

TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD

NURSING AND HEALTH TIMES

Revista Oficial de la Asociación Española de Enfermería y Salud

COVID-19

TODO LO QUE NECESITAS SABER
SOBRE EL CORONAVIRUS

NORMAS DE PUBLICACIÓN

TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD.

Revista oficial de la Asociación Española de Enfermería y Salud.

NURSING AND HEALTH TIMES.

Official Journal of the Spanish Association of Nursing and Health

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Todos los manuscritos recibidos para su publicación en TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD (TEYS) serán sometidos a revisión por expertos.

TIPOS DE ARTÍCULOS

Se considerarán para su publicación todos aquellos artículos y trabajos relacionados con la enfermería en todos los ámbitos laborales donde se desarrolla su actividad. **Los artículos recibidos no deben de haber sido publicados ni estar en proceso de valoración o evaluación por otros medios.**

Tiempos de Enfermería y Salud (TEYS) publica artículos de investigación originales, revisiones, artículos de actualización, de técnicas o procedimientos enfermeros, de evidencia clínica y casos clínicos.

Los manuscritos enviados deben de encuadrarse dentro de las siguientes secciones:

1. **Originales.** Trabajos de investigación sobre cuidados de la salud en sus vertientes clínico-asistencial, metodológica, social o cultu-

ral. Trabajos relacionados con la práctica asistencial de los profesionales enfermeros, en los que a partir de una situación determinada se describa la metodología encaminada a la prestación de todo tipo de cuidados. .

2. **Originales breves.** Con las mismas características que los originales pero con menor extensión.

3. **Cartas al director.** Se aceptarán en esta sección la discusión de trabajos publicados con anterioridad en TEYS, la aportación de observaciones sobre las líneas editoriales de la revista, así como experiencias que por sus características puedan ser resumidas en un breve texto.

4. **Revisiones.** Trabajos realizados basados en el análisis, comparación, interpretación y adaptación a una situación concreta de la bibliografía existente sobre un tema determinado en el que el autor/a

o autores/as puedan aportar su experiencia personal. También tienen cabida artículos de investigación secundaria o de síntesis de conocimiento, con especial referencia a revisiones sistemáticas y revisiones críticas de artículos publicados. En este apartado se incluirán:

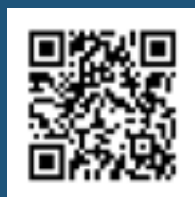
- Evidencias en Enfermería
- Actualización en Enfermería
- Actualización en cuidados
- Técnicas o procedimientos enfermeros

5. **Noticias.** Se publicarán informaciones relativas a la Asociación (AEES) sobre actividades que se hayan desarrollado de interés científico para la Enfermería (celebración de jornadas y congresos, conferencias, otorgamiento de premios...). La extensión máxima será de 500 palabras y podrá acompañarse de una fotografía.

ENVÍO DE MANUSCRITOS

El Comité Editorial acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación.

Los trabajos se remitirán a TEYS en la siguiente dirección:



Para cualquier duda pueden contactar en la dirección de correo electrónico: teys.aees@gmail.com

El envío de un artículo supone asumir que se trata de un trabajo original, no publicado ni enviado a revisión a otras revistas.

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de los editores y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de los titulares del copyright.

En general la extensión máxima de los manuscritos no debe superar las 5000 palabras, 1500 palabras para artículos en formato breve (originales breves, cartas al director, editoriales...) y 500 para noticias. Se admite un máximo de seis ilustraciones (tablas, figuras) por artículo (original breve máximo 3 tablas y/o figuras) y un máximo de seis firmantes

Deberá emplearse el **formato Word** para el envío del manuscrito como procesador de texto y Excel cuando se trate de gráficos.

Las imágenes se enviarán en formato TIFF o JPEG preferentemente, con una resolución no inferior a 300 dpi

Se enviará un archivo por correo electrónico que incluya el artículo. Cada parte del manuscrito iniciará una página en el siguiente orden:

- **Primera página:** Se indicará, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos: título del artículo, nombre y uno o dos apellidos de los autores, nombre completo del centro de trabajo y dirección completa del mismo, dirección para la correspondencia, correo electrónico y otras especificaciones cuando se considere necesario.
- **Segunda-Tercera página:** resumen en **español e inglés** (2ª página español y 3ª página en inglés). Su extensión aproximada será de 250 palabras, preferiblemente estructurado si es un artículo original (introducción, objetivo, material y método, resultados y conclusiones). Se caracterizará por poder ser comprendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo.

- Palabras clave. Debajo del resumen especificar de tres a seis palabras clave o lexemas que identifiquen el contenido del trabajo.

• **Resto de páginas:** texto. Conviene dividir claramente los trabajos en apartados, siendo de desear que el esquema general sea el siguiente:

- Originales: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones.

- Casos Clínicos: Introducción, Observación clínica y Discusión.

- Revisiones: Introducción. Exposición del tema, Bibliografía.

- Técnicas o procedimientos: Introducción, objetivos, material, procedimiento y evaluación.

• **Referencias bibliográficas.** Se presentarán siguiendo las normas de **estilo Vancouver**.

PROCESADO DE TEXTO

Tipo de letra:

- Times New Roman, cuerpo 12. Espaciado anterior y posterior 12 pt e interlineado sencillo. Margen normal: superior-inferior 2.5 cm y derecha-izquierda 3 cm.

• Evitar el uso de mayúsculas en el título y encabezados de párrafo.

• Evitar la utilización de negritas, subrayados o mayúsculas para resaltar el texto.

• Utilizar entrecomillados para citas textuales de informantes o párrafos literales de texto.

• Las abreviaturas tendrán que evitarse en lo posible y cuando se empleen se explicitará su significado entre paréntesis la primera vez que se utilicen en el texto. Tampoco se deben usar en el título y en el resumen.



NÚMERO ACTUAL:

2º SEMESTRE 2019
VOL. 2. NÚMERO 7.

Tiempos de Enfermería y Salud es la Revista Oficial de la Asociación Española de Enfermería y Salud y se edita en castellano en su versión impresa en papel y en su versión electrónica accesible en la dirección

<https://enfermeriaysalud.es>

Se trata de una revista basada en el sistema de revisión por pares y que considera para su publicación trabajos relacionados con la Enfermería y sus especialidades.

Revista indexada en la base de datos Dialnet e inclusión de Tiempos de Enfermería y Salud en la base de datos Latindex

Es de acceso abierto.

EDITA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA Y SALUD

Registro de Asociaciones 584931
CIF G24459760

Revista Enfermería y Salud
ISSN: 2530-4453

✉ C. del Estanco, 11 - bajo
24346 Grulleros - León

📞 665 935 695

@ aees25@hotmail.com

🐦 @teys_aees

🌐 <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es>

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

el**hache**/COMUNICACIÓN

IMPRESIÓN

IMPRESIÓN

punto y seguido

CONSEJO EDITORIAL

Editor Jefe

Dr. Daniel Fernández García.
Complejo Asistencial
Universitario de León.

Editores Asociados

D. Jesús Antonio
Fernández Fernández.
Complejo Asistencial
Universitario de León.

Dr. Santiago Martínez Isasi.
Universidad de
Santiago de Compostela.

Consejo de Redacción

Dra. M^a José Álvarez Álvarez.
Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad de León.

D. Rafael Castrillo Carvajal.
Atención Primaria. Asturias.

Dr. Juan Gómez Salgado.
Departamento de Medicina Preventiva y
Salud Pública. Universidad de Huelva.

Dra. Beatriz Ordás Campos.
Complejo Asistencial
Universitario de León.

Dr. Miguel Ángel Parada
Nogueira.
Complejo Asistencial
Universitario de León.

D. Antonio Sánchez Vallejo.
Complejo Asistencial
Universitario de León.

Consejo Asesor

Dña. Aida Carballo-Fazanes.
Grupo de Investigación CLINURSID,
Departamento de Psiquiatría,
Radiología, Salud Pública, Enfermería y
Medicina, Universidad de Santiago de
Compostela, Santiago de Compostela, A
Coruña, España.

Dña. M^a Luisa Díaz Martínez.
Universidad Autónoma de Madrid

Dr. Gonzalo Duarte Climents.
Profesor de la Escuela Universitaria de
Enfermería, N^oS^o de Candelaria. Tenerife.

Dña. Belén Fernández Castro.
Hospital San Juan de Dios de León.

Dña. M^a Luz Fernández
Fernández.
E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla".
Universidad de Cantabria.

Dr. Felipe Fernández Méndez.
Escuela enfermería. Universidad de Vigo
(Pontevedra).

Dra. Carmen Ferrer Arnedo.
Directora Gerente del Hospital de
Guadarrama de Madrid.

D. José Antonio
Forcada Segarra.
Secretario de la Asociación Española de
Vacunología. Valencia.

D. Luis Javier González Fuente.
D. Honorino Martínez Fierro.
Atención Primaria. Área de Salud de
León.

D. Honorino Martínez Fierro.
Atención Primaria. Área de Salud de
León.

D. Xosé Manuel
Meijome Sánchez.
Hospital El Bierzo.

Dña. Alicia Negrón Fraga.
Enfermera Especialista Familiar y
Comunitaria. C.S. Arroyo de la Vega,
Madrid.

D. Martín Otero Agra.
Grupo investigación REMOSS.
Universidad de Vigo, Pontevedra,
Galicia, España.

Dra María Begoña Sánchez
Gómez.
Profesora en la Escuela Universitaria
de Enfermería, Nuestra Señora de
Candelaria de Tenerife.

Dra. Azucena Santillán García.
Complejo Asistencial de Burgos.

Dra. Carmen Sellán Soto.
Facultad de Medicina. Universidad
Autónoma de Madrid.

D. Carlos Valdespina Aguilar
Enfermero. Director de SalusPlay.

Dña. María Varela Robla. D.
Honorino Martínez Fierro.
Atención Primaria. Área de Salud de
León.

D. Carmelo Villafranca Renés.
Complejo Asistencial de Burgos.

EDITORIAL	Son Tiempos de Enfermería y Salud Daniel Fernández García.	5
TRIBUNA	¡¡Quédate en casa!! Anatomía de la tranquilidad, del nursing now a la cruda realidad Luis Miguel Alonso Suárez.	7
ESPECIAL CORONAVIRUS	Todo lo que necesitas saber del Coronavirus Daniel Fernández García, Luis Miguel Alonso Suárez, Jesús Antonio Fernández Fernández, Beatriz Ordás Campos, Santiago Martínez Isasi.	8
NOTA CLÍNICA	Onda J de Osborn Antonio Sánchez Vallejo.	18
EVIDENCIAS	Ana Belén Delgado Díez, Jesús Antonio Fernández Fernández.	22
PROCEDIMIENTO ENFERMERO	Monitorización de la actividad cerebral mediante índice biespectral del paciente en cuidados intensivos Beatriz Ordás Campos, Patricia González Zapico, Beatriz Muñoz Asenjo, Cristina Alija García, Ricardo Álvarez Silván, Antonio Sánchez Vallejo.	24
ORIGINALES	Binomio tabaco-colitis ulcerosa, qué se conoce y cómo se actúa: estudio descriptivo Rubén Martínez Gutiérrez	30
	Humanización del parto: prácticas recomendadas en partos de bajo riesgo Ana María Luces Lago, Lucía Mosquera Pan, Natalia Freire Barja, Daniel Pena Fernández, Eva Tizón Bouza.	36
	Relación entre la formación especializada de los profesionales de enfermería de Castilla y León y su actividad laboral Silvia Sáez Belloso, M ^a Nélida Fernández Martínez, Ana Belén García Gallego, Lucía de la Torre Calle, José Antonio Iglesias Guerra	42
	Estrategias de afrontamiento emocional en mujeres con cáncer de mama y rol de enfermería María José Alcoba Finol, Leticia Sánchez Valdeón, Jesús Antonio Fernández Fernández, Daniel Fernández García	48
SERIE	Toma de decisiones en salud: el avance de las prácticas basadas en evidencias Azucena Santillán García	56



EDITORIAL

SON TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD

These are times of Nursing and health

Daniel Fernández García
Editor de la Revista
Tiempos de Enfermería y Salud

El pasado 11 de marzo la Organización Mundial de la Salud elevó la situación de emergencia de salud pública ocasionada por el COVID-19 a pandemia internacional. La rapidez en la evolución de los hechos, a nivel nacional e internacional, ha demandado la puesta en marcha de medidas, hasta la fecha, insólitas y con repercusión en todas las esferas de la vida de todas las personas. Las consecuencias de las mismas repercutirán en la salud individual y colectiva y su devenir se suma a un importante número de cuestiones, algunas parcialmente contestadas y otras en espera de discusión.

¿Cómo se inició? un grupo de casos de neumonía causado por un nuevo coronavirus, COVID-19, fue identificado por primera vez en Wuhan, provincia de Hubei en China a finales de diciembre de 2019. Desde entonces, se ha extendido de manera exponencial a nivel internacional.

¿Qué es un coronavirus? El coronavirus es un virus RNA de una sola cadena que pertenece a la familia Coronaviridae. La mayoría de las infecciones causadas por coronavirus en humanos son leves, pero dos beta coronavirus, SARS-CoV y MERS-CoV ocasionaron más de 10000 casos en las últimas dos décadas, con una tasa de mortalidad del 10 y 37% en el caso de SARS-CoV y MERS-CoV respectivamente

¿Cómo se transmite? La vía de transmisión se produce fundamentalmente a través de las secreciones de personas infectadas, cuando tosen, hablan o estornudan, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias de más de 5 micras. El contacto cercano también es fuente de transmisión.

¿Qué cuadro clínico presenta? Clínicamente se manifiesta sobre todo por fiebre, tos, mialgias y disnea. La tos es seca y no productiva, la fiebre no suele ser muy alta y la disnea, aunque no es necesaria para su diagnóstico, se da con frecuencia.

El diagnóstico se realiza mediante reacción en cadena depolimerasa

(RT-PCR) con la detección de ácidos nucleicos del SARS-CoV2 o mediante la secuenciación del gen viral. Se emplean muestras de frotis faríngeo y frotis nasofaríngeo.

No existe un tratamiento específico para esta enfermedad hasta la fecha y por lo tanto es fundamental asegurar un tratamiento de soporte precoz. Los expertos están trabajando a contrarreloj en nuevos tratamientos y en posibles vacunas a corto plazo.

Tiempos de Enfermería y Salud ha modificado su último número introduciendo la información más actualizada hasta la fecha sobre el Coronavirus. Los cambios en la evidencia son tan rápidos que convierten en efímero un artículo publicado en The Lancet hace dos días. Las redes sociales y los grupos de trabajo se están convirtiendo en claves informativas y formativas. Picas en el teclado y accedes a información tan variada como ponerte y quitarte un EPI, afectación del coronavirus en pediatría o los beneficios de la posición prona en cuidados intensivos. Es ahora cuando las fuentes oficiales cobran importancia para que el ruido documental no sea perjudicial. En esta línea Salusplay ha ejercido un papel protagonista ofreciendo formación gratuita y recursos a todos los profesionales sanitarios así como a la población en general. Desde aquí nuestra felicitación más efusiva y nuestro agradecimiento más profundo.

El esfuerzo de todas las enfermeras en todos y cada uno de sus ámbitos resulta de una importancia vital y significativa. Los escenarios a los que nos dirigimos impactarán en nuestra vida personal y profesional de un modo incalculable. Nuestra dedicación será máxima, nuestra presencia completa y nuestro compromiso total con la salud de toda la población a nivel individual y en su conjunto. De lo demás ya hablaremos porque tiempo habrá.

Ahora más que nunca son Tiempos de Enfermería y Salud.



¡¡¡QUEDATE EN CASA!!!

ANATOMÍA DE LA TRANQUILIDAD DEL NURSING NOW A LA CRUDA REALIDAD

En ocasiones la percepción del tiempo juega con nosotros. Parece que fue hace un siglo cuando desde la OMS lanzaron el aviso sobre una infección en China, ese sitio donde se fabrica casi todo lo que usamos cotidianamente.

