremento del gasto sanitario para los estados. Por esta razón, la implementación de centros de envejecimiento activo (CEA) promueve el mantenimiento de las capacidades físicas, cognitivas y sociales, mediante la combinación de programas de ejercicio físico multicomponente y de estimulación cognitiva. Este tipo de centros de financiación privada, no se encuentran accesibles a todos los AM, y muchos de los profesionales de enfermería desconocen su existencia o funcionamiento.

El objetivo general es el de describir el perfil de los pacientes que acudieron al CEA Hebe en su apertura, en el periodo comprendido entre 1 diciembre de 2018 y 1 diciembre de 2019, previo a la pandemia por Covid-19.

Dentro de los objetivos específicos se encontraban: identificar el porcentaje de AM frágiles, el porcentaje de AM con deterioro cognitivo y la situación funcional de los AM que acuden al CEA Hebe.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo en sujetos mayores de 65 años que han acudido a un programa de envejecimiento activo en el periodo de un año.

El estudio se desarrolló en el CEA S.L. Hebe en Las Palmas de Gran Canaria, utilizando como muestra a los usuarios que acudieron durante el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2018 y el 31 de diciembre de 2019, período que coincide con la puesta en marcha del CEA. Los datos se han recogido a partir de los datos registrados por los profesionales en el programa de gestión sanitaria Clinic Cloud, propiedad del CEA Hebe. La población a estudio según los datos remitidos por el centro asciende a 122 pacientes, que son los inscritos en el periodo de análisis de este estudio.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron los siguientes: adultos mayores de 65 años, con independencia para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel ≥ 80). Por otro lado, entre los criterios de exclusión se encontraban: pacientes diagnosticados de demencia y que presenten un nivel de dependencia moderado-avanzado (Barthel < 80).

Se han incluido en el estudio las variables independientes: a) Sociodemográficas (sexo, edad); b) Las variables clínicas de comorbilidad (hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus II (DM), dislipemia (DLP), obesidad, cardiopatía isquémica (CI), insuficiencia cardíaca (IC), fibrilación auricular (FA), accidente cerebro vascular (ACV), enfermedad de Parkinson, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad renal crónica (ERC), trastorno cognitivo leve (TCL), neoplasias, depresión y caídas); c) Las variables funcionales (ABVD medidas con el índice de Barthel, AIVD medidas con

el índice de LyB y el test de rendimiento funcional SPPB; d) Las variables cognitivas (MMSE, MoCA y el TRO); e) El diagnóstico de fragilidad según los criterios de L. Fried ⁶.

La investigadora accedió en octubre de 2022 a los datos recogidos en programa de gestión sanitaria Clinic Cloud: a) Valoración física y cognitiva (realizada por fisioterapeutas, psicólogos y médico geriatra), permitiendo obtener los datos sociodemográficos, comorbilidades y grado de dependencia de las ABVD y AIVD. b) Valoración física, permitió además conocer el rendimiento funcional medio y los criterios de fragilidad de L. Fried. c) Valoración cognitiva de la que se obtuvo el estado cognitivo.

Las variables cualitativas serán representadas en frecuencia absoluta y porcentaje, mientras que las variables cuantitativas, se expresarán como medida de dispersión, media y desviación estándar. El análisis estadístico se realizó con el programa gratuito Jamovi 2.3.21.

Antes del comienzo de este estudio, se realizó la solicitud pertinente al CEA Hebe (con fecha de autorización el 27 de octubre de 2022), así como la solicitud del Comité de Ética de Investigación de Hospital Doctor Negrín de Gran Canaria, con fecha del 8 de noviembre de 2022 se recibe la respuesta positiva de esta entidad.

3. RESULTADOS

Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se descartaron 6 sujetos por diagnóstico de demencia, 9 sujetos que no alcanzaban los 65 años y 7 sujetos cuya puntuación del Barthel era de <80 puntos, por lo tanto, la muestra resultante fue de N=100 participantes.

Los sujetos de la muestra realizaron una valoración cognitiva y/o física previa a la incorporación al programa de envejecimiento activo correspondiente. Un 40% (n = 40) de la muestra realizó únicamente la valoración física. Un 12% (n = 12) de los pacientes se sometió exclusivamente a la valoración cognitiva. El 48% (n = 48) restante realizó ambas valoraciones conjuntamente. En total fueron realizadas 143 valoraciones en ambas áreas, 90 en el área física y 53 en el área cognitiva.

En función del sexo, la muestra estuvo conformada mayoritariamente por mujeres, 73 mujeres y 27 hombres. La edad media de los pacientes fue de 77,2 años, con una desviación estándar de 6,26. En base a los datos obtenidos de las diferentes valoraciones realizadas por los profesionales del centro (Tabla 1), la media de sujetos de la muestra era completamente independiente para las ABVD (Índice de Barthel medio 98,8 puntos) En cuanto a las AIVD, la puntuación media correspondía a una dependencia leve (Índice de Lawton y Brody medio 6,7 puntos). La diferencia entre sexos era bastante homogénea, predominando los sujetos independientes, frente a los dependientes totales, que constituían un porcentaje mínimo.

Tabla 1 – Variables nivel de dependencia: ABVD y AIVD por sexos. Fuente: elaboración propia.

Variables: ABVD y AIVD		Sexo		Total
		Mujeres n (%)	Hombres n (%)	
Barthel [0-100]	Independiente (100)	63 (86,3%)	22 (81,4%)	85 (85%)
	Dependencia leve (60-95)	10 (13,7%)	5 (18,6%)	15 (15%)
	Dependencia moderada (40-55)	0	0	0
	Dependencia severa (20-35)	0	0	0
	Dependencia total (< 20)	0	0	0
	Total	73 (100%)	27 (100%)	100 (100%)
Lawton y Brody [0-8]	Sin dependencia (8)	47 (64,4%)	18 (66,6%)	65 (65%)
	Dependencia leve (7-9)	9 (12,3%)	2 (7,4%)	11 (11%)
	Dependencia moderada (4-6)	11 (15%)	3 (11%)	14 (14%)
	Dependencia importante (0-3)	3 (4,1%)	3 (11%)	6 (6%)
	Dependencia total (0-1)	3 (4,1%)	1 (3,7%)	4 (4%)
	Total	73 (100%)	27 (100%)	100 (100%)

Respecto a las comorbilidades más prevalentes en la muestra (gráfico 1), los factores de riesgo cardiovascular (HTA, DLP y DM-II) fueron las más frecuentes. A nivel cognitivo-emocional, destacaban el síndrome depresivo y el TCL previamente diagnosticado, cuyo porcentaje dista de los diagnosticados tras la valoración cognitiva en el centro (Tabla 2). Destaca una muestra con bajas comorbilidades cardio-respiratorias (EPOC, CI, IC, FA), cerebrovasculares (ACV) y neurológicas (EP).

Se detectó antecedentes de neoplasia en un bajo porcentaje de la muestra. Uno de cada cinco participantes reconocía haber sufrido al menos un episodio de caídas en el último año.

Tabla 2 – Situación cognitiva de los participantes por sexos. Fuente: elaboración propia.

Variables Cognitivas		Sexo		Total
		Mujer n (%)	Hombre n (%)	
MMSE [0-30]	TCL (<24)	12 (31,5%)	1 (6,6 %)	13 (24,5%)
	No TCL ($\geq$ 24)	26 (68,5%)	14 (93,4%)	40 (75,5%)
	Total	38 (100%)	15 (100%)	53 (100%)
MoCA [0-30]	TCL (< 26)	25 (65,7%)	13 (86,6%)	38 (71,7 %)
	No TCL ($\geq$ 26)	13 (34,3%)	2 (13,4%)	15 (28,3%)
	Total	38 (100%)	15 (100%)	53 (100%)
TRO [0-10]	TCL (<7)	7 (18,4%)	3 (20%)	10 (18,9 %)
	No TCL ($\geq$ 7)	31 (81,6%)	12 (80%)	43 (81,1%)
	Total	38 (100%)	15 (100%)	53 (100%)

Tabla 3 – Frecuencias absolutas y porcentaje de las variables funcionales (N=90). Fuente: elaboración propia.

Variables funcionales		Sexo		Total
		Mujeres n (%)	Hombres n (%)	
Fragilidad (Fried)	Fragiles	14 (20,9%)	1 (4,3%)	15 (16,7%)
	Prefragiles	14 (20,9%)	5 (21,7%)	19 (21,1%)
	Robustos	39 (58,2%)	17 (73,9%)	56 (62,2%)
	Total	67 (100%)	23 (100%)	90 (100%)
SPPB [0-12]	Sin limitación (>10)	44 (65,6%)	19 (82,6%)	63 (70%)
	Limitación leve (7-9)	15 (22,4%)	4 (17,4%)	19 (21,1%)
	Limitación moderada (4-6)	6 (8,9%)	0 (0%)	6 (6,6%)
	Limitación grave (0-3)	2 (3%)	0 (0%)	2 (2,2%)
	Total	67 (100%)	23 (100%)	90 (100%)
VM (m/s)	Media	1.02m/seg		
	< 0.8 m/s	16 (23,8%)	3 (13%)	19 (21,6%)
	Total	67 (100%)	23 (100%)	90 (100%)

Al analizar el perfil de sujetos que acudieron al programa de ejercicio físico (ver tabla 3). De un total de 90 sujetos, 23 (25,5%) eran hombres y 67 (74,5%) eran mujeres. La mayor parte de los participantes eran adultos mayores robustos, predominando los prefrágiles sobre los frágiles. En la muestra estudiada la proporción de adultos mayores robustos era mayor en hombres que mujeres. Las mujeres mostraban mayor porcentaje de fragilidad. No se observaron diferencias por sexo en los adultos mayores prefrágiles.

En cuanto al rendimiento físico, la mayor parte de los participantes de ambos sexos no presentaban limitación de la capacidad funcional o ésta era leve. Cuando se analizó la VM medida en una distancia de 4 metros, se obtuvo una puntuación media de 1,02 metros por segundo (m/s) y uno de cada cinco presentó VM muy lentas (< 0,8 m/s). Las mujeres presentaban velocidades de la marcha muy lentas más frecuentemente que los hombres.

4. DISCUSIÓN

En este estudio se evidencia la diferencia de sexo entre los sujetos, siendo muy superior el porcentaje de mujeres. En el estudio de Pinazo et al¹⁶, se demostró que en general las mujeres participan en más programas de actividades dirigidas que los hombres, que suelen realizar más ejercicio físico al aire libre y de manera independiente. Según las estadísticas nacionales³, la esperanza de vida de las mujeres es de 4,8 años más que los hombres, sin embargo, la esperanza de vida con buena salud para la mujer es peor. En nuestro estudio se observa que las mujeres obtienen peores resultados de salud en comparación a los hombres, tanto a nivel cognitivo como funcional. Esto pone de relieve la importancia de personalizar los programas de envejecimiento activo, teniendo en cuenta las características sociodemográficas, así como los antecedentes personales y la historia de vida de cada individuo.

En este programa se realizaron diferentes test cognitivos validados, donde los resultados obtenidos coinciden con las recomendaciones de la EIPAH¹¹ sobre el diagnóstico del TCL. Creemos que es una fortaleza de nuestro estudio implementar test adecuadamente validados para el diagnóstico neuropsicológico del TCL. En el presente trabajo, se puede comprobar la diferencia de detección de TCL según la escala utilizada, teniendo el test MoCA mayor capacidad de detección de TCL con respecto al MMSE. La valoración cognitiva exhaustiva que se realizó en el CEA Hebe pone en manifiesto un posible infradiagnóstico de este trastorno en la comunidad, ya que los principales grupos de trabajo europeos de deterioro cognitivo como la EIPAH¹¹ y británicos como el consenso de Manchester¹⁷ estiman esta prevalencia sobre el 22% en el grupo etario evaluado, un 50% menos que el detectado en este trabajo. Esto podría explicarse porque al tratarse de un programa de estimulación cognitiva donde los pacientes acuden de forma voluntaria es más que probable que exista un sesgo de selección y no se trata de una muestra representativa de toda la comunidad adulta mayor como en los estudios antes presentados. Los datos que arrojan estos estudios, ponen en relieve la importancia de las terapias cognitivas y el ejercicio físico en la reversión del TCL, ya que hasta un 44% de los sujetos pueden mejorar los resultados de los test, superando el punto de corte para TCL. Sin embargo, sin un buen abordaje multidisciplinar la probabilidad de desarrollar una demencia se incrementará. Esto cobra especial interés en aquellos pacientes con mayor número de factores de riesgo; edad avanzada, presencia de enfermedades como la HTA, la DM tipo II y la DLP, que coinciden con las comorbilidades más prevalentes en nuestro estudio, el sedentarismo, la disminución de las relaciones sociales y depresión^{12, 17}.

La importancia de la detección de la fragilidad a nivel comunitario radica en la prevención de la discapacidad y la dependencia. En estudios nacionales tan relevantes como Fradea¹⁸ y la actualización del Ministerio de Sanidad⁸, se pone de relieve el infradiagnóstico de AM frágiles tanto los que viven en la comunidad como los institucionalizados. En nuestro trabajo, se puede ver que el porcentaje de AM frágiles y prefrágiles a nivel comunitario es muy similar a los otros estudios ya mencionados realizados en nuestro país.

La velocidad de la marcha es uno de los criterios de fragilidad L. Fried⁶ que a su vez está relacionado con un gran síndrome geriátrico, las caídas, que generan mayor riesgo de fracturas, institucionalización, discapacidad y muerte⁷. El grupo consenso de trabajo de caídas a nivel nacional, recalca que el riesgo de caídas en AM se incrementa cuando el sujeto ha tenido caídas previas en el último año⁷. En el presente trabajo, se puede comprobar que el porcentaje de personas que han sufrido una caída en el último año coincide con el de personas frágiles y, además, con aquellos sujetos que presentan una velocidad de la marcha muy lenta. Esta disociación de parámetros permite identificar y desarrollar un programa de ejercicio físico multicomponente específico para estos AM, como es el programa Vivifrail¹⁹, utilizado en el CEA Hebe y que engloba la resistencia aeróbica, la flexibilidad, el equilibrio y la fuerza muscular, además de ser específico para la prevención de caídas y la fragilidad.

Las limitaciones de este trabajo son, en primer lugar, la escasa representación poblacional de la muestra, ya que solamente se incluyen participantes con una situación económica óptima que les permita acceder a este tipo de centros. En segundo lugar, la muestra elegida es previa a la pandemia de Covid-19, ya que durante este tiempo el centro permaneció varios meses cerrado y no se contemplan los posibles cambios producidos en los sujetos tras el periodo de confinamiento.

Las directrices para futuras investigaciones se basarían en estudiar el perfil de todos los sujetos que acudieron al centro con fecha posterior a la utilizada en este proyecto y analizar si existen cambios en ellos antes y después de la pandemia Covid-19. Asimismo, sería de interés analizar los cambios producidos en las variables funcionales y cognitivas de los participantes tras acudir a los programas de ejercicio físico y estimulación cognitiva a los 6 y 12 meses.

5. CONCLUSIONES

1. Se concluye que el perfil de pacientes que acudieron al CEA Hebe son predominantemente mujeres septuagenarias. Entre los participantes del estudio predominan aquellos con factores de riesgo cardiovascular y depresión. Además, uno de cada cinco ha presentado caídas previas.
2. Se estima que los AM frágiles conforman la minoría de la muestra, predominando las mujeres sobre los hombres. Los participantes eran mayoritariamente robustos, y en menor medida prefrágiles.
3. Se estima que el porcentaje de AM con TCL varía según el test cognitivo utilizado. El MoCA detecta el triple de sujetos con TCL que el MMSE y hasta un 50% más que en estudios internacionales. Se cree que esto puede ser debido a un sesgo de selección en la muestra.
4. Se concluye que los participantes de este estudio eran independientes para las ABVD y con dependencia leve para las AIVD. La mayor parte de la muestra no presenta limitación funcional o ésta es leve.

REFERENCIAS

- [1] Alvarado AM, Salazar AM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014;25(2):57-62. doi: 10.4321/S1134-928X2014000200002
- [2] Observatorio Canario de la Salud. Índice de envejecimiento ¿Cómo ha variado el nivel de envejecimiento en las islas? [Internet]. Canarias: Servicio Canario de la Salud; 2018 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/mFvtCHUR>
- [3] Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, Fernández E, et al. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016". *Med Clin*. 2018; 151 (5): 171-90. doi: 10.1016/j.medcli.2018.05.011
- [4] Jaeger C. "Fisiología del envejecimiento. EMC-Kinesiterap-Med Fisica. 2018; 39(2): 1-12. doi: 10.1016/S1293-2965(18)89822-X
- [5] Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019 Jan 1;48(1):16-31. doi: 10.1093/ageing/afy169. Erratum in: *Age Ageing*. 2019 Jul 1;48(4):601.
- [6] Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, Cesari M, Chumlea WC, Doehner W, Evans J, Fried LP, Guralnik JM, Katz PR, Malmstrom TK, McCarter RJ, Gutierrez Robledo LM, Rockwood K, von Haehling S, Vandewoude MF, Walston J. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Jun;14(6):392-7. doi: 10.1016/j.jamda.2013.03.022
- [7] Grupo de Trabajo de Prevención de la Fragilidad y Caídas de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/vHUyvcwpDv4>
- [8] Casanova-Muñoz V, Hernández-Ruiz A, Durantez-Fernández C, López-Mongil R, Niño-Martín V. Descripción y aplicación clínica de las escalas de valoración geriátrica integral: una revisión sistemática rápida de revisiones. *Rev Clin Esp*. 2022;222(7):417-31. doi: 10.1016/j.rce.2022.01.002
- [9] Sagrario M, Fortea J, Villarejo A, Sánchez R (coord.). Guía oficial de práctica clínica en demencia [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Neurología; 2018 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/bRpE4pv6>
- [10] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: 5 ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- [11] Apostolo J, Holland C, O'Connell MD, Feeney J, Tabares-Seisdedos R, Tadros G, et al. Mild cognitive decline. A position statement of the Cognitive Decline Group of the European Innovation Partnership for Active and Healthy Ageing (EIPAH). *Maturitas*. 2016 Jan;83:83-93. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.10.008
- [12] Mora JC, Valencia WM. Exercise and Older Adults. *Clin Geriatr Med*. 2018 Feb;34(1):145-162. doi: 10.1016/j.cger.2017.08.007
- [13] Petretto DR, Pili R, Gaviano L, Matos C, Zuddas C. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51(4):229-41. doi: 10.1016/j.regg.2015.10.003
- [14] Agost MR, Martín L, Moreno A. Estrategias dirigidas a promover el envejecimiento activo y saludable en las comunidades autónomas españolas. *Infodir* [Internet]. 2021 [citado 09 mayo 2023];36:e1076. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/infdir/n36/1996-3521-infdir-36-e1076.pdf>
- [15] Mostacero E, Martínez ML. "Rol de la enfermera en el envejecimiento activo y saludable". *Gerokomos* [Internet]. 2019 [citado 09 mayo 2023]; 30(4):181-189. Disponible en: <https://cuty.io/nErn0O4F>
- [16] Pinazo-Hernandis S, Torregrosa-Ruiz M, Jiménez-Martí M, Blanco-Molina M. Participación social y satisfacción vital: tipos de participación y diferencias entre mujeres y hombres mayores. *Rev Psicol Salud*. 2019; 7(1). doi: 10.21134/pssa.v7i1.870
- [17] Dunne RA, Aarsland D, O'Brien JT, Ballard C, Banerjee S, Fox NC, et al. Mild cognitive impairment: the Manchester consensus. *Age Ageing*. 2021 Jan 8;50(1):72-80. doi: 10.1093/ageing/afaa228
- [18] Abizanda P, López-Torres J, Romero L, López M, Sánchez PM, Atienza P, et al. Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA): razonamiento, diseño y metodología. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46(2):81-88. doi: 10.1016/j.regg.2010.10.004
- [19] Izquierdo M, Casas A, Zambom F, Martínez N, Alonso C, Rodríguez L. Programa multicomponente de ejercicio físico para la prevención de la fragilidad y el riesgo de caídas". Madrid: Erasmus +; 2017.

Experiência do estudante de enfermagem no cuidado à família: Estudos de caso

Inês-S-B Fernandes^a, Cátia-A-F Camacho^a, Sofia-C-E Almada^a, João-H Freitas^a, Gonçalo-N-N Felix^a, Maria-Eva-G-S Nóbrega^b

^aEstudantes de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem. São José de Cluny. Funchal;

^bProfessora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem. São José de Cluny. Funchal

RESUMO

Atualmente, a família é reconhecida como sendo um foco de atenção para a equipa de enfermagem. Com esse propósito, é relevante que o profissional de saúde adequar os modelos e instrumentos existentes aos casos clínicos reais, perspetivando-se um cuidado de enfermagem holístico e direcionado. Com o presente estudo, objetiva-se compreender quais os focos e intervenções de enfermagem alvo de atenção por parte dos estudantes de enfermagem em ensino clínico no cuidado à família. Com esse fim, apresenta-se um estudo de paradigma quantitativo, transversal e exploratória/descritiva. Utilizaram-se dados provenientes de 8 estudos de caso, baseados no Modelo de Calgary de Intervenção Familiar. No que concerne ao tratamento de dados, recorreu-se ao Excel e ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão n.º 29. Em todo o estudo, foram valorizadas as questões éticas, de segurança e confidencialidade. O estudo demonstrou como principais focos de atenção de enfermagem, no domínio comportamental, o “processo familiar”, no domínio afetivo, o “coping familiar” e “ansiedade da família sobre processo patológico”, e, no domínio cognitivo, “conhecimento da família sobre o processo patológico”. A ação de enfermagem mais frequentemente evidenciada foi “avaliar”. Com o término do estudo, concluiu-se que os resultados corroboraram com a literatura, tendo a intervenção de enfermagem na família sido elucidada como uma vertente do cuidado valorizada. Constatou-se, ainda, que os enfermeiros necessitam compreender a família, antes de intervir e/ou trabalhar as suas emoções, comportamentos e/ou cognições, uma vez que só assim, compreendendo a sua condição de saúde, a família conseguirá mantê-la e/ou melhorá-la.

Palavras-Chave: Família, focos de atenção, ações de enfermagem

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos tempos e com a constante evolução na saúde, o termo família foi adquirindo inúmeros conceitos. O International Council of Nurses¹ conceptualiza-o como uma unidade social ou o conjunto das partes, constituído por pessoas com laços de sangue entre si; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes.

A unidade familiar, ao longo do ciclo vital, tem o dever de cumprir com determinadas tarefas, que variam consoante a fase em que esta se encontra. Ocorre desta forma, porque só assim se assegura a integridade da unidade familiar e a capacidade de esta corresponder às suas carências, necessidades dos membros enquanto seres individuais e esperanças da sociedade². Neste processo, é esperado que a família crie mecanismos que possibilitem a sua funcionalidade, prevendo-se a conservação da organização, promoção de mudanças estruturais e capacidade de resposta às necessidades individuais de cada membro. Nas situações em que tal não acontece, vive-se um estado de risco associado à saúde familiar³.

A saúde familiar é descrita como um estado subjetivo que é determinado pelo somatório de singularidades intimamente relacionadas com a maximização do potencial de saúde da família, estando dependente do estado de saúde ou doença de cada um dos seus membros, visto que este influencia o funcionamento da família, que, por sua vez, também afeta a saúde individual de cada um³.

Efetivamente, sabe-se que os processos de mudança advindos do ciclo vital influenciam tanto as partes como o todo e, assim sendo, torna-se imprescindível que ocorra vigilância e, quando necessária, intervenção por parte da equipa de saúde. Neste prisma, sabe-se que o enfermeiro é parte integrante de uma equipa multidisciplinar que prevê a manutenção e promoção de um estado de saúde, quer do indivíduo na sua forma individual, quer da sua família, e, salientando a sua função e responsabilidade de prestar cuidados de enfermagem gerais à família em todas as fases do seu ciclo vital, é destacada, a pertinência da sua presença quando se aborda a manutenção de um estado de saúde familiar³.

Caracterizando-se como necessária, para que a intervenção na família decorra da melhor forma possível, é recomendado pela Ordem dos Enfermeiros⁴, como um referencial teórico que possibilita uma visão sistémica sobre a família, que engloba vertentes como a estrutura, desenvolvimento e funcionamento, e que facilita, desse modo, uma melhor e mais correta

intervenção de enfermagem sobre a família, a utilização do Modelo de Calgary de Intervenção Familiar. Este foi desenvolvido por Wright e Leahey⁵ e é, atualmente, reconhecido pelo Internacional Council of Nurses (ICN) como um guia que orienta e sistematiza as boas práticas de Enfermagem de Saúde Familiar.

As autoras do modelo afirmam que este é, de facto, o modelo pioneiro que orienta os enfermeiros na intervenção familiar, caracterizando-o como uma ferramenta que se encontra ao dispor do enfermeiro e que viabiliza a determinação do eixo do funcionamento familiar que, em maior escala, carece de mudança, facilitando, desta forma, planejar e colocar em prática a intervenção mais apropriada e que auxilie a família a vivenciar um processo de mudança positivo, independentemente do domínio que mais necessita de intervenção, que pode ser cognitivo, comportamental ou afetivo.

Com base neste modelo, e valorizando o elucidado pelas fontes científicas consultadas, tem-se que a intervenção de enfermagem na família acarreta uma ação direcionada tanto à família, como a cada indivíduo. Por outras palavras, é uma ação que projeta dotar a família de competências essenciais aos momentos de mudança no que diz respeito ao seu funcionamento cognitivo, afetivo e comportamental, numa perspetiva de evolução contínua, entre estágios de menor dificuldade para estágios de maior complexidade, enquadramentos do seu ciclo vital, transpondo ganhos em saúde familiar³, favorecendo o impulsionar de autonomia do sistema familiar e o enfatizar da necessidade das ligações entre os indivíduos que fazem parte da família, para que, unidos, consigam decidir acerca das problemáticas de saúde que eventualmente poderão surgir e, assim, consigam adotar um juízo de família saudável⁶.

A essência dos cuidados de enfermagem na vertente familiar, a díade enfermeiro-família deverá estabelecer uma ligação interpessoal, suficientemente significativa e com fins terapêuticos, cujo objetivo deverá passar pela promoção da cooperação entre os membros, viabilizando a mudança e recurso a estratégias de *coping*, através da mobilização das suas forças e dos recursos disponíveis, no sentido de coadjuvar a família a reconhecer e resolver, de modo autónomo, os seus dilemas perante os projetos de vida/saúde³.

Nesta vertente, é recomendado que o enfermeiro denote atenção à referência que a família possui, quer acerca de si própria, quer relativamente ao seu passado, presente e até futuro, o seu parecer acerca da doença, percorrendo o seu sentido e a sua repercussão, não só no indivíduo enquanto figura singular, mas também em toda a sua família, quais as intervenções mais adequadas à realidade atual, perspetivando estratégias alocadas aos processos de saúde-doença³.

Com o propósito de uma ação de enfermagem familiar enquadrada nos modelos previstos, a literatura³ destaca, como principais princípios a seguir por parte da equipa de enfermagem: 1) coadjuvação entre familiares e profissionais de saúde, 2) apreciação das conjunturas em que os familiares estão inseridos, 3) políticas e procedimentos, e 4) educação profissional do utente, da família e da saúde³.

Neste sentido, tem-se como primordial objetivo para a concretização deste estudo de investigação compreender quais os focos e intervenções de enfermagem alvo de atenção por parte dos estudantes de enfermagem em ensino clínico no cuidado à família.

2. METODOLOGIA

O presente artigo de investigação está centrado no paradigma quantitativo, sendo um estudo transversal e exploratório/descritivo. Método de investigação qualitativo, uma vez que tem um foco multimetodológico, que envolve abordagens interpretativas e naturalísticas dos temas em estudo⁷. Apresenta um carácter transversal, em que, neste estudo em específico, os dados foram colhidos entre o dia 23 de fevereiro e o dia 24 de março.

Para a colheita e tratamento de dados, recorreu-se à criação de uma base de dados no programa informático “Excel” que comportava duas secções, uma de diagnósticos de enfermagem e outra de ações de enfermagem, ambas divididas nos três domínios em que há possibilidade de intervenção familiar, em pormenor, domínio cognitivo, afetivo e comportamental. Anteriormente ao preenchimento da base de dados, foi solicitado que cada investigador, baseando-se nos oito estudos de caso dirigidos à família concretizados no âmbito do Ensino Clínico de Intervenção Familiar e Cuidados Domiciliários, analisasse as etapas de avaliação e intervenção familiar, ambas elaboradas seguindo-se o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar. Em seguida, refletindo essa análise, previa-se o preenchimento da base de dados por parte dos oito investigadores. No tratamento dos achados, foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão nº29.

Destaca-se que, em todas as etapas inerentes à elaboração do presente estudo, foram consideradas e respeitadas as questões éticas, de confidencialidade e de segurança dos dados.

3. RESULTADOS

O presente capítulo contempla apresentação e exposição dos resultados adquiridos fruto da interpretação e análise dos achados inseridos na base de dados do programa informático “Excel”, isto, com recurso ao SPSS, versão nº29, também utilizado para a elaboração deste artigo de investigação.

Com vista a uma melhor perceção dos resultados, salienta-se que os estes estarão divididos, essencialmente, em duas partes, que caracterizam e impulsionam o objetivo geral deste artigo. A primeira agrupa os focos de enfermagem levantados e a segunda integra as ações de enfermagem planeadas e implementadas pelos estudantes que compõem a amostra, respeitando e seguindo a metodologia explanada na etapa anterior.

Uma vez preconizado o Modelo de Calgary de Intervenção Familiar (MCIF) para a consecução do estudo das famílias e utilizado o mesmo pelos elementos da amostra, achou-se pertinente, repartir, à semelhança do que acontece no referencial teórico deste modelo, os focos de atenção destacados em três grandes domínios: o domínio comportamental, o domínio afetivo e, ainda, o domínio cognitivo. No que se relaciona às ações de enfermagem, os resultados contemplarão o aglomerado dos três domínios. Acrescenta-se ainda que, tanto os focos, quanto as ações de enfermagem, se encontram contempladas na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem¹⁰.

Assim sendo, no que concerne ao domínio comportamental, o quadro 1 explana os resultados adquiridos neste setor. De um total de 8 investigadores, metade da amostra, ou seja, 4 estudantes (50%) reconheceram que a família alvo da sua avaliação se enquadrava no foco “processo familiar”, (25%) incidiram os seus diagnósticos no foco “funcionamento conjugal”, e por fim, com a mesma frequência (25%), identificaram problemáticas subjacentes ao foco “família com capacidade para tomar conta”.

Quadro 1 - Focos de atenção no domínio comportamental

Domínio	Focos de Intervenção	n	%
Comportamental	Processo familiar	4	50%
	Funcionamento conjugal	2	25%
	Família com capacidade para tomar conta	2	25%

Analisando o quadro presente abaixo, destaca-se que, no domínio afetivo, 4 participantes (37,5%) incidiram os seus diagnósticos no foco de enfermagem “ansiedade da família sobre o processo patológico”. Com a mesma percentagem outros 4 estudantes (37,5%), mediante as famílias e as suas situações de saúde, identificaram como foco “coping familiar”. Por outro lado, um estudante (12,5%), debruçou-se na “comunicação familiar” e outro, incidiu no foco de enfermagem “aceitação do estado de saúde”.

Quadro 2 - Focos de atenção no domínio afetivo

Domínio	Focos de Intervenção	n	%
Afetivo	Coping familiar	4	37,5%
	Ansiedade da família sobre o processo patológico	4	37,5%
	Aceitação do estado de saúde	1	12,5%
	Comunicação familiar	1	12,5%

Por fim, no que concerne ao domínio cognitivo, apenas 4 elementos, de um total 8, reconheceram focos de enfermagem neste âmbito. Assim, cerca de 100% dos elementos diferenciaram o foco “Conhecimento da família sobre processo patológico” / “Conhecimento da família sobre estado de saúde atual”, como demonstra o quadro explanado abaixo.

Quadro 3 - Focos de atenção no domínio cognitivo

Domínio	Focos de Intervenção	n	%
Cognitivo	Conhecimento da família sobre o processo patológico	3	75%
	Conhecimento da família sobre o estado de saúde	1	25%

No que respeita às ações de enfermagem, tal como descrito no início da presente etapa, decidiu-se agregar os resultados dos três domínios. Sendo assim, de acordo com o gráfico de barras apresentado na figura 1, de um total de 110 ações de enfermagem, constata-se que a ação “avaliar” apresenta a maior frequência (29,09%), surgindo 32 vezes. Em seguida, é possível averiguar que 16,40% (n=18) planearam “elogiar” o cliente e família. Quando se pensa em “identificar”, temos uma prevalência de 8,91%; “apoiar” surge logo depois com 6,36% (n=7) e, ainda, “promover” com 5,94% (n=6). Em continuidade do raciocínio transato, as ações “encorajar” e “ensinar” encontram-se na mesma percentagem (4,95%), em que n=5. Nos patamares seguintes incluem-se as ações de enfermagem “envolver” com cerca de 3,96% (n=4), “escutar” com 2,97% (n=3) e, “facilitar” / “demonstrar” / “esclarecer” na ordem dos 1,98%, com n=2. Por fim, relativamente ao tópico “Outros” este engloba um leque variado de ações, das quais, “conversar”, “incentivar”, “validar”, “responder”, “informar”, “reforçar”, “instruir”, “tranquilizar”, “encaminhar” e “procurar”. Optou-se por agrupá-las numa só categoria, uma vez que em qualquer uma delas temos n=1, perfazendo uma percentagem total de 5,65%.

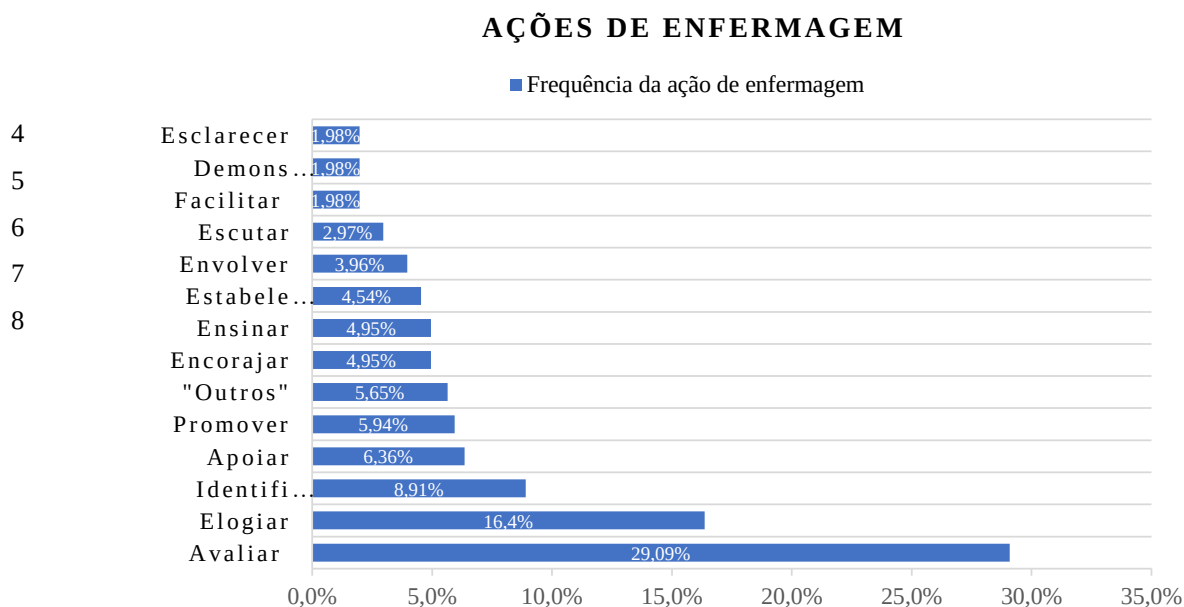


Figura 1. Frequência das ações de enfermagem.

4. DISCUSSÃO

Refletindo sobre os resultados obtidos pelos investigadores, estes provenientes da implementação do Modelo de Calgary de Intervenção na Família às famílias de quem cuidaram, é possível afirmar que, nos oito estudos de caso, foram evidenciados díspares focos de atenção e ações de enfermagem.

O Modelo de Calgary possibilita ao enfermeiro conhecer a família como um todo e, ainda, perceber cada um dos seus elementos individualmente⁸. Na componente do domínio comportamental, este autor defende que são necessários diagnósticos/intervenções que permitam à família mudar a sua forma de interagir e, desse modo, alterar o seu comportamento. Analisando os resultados obtidos no presente estudo, é visível que este fenómeno atesta o defendido pela bibliografia. Particularmente, neste domínio, obteve-se que metade da amostra (50%) procurou atuar no “processo familiar” de cada uma das famílias, tal como é sugerido pelo autor supracitado. Ademais ao que este defende, neste estudo, prestou-se também atenção a outros focos de enfermagem, tais como “funcionamento conjugal” (25%) e “família com capacidade para tomar conta” (25%).

No que diz respeito ao domínio afetivo, é essencial que a equipa de enfermagem compreenda, intervenha e trabalhe as emoções e sentimentos da família, sendo os principais pontos de atenção a promoção da saúde e a prevenção da doença⁸. A equipa de enfermagem deve assistir, apoiar e incentivar a família alvo da sua ação a desenvolver estratégias que viabilizem a mudança a nível afetivo positiva, o que favorecerá a manutenção e promoção de um bem-estar geral. Nesta investigação, constatou-se que 37,5% dos investigadores procurou operar em áreas como a “ansiedade da família sobre o processo patológico” e “coping familiar”. A bibliografia existente reconhece que o enfermeiro deve, neste prisma de

intervenção, ter em conta a experiência que a família possui sobre si própria, o seu passado, presente, e as perspectivas futura³, e estes foram parâmetros considerados nos estudos de caso examinados, uma vez que um total de 12,5% destacaram focos como “aceitação do estado de saúde” e a “comunicação familiar”.

Em continuidade, mas já no cerne do domínio cognitivo, é verdade que o enfermeiro, no exercício da sua função, deve considerar o auxílio e, quando necessário, aconselhamento e encaminhamento da família, de forma que esta consiga entender a sua condição de saúde. Esta consciencialização poderá advir do aumento da literacia em saúde que, por sua vez, acometerá a alteração da visão da própria família sobre o todo e cada uma das suas partes⁸. Objetivando este aumento de literacia, é fulcral que se invista na promoção de conhecimento através de, por exemplo, o ensino. Nesta vertente, indo ao encontro do que se preconiza nos estudos recentemente publicados, nos estudos de caso analisados nesta investigação, focalizaram-se focos de enfermagem como “Conhecimento da família sobre processo patológico” (75%) e “Conhecimento da família sobre estado de saúde atual” (25%).