Nos dijeron que era un virus nuevo de baja letalidad y que solamente tendríamos algún caso esporádico. Claro que el ver a los profesionales vestidos de astronautas nos chocó, ¡que raros los chinos!

El Covid-19, que aun no sabía cómo iba a llamarse, se extendió y comenzó a viajar. Y nos dijeron TRANQUILIDAD, que no cunda el pánico, solamente tenemos que tomar algunas precauciones, medidas de protección frente a transmisión por gotas y contacto, aunque al describirlas incluían las medidas de transmisión aérea, posiblemente frente a situaciones que generasen aerosoles. O quizás porque no se tenía muy claro como se transmitía. Pero machaconamente nos decían TRANQUILIDAD. Aunque las imágenes, tipo escena de película de "ET" con los profesionales dentro de aquellas escafandras no daban mucha tranquilidad.

Cuando el coronavirus llegó a nuestra Vecina Italia y seguíamos oyendo lo de TRANQUILIDAD, no se logró detener el escalofrío que sentimos por la espalda. Y aquellas imágenes de ciencia ficción de un remoto rincón del mundo que vimos escépticos, adquirieron un nuevo sentido. Y una sensación de urgencia nos embarcó.

Y como el dicho, de Roma al Cielo... Madrid 20 se convirtió en otra cosa muy diferente a lo esperado, y comenzaron las carreras. Y el virus nos ganó por goleada. De lo cual nuestros políticos y gestores tienen una buena parte de responsabilidad.

Nuestra sociedad, en situación ordinaria, acepta sin mucho alboroto la mediocridad de políticos y gestores, que son la misma cosa, pues los primeros eligen a los segundos para que nos gestionen, entre sus propios especímenes y amiguitos, dado que el criterio para gestionar en este país, sobre todo en sanidad, es ser amigo de alguien, lo de formación, capacidad y

tribuna

Luis Miguel Alonso Suárez
Presidente de la AEES

@ ae25@hotmail.com

competencia se quedó para un mundo ideal.

Pero cuando surge una crisis, y esta lo es con mayúsculas, es donde realmente se mide y exige la valía de quienes toman las decisiones.

Y hablando de toma de decisiones, aquí y ahora, en plena crisis pandémica, sin maquillaje, sin postureo, sin fachada, es donde el director general de la OMS tiene la respuesta al año internacional de la enfermería, aquí podemos ver la realidad del Nursing Now.

¿Dónde ha estado y está la enfermera en esta crisis sanitaria de nivel mundial?

Como buen soldadito, en el frente, en primera línea de batalla, con su fusil y sin mascarilla, porque hay pocas. Para gobernar, para gestionar, para dirigir, hay generales, coroneles, incluso capitanes... que no son enfermeras.

Ahí está el Nursing Now de verdad, sin fotos con ministros, ni consejeros, ni presidentes colegiales, esa es nuestra enfermera, la de verdad, la de a pie de cama, de la que nos sentimos muy orgullosos, a la que aplaudimos, aunque yo agradecería más que aplausos, la confianza para dirigir, para gestionar esta, o cualquier otra situación, para la que académicamente estamos preparados.

Desde Enfermería y Salud damos todo nuestro apoyo a los "nietos de Einstein" que nos dirigen para superar esta emergencia sanitaria, a pesar de no haber tomado las medidas de contención de la infección cuando esta proliferó en los países vecinos e incluso cuando se inició en el nuestro. Les apoyaremos a pesar

del desconcierto que la descoordinación informativa ha generado en los profesionales. Incluso cuando nadie comprende las decisiones en las que hoy es blanco, dentro de un rato es negro y mañana será gris. Incluso cuando el conjunto de la población, y los propios profesionales, debemos someternos estrictamente a los protocolos establecidos, pero los miembros del Congreso de los Diputados, o el vicepresidente del gobierno se saltan dichos protocolos, porque quizás entiendan que tienen más derechos que el resto de la ciudadanía.

Aún así les apoyaremos para salir del caos de una pandemia que, por desconocida, por falta de protección inmunológica de la población, la hace diferente de la gripe.

Les apoyaremos a pesar de que el presidente del gobierno de España nos diga que no nos va a faltar de nada, y los responsables autonómicos nos cuenten que no hay mascarillas (epis), ni se las espera, y pidan a la población y a las empresas que en lugar de aplausos entreguen las mascarillas que puedan tener en sus domicilios.

Les apoyaremos, aunque para ustedes la enfermera siga siendo lo que siempre creyeron que era: la ayudante del médico. Les ayudaremos a pesar de la hipocresía de la foto del Nursing Now

Les apoyaremos, aunque no se lo merezcan, simplemente por el bien común, por salvar vidas, por responsabilidad. Siempre se nos ha dado bien obedecer y callar. Les apoyaremos.

Ayer era TRANQUILIDAD, hoy es RESPONSABILIDAD, lo bueno del idioma de Cervantes es que es infinito en sus posibilidades.

Seremos responsables, pero no nos sigan pidiendo TRANQUILIDAD, no es posible, y si además de enfermera, somos mayores de 60 y tenemos otras patologías complicadas... menos.

Suspiro y al cielo miro, mientras a la población pido: ¡¡¡QUEDENSE EN SUS CASAS, POR FAVOR!!!

TODO LO QUE NECESITAS SABER DEL CORONAVIRUS

ESPECIAL CORONAVIRUS

AUTORES

Daniel Fernández García ¹
Luis Miguel Alonso Suárez ²
Jesús Antonio Fernández Fernández ³
Beatriz Ordás Campos ⁴
Santiago Martínez Isasi ⁵

¹ Enfermero. Radiología Intervencionista. Hospital Universitario de León. Editor Jefe de la Revista Tiempos de Enfermería y Salud

² Enfermero. Medicina Preventiva. Hospital Universitario de León. Presidente de la Asociación Española de Enfermería y Salud

³ Enfermero. Oncología. Hospital Universitario de León. Editor Asociado de la Revista Tiempos de Enfermería y Salud

⁴ EIR Pediatría. Hospital Universitario de León. Miembro del Consejo de Redacción de la Revista Tiempos de Enfermería y Salud

⁵ Profesor. Universidad de Santiago de Compostela. Editor Asociado de la Revista Tiempos de Enfermería y Salud

La enfermedad infecciosa por coronavirus 2019 (COVID-19) es una infección del tracto respiratorio causada por un coronavirus de reciente aparición (2019-nCoV), que fue reconocido por primera vez en Wuhan, China, en diciembre de 2019. La secuenciación genética del virus sugiere que se trata de un betacoronavirus estrechamente vinculado al virus del SARS¹.

El coronavirus es un virus RNA de una sola cadena, con envuelta, de 60-140 nm de diámetro, de forma esférica o elíptica y pleomórfico² que pertenece a la familia Coronaviridae y que se pueden dividir en 4 géneros: alfa, beta, delta y gamma. La mayoría de las infecciones causadas por coronavirus en humanos son leves, pero dos beta coronavirus, SARS-CoV (Síndrome respiratorio agudo severo) y MERS-CoV (síndrome respiratorio del medio este) ocasionaron más de 10000 casos en las últimas dos décadas, con una tasa de mortalidad del 10 y 37% en el caso de SARS-CoV y MERS-CoV respectivamente³. En el caso de 2019-nCoV, el número de casos confirmados por laboratorio sigue aumentando con una tasa de mortalidad reportada de alrededor del 3%, y un número de transmisiones entre 1,5 y 3,5⁴.

El virus COVID-19 se ha relacionado con otros coronavirus que circulan entre los murciélagos (incluyendo el SARS coronavirus), por lo que se cree que sea su reservorio natural más probable. El huésped intermediario, probablemente otro mamífero, no ha sido identificado aún. El punto de contacto con los seres humanos pudo ser un mercado de animales vivos de Wuhan⁵ ciudad de la Provincia china

de Hubei, propagándose y dando lugar a una epidemia en toda China, y continuando en un número creciente de casos en otros países del mundo. En febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud designó la enfermedad COVID-19, que significa **enfermedad por coronavirus 2019**⁶. El virus que causa el COVID-19 se designa como coronavirus-2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2); anteriormente, se denominaba 2019-nCoV.

La **vía de transmisión** se produce fundamentalmente a través de las secreciones de personas infectadas, cuando tosen, hablan o estornudan, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias de más de 5 micras (capaces de transmitirse a distancias de hasta 2 metros). El contacto cercano también es fuente de transmisión (contacto con la boca, nariz o conjuntiva ocular a través de la mano o fómites contaminados)^{3,7-9}.

El **periodo de incubación** se sitúa en torno a los 5 días (intervalo: 4-7 días) con un máximo de 12-13 días. La clínica más habitual incluye fiebre, tos, disnea y mialgias o fatiga. Alrededor de un 20% de los pacientes presentan complicaciones graves, siendo las más frecuentes la neumonía y el síndrome de distrés



respiratorio del adulto. El 80% de los casos complicados son mayores de 60 años^{2,10,11}. Aproximadamente un 14% de los diagnosticados desarrolló una enfermedad grave que requirió hospitalización y oxigenoterapia, y un 5% ingresó en una unidad de cuidados intensivos¹. En los casos graves, el COVID-19 puede complicarse por el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), sepsis y shock séptico, insuficiencia multiorgánica, incluyendo lesión renal aguda y lesión cardíaca¹².

CUADRO CLÍNICO DE LA COVID-19 POR CORONAVIRUS

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La enfermedad puede presentar clínica similar a una gripe aunque de comienzo menos brusco, siendo los síntomas de vías respiratorias superiores poco importantes o ausentes^{1,6,11}.

Los informes iniciales sugieren un período de incubación similar al período de incubación del SARS-CoV y el MERS-CoV¹³. Las **características clínicas** también son bastante similares a las de la infección por estos virus: **fiebre, tos, opresión torácica, disnea y dificultad para respirar**^{2,10}. **La fiebre es un síntoma prominente, presente en el 98,6% de los casos y la**

disnea se desarrolló después de una media de cinco días de enfermedad. En hospitalizados con neumonías por COVID-19, el 26% de los pacientes precisaron ingreso en UCI, de los cuales un 61% desarrollaron SDRA y un 30% shock¹⁴.

Respecto a los niños la mayoría son asintomáticos o tienen síntomas leves. Incluso si no hay síntomas, los niños de familias con infecciones deberían ser examinados para detectar el SARS-CoV-2 con el fin de eliminar las posibles fuentes de infección¹⁵. Hasta la fecha, se han identificado dos casos críticos en niños que progresaron rápidamente¹².

HALLAZGOS DE LABORATORIO

En pacientes con COVID-19, el recuento de glóbulos blancos puede variar pudiendo presentar leucopenia, leucocitosis y linfopenia, aunque esta última ha sido la más común¹⁶. También se han descrito niveles elevados de aminotransferasa. En el momento del ingreso, muchos pacientes con neumonía presentaron niveles normales de procalcitonina sérica; sin embargo, en los que requieren cuidados intensivos (UCI), estos valores se han encontrado elevados^{10,11,14}. En un es-

tudio, los niveles altos de dímeros D y linfopenia grave se asociaron a un incremento de mortalidad¹.

HALLAZGOS DE IMAGEN

La afectación pulmonar bilateral fue manifestada inicialmente por el 75% de los pacientes, que se presentó con mayor frecuencia como áreas subpleurales y periféricas de opacidad de vidrio esmerilado. Además, la edad avanzada y la consolidación progresiva implicaban un pronóstico general más pobre^{17,18}.

DIAGNÓSTICO DE LA COVID-19 POR CORONAVIRUS^{7,19}

Las definiciones, que se basan en las actuales recomendaciones de la OMS, están en permanente revisión y se irán modificando según avance el conocimiento epidemiológico de la infección.

Se considerarán **casos en investigación** de COVID-19 los que cumplan alguno de los siguientes criterios:

A. Cualquier persona con un cuadro clínico compatible con infección respiratoria aguda (inicio súbito de cualquiera de los siguientes síntomas: tos, fiebre, disnea) de cualquier gravedad

Y

¿Cómo lavarse las manos?

Lávate las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utiliza la solución alcoholica

6 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



¿Cómo desinfectarse las manos?

Desinfectase las manos por higiene! Lávate las manos solo cuando estén visiblemente sucias

6 Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos



En los 14 días previos al inicio de los síntomas cumple cualquiera de los siguientes criterios epidemiológicos:

1. Haya residido o viajado en áreas con evidencia de transmisión comunitaria. Las áreas consideradas actualmente se pueden consultar en el siguiente enlace: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/areas.htm>
2. Historia de contacto estrecho con un caso probable o confirmado.

B. Cualquier persona atendida en la urgencia hospitalaria o que se encuentre hospitalizada, y presente signos y síntomas de infección respiratoria aguda de vías bajas y uno de los siguientes hallazgos radiológicos:

- Infiltrados bilaterales con patrón intersticial o en vidrio deslustrado o infiltrados pulmonares bilaterales alveolares compatibles con SDRA.
- Infiltrado unilateral multilobar con sospecha de etiología viral.

Estos criterios deben servir como

una guía para la evaluación. Las autoridades de Salud Pública valorarán conjuntamente con los profesionales asistenciales el cumplimiento de los criterios de forma individualizada. Esta información podrá evolucionar en función de la nueva información disponible.

A efectos de la definición de caso, se clasifica como contacto estrecho:

- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas: trabajadores sanitarios que no han utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar;
- Cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas, a una distancia menor de 2 metros (ej. convivientes, visitas);
- Se considera contacto estrecho en un avión, a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas y a la tripulación que haya tenido contacto con

dichos casos.

CRITERIO DE LABORATORIO

- PCR (reacción en cadena de polimerasa) de screening positiva y PCR de confirmación en un gen alternativo al de screening también positiva.

Los casos se clasificarán del siguiente modo:

- **Caso en investigación:** cuando cumpla uno de los criterios descritos en el cuadro anterior.
- **Caso confirmado por laboratorio:** caso que cumple criterio de laboratorio
- **Caso probable:** caso en investigación cuyos resultados de laboratorio para SARS-CoV-2 no son concluyentes o solo son positivos para una de las PCRs del criterio de laboratorio.
- **Caso descartado:** caso en investigación cuyas PCRs del criterio de laboratorio son negativas.

En áreas con transmisión comunitaria:

- En estas áreas no es necesario realizar diagnóstico de laboratorio a aquellos casos que cumplan

CORONAVIRUS

Tratamiento y prevención

La **prevención** es la herramienta terapéutica **más eficaz** con la que contamos en el momento actual.



No existe un tratamiento específico para esta enfermedad hasta la fecha aunque existen una serie de tratamientos específicos que están en estudio.



Los casos leves se tratarán en el domicilio con el tratamiento de los síntomas. Los casos más complicados que requieran hospitalización precisan tratamiento más complejo de los síntomas.

Para prevenir la transmisión, la comunidad en general debe hacer lo siguiente:

Evitar frecuentar espacios cerrados con aglomeración de personas.



Mantener al menos un metro de distancia de las personas con síntomas respiratorios (por ejemplo, tos o estornudos).



Realizar higiene de las manos con frecuencia

40-60 SEGUNDOS

Con agua y jabón cuando las manos estén visiblemente sucias.



20-30 SEGUNDOS

Desinfectante para manos a base de alcohol, si las manos no están visiblemente sucias.

En caso de toser o estornudar, **debe cubrirse la nariz y la boca con la cara interna del codo flexionado o con un pañuelo**, e inmediatamente después de usarlo, desechar el pañuelo y realizar la higiene de manos.



Evitar tocarse la nariz y la boca.

La población general sana **NO** necesita utilizar mascarillas.



Las mascarillas son fundamentales para el desarrollo de la vida normal de pacientes con otras enfermedades que no tienen nada que ver con el coronavirus y su existencia en farmacias cada vez es menor o no existe. **Seamos solidarios.**



SI TIENE ALGUNA SOSPECHA (SÍNTOMAS Y RIESGO DE CONTACTO) PONERSE EN COMUNICACIÓN CON LAS AUTORIDADES SANITARIAS A TRAVÉS DEL 112 Y NO SALIR DE CASA.





PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN, REALIZAR HIGIENE DE LAS MANOS CON FRECUENCIA, CON UN DESINFECTANTE PARA MANOS A BASE DE ALCOHOL

el criterio A establecido en la definición, y quedarán clasificados como casos posibles.

En los casos confirmados, se enviarán las siguientes muestras al Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III¹⁹.

- Pareja de sueros tomadas con al menos 14-30 días de diferencia, recogiendo el primer suero en la primera semana de enfermedad (fase aguda). Si se recoge solamente una única muestra de suero se debe tomar al menos 14 días después del inicio de los síntomas para poder confirmar la presencia de anticuerpos específicos.
- Heces y orina. Para confirmar o descartar la excreción de virus por vías alternativas a la vía respiratoria en pacientes positivos.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19)

El fin de la epidemia estará sujeto a la aplicación y seguimiento de las medidas preventivas. La prevención supone la herramienta terapéutica más eficaz con la que contamos en el momento actual.

Para prevenir la transmisión, la **comunidad en general** debe hacer lo

siguiente:

- Evitar frecuentar espacios cerrados con aglomeración de personas.
- Mantener al menos un metro de distancia de las personas con síntomas respiratorios por COVID-19 (por ejemplo, tos o estornudos).
- Realizar higiene de las manos con frecuencia, con un desinfectante para manos a base de alcohol, si las manos no están visiblemente sucias (durante 20 a 30 segundos) o bien, con agua y jabón cuando las manos estén visiblemente sucias (durante 40 a 60 segundos).
- En caso de toser o estornudar, debe cubrirse la nariz y la boca con la cara interna del codo flexionado o con un pañuelo, e inmediatamente después de usarlo, desechar el pañuelo y realizarla higiene de manos.
- Evitar tocarse la nariz y la boca.
- La población general sana no necesita utilizar mascarillas.

CONTROL DE LA INFECCIÓN

Para los profesionales sanitarios existen una serie de medidas generales y otras específicas:

MEDIDAS GENERALES

En los últimos días estamos viendo recomendaciones de no asistir a eventos de sanitarios multitudinarios en espacios cerrados (congresos, sesiones generales), con el fin de evitar transmisión entre profesionales sanitarios. El principal motivo es que tengamos que permanecer en aislamiento o cuarentena si somos casos probables o en tratamiento domiciliarios (casos leves) o ingresados (casos graves), ya que como sanitarios somos piezas claves en el manejo de esta pandemia para el resto de población.

Es importante identificar a todo el personal sanitario que atiende a los casos en investigación, probables o confirmados de infección por nuevo coronavirus. El riesgo deberá ser valorado de forma individualizada. Si no se han cumplido las medidas de precaución, serán considerados contactos estrechos y se manejarán como tales.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Incluyen la **higiene de manos y el equipo de protección individual**.

HIGIENE DE MANOS²⁰

La higiene de manos es la **medida principal de prevención y control de la infección**. Deberá realizarse, según la técnica correcta (**figura/imagen "Cómo lavarse las manos"**) y siempre en cada uno de los siguientes momentos (**figura/imagen "cómo desinfectarse las manos"**):

1. Antes del contacto con el paciente.
2. Antes de realizar una técnica aséptica.
3. Después del contacto con fluidos biológicos.
4. Después del contacto con el paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente.

Además, se realizará higiene de manos **antes de colocarse el equipo de protección individual y después de su retirada**. Si las manos están visiblemente limpias la higiene de manos se hará con productos de base alcohólica; si estuvieran sucias o manchadas con fluidos se hará con agua y jabón antiséptico. El haber

utilizado guantes no exime de realizar la correcta higiene de manos tras su retirada. Las uñas deben llevarse cortas y cuidadas, evitando el uso de anillos, pulseras, relojes de muñeca u otros adornos.

EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

El personal que tome las muestras clínicas, atienda o traslade a casos en investigación, probables o confirmados o las personas que entren en la habitación de aislamiento, deberán llevar un equipo de protección individual para prevenir la transmisión de la infección. En los casos de pacientes menores o que requieran acompañamiento, el acompañante deberá adoptar las medidas necesarias para su protección mediante la utilización de equipos de protección individual adecuados. El equipo de protección individual se colocará antes de entrar en la habitación. Una vez utilizado se eliminará dentro de la habitación con excepción de la protección respiratoria que se retirará fuera de la misma. Se realizará una correcta higiene de manos después de retirar el equipo de protección.

El personal sanitario que atienda a casos de infección por SARS-CoV-2 o las personas que entren en la habitación de aislamiento (p. ej familiares, personal de limpieza...) deben llevar un **equipo de protección individual** para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya **bata, mascarilla (quirúrgica o FFP2 si hay disponibilidad y siempre asegurando la existencia de stocks suficientes para las situaciones en las que su uso esté indicado de forma más priorizada), guantes y protección ocular antisalpicaduras**.

Los EPI desechables se deben colocar en los contenedores adecuados y deben ser tratados como residuos infecciosos (imagen salusplay medidas específicas).

• Bata

- Colóquese una bata resistente a líquidos antes de entrar en la habitación.
- En caso de que se prevea que se van a generar grandes cantidades de secreciones o fluidos se podrá utilizar una bata impermeable.

meable.

- Retírese la bata dentro de la habitación y eliminarla en un contenedor de residuos de clase III con tapa de apertura con pedal.

• Protección respiratoria

- Utilice en la atención del paciente una protección respiratoria con una eficacia de filtración equivalente a FFP2, que se colocará antes de entrar en la habitación. Compruebe que está bien ajustado y que no sale aire por las zonas laterales.
- En caso de que se vayan a generar aerosoles se podrá utilizar una protección respiratoria FFP3.
- Retírese la protección respiratoria fuera de la habitación y deséchela en un contenedor de residuos con tapa de apertura con pedal.
- Realice una adecuada higiene de manos.

• Protección ocular

- Antes de entrar en la habitación colóquese una protección ocular anti salpicaduras.
- En caso de que se vayan a generar aerosoles podrá utilizar una protección ocular ajustada de montura integral o un protector facial completo.
- Quítese la protección ocular antes de abandonar la habitación.
- El protector ocular podrá ser reprocesado (si su ficha técnica lo permite) y para ello se transportará a la zona de limpieza en un contenedor cerrado.

• Guantes

- Después de realizar la higiene de manos colóquese unos guantes limpios; no necesitan ser estériles si la técnica no lo requiere.
- Cámbiese de guantes si se rompen o están visiblemente sucios.
- Deseche los guantes antes de abandonar la habitación en un contenedor de residuos con tapa.



- Realice inmediatamente una adecuada higiene de manos.

TRATAMIENTO DE LA COVID 19

Actualmente no se recomienda ningún tratamiento para las infecciones por coronavirus, salvo los cuidados de soporte necesarios. Durante el brote del coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) se utilizaron varios antivirales y otros agentes, sin haberse establecido la eficacia de los mismos.

Sin embargo, la OMS ha publicado una guía de recomendaciones de tratamiento fundamentada en la evidencia tras el tratamiento del SARS, MERS-CoV o gripe grave, que incluye las siguientes medidas:

1. **Iniciar precozmente el tratamiento de soporte** a los pacientes con síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA), dificultad respiratoria, hipoxemia o shock.
2. **Administrar antimicrobianos empíricos para tratar los posibles agentes etiológicos del SDRA:** iniciar dentro de la primera hora de tratamiento especialmente para pacientes con síntomas de sepsis, aunque se sospeche infección por SARS-CoV-2. El desescalado o

suspensión se realizará en base a los resultados microbiológicos y el curso clínico.

3. **Administrar un inhibidor de la neuraminidasa sólo cuando haya circulación local del virus de la gripe** u otros factores de riesgo para gripe, como el antecedente de viajes o exposición a virus de la gripe no estacional. El coronavirus no produce neuraminidasa, por tanto, los inhibidores de neuraminidasa no son efectivos para SARS-CoV-2.
4. **El tratamiento con corticoides no se recomienda** tanto para la neumonía viral como para el SDRA²¹. El uso de corticoides también se ha relacionado con la mayor incidencia de infección y el retraso en la eliminación del virus de las vías respiratorias inferiores^{22,23}.
5. **El tratamiento debe ser adaptado** a las condiciones de cada persona y sus comorbilidades.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

- Es probable que una fuente animal en un mercado de animales vivos en la ciudad de Wuhan fuera la responsable de las primeras personas infectadas, pero la fuente animal de la COVID-19 sigue

sin estar identificada. No existe evidencia de que los animales domésticos puedan transmitir la enfermedad¹⁹.

- No hay evidencia suficiente acerca de la transmisión vertical del SARS-CoV-2, aunque los datos de una serie de 9 embarazadas indican la ausencia del virus en muestras de líquido amniótico, cordón umbilical y leche materna^{3,7}.
- En varias cohortes de pacientes hospitalizados con COVID-19 confirmado, la edad media varió de 49 a 56 años^{11,14}. En un informe del Centro Chino para el Control de Enfermedades que incluyó aproximadamente 44.500 infecciones confirmadas, el 87% de los pacientes tuvieron entre 30 y 79 años de edad²⁴. La edad avanzada también se asoció con un aumento de la mortalidad, con una tasa de letalidad del 8 y 15% entre las personas de 70 a 79 años y 80 años o más, respectivamente.
- Los niños de todas las edades parecen ser susceptibles a COVID-19. Aunque las manifestaciones clínicas de los casos de COVID-19 en niños fueron en general menos graves que en pacientes

adultos, los niños pequeños, en particular los bebés, se han mostrado vulnerables a la infección²⁵.

- A nivel orientativo los criterios para iniciar el soporte respiratorio, en la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) secundaria a COVID-19, serían los siguientes²⁶:

- Criterios clínicos:

Disnea moderada-grave con signos de trabajo respiratorio y uso de musculatura accesoria o movimiento abdominal paradójico.

Taquipnea mayor de 30 rpm.

- Criterios gasométricos:

$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ (o la necesidad de administrar una FiO_2 superior a 0,4 para conseguir una SpO_2 de al menos 92%).

Fallo ventilatorio agudo ($\text{pH} < 7,35$ con $\text{PaCO}_2 > 45$ mm Hg).

- Los datos epidemiológicos actuales, indican que el período de latencia es generalmente de 3 a 7 días, con un máximo de 14 días²⁷. A diferencia del SARS-CoV, el SARS-CoV-2 es contagioso durante el período de latencia²⁸.
- El **control de la infección** debe incluir: realiza los cuidados bucales y de la piel, asistir en la higiene adecuada del paciente y vigilar los drenajes y sondas. Además deben seguirse estrictamente las normas y protocolos de aislamiento a fin de prevenir la neumonía relacionada con el respirador, la septicemia relacionada con el catéter, las infecciones del tracto urinario relacionadas con el catéter y otras infecciones secundarias²⁹.
- Las muestras recomendadas para el diagnóstico son del tracto respiratorio: superior (exudado nasofaríngeo y/o orofaríngeo) o inferior (preferentemente lavado broncoalveolar, esputo y/o aspirado endotraqueal, especialmente en pacientes con enfermedad respiratoria grave). Se considera que con una prueba negativa es suficiente para descartar el caso. Sin embargo, si las pruebas iniciales son negativas en un paciente con una alta sospecha clínica y epidemiológica para SARS-CoV-2 (especialmente cuando solo se han recogido muestras de tracto respiratorio superior o la muestra recogida inicialmente no estaba tomada adecuadamente) se repetirán las pruebas diagnósticas con nuevas muestras del tracto respiratorio⁷.
- **En los casos posibles**, se indicará aislamiento domiciliario. El aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 14 días desde el inicio de los síntomas, siempre que el cuadro clínico se haya resuelto. El seguimiento y el alta serán supervisados por su médico de atención primaria o de la forma que se

establezca en cada comunidad autónoma⁷.

- La investigación muestra que el virus presenta más de un 85% de homología con SARSr-CoV (bat-SL-CoVZC45). El SARS-CoV-2 puede ser encontrado en células epiteliales respiratorias humanas 96 horas después del aislamiento in vitro. La fuente del virus, el lapso de tiempo de los pacientes descargando el virus infeccioso, y la patogénesis todavía está no está clara^{30,31}.
- Respecto a las medidas adoptadas en varios países europeos El Imperial College of London señala que la supresión requerirá mínimamente una combinación de distanciamiento social de toda la población, aislamiento de los casos en los hogares y cuarentena en los hogares de sus familiares. Esto puede necesitar ser complementado por el cierre de escuelas y universidades, aunque debe reconocerse que tales cierres pueden tener impactos negativos en los sistemas de salud debido al aumento de ausentismo. El mayor desafío de la supresión es que este tipo de paquete de intervención intensiva -o algo equivalentemente efectivo en la reducción de la transmisión- tendrá que mantenerse hasta que una vacuna esté disponible (potencialmente 18 meses o más), dado que se predice que la transmisión se recuperará rápidamente si las intervenciones se relajan.
- Un reciente estudio informa de la evaluación tanto de la naturaleza de las medidas necesarias para suprimir COVID-19 como de la probable duración que tendrán que tener estas medidas. Los resultados de este documento han servido de base para la formulación de políticas en el Reino Unido y otros países en las últimas semanas. Sin embargo, hacemos hincapié en que no es en absoluto seguro que la supresión tenga éxito a largo plazo; no se ha intentado anteriormente ninguna intervención de Salud Pública con efectos tan perturbadores en la sociedad durante un período tan largo. Sigue sin estar claro cómo responderán las poblaciones y las sociedades.



EL AISLAMIENTO SE MANTENDRÁ HASTA TRANSCURRIDOS 14 DÍAS DESDE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS, SIEMPRE QUE EL CUADRO CLÍNICO SE HAYA RESUELTO

CRITERIOS DE GRAVEDAD DEL COVID-19

Se puede establecer una clasificación de gravedad en 3 niveles:

1. Leve: Buen estado general con FR > 20 rpm., sat O₂ > 95%, ACP: normal.
2. Moderado: Buen (o regular) estado general con FR 20-30 rpm, satO₂: 90-95 % y ACP con disminución del murmullo vesicular, crepitantes aislados o sibilancias.
3. Grave: Mal estado general con FR > 30 rpm, sat O₂ > 90%, ACP: hipoventilación o crepitantes bilaterales.

FACTORES DE RIESGO:

1. Edad: mayor de 60 años.
2. Enfermedad crónica: EPOC, diabetes, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, enfermedad renal crónica, insuficiencia hepática. HTA
3. Estado de inmunosupresión.
4. Antecedente de neoplasia hace menos de 5 años.

ACTITUDES:

1. Leve sin factores de riesgo: Aislamiento domiciliario con seguimiento telefónico a las 24 horas. Sería recomendable la medición de la temperatura corporal en domicilio.
2. Leve con factores de riesgo: Aislamiento domiciliario con

seguimiento telefónico a las 24 horas y revisión en consulta para volver a realizar una exploración física en 48 horas. Sería recomendable la medición de la temperatura corporal en domicilio.

3. Moderado y grave: Traslado a hospital.

En caso de precisar broncodilatación se aconseja salbutamol y/o terbutalina.

Para todos los aspectos de tratamiento recomendamos consultar la última edición actualizada del Manual editado por Salusplay y la página web: coronapedia.org en constante actualización.

Fuente: Ávila de Tomás J. CORONAVIRUS COVID-19; PATOGENIA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO. 4ª edición. Leioa: SALUSPLAY; 2020. 1-47 p.