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Família⁹ elucida que o cuidado em enfermagem e, em pormenor, as intervenções planeadas pelo enfermeiro, devem ser holísticas e personalizadas para cada família. Com esse intuito, é fundamental que ocorra, em primeira instância, a identificação de aspetos como as fragilidades, dificuldades ou necessidades do sistema familiar e, em concomitância, se verifique o modo como a família percebe o seu problema, e, só à posteriori se proceda à planificação das ações de enfermagem⁸.

Complementarmente, centrando a atenção nas ações de enfermagem, a evidência científica⁸ sugere que a mudança no funcionamento familiar está dependente da adoção, por parte da família, de novos comportamentos, crenças e/ou valores. Além disso, afirma que é função da equipa de enfermagem é reforçar os pontos fortes do sistema familiar e dos seus membros, estimular o apoio familiar e promover rotinas.

Então, cogitando as ações de enfermagem associadas destacamos as ações “avaliar”, “esclarecer”, “elogiar” o cliente e família e “encorajar”. Analisando-as, é evidente a corroboração com a tipologia de cuidado em enfermagem indicada como mais adequada, visando a mudança e estabelecimento do equilíbrio do sistema família.

5. CONCLUSÃO

Quando se fala em família, é facto, que vários são os conceitos que surgem, não sendo, ainda nos dias de hoje, um termo com uma definição única, considerando-se a sua multidimensionalidade e complexidade. São incalculáveis as variáveis e fatores intrínsecos e extrínsecos que se associam à conceptualização de família, podendo estes variar desde as influências positivas até às negativas, no que respeita à saúde familiar. Ainda assim, abordando a intervenção de enfermagem familiar, a sua pertinência e os aspetos a que esta se relaciona, o que verdadeiramente importa é que o profissional de saúde observe a unidade familiar como um sistema único, sendo a soma das suas partes superior ao todo.

Independentemente da variedade de conceitos associados à palavra família, na generalidade, com base na literatura disponível, conseguiu-se encontrar as informações essenciais à concretização da presente investigação.

Refletindo sobre o objetivo inicialmente traçado, foi possível entender de certa forma, quais os focos e intervenções de enfermagem alvo de atenção por parte dos estudantes de enfermagem em ensino clínico no cuidado à família, pelo que se verifica, que os resultados atingidos corroboraram com a bibliografia consultada, tendo-se suportado esta análise em estudos e investigações recentes e fidedignos.

À semelhança do antes descrito, em parecer grupal, atesta-se que os materiais e métodos utilizados no decorrer da investigação se constatarem ser os indicados, tendo totalizado o seu objetivo. Em concomitância com a aquisição dos primordiais objetivos, foi sempre prioridade dos investigadores a manutenção e promoção do rigor, validade e fidelidade dos dados, tendo sido incorporadas técnicas estatísticas recomendadas.

Efetivamente, a preocupação no assegurar o rigor científico, foi uma constante no decorrer da efetivação do estudo, porém, identificaram-se algumas limitações que o poderiam comprometer. Nomeadamente, o facto de o estudo se ter concretizado simultaneamente com o decorrer do Ensino Clínico, o que acarretou que os investigadores trabalhassem, essencialmente, à distância, sendo dificultado o trabalho de grupo e a autoajuda que a execução de um artigo de investigação exige. Além dessa defetividade, a concretização de um artigo de investigação, durante a vivência de um ensino clínico, revelou-se ser outro obstáculo, visto que, em ver grupal, não impediu, mas dificultou a consecução de ambas as tarefas com excelência. Por fim, evidencia-se, ainda, o facto de esta investigação não se poder comparar com outros estudos, uma vez que tem uma amostra pequena.

Em contrapartida, como fatores facilitadores da concretização do estudo, reconheceu-se a conveniência e importância da temática central, tal como o interesse do grupo de investigadores em compreender e conhecer um pouco mais a vertente da intervenção de enfermagem à família.

Em complementaridade, e em tom de conclusão, julga-se que a exposição deste estudo à comunidade, principalmente académica e profissional da área da saúde, se poderia revelar num impulsionar da visão relativa à pertinência da intervenção da saúde na família.

REFERÊNCIAS

- [1] International Council of Nurses (ICN). Family [Internet]. Genève: ICN; 2023 [citado em 09 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.icn.ch/whatwe-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- [2] Bértolo AR. Importância da família na prestação de cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros [dissertação de mestrado]. Leiria: Escola Superior de Saúde. Politécnico de Leiria; 2021 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://cuty.io/f3DDg>
- [3] Ferreira M, Pereira C, Rodrigues MJ, Paiva M, Arrojado V, Figueiredo MH. Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Rev Invest Inov Saúde*. 2020;3(2):7-20. doi: 10.37914/riis.v3i2.84
- [4] Ordem dos Enfermeiros. Referencial em enfermagem de saúde familiar [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2023 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://cuty.io/azoy0bbx>
- [5] Wright L, Leahey M. Enfermeiras e Famílias: Um guia para Avaliação e Intervenção na Família: 5º ed. São Paulo: Roca; 2012.
- [6] Ribeiro D, Melo A, Choupina AR, Pinto M, Figueiredo MH. Application of the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention to a family in the transition to parenting: case study. *Pensar Enferm*. 2021;25(1):19–30. doi: 10.56732/pensarenf.v25i1.178
- [7] Pinto IF, Campos CJG, Siqueira C. Investigação Qualitativa: perspectiva geral e importância para as ciências da nutrição. *Acta Portuguesa Nutr*. 2018;14(31): 30-34. doi: 10.21011/apn.2018.1406
- [8] Lopes FMT. Cuidar de quem cuida: Promoção da saúde na família da pessoa com doença mental [dissertação de mestrado]. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL); 2021 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://cuty.io/DnmGfbGLQuz>
- [9] Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Família. Enfermagem de família: contributos para o futuro da saúde em Portugal. Lisboa:SPEF; 2019
- [10] Ordem dos Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015.

Estrategias de intervención en personas con Trastorno del Espectro Autista en el ámbito sanitario. Revisión bibliográfica

Irene Cabrera-Cuervo^a, Ainara Pérez-Pérez^a, Erika Montesdeoca-Luján^a, Carmen-Delia Marrero-Medina^b

^aEstudiantes del Grado en Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, ^cProfesora del Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

El Trastorno del Espectro Autista es un trastorno del neurodesarrollo con deficiencias persistentes en la comunicación, comprensión e interacción social en diferentes contextos. Debido a su gran prevalencia, el personal de enfermería debe ser conocedor del trastorno, reconocer las necesidades de sus pacientes y poner en práctica las diferentes estrategias para prestar un cuidado óptimo respecto a su salud. Para ello se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de tipo narrativo, con artículos de un rango entre 2018 – 2022, en inglés, español y portugués. Las bases de datos en las que se llevó a cabo la búsqueda fueron MEDLINE (vía PubMed), CINAHL y LILACS. Así como el buscador Google Académico y bibliotecas virtuales como Dialnet y Scielo. Se seleccionaron nueve artículos. Existen diferentes estrategias para la detección, desarrollo, comunicación y comprensión dirigidas a pacientes con autismo. Estas son las herramientas más útiles para la realización eficaz de las intervenciones por parte del personal de enfermería. El uso de las estrategias como los comentarios de seguimiento para la comunicación, el mapeo lingüístico y herramientas como el Patient – Centered Medical Home, son fundamentales para que los pacientes con autismo reciban una atención sanitaria digna.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista, atención de enfermería, estrategias.

1. INTRODUCCIÓN

El DSM – V define el Trastorno del Espectro Autista como “deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social en diferentes contextos”. Estos déficits se observan en las conductas comunicativas, en la reciprocidad socioemocional y en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones¹.

Sin embargo, el mundo del autismo es un campo abierto y extenso, ya que no existen dos personas que lo padezcan que compartan características idénticas. Los niveles o escalas de este trastorno se basan en los deterioros de la comunicación social y en los patrones de comportamiento restringidos y repetitivos. Ciertamente es que, aunque no todas las personas presenten las mismas características, sí que comparten un mínimo de ellas. Las estereotipias motoras simples, la insistencia en la monotonía, la hiper- o hiporreactividad a estímulos sensoriales o la ecolalia, una perturbación del lenguaje que consiste en repetir de forma involuntaria una frase o palabra; son factores que determinan el grado de gravedad de este trastorno¹. La base de un buen pronóstico en este trastorno se debe a una detección precoz, ya que inicia el camino hacia los servicios de diagnóstico e intervención, asegurando una probabilidad mayor en cuanto a la funcionalidad de la persona en la edad adulta².

Jinan Zeidan et al.³ reflejan en su artículo que las estimaciones de prevalencia del TEA son fundamentales para la concienciación de este trastorno, fomentando el desarrollo de su investigación y las técnicas de cuidado para quien lo padece. Este artículo expone que desde el 2012 existen 71 estudios que indican que, de cada 10 000 personas, 100 padecen autismo. Además, un estudio que se llevó a cabo en Estados Unidos en 2018 reveló que uno de cada 44 niños presenta TEA. En cuanto a la acción de salud pública, esta última investigación dio a conocer que la variabilidad de la prevalencia de este trastorno demuestra la necesidad implacable de un aumento de las técnicas de investigación y de las estrategias equitativas para acceder a su diagnóstico y tratamiento³.

Los hallazgos de los últimos años muestran un claro aumento de la prevalencia del TEA mundialmente, reflejando, a su vez, los efectos de la combinación de múltiples factores como el aumento de la conciencia comunitaria y la respuesta de salud pública. Existen otros aspectos que han marcado estas revelaciones, el progreso conseguido en la identificación, diagnóstico y definición del tipo de trastorno ha sido esencial para estos nuevos estudios publicados. No obstante, la acción de salud pública se encuentra reducida en comparación con lo que se podría avanzar en el pronóstico global del TEA y las herramientas que se obtendrían para su adaptabilidad al futuro³.

El papel de enfermería consiste en ser crítico y reflexivo ante la realidad del paciente, respetando y manteniendo la dignidad y derechos de este. No obstante, es la aplicación de las técnicas, investigación y conocimientos lo que asegura este cuidado

de calidad que merecen los usuarios, luego es fundamental el uso de una guía en determinadas circunstancias para cumplir con las expectativas del paciente, como es el caso de las personas TEA⁴.

La presencia del personal enfermero es continua respecto al cuidado del paciente. Conforman un trabajo diario con el individuo, donde su apoyo y técnica laboral será fundamental para el bienestar de este. Son los encargados de determinar la rutina del paciente día a día cubriendo sus necesidades, pues será esencial entonces una formación acorde a estas. Las personas con TEA requieren de una atención más específica y tienen derecho, al igual que el resto de los pacientes a recibirlo. Es por ello por lo que es de suma importancia aportar la información y técnicas de abordaje necesarias para que el personal encargado de ello sea conocedor de estos.

El objetivo de este trabajo es indagar sobre las estrategias e intervenciones que pueden llevar a cabo el personal de enfermería para mejorar la comunicación con los pacientes TEA y así cubrir sus necesidades debidamente.

2. METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de tipo narrativo con el propósito de responder a la pregunta “¿Cuáles son las estrategias que puede llevar a cabo el personal de enfermería para mejorar la comunicación y atención sanitaria a pacientes con TEA?”, la cual se ha formulado con la guía del formato PICO (Véase la Tabla 1).

Tabla 1. Componentes de la pregunta PICO. Fuente: elaboración propia.

P (Patient)	I (Intervention)	C (Comparison)	O (Outcome)
Personas con Trastorno del Espectro Autista.	Proporcionar estrategias de intervención por parte del personal de enfermería.	No procede.	Conocer la existencia de las estrategias, facilitar la comunicación y ofrecer una mejor atención sanitaria.

2.1. Criterios de inclusión

Para la búsqueda y selección de documentos se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: publicados en un rango de cinco años, 2018– 2022, que incluyeran el idioma inglés, castellano y portugués. La población objeto de estudio comprendía a todas las personas, a nivel mundial, que presenten TEA, de cualquier género, raza o edad, y precisen atención del ámbito sanitario.

2.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron todos los documentos que fueran revisiones bibliográficas, guías de práctica clínica y capítulos de libros.

2.3. Estrategia de búsqueda

Partiendo de los términos naturales, se consultaron los tesauros más destacados en el ámbito de Ciencias de la Salud. Teniendo en cuenta que se incluyeron documentos en tres idiomas, los conceptos en español se llevaron a cabo a través del Descriptor en Ciencias de la Salud (DeCS), luego para los pertenecientes al inglés fue el Medical Subject Headings (MeSH). En el primer caso, los términos en cuestión fueron “Trastorno del espectro autista”, “Trastorno autístico”, “Atención de Enfermería”, “Estrategias” y “Comunicación”. Respecto al idioma inglés, “Autism Spectrum Disorder”, “Autistic Disorder”, “Nursing Care”, “Strategies” y “Communication”.

Las bases de datos en las que se llevó a cabo la búsqueda fueron MEDLINE (vía PubMed), CINAHL y LILACS. Así como el buscador Google Académico y bibliotecas virtuales como Dialnet y Scielo.

2.4. Evaluación de calidad

La herramienta Critical Appraisal Skills Programme español (CASPe)¹⁵ y STROBE¹⁶ permitieron llevar a cabo una lectura crítica de la evidencia clínica de los artículos escogidos. La primera de estas, CASPe, integró los estudios cualitativos y las revisiones sistemáticas. Por otra parte, la herramienta STROBE aportó la lista de comprobación en el caso de los estudios transversales.

3. RESULTADOS

Las características necesarias en cuanto a la población de los estudios es tener TEA y estar en contacto con los servicios sanitarios en los que participe el personal de enfermería. Se incluyeron todas las edades y reúnen distintas estrategias de comunicación para prestar los cuidados adecuados (véase en la Figura 1).

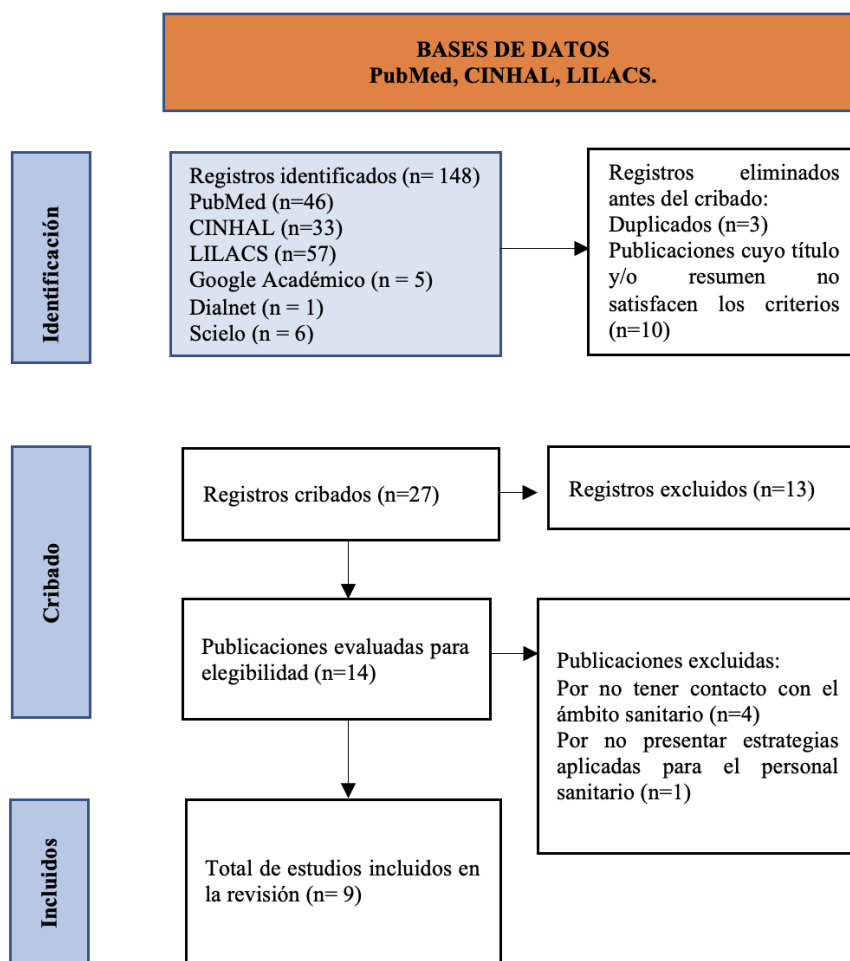


Figura 1. Diagrama de flujo estrategia de búsqueda. Fuente: elaboración propia a partir de PRISMA.

Respecto a los artículos seleccionados, se expone el autor junto con el año de publicación, el tipo de estudio correspondiente, ámbito geográfico donde se ha llevado a cabo, objetivo principal de este y los resultados obtenidos (véase Tabla 2).

Tabla 2. Resultados de búsqueda. Fuente: elaboración propia.

Autor / año de publicación.	Tipo de estudio.	Ámbito geográfico.	Objetivo.	Resultados.
Corsano, 2019 ⁵	Estudio cualitativo.	Italia.	Promover una atención de enfermería de calidad, con altos niveles de formación y estándares asistenciales.	La falta de preparación y las dificultades en la comunicación prolonga el tiempo de las hospitalizaciones de niños con TEA.
Cooke, 2020 ⁶	Metaanálisis y revisión sistemática.	Irlanda.	Identificar las barreras en la atención de relevo y dar a conocer la importancia de la participación familiar para abordar la necesidad y el tipo de cuidado requerido para personas con TEA.	Debido a la ausencia de servicios apropiados las necesidades de los niños con TEA no se encuentran satisfechas y provoca un aumento directo a las hospitalizaciones.

Levy, 2020 ⁷	Metaanálisis y revisión sistemática.	Estados Unidos.	Comprobar la evidencia para la detección universal de niños con TEA en AP.	El cribado para los niños con TEA en AP es una herramienta potencial para su detección temprana y su riguroso desarrollo.
Harris, 2021 ⁸	Estudio descriptivo y transversal.	Estados Unidos.	Abordar las brechas de recursos, capacitación e implementación para jóvenes TEA a través del desarrollo, implementación y evaluación del Patient – Centered Medical Home. (PCMH).	La herramienta para jóvenes con TEA en PCMH aumentó la relación de los profesionales sanitarios con los pacientes y familias.
Soeltl, 2021 ⁹	Estudio descriptivo de carácter cualitativo.	Brasil.	Analizar el conocimiento del equipo de enfermería sobre el TEA y el abordaje de este durante la formación profesional a partir de los principios abordados en la Teoría del Cuidado Humano.	Los profesionales del equipo de enfermería no están preparados para actuar en el cuidado de niños con TEA. Durante su formación, el abordaje del tema es deficiente, lo que hace que los profesionales se sientan inseguros e incapaces de brindar atención a este niño y su familia.
Soter, 2021 ¹⁰	Estudio descriptivo y cualitativo.	Brasil.	Investigar sobre el conocimiento de los enfermeros sobre las características de los TEA y su experiencia en aplicarlos en la práctica.	El conocimiento sobre el TEA y el uso de herramientas para su abordaje resultan fundamentales para la estimulación, seguimiento y tratamiento de éstos a través de la práctica asistencial de enfermería.
Mahoney, 2021 ¹¹	Estudio descriptivo transversal.	Estados Unidos.	Comprender las percepciones de los trabajadores de enfermería con pacientes TEA en un ambiente hospitalario.	Demuestra que hay que maximizar las estrategias que utiliza el personal de enfermería para cuidar a los niños con TEA en el hospital.
Macêdo, 2022 ¹²	Estudio exploratorio y descriptivo de carácter cualitativo.	Brasil.	Describir los diagnósticos e intervenciones de enfermería en niños con trastorno del espectro autista basados en taxonomías de enfermería y en la teoría del autocuidado.	La atención prestada no cubre las necesidades de las personas con autismo. La capacidad para el autocuidado se ha visto comprometida, siendo necesarias estrategias de enfermería efectivas.
McDaniel, 2022 ¹³	Revisión sistemática y metaanálisis.	Estados Unidos.	Sintetizar y evaluar estudios de intervenciones que utilizan estrategias de intervención para orientar las habilidades lingüísticas en niños con TEA.	Las estrategias diseñadas para apoyar el desarrollo de conversaciones fomentan las habilidades de comunicación con personas con TEA, facilitando las intervenciones.