BIBLIOGRAFÍA

1. Team NCPERC. Vital surveillances: the epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) – China. *China CDC Wkly*. 2020;2(8):113-22.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020 Feb;382(8):727-33.
3. Calvo C, López-hortelano MG, Carlos J, Vicente DC, Luis J, Martínez V, et al. Recomendaciones sobre el manejo clínico de la infección por el «nuevo coronavirus» SARS-CoV-2. *An Pediatr (Barc)*. 2020;(xx):1-11.
4. Ena J, Wenzel RP. A Novel Coronavirus Emerges. *Rev Clin Esp [Internet]*. 2020;220(2):115-6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.01.001>
5. Callaway E, Cyranoski D. What scientists want to know about the coronavirus outbreak. *Nature*. 2020;(577):605-7.
6. Chan JF-W, Yuan S, Kok K-H, To KK-W, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet (London, England)*. 2020 Feb;395(10223):514-23.
7. Ministerio de Sanidad. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA CEI, Sanitarias. C de C de A y E. Documentos técnicos para profesionales sanitarios. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN FRENTE A CASOS DE INFECCIÓN POR EL NUEVO CORONAVIRUS (SARS-CoV-2) [Internet]. Available from: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos.htm>
8. Akhavan Karbasi S, Golestan M, Fallah R, Golshan M, Dehghan Z. Effect of body massage on increase of low birth weight neonates growth parameters: A randomized clinical trial. *Iran J Reprod Med*. 2013 Jul;11(7):583-8.
9. Shah A, Kashyap R, Tosh P, Sampathkumar P, O'Horo JC. Guide to Understanding the 2019 Novel Coronavirus. *Mayo Clin Proc [Internet]*. 2020;1-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.02.003>
10. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet (London, England)*. 2020 Feb;395(10223):497-506.
11. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet (London, England)*. 2020 Feb;395(10223):507-13.
12. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med*. 2020 Feb;
13. Imai N, Dorigatti I, Cori A, Riley S, Ferguson N. Estimating the potential total number of novel coronavirus (COVID-19) cases in Wuhan City, China. London: Imperial College London; 2020.
14. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020 Feb;
15. Shen K, Yang Y, Wang T, Zhao D, Jiang Y, Jin R, et al. Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement. *World J Pediatr*. 2020 Feb;
16. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Infection [Internet]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>
17. Hosseiny M, Kooraki S, Gholamrezaezhad A, Reddy S, Myers L. Radiology Perspective of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Lessons From Severe Acute Respiratory Syndrome and Middle East Respiratory Syndrome. *AJR Am J Roentgenol*. 2020 Feb;1-5.
18. Shi H, Han X, Jiang N, Cao Y, Alwalid O, Gu J, et al. Radiological findings from 81 patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet Infect Dis*. 2020 Feb;
19. Ávila de Tomás J. CORONAVIRUS COVID-19; PATOGENIA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO. LEIOA: SALUSPLAY; 2020. 1-34 p.
20. WHO. Material y documentos sobre la higiene de manos [Internet]. [cited 2020 Mar 17]. Available from: <https://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/>
21. WHO. Clinical Management of Severe Acute Respiratory Infection When Novel Coronavirus (nCoV) Infection Is Suspected: Interim Guidance [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 17]. Available from: [https://www.who.int/publicationsdetail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publicationsdetail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
22. Lansbury L, Rodrigo C, Leonardi-Bee J, Nguyen-Van-Tam J, Lim WS. Corticosteroids as adjunctive therapy in the treatment of influenza. *Cochrane database Syst Rev*. 2019 Feb;2:CD010406.
23. Delaney JW, Pinto R, Long J, Lamontagne F, Adhikari NK, Kumar A, et al. The influence of corticosteroid treatment on the outcome of influenza A(H1N1pdm09)-related critical illness. *Crit Care*. 2016 Mar;20:75.
24. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020 Feb;
25. Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, et al. Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China. *Epidemiology of COVID-19 Among Children in China*. 2020;
26. Cinesi Gómez C, Peñuelas Rodríguez Ó, Luján M, Egea Santaolalla C, Mass Jiménez JF. Recomendaciones de consenso respecto al soporte respiratorio no invasivo en el paciente adulto con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a infección por SARS-CoV-2. *Arch Bronconeumol*. 2020;
27. Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020 Mar;579(7798):270-3.
28. Information Office of the State Council. Information office to hold press conference on joint preventing and controlling the epidemic of novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia. 2020. [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 17]. Available from: <http://www.scio.gov.cn/xwfbh/xwfbh/wqfbh/42311/42478/index.htm>
29. Jin YH, Cai L, Cheng ZS, Cheng H, Deng T, Fan YP, et al. A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (standard version). *Mil Med Res*. 2020;7(1):1-23.
30. General Office of National Health Committee. Office of State Administration of Traditional Chinese Medicine. Notice on the issuance of a programme for the diagnosis and treatment of novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (Trial Version 4). [Internet]. 2020. Available from: <http://bgs.satcm.gov.cn/>
31. General Office of National Health Committee. Office of State Administration of Traditional Chinese Medicine. Notice on the issuance of a program for the diagnosis and treatment of novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (Trial Version 3). [Internet]. 2020. Available from: <http://www.nhc.gov.cn/xcs/zhengcwj/202%0D001/f492c9153ea9437bb587ce2fcbceef1a.shtml>.

NOTA CLÍNICA

AUTORES

Antonio Sánchez Vallejo

Enfermero.
Unidad de Cuidados Intensivos.
Coordinador de trasplantes.
Hospital Universitario de León.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

✉ Unidad de Cuidados Intensivos.
Hospital Universitario de León
Calle Altos de Nava, s/n. 24071. León.
España.

☎ +34 987 237 400

@ asanv@unileon.es

ONDA J DE OSBORN

J OSBORN WAVE

RESUMEN

El trazado electrocardiográfico aporta información de gran valor en la práctica clínica, sin embargo hay ondas que resultan de difícil identificación, e incluso pueden confundirse con artefactos y/o alteraciones del ritmo cardiaco. Por ello resulta fundamental conocer cada una de las inflexiones y deflexiones de un electrocardiograma y sus implicaciones. Tal es el caso de la denominada Onda J de Osborn, llamada así en honor del investigador John J. Osborn, quien en 1953 la describió en detalle en sus estudios sobre la hipotermia. Pero la Onda J no es exclusiva de esta condición clínica, ni siquiera es patognomónica de entidad alguna. Sin embargo aparece en numerosas patologías tanto de origen cardiaco como no cardiaco; incluso la evidencia parece relacionarla con fenómenos de muerte súbita. De ahí la importancia de su estudio y su conocimiento.

ABSTRACT

The electrocardiographic tracing provides information of great value in clinical practice, however there are waves that are difficult to identify, and can even be confused with artifacts and/or alterations of the heart rhythm. Therefore, it is essential to know each of the inflections and deflections of an electrocardiogram and its implications. Such is the case of the so-called Osborn Wave J, named in honor of the researcher John J. Osborn, who in 1953 described it in detail in his studies on hypothermia. But Wave J is not exclusive to this clinical condition, it is not even pathognomonic of any entity. However, it appears in numerous pathologies of both cardiac and non-cardiac origin; Even the evidence seems to relate it to sudden death phenomena. Hence the importance of his study and his knowledge.

PALABRAS CLAVE

Arritmia, Hipotermia, Onda J, Osborn

KEYWORDS

Arrhythmia, Hypothermia, J Wave, Osborn

No resulta infrecuente encontrar trazados electrocardiográficos (ECG) en los que puede resultar complicado reconocer determinadas ondas por su similitud con otras, o incluso con artefactos; planteando la duda sobre posibles disrritmias. Resulta vital, por tanto, conocer la morfología y características de las diferentes ondas que pueden aparecer en un trazado para discernir quien es quien en la línea que dibuja un corazón. Hoy presentamos en esta sección una onda no infrecuente, según la evidencia disponible, que no es necesariamente patológica; pero que bien podríamos pasarla por alto en la interpretación del ECG, o incluso confundirla con otras ondas del mismo. Hablamos de la "Onda J de Osborn". No es patognomónica de ninguna entidad patológica específica, aunque sí es característica de alguna condición clínica. Su presencia no es necesariamente indicativa de patología, aunque conviene estudiarla cuando aparece.

La Onda J del ECG es una deflexión, por tanto su posición es negativa en relación a la línea basal del ECG, sin embargo discurre en el mismo sentido que la onda R¹. Aparece en el punto de unión entre el complejo QRS y el segmento ST, el denominado punto J; y representa aproximadamente el final de la despolarización y el inicio de la repolarización ventricular^{1,2}. (Figura 1) Guarda similitud morfológica con la onda P¹. Cuando aparece puede observarse generalmente en las 12 derivaciones del ECG de superficie; aunque es más patente en las derivaciones lateroposteriores: V4 a V6, y en DII; por ser estas derivaciones las que siguen el curso del principal vector de despolarización-repolarización cardiaca^{1,3,4}.

A través del tiempo ha recibido diversas denominaciones, en ocasiones relacionadas con situaciones clínicas donde es posible encontrarla: onda hipotérmica, y "onda K" por su aparición en los trastornos de la concentración de potasio a un lado y otro de la membrana celular miocárdica¹. Otras veces el nombre hacía alusión a su morfología: "joroba de camello", onda H; o a su posicionamiento en el ECG: onda delta tardía, onda punto-J, corriente de injuria, etc¹. Pero el nombre por el que se la conoce lo recibió el investigador John J. Osborn, quien en 1953 realizó la descripción más detallada de la onda en sus estudios sobre la acidosis metabólica secundaria a la hipotermia^{1,3,5}.



Figura 1.

Aspecto morfológico de la Onda J de Osborn en el ECG no patológico

Tomada de: Gómez Noriega MD. Síndrome de la Onda J. Algunos aspectos de interés. *Intra-Med Journal*. 2013; 2(3):1-8. Disponible en: http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/view/256/101

Desde antiguo se la intentó vincular, sin éxito, con diversas condiciones patológicas. En 1920 y 1922, Kraus asoció la Onda J a la hipercalcemia¹. En 1938 Tomaszewski probó mediante necropsia su relación con la presencia de hipotermia⁵; relación confirmada posteriormente por Wilson y Finch al estudiar los cambios en la repolarización ventricular secundarios a la hipotermia inducida¹. Posteriormente se ha comprobado que la Onda J presenta una alta sensibilidad y especificidad para esta condición clínica, pero en absoluto resulta patognomónica respecto a la misma^{2,6}.

En realidad la Onda J se corresponde con la repolarización auricular. Habitualmente este evento se haya oculto tras el complejo QRS, siendo posible identificarla en trazados ECG de sujetos sanos tras realizarles una prueba de esfuerzo. Su presencia parece estar ligada al acortamiento del periodo de repolarización ventricular (periodo QT) secundario a taquicardia; lo cual posibilita el solapamiento de la onda de repolarización auricular sobre el segmento ST, haciéndose de este modo visible. Es importante conocer que aparenta un descenso del ST, sin embargo no debemos confundirla con la presencia de un fenómeno de isquemia miocárdica. En individuos normales el segmento ST adopta rápidamente una pendiente ascendente desde el

punto J hasta la raíz de la onda T; mientras que en la cardiopatía isquémica el ST es horizontal o puede incluso curvarse hacia abajo tras el punto J³.

Aparte de estar presente en la hipotermia, la Onda J aparece en trazados ECG de numerosos procesos clínicos no relacionados con aquella. Podemos observar la Onda J ante fenómenos extracardiacos como la hipercalcemia², la hiperpotasemia, traumas cerebrales severos, hemorragias subaracnoideas masivas^{1,2}, daños en los nervios simpáticos cervicales, en el paro cardíaco secundario a sedación excesiva, o en la enfermedad de Chagas entre otros^{1,3}.

De igual modo puede aparecer en el ECG de patologías cardiacas como los síndromes coronarios agudos², la pericarditis aguda, bloqueos de rama, hipertrofia ventricular, uso de marcapaso, angina vasoespástica o de Prinzmetal, síndrome de Brugada, fibrilación ventricular idiopática y, por supuesto, en el tratamiento y/o intoxicación por digital: el famoso bigote de Dalí¹.

Para finalizar añadiremos que en los últimos años se han descrito una serie de nuevas enfermedades cardiacas, relacionadas con arritmias ventriculares y muerte súbita, conocidas como canalopatías; en relación a los trastornos de los canales



**ESTE ESTUDIO
FUE APROBADO
POR EL COMITÉ
ÉTICO DE
INVESTIGACIÓN
CLÍNICA DEL
ÁREA DE SALUD
DE LEÓN**



PUEDE APARECER EN EL ECG DE PATOLOGÍAS CARDIACAS COMO LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, LA PERICARDITIS AGUDA, BLOQUEOS DE RAMA, HIPERTROFIA VENTRICULAR, USO DE MARCAPASO, ANGINA VASOESPÁSTICA O DE PRINZMETAL, SÍNDROME DE BRUGADA, FIBRILACIÓN VENTRICULAR IDIOPÁTICA Y, POR SUPUESTO, EN EL TRATAMIENTO Y/O INTOXICACIÓN POR DIGITAL

de conducción del impulso eléctrico en el miocárdico. En relación a estas, y especialmente al Síndrome de Brugada y a la Fibrilación Ventricular Idiopática, ha recobrado gran importancia el estudio de los fenómenos de repolarización precoz, y especialmente un nuevo síndrome denominado: Síndrome de la Onda J^{3,7,8}.

Este término, descrito por primera vez por Yan et al^{3,7}, describe aquellos procesos en los que aparecen Ondas J de más de 2 mm de amplitud en adultos asintomáticos. La evidencia disponible indica que las alteraciones en la repolarización, y entre ellas el síndrome de la Onda J, parecen implicadas en un mayor riesgo de muerte por arritmia en presencia de factores arritmogénicos³. A su

vez, Surawicz y Macfarlane señalaron la importancia de la edad y el género en la aparición del Síndrome de la Onda J; dándose con mayor frecuencia en varones de entre 20 a 40 años^{3,8}.