4. DISCUSIÓN

4.1. Análisis de los resultados

Tras llevar a cabo esta revisión, se ha accedido a diferentes documentos que muestran numerosas técnicas para tratar con personas con TEA. Dichos estudios exponen la importancia del rol de enfermería en el tratamiento y estimulación de la atención en pacientes con autismo.

Las características más comunes de este trastorno incluyen la ausencia o disminución del lenguaje y la hipersensibilidad sensorial, por lo que las estrategias más significativas están enfocadas a abordar dichos campos. Con el uso simultáneo de éstas se presentará una forma distinta de abordar los cuidados. Se buscará facilitar la comunicación enfermero/a – paciente, incluyendo una comprensión íntegra de la información por parte del atendido, mostrando comprensión y aportando comodidad a éste para conseguir una mejor colaboración. Se mantendrá en todo momento la finalidad de prestar los cuidados necesarios de plena calidad.

El objetivo de esta revisión consistió en indagar sobre las estrategias e intervenciones que pueden llevar a cabo el personal de enfermería para mejorar la comunicación con los pacientes con TEA y así cubrir sus necesidades debidamente. A través de la síntesis de los documentos, se han esclarecido algunas estrategias e intervenciones de comunicación. Luego, partiendo del objetivo, se han destacado tres ideas, el personal de enfermería no se encuentra cualificado para prestar atención sanitaria de calidad a las personas con autismo, existen estrategias efectivas de comunicación para mejorar dicha atención y el rol de los profesionales es fundamental para el desarrollo de los pacientes con este trastorno.

Para comenzar, Corsano et al⁵ en su estudio investiga sobre el conocimiento de las enfermeras de pediatría de atención hospitalizada y su experiencia tratando con pacientes con este trastorno. Este autor refleja como las enfermeras/os encuentran dificultades en la comunicación e interacción directa con los pacientes, resultando extenuante comprender las necesidades de los niños. Muestra que el resultado es la consecuencia de falta de preparación para afrontar esta relación, dando lugar al personal de enfermería para expresar de forma explícita la necesidad de conocer y profundizar en el trastorno. En base a la falta de esta formación, se ha descubierto que, en Italia, no se ofrecen cursos a nivel universitario ni profesional sobre los cuidados a niños con TEA, por lo que es fundamental redefinir estas herramientas para fomentar las habilidades específicas del personal de enfermería pediátrico.

Ahora bien, se ha dado el hecho de que los enfermeros/as conocen las características del trastorno, pero no se encuentran preparados para afrontar una situación que requiera de comunicación y comprensión por parte del paciente. Mahoney et al¹¹ llevaron a cabo un estudio en el cual los participantes demostraron en un 90% tener conocimientos precisos sobre el TEA. No obstante, esos mismos participantes reflejaron que la situación más complicada para ellos era lograr una comunicación recíproca, lo que derivaba en un retraso de las intervenciones enfermeras y una prestación de cuidados de baja calidad. El personal de enfermería que participó en este estudio reveló que la estrategia más eficaz consistía en involucrar a los padres o cuidador formal del paciente en la interacción. Como se ha comentado con anterioridad, existen tres grados diferentes de autismo, cada uno con sus características concretas. Por tanto, conocer la forma que tiene ese círculo cercano de comunicarse, saber qué le afecta y las técnicas que se suelen llevar a cabo para tratarlo, es fundamental para que el paciente se sienta cómodo. De esta manera, se podrían realizar las intervenciones requeridas de una forma más segura por parte de enfermería, creando un vínculo enfermero – paciente – familia.

Continuando con la base de que no en todas las personas el trastorno se manifiesta de la misma forma, Soeltl et al⁹ decidieron analizar el conocimiento del equipo de enfermería en Atención Primaria (AP) sobre el TEA, a partir de los principios de la Teoría del Cuidado Humano. Esta teoría defiende que el paciente debe ser acogido y el personal de enfermería debe establecer una relación de ayuda – confianza, trascendiendo del rol profesional y centrándose en las necesidades, fomentando el control y promoviendo los cambios en su salud. Este autor refleja en su estudio cómo enfermería no se siente competente para atender a pacientes con autismo, dejando los participantes claro la de falta de formación sobre el tema, colocándolos en una postura de inseguridad. Además, estos dejan ver como algunos tienen la especialidad de enfermería en Salud Mental y aun así no obtuvieron la formación. También mostraron en su estudio como la estimulación del abordaje en pacientes con TEA por parte del profesional y la producción de nuevos estudios sobre ello serían fundamentales para lograr romper la barrera de la inseguridad en el trato de estas personas.

En cuanto a la atención ofrecida a personas con este trastorno, no solamente es precaria en el ámbito de AP y hospitalario, sino también en la atención de relevo. Este tipo de atención se presta a personas que no pueden cuidarse a sí mismas y su entorno cercano tampoco en un circunstancia concreta y temporal. Cooke et al⁶ analizaron el papel de los profesionales de la salud respecto a la atención de relevo, dando voz a los familiares con hijos con TEA que expresaron su decepción ante la falta de apoyo por parte del personal sanitario, mencionando que tenían *“información o conocimientos limitados sobre el TEA y falta de comprensión sobre la condición que a menudo afectaba a su capacidad para proporcionar apoyos adecuados”*. Asimismo, estas familias informaron sobre la carencia en cuanto al personal experimentado para prestar la atención de relevo. En consecuencia, estas familias evitan los servicios ofrecidos por AP cuando buscan cuidados para los niños con TEA, como resultado de tener menos seguridad de ayuda en cuanto a la atención que recibirán, lo que contribuye a un aumento directo de las hospitalizaciones y el uso del servicio de urgencias.

Harris et al⁸ se propusieron abordar las barreras de recursos para los jóvenes con autismo a través del Patient – Centered Medical Home (PCMH). El PCMH es un modelo que brinda atención primaria de calidad usando un enfoque centrado en el paciente, este modelo coordina la atención del paciente con el sistema de salud. Este proyecto implementó una herramienta de transición de atención sanitaria, en la que se produjo un aumento notable de la comunicación entre los profesionales con las familias de los jóvenes con TEA. Además, este recurso no solo crea la relación profesional – paciente que tan exigida y necesaria resulta, sino que también facilita la AP y hospitalaria. El modelo PCMH tiene como prioridad la identificación de las intervenciones de mayor impacto para estos pacientes, ayudando a las prácticas de AP pediátrica y la transición a la atención sanitaria hospitalaria, buscando garantizar que todos reciban servicios de transición integrales y oportunos.

Las estrategias de comunicación mejoran la relación enfermero/a – paciente, es por ello por lo que existen determinados métodos para conseguirla. Las estrategias de intervención de responsabilidad están diseñadas para fomentar el desarrollo de las conversaciones a través de la acomodación del entorno, aumentando la comunicación de la persona. McDaniel et al¹³ aportan a este método la evidencia de su eficacia cuando se utiliza en un paquete de intervención y no solo de manera independiente. Esta estrategia de comunicación en personas con TEA resulta vanguardista, ya que incluye el mapeo lingüístico, los comentarios de seguimiento y la imitación de la persona con autismo. Por ejemplo, el profesional o familiar en una situación de extracción de sangre dice “La aguja es para sacar sangre” cuando el paciente comenta “aguja sangre”, utilizando la imitación de palabras, sonidos y gestos. Asimismo, en el caso de que el paciente estuviera observando atentamente en sus manos unas pastillas que se deberá tomar, el profesional diría “Las pastillas sirven para te encuentres mejor”, aplicando los comentarios de seguimiento que describen el foco de atención actual del paciente. Este autor muestra como las estrategias prelingüísticas y lingüísticas apoyan el desarrollo de las conversaciones y de la comprensión con personas con TEA, facilitando así las intervenciones.

El personal de enfermería de AP se encarga de identificar los cambios en el desarrollo infantil. Soter et al¹⁰ comunican en su estudio que, en Brasil, solo el 10% de los enfermeros/as que participaron reconocían estos signos, una tarea complicada ya que desconocen los instrumentos de detección temprana del TEA. Por otra parte, Levy et al⁷ realizaron un estudio para comprobar la evidencia de la detección universal de niños con TEA en AP. La herramienta de evaluación más estudiada fue el M – CHAT. Tras el análisis de los resultados, obtuvieron un Valor Predictivo Positivo (VPP) de 0’06 – 0’6, siendo por ende los falsos positivos infrecuentes. Esto significa que las implicaciones por parte de enfermería son fundamentales para el apoyo del uso potencial de esta herramienta para detección precoz, ya que cuanto antes se afronte el diagnóstico, mejor será el desarrollo del paciente con TEA.

No obstante, el papel de enfermería no solo resulta importante para la detección precoz, comprende un rol fundamental en el autocuidado del paciente con TEA. Macêdo et al¹² distinguieron el hecho de que la capacidad del autocuidado se ve comprometido en personas con este trastorno, además de interferir en su grado de autonomía. La autora muestra como existen 6 diagnósticos y 27 intervenciones de enfermería que se pueden llevar a cabo para promover y facilitar la evolución de las personas con TEA, tales como el déficit en el autocuidado para la alimentación, el baño, la higiene íntima y bucal, el aislamiento social y la voluntad de mejorar el autocuidado. Puesto que la posibilidad de independencia se encuentra mermada en estos pacientes, son necesarias las estrategias de enfermería efectivas.

Pues bien, aún conociendo el papel tan importante que realiza el personal de enfermería, la existencia de estrategias de comunicación, detección y desarrollo expuestas existe un ámbito no estudiado. ARASAAC es una página web que ofrece recursos gráficos y materiales que facilitan la comunicación y accesibilidad cognitiva a todas las personas que, por distintos factores no solamente TEA, presentan dificultades en estas áreas. Presenta dos recursos, los pictogramas y las infografías²². ARASAAC brinda la oportunidad de que el personal sanitario, sin importar cargo o ámbito, pueda crear una relación con los pacientes con TEA. Asegura la comprensión de las intervenciones que se van a realizar, aportando confianza en ellos y prestándoles finalmente unos cuidados y atención que los incluyan de verdad en el sistema sanitario. Además, permite una comunicación por parte del paciente, ya posibilita a través de los pictogramas que ellos nos den indicaciones de cómo se sienten. Así y todo, en la opción de materiales tienen PDFs ya preparados para el ámbito de la salud, como el de carteles para orientarse en cualquier tipo de centro sanitario o el de comprender el entorno de la salud, todos gratuitos para descargar²². Es por ello por lo que la colocación de estos pictogramas por las diferentes zonas de los centros sanitarios y la repartición de estos para los profesionales sería una gran propuesta de mejora para ofrecer una atención de calidad a los pacientes con autismo.

4.2. Limitaciones

En esta revisión se escogieron nueve documentos publicados, de los cuales ninguno exploró exclusivamente estrategias por parte del personal de enfermería en los pacientes con TEA, por lo que los hallazgos generales obtenidos, aunque narrativamente fueran de calidad, también fueron limitados. Luego, la escasez de evaluaciones exhaustivas sobre los beneficios de las diferentes estrategias expuestas se recoge en una clara limitación de la obtención de los resultados que estas conllevan.

5. CONCLUSIONES

Tras analizar los documentos y discutir sobre estos, se han esclarecido las siguientes conclusiones:

1. El uso de estrategias de comunicación como los comentarios de seguimiento, el mapeo lingüístico y la imitación apoyan el desarrollo de las conversaciones y de la comprensión en personas con Trastorno del Espectro Autista, facilitando así las intervenciones.

2. El Patient – Centered Medical Home y la atención de relevo son programas de intervención que reducen el número de visitas de los pacientes con autismo a los centros sanitarios, fomentando la atención individualizada que tanto requieren.
3. El papel de enfermería es fundamental para las etapas del diagnóstico, valoración y tratamiento de las personas con este trastorno, siendo necesaria su implicación para la obtención de un buen pronóstico y resultados.
4. Los conocimientos sobre el trastorno son precarios, es necesario instruir a los profesionales enfermeros en este ámbito para que los pacientes con autismo reciban una atención sanitaria digna.

REFERENCIAS

- [1] American Psychological Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed (DSM – V). EE.UU.: APA/Editorial Médica Panamericana; 2013.
- [2] Reviriego Rodrigo E, BayónYusta JC, Gutiérrez Iglesias A, Galnares-Cordero L. Trastornos del Espectro Autista: evidencia científica sobre la detección, el diagnóstico y el tratamiento [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Ministerio de Sanidad/Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2021 [citado 22 noviembre 2022]. Disponible en: <https://cuty.io/zfGL0MrvE5Um>
- [3] Zeidan J, Fombonne E, Scorch J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res.* 2022 May;15(5):778-790. doi: 10.1002/aur.2696
- [4] Romero Massa E, Contreras Méndez IM, Moncada Serrano A. Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. *Hacia Promoc Salud.* 2016;21(1):26-36. doi: 10.17151/hpsal.2016.21.1.3
- [5] Corsano P, Cinotti M, Guidotti L. Paediatric nurses' knowledge and experience of autism spectrum disorders: An Italian survey. *J Child Health Care.* 2020 Sep;24(3):486-495. doi: 10.1177/1367493519875339
- [6] Cooke E, Smith V, Brenner M. Parents' experiences of accessing respite care for children with Autism Spectrum Disorder (ASD) at the acute and primary care interface: a systematic review. *BMC Pediatr.* 2020 May 22;20(1):244. doi: 10.1186/s12887-020-02045-5
- [7] Levy SE, Wolfe A, Coury D, Duby J, Farmer J, Schor E, et al. Screening Tools for Autism Spectrum Disorder in Primary Care: A Systematic Evidence Review. *Pediatrics.* 2020 Apr;145(Suppl 1):S47-S59. doi: 10.1542/peds.2019-1895H
- [8] Harris JF, Gorman LP, Doshi A, Swope S, Page SD. Development and implementation of health care transition resources for youth with autism spectrum disorders within a primary care medical home. *Autism.* 2021 Apr;25(3):753-766. doi: 10.1177/1362361320974491
- [9] Soeltl SB, Fernandes IC, Camillo SO. The knowledge of the nursing team about autistic disorders in children in the light of the human caring theory, ABCS Health Sci. 2021;46:e021206. doi: 10.7322/abcshs.2019101.1360
- [10] Soter Corrêa I, Gallina F, Ferreira Schultz L. Indicadores para triagem do transtorno do espectro autista e sua aplicabilidade na consulta de puericultura: conhecimento das enfermeiras. *Rev APS.* 2021;24(2):282-295. doi: 10.34019/1809-8363.2021.v24.32438
- [11] Mahoney WJ, Villacrusis M, Sompolski M, Iwanski B, Charman A, Hammond C, et al. Nursing care for pediatric patients with autism spectrum disorders: A cross-sectional survey of perceptions and strategies. *J Spec Pediatr Nurs.* 2021 Oct;26(4):e12332. doi: 10.1111/jspn.12332
- [12] Magalhães JM, Sousa GRP, Santos DS, Costa TKSL, Gomes TMD, Rêgo NMM et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em crianças com transtorno do espectro autista: perspectiva para o autocuidado. *Rev Baiana Enferm.* 2022;36:e44858. doi: 10.18471/rbe.v36.44858.
- [13] McDaniel J, Brady NC, Warren SF. Effectiveness of Responsivity Intervention Strategies on Prelinguistic and Language Outcomes for Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Group and Single Case Studies. *J Autism Dev Disord.* 2022 Nov;52(11):4783-4816. doi: 10.1007/s10803-021-05331-y
- [14] ARASAAC. Pictogramas y recursos para la comunicación aumentativa y alternativa [Internet]. Aragón: ARASAAC; 2023 [citado 05 abril 2023]. Disponible en: <https://arasaac.org>
- [15] CASPe. Programa de habilidades en lectura crítica español [Internet]. Madrid: CASPe; 2022 [citado 05 abril 2023]. Disponible en: <https://redcaspe.org/materiales/>
- [16] Vandembroucke JP, von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, Poole C, Schlesselman JJ, Egger M; STROBE Initiative. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Int J Surg.* 2014 Dec;12(12):1500-24. doi: 10.1016/j.ijsu.2014.07.014

“Projeto +Cuidador” Impacto da formação nos cuidadores formais: pesquisa quantitativa

Cátia-Sofia Rodrigues-Figueira^a, Clara-Sofia Gonçalves-Barros^a, Ilda-Catarina Silva-Sousa^a, Laura-Marília Oliveira-Pita^a, Laura-Sofia Pereira-Santos^a, ^{b,c}Rita-Maria Sousa-Abreu-Figueiredo

^aEstudantes de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem. São José de Cluny. Funchal;

^bProfessora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem. São José de Cluny. Funchal;

^cCINTESIS@RISE

RESUMO

Cuidar de alguém é uma atividade complexa, onde frequentemente surgem dificuldades. A formação é importante no que diz respeito à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e, neste âmbito, o “Projeto +Cuidador” procurou capacitar os CF de idosos dependentes, através da realização de sessões a grupos, de modo a promover a qualidade de vida dos cuidadores e das pessoas cuidadas. Este foi um estudo observacional transversal do tipo exploratório-descriptivo e de natureza maioritariamente quantitativa, com uma amostra não probabilística por conveniência de 30 cuidadores dos concelhos da Calheta e Ponta de Sol, RAM. Os objetivos deste estudo foram conhecer as principais dificuldades dos CF e avaliar a eficácia do programa de formação dos mesmos. Os dados foram colhidos em 2023, através de questionários e tratados com recurso ao Excel. As considerações éticas foram garantidas ao longo de todo o processo. As sessões “Primeiros Socorros” e “Cuidados ao idoso no fim de vida” foram aquelas em que maior percentual de formandas classificou como “Extremamente Interessante”. Foram inicialmente identificadas áreas de maior dificuldade na prestação de cuidados e verificou-se que o grau de dificuldade aumentou após as formações, na maioria das situações. Os resultados obtidos estão em consonância, maioritariamente, com a literatura consultada. Ainda assim, são necessários mais estudos relativamente ao aumento do grau de dificuldade após as formações. Contudo, reconhece-se a pertinência deste estudo, considerando a capacidade em justificar as diferenças encontradas.

Palavras-chave: cuidadores, formação profissional, idoso dependente.

1. INTRODUÇÃO

Cuidador formal pode ser definido como um indivíduo que ajuda pessoas que possuem uma ou mais deficiências, sendo remunerado para o exercício das suas funções, para as quais teve uma preparação prévia, considerando a sua qualificação/formação profissional e as exigências existentes. No entanto, com o aumento do número de pessoas em situação de dependência e grande vulnerabilidade física, social e cognitiva, e estando os cuidadores formais constantemente em contato direto e contínuo com as mesmas, o profissional tende a sofrer consequências negativas por cuidar de outro^{1,2,5}. As pessoas alvo dos seus cuidados podem pertencer a uma instituição ou encontrar-se no próprio domicílio, sendo que os cuidados são geralmente delegados pela família ou pelos profissionais de saúde³. Os cuidados desempenhados por um familiar, beneficiam a pessoa cuidada, uma vez que é na família que a pessoa idosa encontra apoio, cuidado e proteção¹³. Assim, verifica-se que os cuidadores formais são profissionais que dão diversas respostas, direcionadas a pessoas que necessitam de cuidados, com o intuito de promover a sua autonomia, integração social, saúde e qualidade de vida⁴.

Muitas vezes é o cuidador formal o elo de ligação entre o idoso, a família e os serviços de saúde ou da comunidade. Para além disso, o mesmo deve possuir as seguintes habilidades/qualidades, nomeadamente, técnicas (conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, adquiridos através da orientação de profissionais especializados); éticas e morais (atributos necessários ao estabelecimento de relações de confiança, dignidade, responsabilidade e respeito pela intimidade e hábitos/crenças familiares); emocionais (deve possuir estabilidade emocional, facilidade em relacionar-se com o outro, capacidade de compreender os momentos difíceis, adaptação às mudanças e tolerância perante as situações vivenciadas); físicas e intelectuais (deve possuir saúde física e a capacidade de avaliar e gerir situações que envolvam a tomada de decisões); motivação (condição fundamental para cuidar de idosos, valorizando-os)⁸.

O trabalho desempenhado pelos cuidadores formais nem sempre é fácil, pelo contrário, cuidar de alguém é algo que exige muito de quem o faz, uma vez que o cuidar vai para além da satisfação das necessidades básicas do ser humano, quando este se encontra fragilizado. Portanto, a prestação de cuidados requer um esforço contínuo, muitas vezes não reconhecido e desajustadamente recompensado. Assim, os cuidados a serem prestados podem tornar-se, com o passar do tempo, uma tarefa exaustiva e complexa para o cuidador. É, portanto, compreensível que cuidar de alguém implique estar exposto às repercussões/exigências relacionadas com a prestação de cuidados^{5,6}.

Considerando a necessidade de uma prestação de cuidados segura e individualizada, torna-se frequente o surgimento de dificuldades por parte do cuidador formal^{7,8}. O presente estudo tem como primeiro objetivo conhecer as principais dificuldades dos CF, e como segundo objetivo avaliar a eficácia do programa de formação.

Ademais, aos cuidadores que desempenham um papel profissional e reconhecido, são exigidas determinadas competências, como reconhecer as necessidades de quem cuida, saber distingui-las, lidar com doenças e sintomas ou problemas sociais, de personalidade ou de ordem familiar e contextual. De modo a melhor desempenhar as suas funções, o CF deve possuir formação e preparação física, emocional, ética e moral, tendo em conta o aumento proporcional entre o nível de formação e a qualidade e eficiência dos cuidados prestados. Assim, o investimento na literacia em saúde torna-se relevante, pois o aumento do conhecimento conduzirá a uma maior capacitação dos cuidadores formais, levando-os a melhores escolhas e, por conseguinte, reduzindo os riscos inerentes ao ato de cuidar do outro, como a sobrecarga física, psicológica e profissional^{4,7}.

De facto, o aumento do nível de literacia em saúde na população concede uma maior autonomia, levando a que indivíduos informados tenham a capacidade de comunicar os problemas, procurando consequentemente as suas soluções, destacando-se assim como um desafio e uma prioridade na sociedade atual, que visa a promoção de estilos de vida saudáveis. Assim, verifica-se que a promoção da literacia em saúde tem como principal objetivo o desenvolvimento das capacidades pessoais, onde estas aprofundam os seus conhecimentos em relação às tarefas que desempenham. Todavia, a literatura demonstra que mesmo os indivíduos com mais altos níveis de literacia em saúde podem não ser capazes de aplicar o seu conhecimento em situações que exigem conhecimentos mais específicos¹¹.

Para atingir o nível de literacia em saúde esperado e adequado, é importante que existam formações que vão de encontro às necessidades sentidas pelos CF, de modo a adquirirem competências nas áreas com maior dificuldade. Formação pode, então, ser definida como a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências, tendo como principal objetivo melhorar as capacidades, qualidades, desempenho e produtividade do formando^{3,7}. Atendendo a que a sociedade se encontra sempre em processo de mudança, torna-se necessária a atualização constante de conhecimentos e, neste sentido, destaca-se também a formação contínua, que contribui de forma eficaz para o aperfeiçoamento da formação já existente, permitindo a articulação entre a teoria e a prática, facilitando assim a tomada de decisão¹.

No que diz respeito à formação, pode-se inferir que o grau de eficiência do cuidador se encontra diretamente relacionado com o tipo de formação que recebeu, ainda que aliado aos seus recursos e competências pessoais. Além disso, também os conhecimentos e experiências anteriormente vividas, estratégias utilizadas, o significado que o cuidador atribui ao cuidar, a capacidade de resiliência, cultura, intensidade e tipologia do cuidar são fatores que têm implicações no desempenho das funções enquanto cuidador^{8,9}. Desta forma, compreende-se que o cuidar não é algo totalmente linear, tratando-se de um processo complexo de interação contínua, entre o cuidador e a pessoa cuidada.

Nesta linha de pensamento, para que a pessoa cuidada tenha um tratamento holístico e adequado às suas necessidades emocionais, psicológicas e físicas, o cuidador necessita de ter qualificações para intervir¹¹. É por isso que se relaciona a formação dos cuidadores com a diminuição das suas dificuldades e o aumento da qualidade de vida da pessoa cuidada, com a adaptação positiva ao meio em que se encontra¹³.

De acordo com a literatura, de um modo geral, os CF possuem um baixo nível de escolarização, não apresentando formação específica e, além disso, auferem de um valor baixo de remuneração. Todos estes fatores afetam negativamente a qualidade do seu desempenho na prestação de cuidados¹, sendo por isso reconhecido o papel da formação, no que diz respeito ao seu desenvolvimento, não só profissional, como também pessoal, em termos físicos, sociais, intelectuais e emocionais.

A formação dos CF pode assumir um cariz mais técnico, onde aprendem e aprofundam temas relacionados com as suas funções, no que diz respeito à nutrição, higiene, cuidados com a organização do ambiente protetor e seguro, acesso a dispositivos de ajuda, controlar sinais vitais, reconhecer sinais de alterações, prestar primeiros socorros em situações de urgência, deambulação e mobilidade, gestão e administração da medicação, entre outros. Por outro lado, é igualmente relevante ter uma componente comportamental, que lhes permita melhorar a relação entre os indivíduos e potenciar a sua flexibilidade, incluindo questões como a gestão de conflitos e de *stress*, estratégias de *coping*, técnicas facilitadoras de comunicação, capacidade de trabalho em equipa, como lidar com a morte e o luto, entre outros^{1,3,8}.

Assim, constata-se que o desenvolvimento de novas competências e aperfeiçoamento de outras já existentes possibilita um melhor desempenho das suas funções, através da consciencialização das suas capacidades, responsabilidades e dificuldades e afastamento de expectativas irrealistas, bem como pela identificação e adequação dos cuidados necessários, contribuindo para uma maior segurança, efetividade, eficiência e atenção, o que se traduz na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e, consequentemente, da qualidade de vida da pessoa cuidada. Para além disso, a formação contribui positivamente para a qualidade de vida dos próprios cuidadores, prevenção de acidentes e doenças associadas à prestação de cuidados e, ainda, para a sua satisfação pessoal. Por estes motivos, verifica-se que a formação é algo que deve estar sempre a ser atualizada e reciclada^{1,5,14}.

É também fundamental que a formação seja adequada às necessidades e dificuldades dos cuidadores. É nesta perspetiva que surge o presente estudo que procura identificar as principais necessidades dos CF e avaliar a eficácia do programa de formação na diminuição das suas dificuldades na prestação de cuidados a pessoas dependentes.

2. METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo observacional transversal do tipo exploratório-descritivo e de natureza maioritariamente quantitativa, realizado no âmbito do projeto +Cuidador, ao abrigo de um protocolo estabelecido entre a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny e a Santa Casa da Misericórdia da Calheta, com vista a promover as competências dos cuidadores na assistência ao idoso no domicílio, através de um programa de formação.

Utilizou-se uma amostragem não probabilística por conveniência¹⁵ de 30 cuidadores formais de idosos dependentes (funcionários de um lar de idosos e ajudantes domiciliárias).

O instrumento de colheita de dados (ICD) foi um questionário, elaborado pela equipa coordenadora do projeto estruturado em duas partes fundamentais, e aplicado pelos estudantes de enfermagem na primeira e última sessão de educação. A primeira parte incluía questões com o objetivo de caracterizar as formandas, nomeadamente o género, idade, local de residência, habilitações literárias e tempo de exercício profissional. A segunda parte foi constituída por um conjunto de itens, tipo escala de Likert, com 10 opções de resposta com o objetivo de identificar em que aspetos as cuidadoras apresentavam maior dificuldade na prestação de cuidados, sendo que o *score* 1 correspondia à opção de resposta “Nada difícil”, e o 10 a “Muito difícil”. O questionário foi preenchido pelas cuidadoras no início da formação.

O programa formativo foi composto por nove sessões sobre temas diversos, nomeadamente: “Cuidar do idoso frágil e dependente no domicílio”; “Primeiros Socorros”; “Saúde do Cuidador”; “Cuidados ao idoso no fim da vida”; “Mobilizações, Prevenção das Úlceras por Pressão e Quedas”; “Cuidados de Higiene e Conforto”; “Autocuidado do Cuidador e gestão das emoções”; “Alimentação, Hidratação e Medicação” e “Comunicação e relação/ética profissional”. Após a formação foi aplicado um questionário semelhante, em que era questionado o grau de dificuldade perante as mesmas situações. Adicionalmente avaliada a importância e interesse de cada um dos nove temas. O grau de importância foi avaliado numa escala de 1 (“Nada importante”) a 5 (“Muito importante”) tal como o interesse de cada sessão, 1 (“Nada interessante”) a 5 (“Extremamente interessante”). Posteriormente, o instrumento de colheita de dados recolheu a opinião das formandas relativamente à adequação do programa formativo às suas necessidades na prestação de cuidados no domicílio e/ou no internamento. A colheita de dados decorreu em janeiro de 2023 e foram considerados os devidos critérios de inclusão e exclusão neste estudo, tendo sido considerado as pessoas inscritas na formação, pessoas com idade superior a 18 anos e ainda que queriam participar livremente no estudo, como critérios de inclusão. O único critério de exclusão considerado foi as pessoas que não se encontravam presentes no momento da aplicação dos questionários.

Os questionários não incluíam dados de identificação das formandas, sendo-lhe atribuído um código numérico, garantindo o anonimato. O tratamento estatístico foi efetuado com recurso ao Excel. As considerações éticas acompanharam todo o processo de investigação. O estudo foi aprovado pela comissão de ética da ESESJC e as participantes foram informadas dos objetivos do estudo bem como do facto de ser voluntária a sua participação.

3. RESULTADOS

O presente estudo associado ao “Projeto + Cuidador” abrange um total de 30 cuidadores, do género feminino, com idades compreendidas entre os 27 e 64 anos de idade, sendo a idade média de 47 anos ($\pm 9,3$ anos), que residem no Concelho da Ponta de Sol (3,3%) e Calheta (96,7%), na Região Autónoma da Madeira. Relativamente às habilitações literárias, a maioria tinha completado o 2º ciclo ou secundário (ambos com 33,3%). No que concerne ao local de prestação dos cuidados, verificou-se que os mesmos eram predominantemente prestados no domicílio (46,7%), por cuidadoras com um tempo médio de experiência a cuidar de idosos dependentes de cerca de 18 anos.

No que concerne à adequação do programa formativo às necessidades das formandas, nenhum dos temas foi classificado como “Pouco ou nada importante”. Os temas “Cuidar do idoso frágil e dependente no domicílio”, “Primeiros Socorros”, “Saúde do Cuidador” e “Cuidados ao idoso no fim da vida” foram considerados os mais importantes pelas participantes com *score* médio de 4.7, seguindo-se os temas “Mobilizações, Prevenção das úlceras por pressão e quedas” e “Cuidados de Higiene e Conforto”, com *score* médio de 4.6. O tema “Autocuidado do Cuidador e gestão das emoções” foi o único com *score* médio de 4.5. Por fim, os temas “Alimentação, Hidratação e medicação” e “Comunicação e relação/ ética profissional” obtiveram um *score* médio de 4.4.

No que concerne ao interesse da formação, nenhuma das sessões foi classificada como “Pouco interessante” ou “Nada interessante”, sendo que as sessões sobre as temáticas “Primeiros Socorros” e “Cuidados ao idoso no fim de vida”, foram

aquelas em que o maior percentual de formandas (62,1% e 50,0%, respetivamente) classificou como “Extremamente interessante” (Tabela 1).

Tabela 1 - Interesse na formação

Temáticas	Interesse na Formação	Extremamente Interessante	Muito Interessante	Interessante	Pouco Interessante	Nada Interessante
Cuidar do idoso dependente		20%	76,7%	3,3%	-	-
Mobilizações, Prevenção UPP e Quedas		20%	70%	10%	-	-
Alimentação, Hidratação e Medicação		27%	66,7%	6,7%	-	-
Cuidados de Higiene e Conforto		30%	60%	10%	-	-
Primeiros Socorros		62,1%	34,5%	3,4%	-	-
Comunicação e Relação/Ética Profissional		40%	53,3%	6,7%	-	-
Saúde do Cuidador		40%	53,3%	6,7%	-	-
Autocuidado do Cuidador e Gestão das Emoções		20,7%	69%	6,9%	3,4%	-
Cuidados ao Idoso no Fim de Vida		50%	43,3%	6,7%	-	-

Numa fase inicial da formação, constatou-se que a situação em que as formandas reportaram maior dificuldade foi nos cuidados ao idoso com demência (*score* médio 7.3) (Tabela 2). A prestação de cuidados após a morte, o modo de intervir em situação de óbito e comunicar com o idoso em fim de vida foram os seguintes temas que mais suscitavam dificuldade entre as formandas, contando com um nível de dificuldade médio de 6.9, 6.7 e 6.4, respetivamente.

Também o tema “Atuação em situação de engasgamento” suscitava dificuldade entre as formandas (*score* médio 6.4). Ademais, outro tema em que foram reportadas dificuldades foram os levantes e transferências (*score* médio 5.6).

Além disso, após a realização da sessão formativa, foi deixada uma sugestão por parte de uma formanda que verbalizou a necessidade de se abordar de forma mais aprofundada a temática dos posicionamentos, levantes e transferências, o que revela que esta é uma das dificuldades sentida pelos CF.

Por fim, as temáticas “Posicionar de modo a prevenir úlceras por pressão” e “Dar banho a pessoas com pensos” foram outras dificuldades manifestadas pelas formandas, contando com um *score* médio de dificuldade de 4.9 e 4.7, respetivamente.

Após a conclusão do programa formativo, procurou-se avaliar o grau de dificuldade sentido pelos CF acerca de cada tema abordado e constatou-se que, de um modo geral, na maioria das situações (17) o grau de dificuldade aumentou após a formação (Tabela 2). Apenas em cinco temáticas se verificou uma diminuição no nível de dificuldade, nomeadamente “Cuidar do idoso com demência” (diferença de 0.9); “Dar alimentação em situações complexas” (diferença de 0.3); “Dar alimentação a pessoas que têm dificuldade em engolir” e “Prestar cuidados a um idoso com doença grave em fase terminal, ambas com uma diferença de 0.2 e, por fim, “Comunicar com pessoas confusas” (diferença de 0.1).

Tabela 2 - Dificuldades iniciais e competências adquiridas

Temáticas	Dificuldades Iniciais e Competências Adquiridas	Dificuldades Antes da Formação	Dificuldades Após a Formação
Identificar sinais ou queixas de doenças		4,5	5,1
Cuidar de um idoso com demência		7,3	6,4
Realizar o levante/transferência de um pessoa dependente		5,6	5,9
Posicionar de modo a prevenir úlceras de pressão		4,9	5,3
Utilizar equipamentos de apoio à mobilização		4,1	4,4
Dar o banho na cama, incluído a lavagem da cabeça		3,3	3,9
Cortar/prestar cuidados às unhas		4,4	4,6
Dar o banho a pessoas com pensos		4,7	5,2
Dar alimentação em situações complexas		6	5,7
Dar a alimentação a pessoas que têm dificuldades em engolir		6,1	5,6
Identificar sinais de desidratação		4,1	4,7
Atuar numa situação de engasgamento		6,4	6,4
Reconhecer uma urgência e contactar e ativar outro meio de socorro		3,8	5
Intervir perante um idoso com febre		3,5	4,5
Comunicar com pessoas confusas		5,2	5,1
Comunicar sem utilizar linguagem infantil		3,2	4,1
Identificar sinais de alerta de exaustão profissional		4	5
Arranjar formas de cuidar de si e evitar o desgaste profissional		4,6	5,3
Lidar com situações de conflito		4,6	5,3
Lidar com sentimentos e emoções negativas		4,8	5,1
Prestar cuidados a um idoso com doença grave em fase avançada		6,1	5,9
Comunicar com um idoso que está em fim-de-vida		6,4	6,4
Prestar cuidados após a morte		6,9	7,1
Intervir numa situação de óbito, comunicando a situação a outros		6,7	6,8

4. DISCUSSÃO

Relativamente às habilitações literárias dos formandos, os resultados obtidos neste estudo revelaram que a maioria tinha completado o 2º ciclo ou secundário, estando este dado em consonância com a bibliografia consultada, que refere que a maioria dos CF possuem um baixo nível de escolarização, não apresentando formação específica¹.

No que concerne ao tempo de prestação dos cuidados, verificou-se que o tempo médio de experiência dos cuidadores formais no desempenho de tarefas relacionadas com o cuidado a idosos dependentes, era de cerca de 18 anos. Estes resultados vão de encontro à evidência científica, uma vez que os conhecimentos, experiências anteriormente vividas, as estratégias utilizadas e a capacidade de resiliência, são fatores que têm implicações no desempenho das funções enquanto cuidador⁹.