Estos nuevos hallazgos dejan sin respuesta numerosas cuestiones acerca la patogénesis de los fenómenos arrítmicos relacionados con la onda J. La mayor frecuencia de aparición en el ECG de rutina de este fenómeno, unido al superior riesgo calculado de muerte súbita para algunas subpoblaciones como los deportistas, niños y adolescentes, asociado al hecho de que no hay disponible un tratamiento definitivo frente a estos fenómenos; ha favorecido un renovado interés por la J de Osborn³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez E. Ondas J de Osborn en hipotermia. Presentación de un caso poco frecuente en el trópico. *Rev. Colomb. Cardiol.* 2009; 16:182-184. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v16n4/v16n4a7.pdf>
2. González-Castro A, Suberviola Canas B, Vallejo A, Holanda MS, Rodríguez Borregan JC. Presence of Osborn's J wave in hypothermia. *Medicina intensiva.* 2007;31(9):527-8. DOI: 10.1016/S0210-5691(07)74862-3
3. Gómez Noriega MD. Síndrome de la Onda J. Algunos aspectos de interés. *IntraMed Journal.* 2013; 2(3):1-8. Disponible en: http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/view/256/101
4. Soteras Martínez I, et al. Hipotermia accidental. *Med. Clin. (Barc).* 2011; 137(4):171-7. doi:10.1016/j.medcli.2010.04.005
5. Serrano-Martínez JL, Redondo-Orts M, Conde-Baena y Esteva-Fernández D. Ondas J de Osborn e hipotermia accidental. *Revista clínica Española* 2015; 215 (1):70-1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.09.012>
6. Remón M, Fernández E, Vicente de Vera JM, Riu J. Onda J de Osborn en electrocardiograma de un paciente con hipotermia grave. *Rev Esp Anestesiología Reanimación* 2008; 55:324 DOI: 10.1016/S0034-9356(08)70585-1
7. Yan GX, Antzelevitch C. Cellular basis for the electrocardiographic J wave. *Circulation* 1996; 93:372-9
8. Surawicz B; Macfarlane PW. Inappropriate and Confusing ECG Terms. *JACC* 2011; 57:1584-6



JUNTA DIRECTIVA AEES

PRESIDENTE **LUIS MIGUEL ALONSO SUÁREZ.**
ENFERMERO. SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

SECRETARIO **HONORINO P. MARTINEZ FIERRO.**
ENFERMERO. SUPERVISOR DEL ÁREA DE
CONSULTAS EXTERNAS.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

VOCALES **M. LUISA GONZALEZ VALDÉS.**
ENFERMERA. SUPERVISORA.
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

JULIO A. SENEN BLANCO.
ENFERMERO. CONSULTAS EXTERNAS.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

ANA BELEN ALONSO ALVAREZ.
ENFERMERA. SUPERVISORA DE ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

JUAN RAMÓN GUERRA ORDOÑEZ.
ENFERMERO. SERVICIO DE HEMATOLOGÍA.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

DANIEL FERNANDEZ GARCÍA.
ENFERMERO. RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

IVÁN ÁLVAREZ MELCÓN.
ENFERMERO. SUPERVISOR SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

Mª ROSARIO SUÁREZ LÓPEZ.
ENFERMERA. SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

GABRIELA GONZÁLEZ MARTÍNEZ.
ENFERMERA. SUPERVISORA DEL
SERVICIO DE NEUROCIROLOGÍA.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

TESORERO **JESUS A. FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ.**
ENFERMERO. SERVICIO DE ONCOLOGÍA.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

VOCALES DELEGADOS **Mª LUISA TURIENZO MARTÍNEZ.**
AUXILIAR DE ENFERMERÍA.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

LORENA CALLEJA DELFÍN.
ENFERMERA. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

Mª MONTSERRAT ROBLES SÁNCHEZ.
ENFERMERA. SERVICIO DE NEUROCIROLOGÍA.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

CONCEPCIÓN MÁRTINEZ FERNÁNDEZ.
ENFERMERA. ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

ANTONIO SANCHEZ VALLEJO.
ENFERMERO. COORDINADOR DE TRANSPLANTES.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

MIGUEL ANGEL PARADA NOGUEIRAS.
ENFERMERO PERFUSIONISTA.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

ANA ISABEL RODRIGUEZ GONZALEZ.
ENFERMERA. SUPERVISORA DEL
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

Mª JOSÉ CORRAL ALVAREZ.
ENFERMERA. SUPERVISORA DEL
SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

VOCALES DELEGADOS TERRITORIALES

GALICIA **SANTIAGO MARTINEZ ISASI.**
ENFERMERO.
PROFESOR DOCTOR DE LA UNIVERSIDAD DE LA CORUÑA.

ASTURIAS **RAFAEL CASTRILLO CARBAJAL.**
ENFERMERO. ATENCIÓN PRIMARIA.
SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CANTABRIA **MARÍA ALEXANDRA GUALDRON ROMERO.**
ENFERMERA. SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD.
ENFERMERA DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN.
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN DE VALDECILLA (IDIVAL).

EUSKADI **CARLOS VALDESPINA AGUILAR.**
ENFERMERO. ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL TRABAJO.
FUNDACIÓN Y DIRECCIÓN DE LA EMPRESA SALUSPLAY.

MURCIA **MARIA LUISA RUIZ AGUINAGA.**
ENFERMERA. HOSPITAL QUIRÓNSALUD MURCIA.
EXPERTA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.

VALENCIA **JOSE ANTONIO FORCADA SEGARRA.**
ENFERMERO RESPONSABLE DE DOCENCIA Y CALIDAD.
CENTRO DE SALUD PÚBLICA DE CASTELLÓN.
SECRETARIO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE VACUNOLOGÍA.

CASTILLA Y LEÓN **AZUCENA SANTILLAN GARCÍA.**
ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS.
MIEMBRO DE COMITÉ CIENTÍFICO.
CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL.
JOANNA BRIGGS INSTITUTE.

MADRID **CARMEN SELLÁN SOTO.**
ENFERMERA PROFESORA DOCTORA.
FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
MADRID. VICECOORDINADORA INTERNACIONAL RED ENSI
(OPS). SOCIA DE HONOR DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA Y SALUD.

EXTREMADURA **Mª. DEL PILAR SANCHEZ MARCOS.**
ENFERMERA. ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y
COMUNITARIA. SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA.

ANDALUCÍA **JUAN GÓMEZ SALGADO.**
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA, TRABAJO
SOCIAL Y SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA.
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL TRABAJO Y SALUD
MENTAL.



13 AÑOS

www.enfermeriaysalud.es



Asociación Española
de Enfermería y Salud

Organizando Eventos

www.congreso-enfermeriaysalud.es





NOMBELA-MONTERROSO K, GONZÁLEZ-CHORDÁ VM, ROMAN P. DESCRIPTIVE STUDY OF THE SPECIALIZED CARE OF THE SPANISH HEALTH SYSTEM. REV SAUDE PUBLICA. 2018; 52(5). [HTTPS://DOI.ORG/10.11606/S1518-8787.2018052000289](https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000289)

La sanidad está descentralizada en las Comunidades Autónomas (CA) por lo que en 2003 se publicó la Ley de Cohesión y Calidad para garantizar la equidad y calidad sanitaria. Este trabajo se plantea como objetivo analizar la tendencia de los Indicadores Clave del Sistema Nacional de España y sus Autonomías relacionados con la Atención Especializada (AE) desde la entrada en vigor de la Ley de Cohesión y Calidad.

Llevaron a cabo un estudio ecológico de series temporales en España y sus Autonomías de 2003 a 2014. Analizaron indicadores de AE (porcentaje de gasto, profesionales, listas de espera, actividad quirúrgica, estancia media, infecciones y mortalidad), obteniendo los datos del

Ministerio de Sanidad. Los datos muestran una tendencia creciente en los indicadores de gasto de la AE en 13 CA. El aumento del gasto sanitario en AE puede relacionarse con el cambio demográfico y el desarrollo de la tecnología contradiciendo los principios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por el contrario, el gasto en Atención Primaria (AP) ha disminuido: Un buen desarrollo de la AP para mejorar estos puntos, evitaría la demanda innecesaria de la AE.

La forma de utilizar los recursos, la variabilidad clínica, la escasa integración de ambos niveles, nuevas tecnologías, envejecimiento de la población y hábitos menos saludables influyen en el aumento de costes. La gestión por competencias y la mayor implicación de profesionales y población pueden hacer frente a esta problemática,

manteniendo la sostenibilidad del sistema y adaptándose a las necesidades reales de la sociedad. Pese al aumento del gasto en AE, los indicadores de calidad asistencial, como la tasa de infecciones hospitalaria y la mortalidad intrahospitalaria, han aumentado. Cabe destacar que pese al aumento de quirófanos y de intervenciones, las listas de espera se han mantenido estáticas.

No toda estrategia (recortes económicos, gestión ineficiente) es válida para asegurar la sostenibilidad de un sistema sanitario en una crisis económica. Además afecta negativamente a la calidad asistencial y a los profesionales. El análisis de estos indicadores de AE muestra cómo se incumplen los principios de equidad y calidad de las prestaciones, pese al aumento del gasto.



GÓMEZ RAQUEL. LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA QUIRÚRGICA: DE LA TÉCNICA A LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA. NURE INVESTIGACIÓN. 2019;16(99).

El quirófano es un lugar muy complejo donde se deben seguir protocolos muy estandarizados pero, a la vez, se debe tener una sensibilidad especial. La enfermera se encuentra en una situación privilegiada con respecto a la tecnología y el paciente, marcando la diferencia entre una atención humanizada y la que no lo es. Se deben unir conocimientos científico-técnicos a la humanización de los cuidados, estableciendo así una asistencia de calidad. Es esencial la individualización del cuidado, aliviar la ansiedad y establecer una comunicación efectiva.

La investigación en el área operatoria ha puesto énfasis en temas como los roles, toma de decisiones, prácticas de cuidados, satisfacción y calidad del cuidado, preparación del paciente quirúrgico, la experiencia vivida en la práctica y la asistencia al paciente. Se está investigando el uso de la tecnología de realidad virtual para reducir dolor y angustia de pacientes. Intraquirúrgicamente se han desarrollado estudios en los que se aplica musicoterapia, relajación, visualización o distracción. En niños, se investiga sobre el juego con muñecos para explicarles la cirugía, traslado a la planta en coches tele-

dirigidos, la distracción con videos o realidad virtual o la influencia de la presencia de los padres en el antequirófano. En todos estos estudios la enfermería está teniendo liderazgo, lo que la posiciona al frente de los avances en la disminución de la ansiedad y bienestar del paciente en el perioperatorio.

Es necesario que los enfermeros quirúrgicos desarrollen trabajos de investigación que documenten como son los cuidados que se realizan sobre el paciente quirúrgico, basados en su rol autónomo.

DALL'ORA C, GRIFFITHS P, EMMANUEL T, RAFFERTY AM, EWINGS S, AIKEN L. 12 HOUR SHIFTS IN NURSING: DO THEY REMOVE UNPRODUCTIVE TIME AND INFORMATION LOSS OR DO THEY REDUCE EDUCATION AND DISCUSSION OPPORTUNITIES FOR NURSES? A CROSS-SECTIONAL STUDY IN 12 EUROPEAN COUNTRIES. JOURNAL OF CLINICAL NURSING.2019.
[HTTPS://DOI.ORG/10.1111/JOCN.14977](https://doi.org/10.1111/JOCN.14977)



Los turnos de 12 horas o más han sido introducidos en varios países europeos, ofreciendo la oportunidad de reducir un cambio de turno y por tanto la superposiciones de un turno sobre otro, lo cual puede ser beneficioso para la continuidad asistencial de los pacientes hospitalizados. Sin embargo, la introducción de estos "turnos largos" es controvertida, ya que mientras sus defensores esgriman una mejora en la eficiencia, existen trabajos que los relacionan con una disminución en la calidad de los cuidados.

En este trabajo los investigadores se propusieron observar y describir cómo afectan estos turnos a la presencia de las enfermeras en programas de formación en el horario laboral, a la capacidad de discutir con otras enfermeras los cuidados de los pacientes y a la información

perdida en los cambios de turno. Para ello llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal, utilizando los datos de un cuestionario a nivel europeo (RN4CAST). Se recogieron datos de 31.627 enfermeras (de los 54.140 cuestionarios distribuidos) de 487 hospitales, de 12 países europeos (entre los cuales se encontraba España).

Respecto a los resultados, se observó que cuando las enfermeras trabajaban en turnos de 12 horas tenían menos probabilidades de tener programas formativos; menos tiempo para discutir el cuidado del paciente respecto a las enfermeras con turnos de 8 horas o menos; del mismo modo, trabajar turnos de 12 horas se relacionó con mayor pérdida de información en los cambios de turno. Por lo que los autores concluyeron que los turnos de 12 horas potencial-

mente pueden ser negativos para una atención segura y efectiva, introduciendo unas consecuencias no deseadas en términos de calidad asistencial y de comunicación con el paciente.

Si a pesar de dichos resultados los gestores deciden implementar estos turnos de 12 horas, los autores proponen algunas medidas: asegurar momentos de descanso dentro del turno; no programar más de 3 turnos de 12 horas consecutivos; explorar cómo compensar las opciones de formación dentro del turno perdidas, ya que existe amplia evidencia de que cuando las enfermeras tienen acceso a programas educativos en el trabajo, los resultados del paciente mejoran.

EL HADDAD M, WILKINSON G, THOMPSON L, FAITHFULL-BYRNE A, MOSS C. PERCEPTIONS OF THE IMPACTS OF INTRODUCING ADMINISTRATIVE SUPPORT FOR NURSE UNIT MANAGERS: A QUALITATIVE EVALUATION. JOURNAL OF NURSING MANAGEMENT. 2019.
[HTTPS://DOI.ORG/10.1111/JONM.12860](https://doi.org/10.1111/JONM.12860)



El aumento de las cargas administrativas para las supervisoras de enfermería supone un aumento del estrés en su rol y una reducción de oportunidades para el liderazgo clínico. En respuesta a este problema una organización sanitaria en Australia introdujo un apoyo administrativo en 37 unidades de enfermería, con el objetivo de evaluar el impacto de la implementación del apoyo de un administrativo en dichas unidades.

Los autores del estudio llevaron a cabo una metodología descriptiva cualitativa, recogiendo datos de dichas 37 unidades de enfermería de 3 hospitales, que fueron analizados temáticamente. Se utilizó una entrevista semiguada de 1 hora de duración que fue grabada. Todos los participantes fueron voluntarios y cumplían los criterios de inclusión.

Se identificaron 6 impactos beneficiosos en la introducción del apoyo de un administrativo: mejora en el

bienestar de la supervisora ("duermo un poco mejor. No podría vivir sin ella. Pueden solucionar muchas pequeñas cosas por ti"); más tiempo para emprender el liderazgo clínico ("no sé cómo salía de mi oficina antes de tener una administrativa; puedo invertir tiempo en mi personal y en los pacientes"); mayor eficiencia económica ("cuando contratan personal nuevo, todo el papeleo que tiene que hacerse para obtener tarjetas magnéticas y otras cosas, ella le ayudará"); mejora de la capacidad de liderazgo estratégico ("tengo tiempo para pensar hacia dónde nos dirigimos estratégicamente y lo que necesitamos hacer"); aumento de la satisfacción del personal ("el equipo es más feliz, los médicos son más felices, a todos les encanta que esa persona de apoyo esté constantemente disponible"); mejora en la planificación de la sustitución de las supervisoras (" las nuevas supervisoras no van a estar tan abrumados, hay alguien más que conoce

el papeleo").

Por todo ello los autores concluyen que el estrés en las supervisoras de enfermería puede tener un impacto negativo en el clima de la organización, pudiendo empeorar los resultados en salud, la satisfacción de los trabajadores y perjudicando la retención del personal. Para que esto no llegue a ocurrir, las organizaciones sanitarias necesitan implementar estrategias para reducir la burocracia administrativa a la que se enfrentan las supervisoras de unidad. La introducción de una persona de apoyo administrativo, libera tiempo para que las supervisoras de enfermería participen en el liderazgo clínico, lo cual tiene un impacto en el clima organizacional, en los resultados en el desempeño del trabajo de los profesionales, en la satisfacción de los mismos y en la retención de las enfermeras.

PROCEDIMIENTO ENFERMERO

AUTORES

Beatriz Ordás Campos ¹
Patricia González Zapico ²
Beatriz Muñoz Asenjo ³
Cristina Alja García ⁴
Ricardo Álvarez Silván ¹
Antonio Sánchez Vallejo ⁵

¹EIR Pediatría. Hospital Universitario de León

²Enfermera. Neonatología-Nidos. Hospital Universitario de León

³Enfermera. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario de León.

⁴Enfermera. Hospitalización Pediatría. Hospital Universitario de León

⁵Enfermero. Unidad de Cuidados Intensivos. Coordinador de trasplantes. Hospital Universitario de León.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

✉ Beatriz Ordás Campos
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de León
Calle Altos de Nava, s/n. 24071. León. España.

☎ +34 987 237 400

@ beaordass@gmail.com

MONITORIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD CEREBRAL MEDIANTE ÍNDICE BIESPECTRAL DEL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS

MONITORING OF BRAIN ACTIVITY BY BISPECTRAL INDEX OF THE PATIENT IN INTENSIVE CARE

RESUMEN

El índice biespectral o valor BIS es un parámetro empleado para la monitorización continua no invasiva que estima el grado de actividad eléctrica cerebral y, por tanto, el nivel de sedación o conciencia del paciente. Consiste en un procedimiento mediante el cual se colocan unos electrodos adherentes sobre la piel de la zona frontal del paciente conectados a un monitor específico. El objetivo de este trabajo ha sido describir el procedimiento de medición de actividad cerebral no invasiva utilizando el dispositivo BIS™. Se describe de manera detallada la técnica de colocación del dispositivo BIS™, desde la preparación de la piel del paciente, correcta colocación del sensor, registro de parámetros, limitaciones y la frecuencia de cambio recomendada del sensor.