Atendendo às dificuldades sentidas pelos cuidadores formais na prestação de cuidados, um estudo realizado em 2020, no âmbito de um projeto de intervenção comunitária com vista à capacitação de CF de pessoas idosas, concluiu que as principais dificuldades são o conhecimento sobre o modo de atuação perante descompensação do estado de saúde; lidar com pessoas com demência; a utilização de ajudas técnicas; relação com o idoso e, por fim, cuidados a ter com feridas e úlceras por pressão¹. Desta forma, considerando o primeiro objetivo deste estudo, verificou-se que a situação em que as formandas reportaram maior dificuldade inicial foi nos cuidados ao idoso com demência, dificuldade também identificada pela literatura consultada¹. A prestação de cuidados após a morte, o modo de intervir em situação de óbito e comunicar com o idoso em fim de vida foram os seguintes temas que mais suscitaram dificuldade entre as formandas, podendo estes dados ter alguma relação com a descompensação da doença, dificuldade também identificada pelos CF na bibliografia consultada¹.

O tema “Atuação em situação de engasgamento” também suscitava dificuldade entre as formandas, tendo esta dificuldade sido identificada num estudo realizado, no ano 2012, cujo objetivo foi conhecer as dificuldades percebidas pelos CF de idosos dependentes no domicílio, que concluiu que cerca de 60% dos CF referiam sentir dificuldades relativas à prestação de primeiros socorros à pessoa idosa⁹.

O tema dos levantes e transferências suscitaram dificuldade entre as formandas, indo este dado de encontro a dois estudos realizados no ano de 2012 e 2019, que concluíram que, são as atividades de mobilizações no leito⁹, posicionamentos¹⁰ e transferências^{9,10}, as que os CF sentem maior dificuldade. Compreende-se que esta dificuldade manifestada poderá ainda se encontrar associada à dificuldade na utilização de ajudas técnicas, dado referido na literatura¹. Relativamente à sugestão

deixada por uma formanda no que concerne à necessidade de se abordar de forma mais aprofundada esta temática, verificou-se que esta é uma das dificuldades sentidas que vêm reforçar os achados na evidência científica^{9,10}.

Por fim, as temáticas “Posicionar de modo a prevenir úlceras por pressão” e “Dar banho a pessoas com pensos” foram outras dificuldades manifestadas pelas formandas, estando estes resultados em concordância com o estudo consultado¹, que identificou os cuidados ao nível das feridas e úlceras por pressão como uma das dificuldades sentidas pelos cuidadores formais na prestação de cuidados.

De acordo com o segundo objetivo deste estudo, constatou-se que, após a conclusão do programa formativo, de um modo geral, na maioria das situações o grau de dificuldade aumentou após a formação. Este dado poderá ser explicado pelo aumento da consciencialização dos formandos no que concerne às suas reais dificuldades, atendendo à complexidade das situações que possam vir a ser vivenciadas^{1,14}. Contudo, a formação continua a ser importante, tendo em conta a evidência científica³.

Além das dificuldades manifestadas pela população alvo deste estudo, um estudo realizado no ano de 2010, cujo objetivo consistia em identificar as principais dificuldades sentidas por CF no cuidado a idosos institucionalizados, concluiu que as mesmas são a interação com o idoso e a sua família^{1,6}; o impacto emocional e físico da doença; a dificuldade de organização, o planeamento das atividades e a falta de recursos humanos^{6,8}. Já outros estudos concluíram que outras dificuldades manifestadas são a falta de tempo para a prestação de cuidados e a necessidade de estímulo da autonomia na realização das atividades de vida básicas^{5,8}. Em suma, conclui-se que na literatura existem outras dificuldades que emergem no ato de cuidar do outro, contudo as mesmas não foram verificadas neste estudo.

Por fim, considerando as temáticas abordadas ao longo da formação, verificou-se que os temas considerados pelos CF como os mais importantes, nomeadamente: “Cuidar do idoso frágil e dependente no domicílio”; “Cuidados ao idoso em fim de vida”; “Primeiros socorros” e “Mobilizações, prevenção das úlceras por pressão e quedas”, correspondem aos temas em que os formandos apresentaram inicialmente uma maior dificuldade, nomeadamente o ato de cuidar do idoso com demência; cuidados após a morte, intervir em situação de óbito e comunicação do idoso em fim de vida; atuar em situação de engasgamento; realização de mobilizações e transferências; posicionar de modo a prevenir úlceras por pressão e dar banho a pessoas com pensos.

Perante os resultados obtidos neste estudo, verificou-se que estes se encontram maioritariamente em consonância com a bibliografia consultada. Contudo, reconheceu-se a necessidade de mais estudos relativamente ao grau de dificuldade dos CF após as formações, considerando que a amostra reduzida de CF, constitui a principal limitação deste estudo.

5. CONCLUSÃO

Tendo em conta o primeiro objetivo de conhecer as principais dificuldades dos CF, e o segundo objetivo avaliar a eficácia do programa de formação. O presente estudo foi capaz de identificar as áreas em que os CF sentem mais dificuldade aquando da prestação de cuidados e ainda compreender o impacto da formação no nível de dificuldade sentido nas diferentes áreas. Desta forma, verifica-se que os resultados obtidos estão em consonância, em grande parte, com a literatura consultada. Contudo, os resultados relatadamente ao aumento do grau de dificuldade sentido nas diferentes áreas, após a formação, conduz à reflexão e constatação da necessidade de mais estudos, considerando diferentes variáveis, especialmente no que concerne a amostras mais abrangentes de CF. Ainda assim, consideramos que este estudo foi pertinente, tendo em conta, que foi possível comparar os resultados obtidos com a literatura consultada e, ainda, justificar as diferenças encontradas.

De facto, as repercussões de uma população idosa dependente, associada a uma prática caracterizada por um conjunto de dificuldades em variadas áreas, podem ter um impacto significativo na qualidade e segurança dos cuidados, conduzindo a um aumento das comorbilidades, bem como diminuindo a qualidade de vida e autonomia dos envolvidos. Assim, de acordo com a perspetiva da Enfermagem, torna-se necessário intervir junto desta população, através de um acompanhamento próximo e desenvolvimento contínuo de atividades formativas, tendo em vista a identificação, caracterização e clarificação do tipo e grau de dificuldade, de forma a adotar estratégias personalizadas. A realização de sessões de formação, o ensino e a demonstração de técnicas, constituem uma excelente estratégia que deverá ser proporcionada a todos os cuidadores, atendendo a que estas ações irão diminuir ou até suprimir as dificuldades sentidas, indo de encontro às reais necessidades, o que contribui para a preparação, confiança e motivação dos cuidadores para a contínua melhoria na prestação de cuidados. Acreditamos que desta forma será possível a adequação das intervenções em saúde realizadas, tendo sempre como objetivo a segurança, qualidade e êxito dos cuidados prestados ao doente.

REFERÊNCIAS

- [1] Sousa SC, Xavier S. Capacitar para Cuidar-Capacitação de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas [dissertação mestrado internet]. Portalegre: Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Portalegre; 2020 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33536/1/BCTFC110.pdf>
- [2] Martins G, Corrêa L, Caparrol AJS, dos Santos PTA, Brugnara LM, Gratão ACM. Características sociodemográficas e de saúde de cuidadores formais e informais de idosos com Doença de Alzheimer. Esc Anna Nery. 2019;23(2):1-10. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2018-0327
- [3] Manuel S, Gonçalves G, Braz N, Sousa C. O desenvolvimento de competências dos cuidadores formais: O caso das instituições de apoio a idosos na região do Algarve. Em Anica A, de Sousa C (Eds.). Envelhecimento ativo e educação (II). Faro: Universidade do Algarve; 2020. [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://cuty.io/YHW8eM5M>
- [4] Vaz IDT, Oliveira L, Pimenta R. A literacia em saúde dos cuidadores formais e informais [dissertação mestre em internet]. Porto: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto; 2020 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/17502/1/DM_Iolanda%20Vaz.pdf
- [5] Silva JMF, Teixeira Z. Burnout em Cuidadores Formais [dissertação mestre em internet]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2016 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://cuty.io/rYQy>
- [6] Sequeira C. Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental [Internet]. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda; 2010 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://cuty.io/jYdTLPLbXd>
- [7] Pereira SAS, Marques EMBG. Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. INFAD [Internet]. 2014 [citado em 09 de maio de 2023];2(1):133-139. Disponível em: <https://cuty.io/ywKJp8XP>
- [8] Pereira SAS, Corte AEM, Marques EMBG. Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados [dissertação mestre em internet]. Da Guarda: Politécnico da Guarda; 2013 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://cuty.io/jY6h>
- [9] Batista NRF, Brito IS, Simões MLS. Dificuldades do cuidador formal de pessoas idosas dependentes no domicílio [Dissertação mestre em internet]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2012 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=details&id_sp=4338&l=1
- [10] Guerra M, Martins I, Santos D, Veiga J, Moitas R, Silva R. Cuidadores formais de idosos institucionalizados: percepções e satisfação profissional. Gest Desenvolv. 2019;27: 291-313. doi: 10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.385
- [11] Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Manual de boas práticas literacia em saúde: capacitação dos profissionais de saúde [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2019 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://cuty.io/wXfzUcg7>
- [12] Pinto LCGL, Róseo, FFC. Envelhecer com saúde: O desafio do cuidar humanizado. Rev Interfaces Saúde [Internet]. 2014 [citado em 09 de maio de 2023];1:20-29. Disponível em: <https://cuty.io/pYURTB>
- [13] Vieira CPB, Gomes EB, Fialho, AVM, Silva LF, Freitas MC, and Moreira TMM. Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas. REME [Internet]. 2011 [citado em 09 de maio de 2023];15(3):348-355. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/44>
- [14] Silva I, Machado F, Ferreira M, Rodrigues M. Formação profissional de cuidador de idosos atuantes em instituições de longa permanência. Holos. 2014;8:342-356. doi: 10.15628/holos.2015.3215
- [15] Figueiredo AM, Figueiredo FO. Amostragem: Notas teóricas e exercícios. Complementos de Estatística, PDMA [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2011 [citado em 09 de maio de 2023]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/103088>

El manejo de heridas crónicas mediante injertos en sello. Una revisión exploratoria

Yamilet-del-Carmen Saavedra-González^a, Gabriel-Jesús Estévez-Guerra^b

^aEstudiante del Grado en Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bProfesor del Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

Las heridas crónicas son aquellas que siguen un proceso anormal de curación y por lo tanto suelen tardar más de cuatro semanas en cicatrizar. Actualmente estas heridas suponen un grave problema para la sanidad pública ya que se asocia a una tasa bastante elevada de morbilidad además de disminuir la calidad de vida de los pacientes. Actualmente existen diversas técnicas avanzadas que no son muy utilizadas por los profesionales, pero que suponen un gran alivio económico y a su vez resultan bastante eficaces para resolver esta problemática, una de estas técnicas son los injertos de piel en sello o sacabocados. Por ello, dada la necesidad, se ha procedido a buscar información que evidencie la importancia y utilidad de esta técnica, para ello se ha llevado a cabo una búsqueda avanzada en base de datos, MEDLINE (vía PUBMED), LILACS, CINAHL, y SCOPUS (vía Elsevier). Se seleccionaron aquellos artículos que, publicados entre enero de 2017 y diciembre de 2022 tanto en inglés como en español y francés, la búsqueda tuvo que ampliarse a los 6 años debido a la falta de documentos de relevancia. Estos debían poner de manifiesto la utilización de los injertos en sello como método para la cura de heridas crónicas en pacientes adultos, de ambos sexos y de cualquier raza que presentaran esta condición.

Palabras clave: trasplante de piel, injerto de piel, cicatrización de heridas, úlcera.

1. INTRODUCCIÓN

La piel es el órgano más grande de nuestro cuerpo y entre sus funciones está la regulación del medio interno y externo o el aislamiento frente a factores externos como las bacterias y los agentes lesivos. Está formada por tres capas. La **epidermis**, es la más superficial, y se caracteriza por ser delgada, ya que su espesor es de aproximadamente 1/100 pulgadas que equivale a 0,0254 cm. Protege a las demás capas y órganos del medio ambiente. Sus componentes celulares principales son los queratinocitos, los cuales son los encargados de fabricar queratina, proteína principalmente protectora, y los melanocitos, que producen melanina, haciendo posible que se dé una pigmentación en la piel que proteja contra los efectos nocivos del sol. A su vez, esta capa se compone de varias subcapas o estratos (estrato basal, estrato espinoso, estrato granuloso, estrato lúcido y estrato córneo). La capa media de la piel es la **dermis**, más gruesa que la epidermis. En ella se hallan las glándulas sudoríparas, los vasos sanguíneos y nervios. Además, produce colágeno, proteína que aporta fuerza y elasticidad a la piel. Esta capa contiene estratos, el papilar y el reticular, siendo este último el más profundo, entrando en contacto con la capa más profunda de la piel, la **hipodermis**. Ésta, junto con el estrato reticular, forman una red de colágeno y células adiposas. Esta capa ayuda al cuerpo a conservar el calor y además posee un efecto amortiguador protegiendo, por ende, a los órganos¹.

Cuando se produce una lesión en la piel, se inicia el proceso biológico de la cicatrización. Con ello se busca el cierre de la herida, ya sea por primera o segunda intención. Este fenómeno se lleva a cabo de manera continua y simultánea, en el que las diferentes fases trabajan en conjunto para reemplazar la piel dañada por un tejido nuevo. Las etapas que conforman este proceso son la **fase inflamatoria**, en la que se produce vasoconstricción para detener el sangrado (proceso de hemostasia) y paralelamente la agregación plaquetaria, donde la formación de coágulos de fibrina impide la salida de sangre. Además, se inicia un proceso celular de protección frente a agentes externos. En la segunda fase, de **proliferación**, se forma el tejido de granulación y una nueva epidermis. Aquí la herida se caracteriza por adquirir un tono rosado y estar al mismo nivel que el resto de la piel².

Sin embargo, a veces se produce alguna alteración que impide que este proceso se desarrolle en el tiempo previamente establecido como normal, produciéndose una lesión crónica. Ésta se caracteriza por un estancamiento o retraso en la fase de inflamación o en la fase proliferativa, impidiendo la activación de la fase de maduración y cierre de la herida². La cicatrización es un proceso complejo que depende de diversos factores tanto internos como externos. Algunos de estos son la isquemia, la infección, el tabaquismo, enfermedades como la diabetes, la deficiencia nutricional, los fármacos y la radiación³⁻⁵.

Así pues, una herida se define como la pérdida de continuidad de la piel o mucosa producida por algún agente físico o

químico, que cursa con una serie de signos y síntomas como pueden ser la separación de bordes de la piel, dolor, inflamación, hemorragia, etc. Según la temporalidad podemos diferenciar dos tipos de heridas. Por un lado, encontramos las heridas agudas, que son aquellas que tienen un tiempo de evolución menor de 30 días y siguen un proceso adecuado de cicatrización, llegando la piel a restaurar su integridad anatómica y funcional. Por otra parte, nos encontramos ante las heridas crónicas que se caracterizan por seguir un proceso de reparación anormal, en el que el desarrollo de la cicatrización se paraliza y por ende impide la reparación anatómica y funcional del tejido lesionado. Se ha definido que el tiempo requerido para considerar una herida crónica sea de cuatro semanas hasta más tres meses. De este modo, las úlceras son las lesiones crónicas que se presentan con más frecuencia. Para una mejor comprensión de esta problemática, la Sociedad de Cicatrización de Heridas (Wound Healing Society) ha establecido una clasificación en la que se dividen según su etiología en cuatro categorías ^{3,6-8}:

- **Úlceras por presión.** Son heridas producidas por factores extrínsecos como las fuerzas de presión, el rozamiento y la fricción.

- **Úlceras diabéticas.** En este caso, la úlcera de pie diabético es una herida que se cronifica con el paso del tiempo por un mal diagnóstico o por un tratamiento inadecuado ante la diabetes mellitus.

- **Úlceras venosas.** Es provocada por un aporte insuficiente de oxígeno a los tejidos.

- **Úlceras por insuficiencia arterial.** Es el resultado de una isquemia prolongada en el tiempo.

Dicho esto, actualmente las heridas crónicas suponen un grave problema para la sanidad pública ya que se asocia a una tasa bastante elevada de morbilidad además de disminuir la calidad de vida del paciente, tanto por el dolor físico y psíquico constante, como por las limitaciones funcionales que producen. Calcular la cifra del número de heridas tanto crónicas como agudas que se producen es una tarea bastante complicada, a pesar de ello se realizó una estimación mundial mediante la combinación de varios estudios, aportando que un mínimo de 20 millones de personas en el mundo padece heridas crónicas. Asimismo, debido a la heterogeneidad que las caracteriza, la mayoría de los estudios epidemiológicos han optado por realizar las estimaciones según el tipo de herida, siendo las úlceras por presión y las de la extremidad inferior (úlceras venosas, arteriales y de pie diabético) las más estudiadas. Por ello, nos centraremos en estas últimas ^{9,10}.

Por otra parte, las heridas crónicas suponen un elevado coste económico y la dedicación de mucho tiempo por parte de los profesionales de enfermería. En España se estima que el coste anual del tratamiento oscila en torno a los 435 millones de euros correspondiendo el 18,9% a Atención Primaria, el 28% a Atención Hospitalaria y el 53,1% a la Atención Sociosanitaria. Además, en el caso de las úlceras de la extremidad inferior, se pueden estimar que los gastos totales de una visita, material, enfermería y cuidados médicos rondan los 150 euros ⁸. Además, las heridas crónicas interfieren en la calidad de vida de las personas afectadas. Así, un estudio realizado en Gran Canaria, estableció que la calidad de vida en estadios iniciales de las heridas es relativamente baja con una puntuación de 113, frente a la máxima que se sitúa 245 ³.

En base a esto, para que se de un buen abordaje terapéutico es necesario conocer las características, así como los factores que pueden entorpecer o impedir la resolución de esta problemática, y aunque existen una gran variedad de ellos, vamos a englobarlos en cuatro grupos fundamentales. En primer lugar, tenemos los factores relacionados con el paciente, como puede ser la presencia de ciertas enfermedades entre las que destacan la diabetes mellitus, la obesidad, las neoplasias, y aquellas que afectan a la movilidad, además otro de los factores a tener en cuenta es la edad, ya que a más edad menos capacidad de cicatrización. Seguidamente con relación a los factores asociados a la propia herida influyen las características que esta presente, ¿dónde se localiza?, ¿cuál es su profundidad?, ¿está infectada?, ¿hay presencia de biofilm? ⁸.

Por otro lado, las habilidades y conocimientos que el profesional sanitario tenga a cerca de esta área para proceder a sus cuidados influirán en la prevención, tratamiento y diagnóstico de las heridas crónicas, la cicatrización dependerá en cierta medida de las actitudes que este tome en la valoración y manejo de estas. Un reciente estudio mostró que entre un 83,8% y un 86,5% de los profesionales enfermeros encuestados poseían un bajo/medio conocimiento acerca de las heridas crónicas y las técnicas avanzadas para su tratamiento. Lo último a tener en cuenta sería la disponibilidad de recursos y tratamientos que existen en el sistema sanitario y que son idóneos según la evidencia para la curación de este tipo de heridas ^{8,11}.