ABSTRACT

The Bispectral Index or BIS value is a parameter used for continuous non-invasive monitoring that estimates the degree of brain electrical activity and, therefore, the level of sedation or consciousness of the patient. It consists of a procedure by means of which adherent electrodes are placed on the skin of the frontal area of the patient connected to a specific monitor. The aim of this paper has been to describe the procedure of measuring non-invasive brain activity using the BIS™ device. BIS™ device placement technique is described in detail, including patient skin preparation, correct sensor placement, parameter recording, limitations and suggested sensor change frequency.

PALABRAS CLAVE

BIS, cuidados intensivos, índice biespectral, monitorización, pediatría

KEYWORDS

BIS, intensive care, bispectral index, monitoring, paediatric

INTRODUCCIÓN

El índice biespectral (BIS) es un parámetro obtenido a partir de un sistema de monitorización no invasivo que, mediante la colocación de cuatro electrodos en la región hemifronto-temporal del paciente, permite el registro de las señales electrofisiológicas del cerebro¹. El sistema BIS™ realiza una estimación del grado de actividad eléctrica cerebral y, por tanto, del nivel de sedación o conciencia del paciente mediante un análisis matemático de las frecuencias de las ondas de electroencefalograma (EEG) en una escala adimensional de 0 a 100¹.

Las personas despiertas, sanas y sin sedación suelen presentar valores BIS >90, mientras que un valor de 0 se correspondería con ausencia de actividad cerebral. Con la intensificación progresiva de los efectos indu-

cidos mediante sedación el valor BIS disminuye, por lo que se considera un sistema útil, complementario a la valoración clínica del paciente, para el control de los efectos de los agentes anestésicos de uso frecuente, como el propofol, sevoflurano, desflurano, isoflurano o dexmedetomidina, permitiendo minimizar la dosis empleada, así como el tiempo de recuperación del paciente¹.

La monitorización de la profundidad anestésica es importante durante cualquier procedimiento, ya que una sedación demasiado profunda puede ocasionar cambios hemodinámicos en el paciente². Una sedación ligera conlleva el riesgo de recuerdo o conciencia durante el procedimiento, considerado como una complicación muy grave con secuelas psicológicas potenciales a largo plazo³. Cuando el valor BIS se mantiene en rango de sedación profunda disminuye la incidencia de

conciencia durante la anestesia³. Así, el sistema de monitorización BIS™ ha sido el primer método aprobado por la agencia Food and Drug Administration (FDA) para la evaluación de los efectos hipnóticos farmacológicos² y ha sido recomendado por las guías del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) como método costoeffectivo para la evaluación de la profundidad anestésica basada en el registro electroencefalográfico del estado del paciente⁴.

El uso del BIS™ para la monitorización del paciente pediátrico se encuentra más limitado. Se recomienda su empleo a partir de los cuatro años de edad¹, utilizándose como instrumento adicional de apoyo a las evaluaciones clínicas del profesional sanitario⁵. Aunque el empleo de este sistema se presenta como un método de fácil manejo, los profesionales deben de haber adquirido previamente los conocimientos y formación adecuada para la interpretación de los parámetros monitorizados y deben de poder comprender las posibles limitaciones de su utilización en la práctica clínica⁴.

OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo ha sido describir el procedimiento de medición de actividad cerebral no invasiva utilizando el dispositivo BIS™ y la relación con el estado clínico del paciente.

MATERIAL

El sistema de monitorización BIS™ se compone de un monitor, un cable de adaptación y un sensor (figura 1).

El monitor incluye una pantalla de 2 a 4 canales configurable por el usuario donde se puede visualizar el número BIS y el gráfico de tendencia correlacionado, las formas de onda del EEG en tiempo real, los indicadores de calidad de señal (ICS), el electromiograma (EMG) y alarmas o avisos.

El sensor BIS™ está compuesto por electrodos desechables con gel húmedo. El funcionamiento de la tecnología de sensores para la captura de la señal del EEG de bajo voltaje consiste en la siguiente secuencia. En primer lugar, existe una tinta conductora que se imprime directamente en la superficie del sensor



Figura 1.
Sistema completo de monitorización BIS™

junto con una espuma adhesiva y la tecnología Zipprep™. El conjunto crea una superficie de electrodo óptima para el registro del EEG de bajo voltaje. La tecnología Zipprep™ permite eliminar la primera capa de la epidermis mediante la acción mecánica realizada al presionar los electrodos en el momento de la colocación del sensor sobre la piel del paciente que hace que las púas contenidas en los electrodos eliminen parte de la primera capa de células muertas de la piel entrando en contacto con la capa interna adyacente, más conductora. El gel conductor contenido en el electrodo penetra en esta nueva superficie expuesta creando una óptima comunicación eléctrica entre las capas internas de la piel que transportan el EEG y las zonas conductoras que se encuentran en el interior del sensor. La señal del EEG se transmite a través de estos registros hasta el monitor BIS™. Finalmente, existe en el electrodo una fina capa de esponja que contiene una cantidad muy precisa de gel. Este gel crea un "puente" entre la frente y la superficie del electrodo conductor. La combinación de los anteriores componentes ayuda a lograr un entorno óptimo para adquirir y mantener la señal del EEG¹.

En las figuras 2, 3 y 4 se presentan los diferentes tipos de sensores BIS™ para la utilización en función de las particularidades de cada paciente. La figura 2 muestra el sensor



Figura 2.
Sensor BIS™ Quatro (color azul) y
Sensor BIS™ de uso extendido (color rojo)

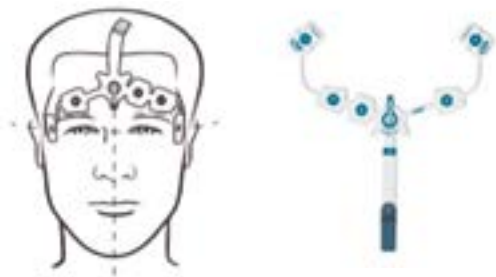


Figura 3.
Sensor bilateral BIS™



Figura 4.
Sensor BIS™ pediátrico

EL ÍNDICE BIESPECTRAL (BIS) CUANTIFICA OBJETIVAMENTE EL NIVEL DE CONCIENCIA DEL PACIENTE CRÍTICO



Figura 5.
Técnica de adhesión de los bordes del sensor



Figura 6.
Técnica de fijación del sensor mediante presión sobre los electrodos

de cuatro electrodos de uso estándar (color azul) y el de uso extendido para pacientes adultos que requieren periodos más largos de monitorización, como en unidades de cuidados intensivos (color rojo), así como la disposición y localización en la piel del paciente. El sensor bilateral BIS™ (figura 3) está diseñado para la colocación simétrica y captura de datos bihemisféricos permitiendo la detección de diferencias hemisféricas cerebrales. Para la medición de la actividad cerebral en la población pediátrica se dispone de un sensor pediátrico BIS™ (figura 4) que facilita la medición BIS™ en cabezas más pequeñas que puede capturar EEG de más bajo voltaje¹.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Se recomienda limpiar y secar la frente del paciente para facilitar la adherencia del sensor. Si fuera necesario, se utilizaría gasa impregnada en alcohol 70° dejando secar. Si existiera solución de continuidad en la piel de la zona de colocación, se instalará el sensor en otra zona donde se mantenga íntegra¹. Existe evidencia sobre posiciones alternativas a la colocación frontal estándar del sensor BIS™, como es la occipital, mandibular, auricular, lateral o posición nasal infraorbitaria, siendo esta última la que más se asemeja a la posición estándar por recibir mejor calidad de señal y evitar la interferencia del cuero cabelludo en su localización⁶.

PROCEDIMIENTO

- Colocación del monitor BIS™ en zona visible de la cabecera del paciente y conexión del cable de adaptación del monitor al sensor. Una forma alternativa al monitor independiente sería el uso de monitor central de telemetría con módulo de medición BIS.
- Presionar los bordes de los cuatro electrodos para que se adhieran (figura 5).
- Pulsar los electrodos 1, 2, 3 y 4 con firmeza durante 5 segundos, para un contacto óptimo (figura 6).
- Insertar la lengüeta del sensor en el cable de interconexión del paciente.
- Comprobar la impedancia en la pantalla del monitor (se lleva a cabo de forma automática). La captación de la señal será óptima si aparece el color verde en la representación gráfica de los electrodos en el monitor; si no es así, se volverá a aplicar presión sobre los sensores (figura 7).
- Ajustar las alarmas de los parámetros según los límites deseados.
- Registrar los valores de BIS, EMG, TS e ICS según indicación (figura 8).
- Cambiar el sensor cada 24 horas, procurando variar levemente el lugar de colocación para no alterar la piel.
- Extraer el sensor de su envase en el momento de su colocación y situar diagonalmente en la frente del paciente siguiendo las instrucciones indicadas por el fabricante.
 - Electrodo 1: línea media del frontal aproximadamente 3-5 cm por encima del puente de la nariz.
 - Electrodo 2 (toma de tierra): correlativo al electrodo 1.
 - Electrodo 3: zona temporal derecha o izquierda, entre el ángulo externo del ojo y el nacimiento del cabello. Poner especial cuidado en no situar el electrodo justo sobre la arteria temporal, pues se producirán artefactos y la medición sería errónea.
 - Electrodo 4: zona externa del arco superciliar, por encima de la terminación de la ceja.

EVALUACIÓN

Interpretación de parámetros

BIS™: Índice Biespectral (tabla 1 y figura 9).

ICS: Índice de calidad de señal. Medida de la calidad de la señal para la fuente del canal EEG que se calcula en base a datos de impedancia, artefacto y otras variables (tabla 2).

EMG: Actividad Electromiográfica. Refleja la estimulación muscular causada por un aumento del tono o movimiento muscular. Un valor de EMG<30 sería óptimo e indicaría que existe escasa interferencia del EMG¹.

PT: Potencia Total del EEG (amplitud). El rango de normalidad se hallaría entre 30-100 dB¹.

TS: Tasa de Supresión (%). Porcentaje de interrupción de EEG isoelectrico en los últimos 63 segundos. El valor de la TS aumenta en estados de sedación o coma muy profundo. En neonatos puede estar más elevado de forma fisiológica. El valor normal de la TS es de cero¹.

FBE: Frecuencia de Borde Espectral. Frecuencia por debajo de la cual se encuentra el 90% de las ondas de EEG¹.

Observaciones enfermeras. Limitaciones/ factores que afectan a la monitorización BIS™

Existen diferentes situaciones clínicas que pueden afectar a la precisión del valor BIS en su aplicación como indicador del efecto hipnótico del anestésico. Entre los aspectos principales de interferencia se incluyen el contacto deficiente con la piel o alta impedancia, el aumento del tono muscular o rigidez de los músculos de la frente, artefactos con otros dispositivos médicos, estados anormales del EEG (movimientos oculares sostenidos) y ciertos agentes farmacológicos que pueden elevar los valores de monitorización BIS de manera artefactual¹.

Agentes farmacológicos

El nivel clínico de sedación alcanzado entre pacientes con una misma puntuación BIS puede diferir dependiendo del régimen de sedación empleado, como es el caso de la ketamina o el óxido nitroso, em-

pleados más frecuentemente en los procedimientos sobre el paciente pediátrico. En el caso de sedación mediante óxido nitroso inhalado se ha demostrado un aumento del valor BIS, efecto que podría ser debido a la disminución del efecto supresor en el EEG y a sus propiedades neuroestimulantes. Determinadas dosis en el uso de ketamina pueden producir un incremento paradójico del valor BIS por sus características de anestésico disociativo mediante activación del EEG⁷.

Edad del paciente

Existe evidencia sobre la obtención de un valor BIS mayor en el paciente pediátrico respecto al adulto en el momento de pérdida de consciencia mediante propofol y fentanilo, especialmente en niños menores de 5 años, donde se estimó un valor BIS de 67 para el momento en que alcanzan un nivel profundo de sedación frente a un valor BIS de 60 en el adulto⁷.

En pacientes menores de 6 meses podrían existir diferencias en la medición del EEG debido a que se encuentran en una etapa de maduración cerebral y desarrollo de sinapsis en este periodo⁵.

Otros estudios no hallaron diferencias entre la utilización de la monitorización BIS frente al uso de escalas clínicas para la valoración del grado de sedoanalgesia alcanzado durante procedimientos quirúrgicos menores y optimización de la dosis farmacológica empleada y del tiempo de recuperación del paciente⁵.

Otros factores

Otros factores que pueden interferir en la monitorización BIS, disminuyendo su valor, son alteraciones en el estado fisiológico que impliquen una reducción del metabolismo cerebral, como en la hipotermia, la hipotensión arterial o la hipoxia².

Por lo tanto, el sistema de monitorización BIS™ se presenta como una herramienta objetiva, sin diferencias interobservador⁷ y de uso sencillo para la dosificación óptima farmacológica durante procedimientos de sedoanalgesia o en la vigilancia del paciente con estados clínicos que requieren reevaluación periódica del nivel de consciencia.



LA MONITORIZACIÓN BIS CONTRIBUYE EN LA GARANTÍA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE

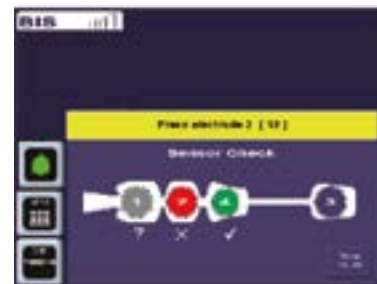


Figura 7. Pantalla gráfica de verificación del sensor BIS™



Figura 8. Pantalla de monitorización BIS™

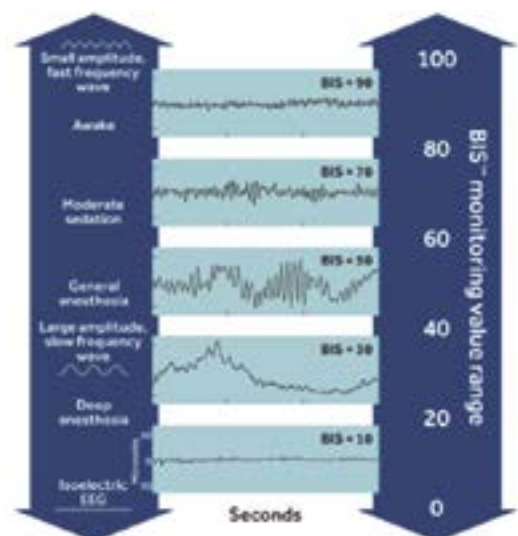


Figura 9. Valor de monitorización BIS™ relacionado con la valoración clínica y el estado del EEG durante la administración de agentes anestésicos



“

EL BIS ES UNA MEDICIÓN OBJETIVA CONTINUA DEL NIVEL DE CONCIENCIA DEL PACIENTE

**TABLA 1.
INTERPRETACIÓN
DE LOS VALORES BIS¹**

VALOR BIS	INTERPRETACIÓN
100-80	Paciente despierto o sedación ligera
80-60	Sedación moderada
60-40	Sedación profunda
<40	Sedación muy profunda
0	Supresión del EEG

**TABLA 2.
INTERPRETACIÓN
DE LOS VALORES ICS²**

VALOR ICS	INTERPRETACIÓN
>50	Datos de EEG fiables
15-50	Datos de EEG poco fiables
<15	No datos

BIBLIOGRAFÍA

1. Medtronic. Monitoring consciousness using the Bispectral Index™ (BISTM) brain monitoring system [Internet]. 2019 [citado 26 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.medtronic.com/content/dam/covidien/library/us/en/product/brain-monitoring/bis-complete-4-channel-monitoring-consciousness-during-anesthesia-brochure.pdf>
2. Mathur S, Jain A. Bispectral Index [Internet]. StatPearls. StatPearls Publishing; 2019 [citado 17 de junio de 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30969631>
3. Avidan MS, Zhang L, Burnside BA, Finkel KJ, Searleman AC, Selvidge JA, et al. Anesthesia awareness and the Bispectral Index. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 13 de marzo de 2008;358(11):1097-108. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0707361>
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depth of anaesthesia monitors – Bispectral Index (BIS), E-Entropy and Narcotrend-Compact M. Diagnostics guidance [DG6] [Internet]. 2012 [citado 26 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/dg6/informationforpublic>
5. Tschiedel E, Müller O, Marina A, Felderhoff-Müser U, Dohna-Schwake C. The influence of BIS monitoring on sedative dose in pediatric patients undergoing open muscle biopsies – a randomized controlled trial. *Klinische Pädiatrie* [Internet]. 18 de marzo de 2018 [citado 24 de junio de 2019];230(02):68-72. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29045997>
6. Puente Barbas J, Navarro Suay R, Gutiérrez Ortega C, Gilsanz Rodríguez F, Puente Barbas J, Navarro Suay R, et al. Different alternatives to locate the BIS® monitor sensor facilitating its use in the military realm. *Sanidad Militar* [Internet]. 2018 [citado 13 de junio de 2019];74(2):90-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712018000200090&lng=en&nrm=iso&tlng=es
7. Gómez de Quero Masía P. Monitorización mediante índice bispectral de niños sometidos a procedimientos invasivos bajo sedoanalgesia con propofol y fentanilo en cuidados intensivos pediátricos [Internet]. Salamanca; 2016. Disponible en: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/132802/INCyL_GomezdeQueroP_Monitorizacion.pdf;jsessionid=C8154C0FD-C6AD64F1D28D8E7A5F7A87?sequence=2

LA SABIDURÍA DE LA ENFERMERÍA ESTÁ EN TU MANO

Descarga ya nuestra app
y disfruta de sus ventajas



ACCESO PREMIUM
GRATUITO ENFERMERAS
COLEGIOS ENFERMERÍA



Bizkaia



Toledo



Guadalajara



Huesca



Castellón



La Rioja



Cuenca



PREGUNTA

Resuelve
con facilidad
tus dudas
profesionales



EXPLORA

Herramientas
clínicas
y contenidos
audiovisuales



APRENDE

Miles de vídeos
y preguntas
para aprender
a largo plazo



FÓRMATE

Realiza más de
60 cursos de
enfermería con
acreditación CFC

INFORMACIÓN Y DESCARGAS

www.salusone.app



AUTORES

Rubén Martínez Gutiérrez ¹

¹ Enfermero,
Complejo Asistencial Universitario
de León

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

✉ Complejo Asistencial Universitario
de León
Altos de Nava s/n,
24071, León, España.