Del mismo modo, para tratar toda herida crónica, la European Wound Management Association (EWMA) describió una estrategia dinámica llamada TIME, que resume los 4 puntos clave para estimular el proceso de curación natural: control del tejido no viable (T: tissue/tejido), control de la inflamación (I: infection/infección), control del exudado (M: moisture/humedad) y estimulación de los bordes epiteliales (E: edge/borde). Aún así, este método debe utilizarse como complemento a otras técnicas, ya que solo se tiene en cuenta los aspectos del lecho de la herida, dejando a un lado todos los demás factores que influyen en la cura. De esta forma, actualmente existen diversas técnicas avanzadas que no son muy utilizadas por los profesionales, pero que suponen un gran alivio económico y a su vez resultan bastante eficaces. Una de estas técnicas se basa en la utilización de injertos o microinjertos en sello, estos son fragmentos de piel que se extraen en forma circular u ovalada, son de carácter autólogo y de espesor parcial, esto significa que la piel donante procede del propio individuo y que su grosor oscila entre los 0.2-0.4mm, lo que supone que se obtienen sin profundizar más allá de la dermis. Asimismo,

normalmente la zona donante de elección es el muslo. Es un procedimiento muy útil que nos ayuda a conseguir una rápida epitelización, ya que desde el centro de la lesión comienza un segundo proceso de cicatrización hacia los bordes de la herida. Dicho esto, para que esta técnica sea efectiva debemos asegurarnos de que la herida esté limpia y se encuentre en fase de granulación, por ello habitualmente se necesitan ciertos cuidados previos al injerto como puede ser el desbridamiento^{12,13}.

Como mencionamos anteriormente, se trata de una técnica muy sencilla que requiere de material básico y se puede realizar de manera ambulatoria por parte de la enfermera y siempre de forma estéril. En cuanto al procedimiento en sí, en primer lugar, debemos tener en cuenta que la zona donante (normalmente es la cara anterior del muslo) que será anestesiada localmente, debe estar libre de cicatrices, telangiectasias u otros defectos dermatológicos. Posterior a esto con la ayuda de unas pinzas y un bisturí se extraerán los fragmentos de piel que se irán colocando en forma de mosaico encima de la lesión con una separación de entre 2mm y 5mm. Seguidamente, se cubre la herida con un apósito primario y uno secundario que se seleccionará en función del exudado inicial de la herida. Además, la zona donante se cubre con una lamina de alginato cálcico que será retirada cuando se realice la primera cura de la zona injertada que será entre los 3 y 7 días tras la intervención^{13,14}. En cuanto a los beneficios que aporta esta técnica nos encontramos con que se puede realizar en centros de atención primaria, es una técnica poco invasiva, ya que el dolor que presenta el paciente es mínimo e incluso disminuye el dolor de la zona afectada y precisa de pocos recursos humanos y materiales siendo más económica e incluso eficaz que los tratamientos habituales¹³.

Por ello, en vista a todo lo mencionado anteriormente, y puesto que el papel de enfermería es fundamental para el abordaje de las heridas, el objetivo principal de esta revisión bibliográfica es recopilar información sobre este procedimiento y sus beneficios para así determinar su utilidad en pacientes que presenten úlceras de miembros inferiores.

2. METODOLOGÍA

2.1. Diseño

Con respeto al diseño de este trabajo, nos encontramos ante una revisión sistemática exploratoria sobre el método de injertos en sello para la cura de heridas crónicas. Además, se formuló la siguiente pregunta de investigación siguiendo el formato PICO (Patient/Intervention/Comparison/Outcome): ¿Son los injertos en sello una técnica eficaz para la cura de úlceras de miembros inferiores? Del mismo modo, para la realización de esta revisión se empleó la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses).

2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Mediante los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron todos aquellos documentos académicos, institucionales y científicos, en la mayor parte artículos de revista, que permitieron alcanzar el objetivo planteado. En cuanto al ámbito temporal, se eligieron aquellos publicados entre enero de 2017 y diciembre de 2022 tanto en español, como inglés y francés, la búsqueda tuvo que ampliarse a los 6 años debido a la falta de documentos de relevancia. Estos debían poner de manifiesto la utilización de los injertos en sello como método para la cura de úlceras de miembros inferiores en pacientes adultos, de ambos sexos y de cualquier raza que presentaran esta condición.

Por otro lado, no se consideraron documentos válidos todos aquellos que fueran TFG o guías de práctica clínica. Además, también se excluyeron los artículos que utilizaron otro método de cura para heridas crónicas que no tuvieran ninguna relación con la técnica de injertos en sello.

2.3. Estrategia de búsqueda y selección de estudios

En primer lugar, para la búsqueda y selección de estudios, se utilizaron los descriptores de Ciencias de la Salud tanto en español (DeCS) como en inglés (MeSH). Los términos empleados fueron “Trasplante de piel o Injerto de piel /Skin Transplantation o skin grafting”, “Cicatrización de heridas/Wound Healing”, “Úlcera/Ulcer”. Asimismo, para cumplir con la normativa de evidencia científica se procedió la búsqueda en las bases de datos MEDLINE (vía PUBMED), LILACS, CINAHL, y SCOPUS (vía Elsevier). Asimismo, para realizar la búsqueda avanzada, se crearon diferentes ecuaciones mediante la combinación de operadores booleanos (AND y/o OR) y las palabras clave mencionadas anteriormente.

Tras la búsqueda en las diferentes bases de datos se encontró 310 artículos de los cuales 105 no cumplieron los criterios de inclusión y no fueron seleccionados, por tanto, se analizó un total de 205. Tras una primera lectura de títulos se excluyeron 120 artículos, seleccionando 85. Seguidamente, se procedió a realizar una segunda lectura que incluyera el resumen/ abstract de los estudios y se escogieron 19 artículos de los cuales 4 estaban duplicados. En base a esto, se realizó una tercera lectura a texto completo y tan solo 6 artículos cumplieron con los criterios de elegibilidad formando por ello parte de esta revisión (Figura 1).

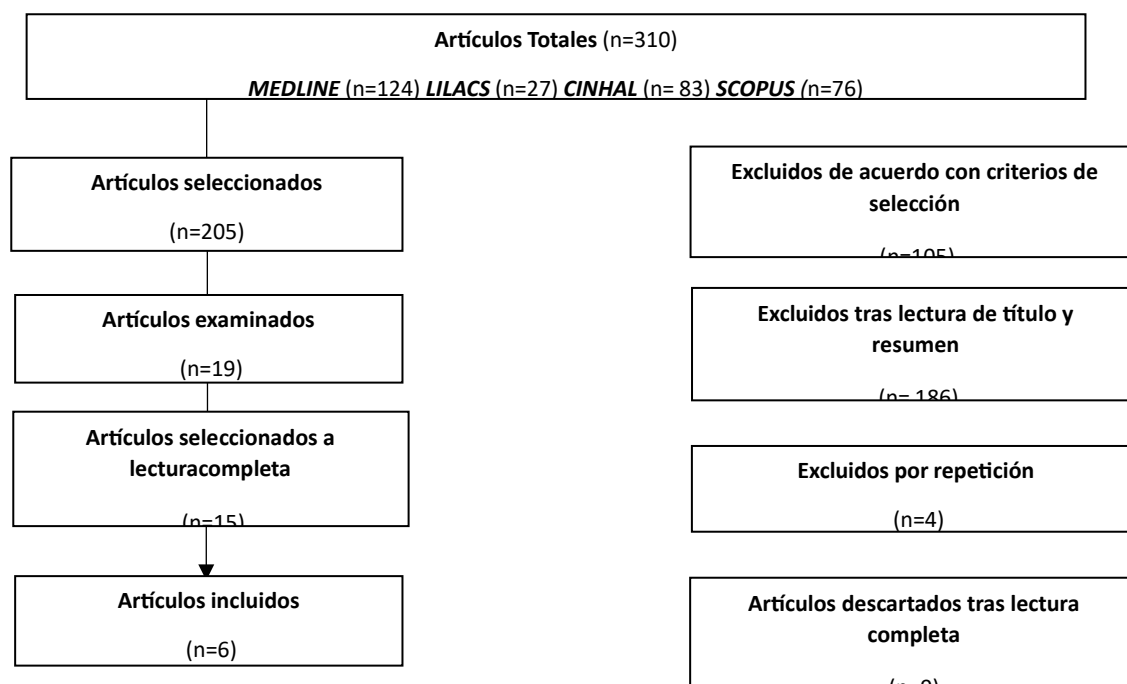


Figura 1. Diagrama de flujo siguiendo criterios PRISMA. Elaboración propia.

3. RESULTADOS

Tabla 1. Resultados

Autor, año	País	Tipo estudio	Objetivos	Resultados
Serra R, 2017 ¹⁵	Italia	Revisión sistemática	Evaluar la eficacia y seguridad de los injertos en sello en heridas crónicas	Este estudio sugiere que es posible tratar las úlceras venosas mediante los injertos en sello usando el muslo como zona donante, el desbridamiento y el reposo son pasos importantes para preparación de la herida. También se menciona que la terapia de presión negativa es utilizada como tratamiento adyuvante en la mayoría de los casos.
Wilson J, 2017 ¹⁶	Brasil	Estudio clínico	Describir el uso no convencional de los injertos en sello como una alternativa segura, sencilla y útil.	Los injertos de espesor parcial se usan para tratar úlceras profundas y extensas, pero no son recomendables si hay exposición de huesos o tendones. Se utilizan cuando otros tratamientos no han funcionado y se realizan bajo anestesia después de limpiar y desbridar la herida en la superficie.
Conde E, 2018 ¹⁷	España	Estudio clínico	Demostrar la efectividad de los injertos en sello en la úlcera de Martorell.	El uso del muslo como zona donante es una opción preferida en este tipo de tratamiento, y se cubren tanto la zona donante como la receptora con apósitos. El tratamiento se puede realizar de forma ambulatoria y ha demostrado disminuir el dolor asociado.

Tabla 1. Resultados (continuación)

Autor, año	País	Tipo estudio	Objetivos	Resultados
Plá F, 2019 ¹⁸	España	Estudio clínico	Describe la técnica ambulatoria de microinjerto de piel libre con cianoacrilato	La combinación de injertos en sello con adhesivos quirúrgicos de cianoacrilato resultaron ser efectivo en las úlceras venosas, aliviando el dolor y la inflamación.
Yammine K, 2019 ¹⁹	Líbano	Estudio de metaanálisis	Realizar metaanálisis de los injertos de piel de espesor parcial utilizados en pacientes con úlceras de la pierna y pie diabético.	Los injertos de espesor parcial mejoraron las tasas y el tiempo de cicatrización en comparación con los tratamientos convencionales. Se demuestra que la aplicación de estos injertos podría utilizarse como tratamiento ideal. Se informa sobre importancia de preparar el lecho de la herida.
Conde E, 2020 ²⁰	España	Estudio clínico	Evaluar la efectividad y seguridad de la técnica injertos en sacabocados en úlceras por arteriopatía en ancianos.	Este tratamiento ha demostrado ser eficaz en la reducción del dolor y la prevención del progreso de las úlceras por arteriopatía.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Para abordar la problemática que las úlceras suponen hay muchas terapias que pueden ser aplicadas. Sin embargo, la mayoría de estas, permiten curar la herida, pero en un amplio periodo de tiempo. Los injertos en sello en heridas difíciles o crónicas han resultado ser una de las técnicas estrellas o de elección para la cura de estas lesiones en algunos países como Francia. Así lo comenta Conde E²⁰, y es que además de acelerar el proceso de cicatrización haciendo posible la resolución de la herida, poseen otros beneficios, los cuales serán mencionados con posterioridad.

Según un estudio realizado por Serra R¹⁵, el método de injertos en sello resulta efectivo en úlceras con bajo suministro de sangre como son las de tipo vascular. Asimismo, es necesario que el lecho de la herida presente un buen estado, es decir, que esta no tenga signos de infección como la presencia de esfacelos o escaras necróticas, para ello se tendrá que realizar una limpieza previa además de un desbridamiento en los casos necesarios para así minimizar las toxinas y aquellas sustancias que perjudican en el proceso cicatrizal. Este y otros autores como Conde E^{17,20}, Plá F¹⁸, Yammine K¹⁹, coinciden en que la úlcera debe ser desbridada con anterioridad.

Sin embargo, en dos estudios realizados por Conde E^{17,20}, manifestaron que los injertos en sello se pueden realizar incluso si el lecho de la herida no presenta tejido perfecto como la presencia de esfacelo o tejido necrótico en áreas periféricas, debido a que la herida se beneficia de esta cobertura, y los injertos se comportan como microislas independientes liberando células y factores de crecimiento para la curación. Seguido de esto antes de comenzar con la técnica, se aplica anestesia local, además la zona de preferencia para extraer los injertos es el muslo, así lo defienden en varios estudios, como los realizados por Plá F¹⁸, Conde E^{17,20} y Wilson J¹⁶. En cuanto a la zona injertada Serra R¹⁵, describe que debe ser inmovilizada entre 5 y 10 días para mejorar la epitelización usando apósitos especiales como películas de poliuretano debido a las ventajas que poseen (contienen el exudado, disminuyen el dolor y aceleran epitelización), además, se deberá prevenir la sequedad en esta mediante la aplicación de grasas y lociones durante un periodo de entre 6 y 12 semanas. Conde E²⁰, en su estudio sobre un caso de úlcera de Martorell, cubrió la zona injertada con un apósito primario y otro secundario de alginato que fueron retirados tras 6 días y utilizó un vendaje compresivo, coincidiendo con este autor en los cuidados post de la técnica. Contrastando esta información Plá F¹⁸ utilizó en la zona trasplantada un adhesivo de cianoacrilato observando de este modo que el tratamiento adyuvante con este componente aceleraba el procedimiento de curación obteniendo resultados en la segunda semana. Igualmente, para mejorar la toma del injerto de piel se podrán utilizar otros tratamientos adyuvantes como la terapia de presión negativa. La evidencia sugiere que la Terapia de Presión Negativa aumenta la cantidad y la calidad de

las tomas de estos injertos en comparación con los apósitos tradicionales¹⁵. En cuanto al procedimiento en sí Wilson J¹⁶, explica que con un punzón o punch se deberá realizar tejidos rotatorios en la zona donante para extraer los injertos, una vez esto, se hacen varios orificios en la úlcera, dejando aproximadamente 0,5 cm de espacio entre cada uno de ellos y se implantan los tejidos extraídos encima de cada perforación.

En cuanto a las ventajas, se ha constatado que la aplicación de estos injertos produce una mejora en la calidad de vida de los pacientes, ya que reducen el dolor y promueven el proceso de cicatrización limitando también la progresión de la herida^{15,17,18,20}. Además, es una técnica sencilla, rápida y relativamente no invasiva que incluso puede realizarse de manera ambulatoria^{17,18,20}. Aun así, es cierto que en ciertos casos no producen buenos resultados a nivel estéticos¹⁶. Conde E¹⁷, realizó un estudio clínico en el cual aplicó el método de injertos en sello de forma ambulatoria a una paciente que padecía una úlcera de Martorell. Tras unas horas de la realización de la técnica, se redujo el dolor y en tan solo cuatro semanas se produjo la reepitalización completa. Esto muestra lo ya mencionado en cuanto a su eficacia. Sin embargo, cabe destacar que en otro estudio también realizado por Conde E²⁰ la toma de injerto no tuvo éxito hasta la semana 16, teniendo que realizar tres sesiones. aún así el dolor se redujo desde la primera sesión pasando de un EVA 10/10 a un EVA 3/10.

Por otro lado, pese a que los injertos en sello suponen un gran alivio para la resolución de estas heridas complejas hay situaciones en las que están contraindicadas, esto se aplica si la lesión es demasiado profunda y existe exposición en ellas de huesos, tendones y/o nervios, así lo describe un estudio realizado por Wilson J¹⁶. Siguiendo la misma línea, pueden existir ciertas complicaciones y estas incluyen el rechazo del injerto, la aparición de hematomas, seromas e infecciones, para esto último, como método de prevención se recomienda la utilización de antibióticos¹⁵.

Existen varios factores que influyen directa o indirectamente con la tasa de curación de una herida como, por ejemplo, el tratamiento empleado. En general, según un estudio realizado por Yammine K¹⁹, la tasa de curación en lo que refiere a la utilización del injerto en sello es del 85,5 % en un periodo de 5 semanas en comparación al tratamiento convencional donde la efectividad resultó ser menor, oscilando entre el 24,2% y el 47% durante 12 semanas y entre el 30% y el 68% a las 20 semanas. Asimismo, Serra R¹⁵ coincide en que los injertos en sellos son más eficaces en úlceras venosas. Además, demostró que la prevalencia de la curación de dichos tipos de úlceras suponía un 73%.

Es evidente que la utilización de esta técnica ha resultado ser eficaz en las úlceras de miembro inferior, sobre todo en las de carácter venoso. A pesar de que existe coherencia en todos los estudios analizados, entendemos que aún hay carencias de investigaciones que avalen este método de cura lo que hace complicado interpretar y dimensionar los datos. Además, creemos que la difusión de esta técnica sería apropiada debido a sus múltiples ventajas. También sería beneficioso para la progresión del ámbito enfermero, permitiendo el establecimiento de bases para el desarrollo de la enfermería de práctica avanzada. De esta forma, se promovería una enfermería más visible y se aumentaría la capacidad de respuesta a las demandas de los pacientes, garantizando su seguridad y trabajando siempre desde la evidencia.

5. CONCLUSIONES

Tras analizar los estudios que conforman esta revisión exploratoria y siguiendo el objetivo se llegó a las siguientes conclusiones:

- La aplicación de injertos en sello en úlceras de miembros inferiores ha resultado ser un método de cura que posee varios beneficios entre los que destacan la reducción del dolor y la alta tasa de curación.
- Se demostró que tratamientos adyuvantes como la utilización de la presión negativa o los apósitos de cianoacrilato favorecieron la epitelización de la herida y la aceptación de los injertos.
- Se recomienda la desbridación cuando el lecho de la herida no está en buen estado, aún así se demostró que incluso si la herida presenta esfacelos o escaras necróticas, los injertos resultan igual de eficaces.
- El empleo de esta técnica solo está contraindicado cuando existe exposición de huesos, tendones o nervios y los efectos adversos que pueden llegar a producir no son graves para la salud.
- La evidencia demuestra que la efectividad de los injertos en sello es superior en cuanto a las estrategias terapéuticas convencionales ya que disminuye el tiempo de curación. Esto se traduce en que existe una mayor efectividad en el coste-beneficio puesto que se reducen los recursos empleados a la hora de curar la herida, es decir, menor coste de recursos teniendo como consecuencia una mejora en los beneficios, en este caso, el cierre de la herida.