☎ +34

@ leonsanitario@gmail.com

BINOMIO TABACO-COLITIS ULCEROSA, QUÉ SE CONOCE Y CÓMO SE ACTÚA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

BINOMIAL TOBACCO-ULCERATIVE COLITIS, WHAT IS KNOWN AND HOW TO ACT:
A DESCRIPTIVE STUDY

RESUMEN

Introducción

Bajo el concepto de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) se engloban diversas patologías como la Colitis Ulcerosa (CU). Investigaciones realizadas señalan una evolución de la CU de una manera más benévola por el hecho de fumar, sin saber a qué es debido. El objetivo de este estudio ha sido determinar conocimientos y actitudes que poseen los pacientes afectados de CU en relación a los efectos del tabaco sobre su enfermedad.

Metodología

Se planteó un estudio descriptivo transversal. Para llevar a cabo la investigación se diseñó un cuestionario ad hoc. Dicho cuestionario fue administrado a integrantes de la Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de León (ACCU-León). El cuestionario se componía de 29 ítems agrupados en diversos epígrafes. El análisis estadístico correspondiente se realizó a través del programa informático IBM SPSS 23.0. Para validar las diferencias como estadísticamente significativas debía arrojar un valor de $p \leq 0,05$.

Resultados

Se reclutaron 32 participantes. Con respecto a las características sociodemográficas un 56,3% eran mujeres, un 59,4% vivían en ámbito urbano y un 34,4% mostraba, como nivel educativo, estudios de tipo universitario. Sobre las características de la CU un 59,4% hacía menos de 15 años que estaban diagnosticados, y "casi todo el colon", con un 62,5%, resultó ser la localización predominante. En relación al hábito tabáquico un 18,8% se declararon fumadores, un 37,5% no fumadores, y un 43,7% ex fumadores. La opción "empeora la CU", al hablar del tabaco, fue respondida por un 21,9%. Contestó un 59,4% que los profesionales sanitarios no habían informado sobre el efecto del tabaco en la CU.

Conclusiones

De los resultados analizados se puede extraer, por un lado, el hecho de que los enfermos no saben cómo influye el tabaco en la CU, y por otro que más de la mitad de los profesionales sanitarios no informaron sobre las implicaciones de fumar con respecto a su enfermedad. Es preciso por tanto insistir tanto en la información como en la capacitación de los pacientes y profesionales sanitarios.

ABSTRACT

Introduction

Under the concept of Inflammatory Bowel Disease (IBD) various pathologies are included such as Ulcerative Colitis (UC). Research carried out indicates an evolution of UC in a more benevolent way due to smoking, without knowing what it is due to. The objective of this study has been to determine knowledge and attitudes that patients with UC have in relation to the effects of tobacco on their disease.

Methodology

A cross-sectional descriptive study was proposed. An ad hoc questionnaire was designed to carry out the investigation. This questionnaire was administered to members of the Association of Crohn's Patients and Ulcerative Colitis of León (ACCU-León). The questionnaire consisted of 29 items grouped into various headings. The corresponding statistical analysis was performed through the IBM SPSS 23.0 software. To validate the differences as statistically significant, a value of $p \leq 0.05$ should be given.

Results

32 participants were recruited. Regarding socio-demographic characteristics, 56.3% were women, 59.4% lived in urban settings and 34.4% showed, as an educational level, university-type studies. Regarding the characteristics of UC, 59.4% had been diagnosed for less than 15 years, and "almost the entire colon", with 62.5%, proved to be the predominant location. In relation to smoking, 18.8% declared themselves smokers, 37.5% non-smokers, and 43.7% ex-smokers. The "worsening CU" option, when talking about tobacco, was answered by 21.9%. 59.4% answered that health professionals had not reported the effect of tobacco on UC.

Conclusions

From the analyzed results can be extracted, on the one hand the fact that the patients do not know how tobacco influences the UC, and on the other hand that the health professionals did not inform about the implications of smoking with respect to their disease. It is therefore necessary to insist on both the information and the training of the patients and healthcare professionals.

PALABRAS CLAVE

Colitis Ulcerosa, fumar, hábito tabáquico, tabaco, Enfermedad Inflamatoria Intestinal

KEYWORDS

Ulcerative Colitis, smoking, tobacco, tobacco use, Inflammatory Bowel Disease

INTRODUCCIÓN

Dentro de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) se encuadran dos entidades nosológicas, la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU). Ambas poseen una serie de peculiaridades comunes y otras características diferenciadoras. Cabe reseñar, sobre las comunes, la inflamación que producen dentro del tubo digestivo, además de su cronicidad, tendencia a no curarse y una evolución en forma de brotes (períodos de exacerbación y períodos de remisión). Como diferencias la más destacable es la región anatómica afectada (que incluye cualquier parte del tubo digestivo, en el caso de la EC, pero se limita al intestino grueso en la CU), existiendo otras como las que se producen a nivel histológico.

Otra peculiaridad que describe a estas dos entidades de la misma manera es su carácter idiopático. Han sido multitud las hipótesis generadas con el fin de conocer, entender e intentar curar a estos pacientes, todas infructuosas hasta ahora. Se cree que la afectación de unos pacientes con respecto a otros es debida a la carga genética, de forma que los cambios iniciados a nivel del tracto digestivo son consecuencia de algún agente desconocido (microorganismos¹, componentes de la dieta^{2,3}...) causando una reacción inflamatoria en la zona de diversa intensidad que acabará provocando un tipo u otro de lesión según la enfermedad de la que se trate.

Queda patente, por tanto, el carácter multifactorial y multidimensional de ambas patologías. En su génesis y desarrollo se ven implicadas varias dimensiones: la genética, el medio ambiente, los estilos de vida... Conformando parte de esta última surge un elemento muy polémico en la sociedad actual, y asentado desde hace generaciones, el hábito tabáquico.

La bibliografía consultada arroja datos muy contradictorios sobre cómo afecta el hecho de fumar a estas enfermedades, reflejando tanto los efectos del inicio, o continuación, como los de su abandono. De una forma sucinta, refiriéndose a la EC, ésta presenta un mayor riesgo de desarrollo y una peor evolución entre aquellos que fuman⁴⁻⁷. Del mismo modo los parámetros evolutivos de la misma también se ven afectados, pudiendo observarse una creciente

ESTE ESTUDIO FUE APROBADO POR EL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL ÁREA DE SALUD DE LEÓN

cuantía, en referencia al número de brotes, lo que conlleva un aumento, y dependencia, de algunos medicamentos como los esteroides para intentar controlarla⁸.

Por contra, al hablar de la CU puede apreciarse como el hábito tabáquico pudiera poseer cierto efecto de protección, de tal forma que el riesgo de padecerla es mayor en aquellos que son ex fumadores o no fumadores⁹. Si se analizan las exacerbaciones, y el aumento aparejado de medicación que las acompaña, la acción de fumar mitiga ambos parámetros disminuyendo tanto los ingresos como los fármacos utilizados^{10,11}.

Las vías a través de las cuáles actúa el tabaco produciendo tales efectos, en cierta medida contradictorios, en las variantes de EII aún hoy permanecen ocultas, a pesar de las múltiples investigaciones planteadas. Por un lado, se ha barajado la nicotina¹², o el monóxido de carbono, si bien éstos son apenas un par de compuestos de los que contiene el tabaco; asimismo el/los causante/s actuará/n, seguramente, a diversos niveles. Sobre el empleo de la nicotina varias investigaciones la han aplicado de diversas formas, por ejemplo, a través de parches¹³⁻¹⁵ o enemas^{16,17}, aunque si se ha comprobado que la nicotina no puede competir con tratamientos más contrastados como son, por ejemplo, los corticoides¹⁸, que resultan más efectivos.

Los efectos mencionados y la posibilidad terapéutica que el hecho de fumar implicaría en el control y evolución de la CU hace necesario estudiar qué conocen los pacientes aquejados de CU sobre el uso del tabaco en su enfermedad y cómo emplean tal posibilidad (si es que la emplean). Por tanto, el objetivo principal de este estudio ha sido deter-

minar los conocimientos y actitudes que poseen los pacientes afectados de CU en relación a los efectos del tabaco sobre su enfermedad. Asimismo, se proponen como objetivos específicos pormenorizar el hábito tabáquico en pacientes diagnosticados de CU, delimitar si estos pacientes saben cómo influye el tabaco en su enfermedad y detallar si la conducta de fumar es empleada como forma de control de la CU.

METODOLOGÍA

DISEÑO

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal donde se analizó el tabaquismo en pacientes afectados de CU, sus factores asociados, y si el hecho de fumar es empleado por los pacientes para mejorar y/o controlar su enfermedad.

CONTEXTO

La zona geográfica de estudio comprendió el Área de Salud de León. El hospital de referencia de la misma es el Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE). En él se realizan tanto los diagnósticos como las revisiones de los pacientes afectados de alguna de las variantes de la EII.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud de León con fecha veinticuatro de mayo de dos mil dieciséis.

INSTRUMENTO

En la búsqueda bibliográfica no se halló instrumento alguno validado, que sirviera de base para a la recogida de datos. De esta manera hubo de generarse un cuestionario *ad hoc* autoadministrado que facilitara la obtención de los datos que posteriormente serían analizados.

El cuestionario creado se componía de un total de 29 ítems clasificados en diversos apartados. En primer lugar, se obtenía información relativa a características sociodemográficas y propias de la enfermedad. En un segundo momento fueron contempladas preguntas sobre el conocimiento que los pacientes afectados de CU tenían acerca del efecto del tabaco en la enfermedad. En el tercer bloque de preguntas se recababa información sobre el hábito tabáquico como ex fumador. En el último bloque de preguntas se interpellaba sobre el hábito activo de los sujetos fumadores y se concluía con dos test

**TABLA 1.
CARACTERÍSTICAS
SOCIDEMOGRÁFICAS**

VARIABLE	CLASE	N/N	%
Sexo	Hombre	14/32	43,7%
	Mujer	18/32	56,3%
Ámbito de Residencia	Rural	13/32	40,6%
	Urbano	19/32	59,4%
Nivel Educativo	Primaria o Secundaria	12/32	37,5%
	Bachillerato o FP	9/32	28,1%
	Universitario	11/32	34,4%
	Media	DT	Rango
Edad (años)	49,8	12,6	19-72

**TABLA 2.
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES
DIAGNOSTICADOS DE CU**

VARIABLE	CLASE	N/N	%
Años desde el diagnóstico de CU ¹	0-15	19/32	59,4%
	>15	13/32	40,6%
Partes de intestino afectas ¹	Parte Izquierda Colon	12/32	37,5%
	Casi todo el Colon	20/32	62,5%
Ingresos debidos a la CU	Si	21/32	65,6%
	No	11/32	34,4%
Brotos durante el último año ¹	Si	13/32	40,6%
	No	19/32	59,4%

¹ Significación estadística según edad

(p<0,05)

utilizados ampliamente en investigaciones sobre el tabaco: el Test de Fagerström (mide el nivel de dependencia a la nicotina) y el Test de Richmond (mide la predisposición a dejar de fumar). Los bloques tercero y cuarto sólo eran respondidos en caso de ser ex fumador o fumador.

Al tratarse de un cuestionario ad hoc éste debía poseer validez de contenido y ser comprensible para los participantes. Para asegurar ambas cualidades se constituyó un grupo de expertos. Los integrantes del grupo fueron un profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de León, una enfermera y dos pacientes que padecían CU. El profesor y la enfermera se encargaron de la forma y contenido del cuestionario, mientras que los pacientes valoraron la comprensibilidad y facilidad de respuesta del mismo. Cada miembro del grupo aportó las consideraciones pertinentes que acabaron conformando la versión final del cuestionario.

VARIABLES

Las variables analizadas pueden dividirse, por un lado, en caracterizadoras de la muestra (edad, sexo, lugar de nacimiento, lugar de residencia y nivel de estudios) y por otro en caracterizadoras de la enfermedad (años con diagnóstico de CU, parte/s intestinal/es afecta/s, número de brote/s, número de ingreso/s, tratamiento/s actual/es y tratamiento/s pasado/s).

Las variables dependientes se co-

respondieron con: caracterización del hábito tabáquico, conocimientos de los efectos del tabaco sobre la CU y su actitud frente a él, y comportamientos de los profesionales de la salud en relación al tabaco y la CU.

MUESTRA

Para seleccionar la muestra se empleó metodología no probabilística mediante selección intencional. Con tal fin se contactó con la Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de León (ACCU León) a fin de plantearles el objeto del estudio. Tras el planteamiento se solicitó la colaboración de la Entidad en el reclutamiento de los posibles participantes.

Los criterios de selección e inclusión en el estudio fueron dos: padecer CU (diagnosticada en base a criterios radiológicos, endoscópicos y/o anatomopatológicos) y ser miembro de ACCU León. Fueron excluidos aquellos que no poseían confirmación de su diagnóstico.

El período de recogida de datos englobó desde el 1 de Abril hasta el 31 de Mayo de 2016. Durante el mismo se enviaron copias del cuestionario entre los sujetos que cumplían los criterios de inclusión mediante correo electrónico. En el mismo se adjuntaron dos tipos de archivos. El primero contenía la información relativa al propósito de la investigación, y a su vez servía de formulario de Consentimiento Informado para la participación en la misma. En segundo lugar, se adjuntó el cues-

tionario a cumplimentar y que debía devolverse a la dirección de e-mail indicada. Del mismo modo se facilitó un teléfono de contacto en aras de solucionar cualquier duda que pudiera surgir. Con el fin de facilitar la entrega de los cuestionarios, y resolver personalmente las dudas que surgieran también se implentó la posibilidad de acudir a la sede de la Asociación durante las tardes en horario de 17 a 19 horas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información obtenida del cuestionario se registró en una base de datos creada con el programa informático IBM SPSS (versión 23.0). Dicho programa se empleó en la realización del análisis estadístico correspondiente. Por un lado, en la valoración de posibles asociaciones entre variables de aspecto cualitativo, se empleó la prueba de Chi-cuadrado. Por otro lado, se utilizaron la t de Student o ANOVA para las posibles asociaciones entre una variable de tipo cuantitativo y otra de tipo cualitativo. Cuando no fue posible el empleo de los estadísticos descritos se utilizaron test no paramétricos (Test de Fisher para variables cualitativas y U de Man Withney o Kurskall-Wallis si una variable era cualitativa y otra cuantitativa).