REFERENCIAS

[[1] García J, Alonso P. Anatomía y fisiología de la piel. *Pediatr Integral* [Internet]. 2021 [citado 09 mayo 2023];24(3): 56.e1- 156.e13. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-05/anatomia-y-fisiologia-de-la-piel/>

- [2] Guarín-Corredor C, Quiroga-Santamaría P, Landínez-Parra NS. Proceso de Cicatrización de heridas de piel, campos endógenos y su relación con las heridas crónicas. *Rev Fac Med* [Internet]. 2013 [citado 09 mayo 2023];61(4):441-448. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v61n4/v61n4a14.pdf>
- [3] Perdomo E, Soldevilla J, García FP. Relación entre calidad de vida y proceso de cicatrización en heridas crónicas complicadas. *Gerokomos* [Internet]. 2020 [citado 09 mayo 2023];31(3):166-172. Disponible en: <https://cuty.io/QhHsrISv3>
- [4] Nahas L, Altamirano C, Martínez R, Chávez E, Altamirano C, Espino I, et al. Cicatrización normal y patológica: una revisión actual de la fisiopatología y el manejo terapéutico. *Rev Argent Cir Plast Estet Repar*. 2019;25(1):11-15. doi: 10.32825/racp/201901/0011-0015
- [5] Laseca-Arranz A, Sánchez-Dengra B, Bermejo-Sanz M, González-Álvarez I, González-Álvarez M. Formulaciones para la cicatrización de heridas, presente y futuro. *Rev Esp Cien Farm* [Internet]. 2021 [citado 09 mayo 2023];2(1):1-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8084280>
- [6] Domínguez-Saavedra G, Hernández-Galván JM. Actualización en el manejo de heridas. *Cir Plast*. 2021;31(3):124-136. doi: 10.35366/103715
- [7] Järbrink K, Ni G, Sönnegren H, Schmidtchen A, Pang C, Bajpai R, et al. Prevalence and incidence of chronic wounds and related complications: a protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2016 Sep 8;5(1):152. doi: 10.1186/s13643-016-0329-y
- [8] Lorenzo MP, Hernández RM, Soria MI. Heridas crónicas atendidas en un servicio de urgencias. *Enferm Glob* [Internet]. 2014 [citado 09 mayo 2023];13(35):23-31 (2014). Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n35/clinica2.pdf>
- [9] González H, Verdú J, García FP, Soldevilla J. Primer censo de unidades de heridas crónicas en España. *Gerokomos* [Internet]. 2017 [citado 09 mayo 2023];28(3):142-150. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00142.pdf>
- [10] Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Pérez-López C, Soldevilla JJ. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5º Estudio Nacional de 2017. *Gerokomos* [Internet]. 2019 [citado 09 mayo 2023];30(2):76-86. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v30n2/1134-928X-geroko-30-02-76.pdf>
- [11] Galvis-López CR., Pinzón-Rocha ML., Romero-González E. Conocimiento de los profesionales de enfermería en el uso de tecnología avanzada para el manejo de heridas crónicas. *ORINOQUIA* [Internet]. 2018 [citado 09 mayo 2023];22(1): 95-111. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/896/89660461009/html/>
- [12] Conde E. Cura convencional: estrategia TIME [Internet];2018 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.elenaconde.com/cura-convencional-aspectos-generales/>
- [13] Conde E. Los injertos en sello: un clásico que vuelve a estar de moda [Internet];2019 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.elenaconde.com/los-injertos-en-sello-un-clasico-que-vuelve-a-estar-de-moda/>
- [14] Pérez L, Conde E, Peral A, Guisado S, Villar MP, Izquierdo MI. Microinjertos en sello de heridas crónicas recalcitrantes. *Rev Enferm Vasc*. 2017;1(1):15-18. doi: 10.35999/rdev.v1i1.18
- [15] Serra R, Rizzuto A, Rossi A, Perri P, Barbetta A, Abdalla K, et al. Skin grafting for the treatment of chronic leg ulcers - a systematic review in evidence-based medicine. *Int Wound J*. 2017 Feb;14(1):149-157. doi: 10.1111/iwj.12575
- [16] Fernandes JW, Akamine RS, Casagrande EC. Punch grafts to treat lower limb intractable sores. *Rev Col Bras Cir*. 2017 Nov-Dec;44(6):659-664. doi: 10.1590/0100-69912017006008
- [17] Conde Montero E, Guisado Muñoz S, Pérez Jerónimo L, Peral Vázquez A, Montoro Lopez JJ, Hocajada Reales C, et al. Martorell Hypertensive Ischemic Ulcer Successfully Treated With Punch Skin Grafting. *Wounds* [Internet]. 2018 Feb [citado 09 mayo 2023];30(2):E9-E12. Disponible en: <https://cuty.io/JHLR>
- [18] Plá Sánchez F, Rial R, Cernuda Artero I, Ruíz Álvarez P, Moñux Ducajú G, Martínez López I, et al. Free skin micrografts with cyanoacrylate as outpatient treatment for venous leg ulcers. *J Wound Care*. 2019 Oct 2;28(10):670-675. doi: 10.12968/jowc.2019.28.10.670
- [19] Yammine K, Assi C. A Meta-Analysis of the Outcomes of Split-Thickness Skin Graft on Diabetic Leg and Foot Ulcers. *Int J Low Extrem Wounds*. 2019 Mar;18(1):23-30. doi: 10.1177/1534734619832123
- [20] Conde-Montero E, Pérez Jerónimo L, Peral Vázquez A, Recarte Marín L, Sanabria Villarpando PE, de la Cueva Dobao P. Early and Sequential Punch Grafting in the Spectrum of Arteriopathy Ulcers in the Elderly. *Wounds* [Internet]. 2020 Aug [citado 09 mayo 2023];32(8):E38-E41. Disponible en: <https://cuty.io/tzTD>

La enfermera como responsable del programa de prevención y control de la infección. Revisión bibliográfica.

Moisés-Juan Arencibia-Sánchez^a, Juan-Carlos Falcón-González^b

^aDoctorando de la escuela de doctorado de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bServicio Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI). Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

Uno de los problemas de salud pública más importantes son las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS), por su morbi-mortalidad, y aumento de las estancias hospitalaria, elevando el coste del paciente hospitalizado. Según la OMS hasta un 30% de estas IRAS son prevenibles mediante el control de la infección, situándose la prevalencia de las IRAS en España en un 7,24% en 2022. En los inicios, la enfermera responsable del programa de control de la infección tenía un rol limitado en responsabilidades y formación, actualmente se nos indica que la profesional responsable para liderarlos es una enfermera con formación y experiencia específica.

El objetivo de esta revisión era comprobar las competencias y formación exigidas a las enfermeras responsables de programas de prevención y control de infecciones a nivel mundial. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica en el buscador Pubmed, utilizando el booleano AND con las palabras: nurse, infection prevention and control, con criterios de inclusión de los últimos 5 años, en inglés, y acceso libre. Seleccionando para este trabajo 12 artículos.

Las diferencias son sustanciales dependiendo del país donde nos ubiquemos, desde Brasil que están comenzando a definir las competencias necesarias, a países como EE.UU., Canadá, Reino Unido, Taiwán o Corea donde este rol tiene una presencia más destacable. No existe unificación sobre las competencias y formación oficial de la enfermera responsable de estos programas, pero se reconoce su responsabilidad y liderazgo. En España urge debatir y elevar propuesta como especialidad de enfermería en base al marco de competencias elaborado por el CGE de marzo de 2021.

Palabras clave: enfermera, control de infecciones, programa de control de infecciones hospitalarias, prevención de enfermedades transmisibles.

1. INTRODUCCIÓN

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son un problema de salud importante tanto en España como a nivel global, siendo causa de elevada morbilidad y mortalidad por su asociación a patógenos resistentes, generando un aumento de las estancias hospitalarias e incremento de los costes finales para el sistema sanitario y principalmente para el paciente¹. Estimaciones de la OMS nos indica que entre un 20% y un 30% de estas IRAS son prevenibles mediante programas de control de la infección, siendo esta una herramienta imprescindible para lograr disminuirlas. En el estudio de prevalencia de la infección nosocomial (EPINE) de 2022, situaba esta prevalencia de las IRAS en España en un 9,87% en el año 1990 y en un 7,24% en el año 2022^{2,3}.

El comienzo de la especialidad de medicina preventiva se remonta a la década de los años 50 en Estados Unidos, junto a los primeros programas de control de la infección que comienzan a implementarse en los años 80, con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente y de los profesionales de la salud ante situaciones endémicas, brotes individuales, o pandemias¹⁻⁴. Actualmente la implementación de estos programas debería ser un requisito obligatorio en los sistemas de salud, pero su nivel de implantación global es muy bajo, siendo los principales factores que impiden su desarrollo los que se detallan:

Factores sistémicos: recursos inadecuados de personal, aumento de la carga de trabajo de los profesionales sanitarios, escasa adherencia a las medidas de prevención como la higiene de manos o uso de EPI.

Factores organizacionales: escasos o nulos presupuestos específicos y acceso a la tecnología, falta de liderazgo y resistencia a la implantación de estos programas, falta de formación de posgrado e interferencias en la comunicación interprofesional.

Factores ambientales: el diseño del entorno físico de los centros sanitarios, con escasa accesibilidad a lavabos o dispensadores de solución hidroalcohólica.

Factores personales: que se relacionan con la motivación, creencias y conocimientos de los profesionales sanitarios, que en muchos casos priorizan la carga de trabajo, obviando las medidas de prevención, además de la falta de información y/o desconocimiento⁵⁻⁸.

En esos inicios, el papel desarrollado por las enfermeras estaba limitado al acceso a formación no reglada y nula experiencia en ese ámbito, aunque en la actualidad esta situación ha evolucionado, con diferencias sustanciales según el lugar geográfico donde nos ubiquemos. Siendo coincidentes en que la enfermera responsable de un programa de prevención y control de la infección se diferencia de la enfermera generalista en el alcance de sus funciones y su posición en la estructura de la organización, ejerciendo como garante de la seguridad del paciente y de los profesionales sanitarios, contando con una visión integradora y capacidad de acción en la toma de decisiones correctas y fundamentadas frente a situaciones de brotes o pandemia^{1,4,9,10}.

El objetivo de este estudio era comprobar las competencias y formación exigidas a las enfermeras responsables de programas de prevención y control de la infección.

2. METODOLOGÍA

Para este estudio se realizó una revisión bibliográfica durante el mes de abril de 2023. Dicha búsqueda se efectuó en la base de datos MEDLINE (PUBMED), empleándose las palabras del descriptor DeCS: enfermera, control de infección y prevención, junto al booleano AND. Además, se comprobaron mediante revisión manual posterior las referencias obtenidas, con valoración según relación de pertinencia o no con el tema a estudio.

En cuanto a los criterios de inclusión, se eligieron aquellos artículos de investigación publicados en los últimos 5 años (2018-2022), en cualquier país, que estuviesen redactados en cualquier idioma, con acceso gratuito al texto completo, que fuesen publicados por cualquier institución, investigador individual, o equipo de investigación y centrados en los programas de prevención y control de la infección y la figura de la enfermera en estos. Siendo los criterios de exclusión utilizados los artículos que no guardaban relación con los objetivos planteados y que no tenían pertinencia con el tema principal del estudio. La revisión bibliográfica y posterior análisis de los datos obtenidos fue realizada por el autor principal del trabajo.

3. RESULTADOS

De los 306 resultados hallados, finalmente, debido a los criterios de inclusión, y los filtros aplicados, han resultado útiles para este trabajo la cantidad de 13 artículos. Obteniendo una gran variedad de resultados en diferentes países, desde Japón a Brasil con respecto a cómo aplican y desarrollan los programas en los diferentes países, así como las competencias que abarcan las enfermeras responsables. A continuación, se describen las evidencias de los artículos seleccionados.

Tabla 1. Grado de evidencia de los artículos seleccionados

AUTOR	MÉTODO	GR*	NE**
Henderson J, et al (2019)	Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas	1+	A
Hammoud S, et al (2022)	Estudio transversal múltiple	1+	A
Wu C, et al (2021)	Estudio descriptivo mixto transversal	2++	B
Bogdanovic J, et al (2019)	Estudio de mapas conceptuales	2++	B
Dorota j, et al, (2020)	Estudio cualitativo entrevistas	2++	B
Abubakar U, (2020)	Estudio descriptivo	2+	B
Henderson J, et al (2021)	Estudio cualitativo de entrevistas.	2+	B
Sang Ok Kim, Kon Hee Kim (2023)	Estudio cualitativo transversal	1+	B
Wynn M, et al (2022)	Estudio descriptivo	3	C
Devries M, et al (2021)	Estudio descriptivo mixto transversal	2+	C

Kyung Mi K, et al (2019)	Estudio cualitativo	3	C
Massaroli A, et al (2019)	Estudio cualitativo mixto	2+	A
Hagiya H, et al (2021)	Estudio descriptivo	2+	B

4. DISCUSIÓN

La formación y experiencia de la enfermera responsable de un programa de prevención y control de la infección presenta diferencias importantes según el contexto geográfico.

En primer lugar, en el Reino Unido se destaca que tras la pandemia por el SARS Covid-19 se ha detectado la importancia y la necesidad de contar con una profesional responsable de estos programas, desarrollando herramientas específicas para la gestión y mejora de la eficacia del control de brotes, donde la profesional ideal sería la enfermera de prevención y control de la infección. También en EE. UU. las enfermeras especialistas en prevención y control de la infección han desarrollado y mejorado protocolos en la prevención de la infecciones y lesiones de acceso vasculares^{9,11}.

En segundo lugar, comprobamos como en Corea del Sur la preparación y formación de enfermeras especialistas en prevención y control de la infección se ha convertido en una prioridad del país, principalmente por el aumento de las infecciones nosocomiales y las resistencias bacterianas, creando protocolos específicos para las enfermeras del servicio de urgencias, al ser las primeras que tratan a estos pacientes y también como barrera de contención y control. En el año 1991 fue nombrada la primera enfermera especialista, y a partir de esa fecha cada vez más hospitales han ido incorporando esta figura imprescindible, pero es en el año 2003 cuando se incluye como una de las 13 especialidades de enfermería, mejorando el acceso a una formación específica y educativa reglada^{7,12}.

Brasil está comenzando a definir las competencias que deben tener las enfermeras responsables de estos programas, y así, iniciar este proceso de enseñanza y aprendizaje en la formación de las enfermeras, generando herramientas para evaluar los conocimientos adquiridos y además utilizarlo como formación continua específica. Basando las competencias de las enfermeras en conocimientos, habilidades y actitudes¹³.

En cuarto lugar, en el año 2020 en Japón se realizó un estudio comparativo para evaluar la efectividad de los equipos sanitarios (médico y enfermera) adscritos a los programas de control de la infección, comprobándose que los porcentajes de prevalencia de infecciones habían subido, detectándose que la mayoría de los médicos no tenían la especialidad requerida con lo que su formación era escasa, y en cuanto a las enfermeras si aportaban la formación específica pero tenían que compaginar sus funciones, no dedicando el 100% de su tiempo al programa¹⁴.

Por último, el sistema sanitario polaco exige un mayor esfuerzo por parte de la enfermera responsable del programa, debido a la poca cultura de seguridad y la distancia jerárquica entre los diferentes colectivos profesionales; además es necesaria una formación importante en epidemiología y microbiología, que se adquieren en la especialidad junto a otras como, estadística, psicología y habilidades interpersonales, siendo imprescindible tener la especialidad para optar a ese puesto. China en cambio ha apostado por otorgar mayor importancia a la enfermera de prevención a raíz de la reciente amenaza por la pandemia, que ha generado en la población un impacto social de incertidumbre económica y política, desarrollando al igual que en Brasil herramientas de evaluación de las competencias de esta nueva especialidad^{4,15}.

5. CONCLUSIONES

Las conclusiones más representativas de este trabajo son las que relaciono a continuación:

1. A nivel global no existe unificación sobre las competencias y formación oficial que debe tener la enfermera responsable de un programa de prevención y control de la infección.
2. Se reconoce la responsabilidad y liderazgo que ejerce la enfermera responsable de un programa de prevención y control de la infección.
3. Múltiples factores que actúan como barrera para el desarrollo del programa y por ende del trabajo que realiza la enfermera responsable.
4. En España urge abrir un debate sobre la necesidad de elevar una propuesta como nueva especialidad de la Enfermera de prevención y control de la infección, en base al marco de competencias elaborado por el Consejo General de Enfermería de marzo de 2021.

REFERENCIAS

- [1] Instituto Español de Investigación Enfermera y Consejo General de Enfermería de España. Marco de competencia de la enfermera/o experta/o en prevención y control de infecciones 2021 [Internet]. Madrid: Instituto Español de Investigación Enfermera y Consejo General de Enfermería de España; 2021 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cutt.ly/9wiMy15I>
- [2] Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria. Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España, estudio EPINE-EPPS nº 32: 2022 [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria; 2022 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cutt.ly/AwiMrfqB>
- [3] Abubakar U. Point-prevalence survey of hospital acquired infections in three acute care hospitals in Northern Nigeria. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2020 May 11;9(1):63. doi: 10.1186/s13756-020-00722-9
- [4] Jaślan D, Rosiński J, Siewierska M, Szczypa A, Wałaszek M, Wójkowska-Mach J, et al. Interest in Working as an Infection Prevention and Control Nurse and Perception of This Position by Nursing Students-Results of a Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Oct 29;17(21):7943. doi: 10.3390/ijerph17217943
- [5] Hammoud S, Amer F, Khatatbeh H, Alfatafta H, Zrinyi M, Kocsis B. Translation and validation of the Hungarian Version of the infection control standardized questionnaire: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2022 Sep 2;21(1):244. doi: 10.1186/s12912-022-01024-8
- [6] Henderson J, Willis E, Blackman I, Verrall C, McNeill L. Comparing infection control and ward nurses' views of the omission of infection control activities using the Missed Nursing Care Infection Prevention and Control (MNCIPC) Survey. *J Nurs Manag*. 2021 Jul;29(5):1228-1238. doi: 10.1111/jonm.13261
- [7] Kim SO, Kim KH. Factors influencing emergency nurses' infection control practices related to coronavirus disease 2019 in Korea. *Australas Emerg Care*. 2023 Mar;26(1):30-35. doi: 10.1016/j.auec.2022.07.004
- [8] Henderson J, Willis E, Roderick A, Bail K, Brideson G. Why do nurses miss infection control activities ? A qualitative study. *Collegian*. 2020 Feb;27 (1):11-17. doi: 10.1016/j.colegn.2019.05.004
- [9] Wynn MO, Brady S, McKenna J, Swanson L, George R. Implementation of the infection control estimate: A case study on the use of a newly developed digital tool for outbreak management in the acute setting. *J Infect Prev*. 2023 Jan;24(1):45-49. doi: 10.1177/17571774221127576
- [10] Bogdanovic J, Petralito S, Passerini S, Sax H, Manser T, Clack L. Exploring healthcare providers' mental models of the infection prevention "patient zone" - a concept mapping study. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2019 Aug 14;8:138. doi: 10.1186/s13756-019-0593-4
- [11] DeVries M, Sarbenoff J, Scott N, Wickert M, Hayes LM. Improving Vascular Access Dressing Integrity in the Acute Care Setting: A Quality Improvement Project. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2021 Sep-Oct 01;48(5):383-388. doi: 10.1097/WON.0000000000000787
- [12] Kim KM, Jeong JS, Park HR. Infection control nurse specialist education in Korea. *Am J Infect Control*. 2010 Jun;38(5):413-5. doi: 10.1016/j.ajic.2009.08.018
- [13] Massaroli A, Martini JG, Moya JLM, Pereira MS, Tipple AFV, Maestri E. Skills for generalist and specialist nurses working in the prevention and control of infections in Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019 Apr 29;27:e3134. doi: 10.1590/1518-8345.2620.3134
- [14] Hagiya H, Fujita K, Kamiyama S, Ocho K, Yamada H, Otsuka F. Deployment of Infectious Disease Experts and Prevalence of Antimicrobial Resistance in Okayama: A Call for Training of Specialists. *Cureus*. 2021 Jul 26;13(7):e16643. doi: 10.7759/cureus.16643
- [15] Wu C, Yan J, Wu J, Wu P, Cheng F, Du L, et al. Development, reliability and validity of infectious disease specialist Nurse's Core competence scale. *BMC Nurs*. 2021 Nov 17;20(1):231. doi: 10.1186/s12912-021-00757-2