Se declararon diferencias significativas cuando la probabilidad de error tipo I resultó igual o menor del 5%. Ello se corroboró mediante el uso de la p de Pearson (con un valor $p \leq 0,05$ para esa probabilidad).

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

Entre los participantes un 56,3% resultaron ser mujeres, un 59,4% tenía como ámbito de residencia el urbano y un 34,4% refenciaba un nivel educativo correspondiente con estudios de tipo universitario. La edad media de los sujetos se situó en 49,8 años (con una DT= 12,6 con mínimo de 19 y máximo de 72).

En la **tabla 1** se recogen las características sociodemográficas de los participantes.

CARACTERÍSTICAS DE LA COLITIS ULCEROSA DE LOS SUJETOS

Éstas se analizaron en función de la edad, el sexo, el nivel educativo y el ámbito de residencia. El 59,4% de los participantes habían sido diagnosticados de CU hacia menos de 15 años, predominando la localización "casi todo el colon" en un 62,5% de los encuestados. El 65,6% indicó haber ingresado alguna vez mientras que el 59,4% manifestó no haber padecido durante el último año brote alguno.

La edad resultó estadísticamente significativa ($p<0,05$) en relación a los años desde el diagnóstico, las partes afectas, y los brotes durante el último año. De esta forma resultaron ser más jóvenes aquellos con menos de 15 años de diagnóstico (44,7 vs 57,2), los que presentaban afectación total del colon (46,4 vs 55,4) y los que habían padecido brotes durante el último año (44,7 vs 53,4). Los datos completos se presentan en la **tabla 2**.

En la **tabla 3** se referencian los tratamientos que, o bien toman, o bien han tomado los pacientes diagnosticados de CU. El análisis bivariado se ha ejecutado en función de edad, sexo, brotes durante el último año, años desde el diagnóstico, e ingresos debidos a la CU.

Sobre los tratamientos actuales emplea Mesalazina vía oral (VO) un 40,6%; un 25% utiliza tratamientos tópicos (enemas, supositorios, espumas), encontrándose, en base a los brotes durante el último año, diferencias estadísticas de forma que no han padecido brotes el 89,5% de los pacientes que no utilizan trata-

mientos tópicos; el uso de inmunosupresores (Imurel o mercaptopurina) se sitúa en un 31%, mostrando diferencias estadísticamente significativas en función de los años desde el diagnóstico, así los que no los usan llevan más de 15 años con el diagnóstico de CU. Respondieron no saber qué medicación emplean un 15% de los sujetos.

Con respecto a tratamientos pasados, más de la mitad ingirió corticoides VO y utilizó tratamientos tópicos. La significación estadística en función de los ingresos debidos a la CU, en cuanto a los corticoides se refiere, resultó con una $p<0,01$, de tal forma que el 100% de los encuestados que padecieron algún ingreso hospitalario fueron tratados con corticoides VO.

CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA DE FUMAR

El 18,8% se manifestó fumador, un 37,5% señaló no fumar, y un 43,7% describió ser ex fumador. Según la edad los no fumadores mostraron un promedio de edad inferior encontrándose diferencias significativas.

Las categorías de fumador y ex fumador proceden a describirse estratificadas en función de edad, sexo, tratamientos pasados y actuales y años desde el diagnóstico de la CU.

FUMADORES

El 50% afirmó ser fumador desde hacía más de 15 años. Un 66,7% reseñó haber tenido intención de cesar el hábito en alguna ocasión, manifestando que asistiría a consulta especializada para lograrlo. La dependencia a la nicotina resultó baja según el test de Fagerström (media=3,2 puntos; DT= 1,7 con mínimo de 1 y máximo de 5); por contra la motivación para dejar de fumar resultó moderada según el test de Richmond (media=5,5 puntos; DT= 2,7 con mínimo de 0 y un máximo de 7) (**Tabla 4**).

EX FUMADORES

Un 64,3% indicó que abandonó la conducta de fumar transcurridos más de 15 años. El consumo superaba las 20 unidades (cigarrillos, puros...) al día en la mitad de los ex fumadores. Un 50% de los pacientes que dejaron de fumar lo consiguieron sin ningún medio; por contra un 21,5% empleó alguna ayuda (chicles, parches o medicamentos).

CONOCIMIENTO SOBRE LOS EFECTOS DEL TABACO EN LA CU

Se estratificaron resultados en función de la edad, sexo, nivel de educación, explicación por parte del profesional sanitario sobre el efecto del tabaco en la CU y las recomendaciones del profesional acerca del

TABLA 3. TRATAMIENTOS SEGUIDOS POR LOS PACIENTES ANALIZADOS

TRATAMIENTO		ACTUALMENTE		ALGUNAS VECES	
		N/N	%	N/N	%
Mesalazina VO	Si	13/32	40,6%	28/32	87,5%
	No	19/32	59,4%	4/32	12,5%
Tratamientos Tópicos	Si	8/32	25,0%	21/32	65,6%
	No	24/32	75,0%	11/32	34,4%
Corticoides VO	Si	2/32	6,3%	28/32	87,5%
	No	30/32	93,7%	4/32	12,5%
Imurel o Mercaptopurina VO	Si	10/32	31,3%	18/32	56,2%
	No	22/32	68,7%	14/32	43,8%
Ciclosporina VO	Si	-----	-----	9/32	28,1%
	No	32/32	100,0%	23/32	71,9%
Metrotexate SC	Si	3/32	9,4%	3/32	9,4%
	No	29/32	90,6%	29/32	90,6%
Fármacos Biológicos IV o SC	Si	14/32	43,8%	11/32	34,4%
	No	18/32	56,2%	21/32	65,6%
NS/NC		5/32	15,6%	1/32	3,1%

¹Significación estadística según brotes durante el último año ($p<0,05$)

²Significación estadística según años desde el diagnóstico ($p<0,01$)

³Significación estadística según ingresos debidos a la CU ($p<0,01$)

TABLA 4. CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES FUMADORES

VARIABLE	CLASE	N/N	%
Años de fumador/a	0-15	3/6	50,0%
	>15	3/6	50,0%
Intención dejar de fumar	Muchas veces	2/6	33,3%
	Alguna vez	4/6	66,7%
¿Acudiría a consulta especializada?	Si	4/6	66,7%
	No	2/6	33,3%
	MEDIA	DT	RANGO
Test de Fagerström	3,2	1,7	1-5
Test de Richmond	5,5	2,7	0-7

TABLA 5.
GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE TABACO Y CU

VARIABLE	CLASE	N/N	%
Conocimiento efectos del Tabaco en la CU	Empeora la CU	7/32	21,9%
	Mejora la CU	9/32	28,1%
	No influye en la CU	1/32	3,1%
	NS/NC	15/32	46,9%
Empleo del Tabaco como mejora de la CU	Si, fumo por esa razón	1/32	3,1%
	No, pero no lo descarto	7/32	21,9%
	No, debido a sus otros inconvenientes	24/32	75,0%

TABLA 6.
ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

VARIABLE	CLASE	N/N	%
Explicación del profesional sobre efectos Tabaco en CU	Si	13/32	40,6%
	No	19/32	59,4%
Recomendación del profesional sobre cese hábito	Siempre	9/32	28,1%
	Nunca	18/32	56,3%
	Alguna vez	5/32	15,6%

abandono de la conducta de fumar. Sobre la influencia del tabaco en la CU un 28,1% señaló la opción de "mejora la CU", mientras que un 21,9% creía que "empeora la CU". La opción terapéutica del empleo del tabaco fue contemplada por un 21,9%. La **Tabla 5** recoge las respuestas a ambas cuestiones.

ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Respondió positivamente un 40,6% a la cuestión sobre si su enfermera/o y/o médico le habían informado acerca de los efectos que puede tener el tabaco en la CU. También se interpelló sobre si su médico y/o enfermera/o le han recomendado abandonar el hábito tabáquico, a lo que un 28,1% contestó afirmativamente. No se observaron diferencias en la estratificación en función de edad, nivel educativo, sexo o hábito tabáquico activo.

La **tabla 6** representa las contestaciones a ambas preguntas.

DISCUSIÓN

Esta investigación ha intentado delinear las características de pacientes aquejados de CU buscando además analizar la relación que presentan con el tabaco. Evaluar los conocimientos que poseen estos pacientes sobre el hábito tabáquico, la influencia que éste tiene en la enfermedad y el uso terapéutico que de él hacen fueron algunas de las cuestiones examinadas.

En relación a la distribución de los encuestados, en las variables sexo y nivel educativo apenas se hallaron diferencias; sin embargo, si se apreciaron en el ámbito de residencia. En el estudio de Carpio et al¹⁹ se indica que el factor geográfico (residencia en costa vs interior, zona

urbana vs zona rural) puede influenciar aspectos como la prevalencia de la EII. En el presente estudio, al no detectar significación estadística no puede concluirse que esta variable posea influencia.

Casi dos tercios de los encuestados refirieron haber ingresado en alguna ocasión debido a su enfermedad. Similares resultados se hallaron en la bibliografía, detectando, en la EII, que las tasas de hospitalización tienden a aumentar en ambos sexos, si bien este incremento es mayor en los varones afectados de CU²⁰. Sin embargo, los datos recogidos en este estudio no permitieron hallar diferencias significativas al comparar los ingresos debidos a la CU con la variable sexo.

La localización "casi todo el colon" (62,5%) fue reseñada como la principal región intestinal afecta. Existe una marcada diversidad en relación al segmento/s afectado/s, detectándose estudios en los que varían desde un 50% de pancolitis en el artículo de Bosques-Padilla²¹, hasta un 36% en el de Rodrigo²². En aras de comprobar si tales diferencias son ciertas sería interesante llevar a cabo investigaciones diseñadas de manera análoga.

En relación a los tratamientos casi 9 de cada 10 participantes indicaron haber consumido corticoides por vía oral en el pasado. Este dato coincide con la amplia evidencia existente sobre el empleo de determinados grupos farmacológicos en el control y tratamiento de la CU. Así, a día de hoy, el uso de los corticoides, aún siendo una de las estrategias terapéuticas más antiguas, continúa como una de las más utilizadas en brotes de actividad moderada o grave²³.

Entre la bibliografía consultada en un estudio²⁴ se observó que el porcentaje de no fumadores era de un 62,5% mientras que en la presente investigación los resultados indican que apenas una tercera parte de los participantes son no fumadores. Esta diferencia de resultados puede hacer pensar que el tamaño de la presente investigación influya en tal diferencia, debiéndose incrementar el número de participantes para corroborarlo.

El mencionado hecho del tamaño muestral puede ser también la explicación a las discrepancias encontradas, con otras investigaciones, en la categorización de los integrantes de este estudio en relación a su conducta de fumar. De este modo presenta valores de test de Fagerström coincidentes en rango, pero no en media con otras investigaciones²⁵.

Cabe reseñar que casi la mitad de los encuestados responde NS/NC al preguntarles por los conocimientos que poseen acerca de los efectos que el tabaco tiene en la CU. Los profesionales deberían analizar qué tipo de información transmiten. En esta línea el artículo²⁶ de Ducharme-Bénard indica que la segunda opción a la hora de recabar información, con casi un 30%, es Internet, lo que explicaría que el 75% de los participantes indicaran que no emplearían, como terapia, el tabaco debido a sus otros inconvenientes.

El hecho de la búsqueda de información en la Web puede obedecer, según el 60% de los participantes, a que no han sido informados por su profesional sanitario de referencia. El querer saber va aparejado a un diagnóstico, y más si éste se trata de una enfermedad crónica como la CU. Ducharme-Bénard²⁶ indica, principalmente, al especialista en

Aparato Digestivo, así como a otros profesionales de la salud, como origen de la información acerca de los efectos del tabaco en la CU. Futuras líneas de investigación deberían centrarse en evaluar la información e intervenciones que se realizan actualmente.

Este cambio de paradigma hacia más y mejor información invertirá datos como los recabados en este estudio, coincidentes con otras investigaciones²⁷ sobre nivel de conocimientos, consolidando las buenas prácticas de los profesionales. Este aspecto es clave, como refleja la bibliografía consultada, donde se recoge que la mitad de los pacientes están concienciados sobre los efectos del tabaco en la EII²⁶. Otras investigaciones aseveran que los pacientes afectados de EC están mejor informados que los de CU si bien la concienciación aún es limitada²⁵.

Empoderar al paciente aquejado de CU desde el trabajo de los profesionales, ese es uno de los futuros objetivos. Para ello la necesidad de unidades multidisciplinarias, consideradas vitales según algunos

autores²⁷, como las existentes en diversos lugares del mundo, incluidas las de España, por ejemplo, la de León. Entre las integrantes de las mismas una figura clave es Enfermería, la cual obtiene muy buenos resultados, incluso desde el aspecto económico²⁸.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Se hace necesario plantear ulteriores proyectos que permitan averiguar el grado de formación que requieren los pacientes aquejados de CU. Asimismo, es importante diseñar nuevos estudios que aporten datos acerca de la información transmitida por los profesionales. El empleo de diferentes recursos, como las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) permitirán nuevas intervenciones para aumentar el conocimiento. Y, como no, imprescindible corroborar el papel de la Enfermería dentro de las unidades monográficas de EII.

LIMITACIONES

Las principales limitaciones han sido la falta de un cuestionario va-

lido, la dimensión de la muestra, y la imposibilidad de extrapolación de resultados fuera del universo muestral.

CONCLUSIONES

Se puede concluir sintetizando una serie de aspectos como son el desconocimiento del efecto del tabaco en el desarrollo y la evolución de la CU, la desinformación sobre los efectos del tabaco en la CU por parte de los profesionales sanitarios, la predisposición del abandono del hábito tabáquico entre los fumadores y la importancia de las unidades monográficas de atención a la EII en la mejora de los déficits formativos/informativos, siendo la Enfermería piedra angular de las mismas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer encarecidamente su colaboración, disposición y buenos consejos a la Unidad de Enfermedad Inflamatoria del Complejo Asistencial Universitario de León, y a AC-CU-León, a través de su presidente José Antonio, sin cuya valiosa y desinteresada colaboración no hubiera podido llevarse a cabo.

BIBLIOGRAFÍA

- Pierce ES. Ulcerative colitis and Crohn's disease: is *Mycobacterium avium* subspecies paratuberculosis the common villain? *Gut Pathog.* 2010;2(1):21.
- de Silva PSA, Olsen A, Christensen J, Schmidt EB, Overvaad K, Tjonneland A, et al. An association between dietary arachidonic acid, measured in adipose tissue, and ulcerative colitis. *Gastroenterology.* 2010;139(6):1912-7.
- Wang Y-F, Ou-Yang Q, Xia B, Liu L-N, Gu F, Zhou K-F, et al. Multicenter case-control study of the risk factors for ulcerative colitis in China. *World J Gastroenterol.* 2013 Mar 21;19(11):1827-33.
- de Barros K, Flores C, Harlacher L, Francesconi C. Evolution of Clinical Behavior in Crohn's Disease: Factors Associated with Complicated Disease and Surgery. *Dig Dis Sci.* 2017;62(9):2481-2488.
- Zeitj J, Fournier N, Labenz C, Biedermann L, Frei P, Misselwitz B, et al. Risk Factors for the Development of Fistulae and Stenoses in Crohn Disease Patients in the Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort. *Inflamm Intest Dis.* 2016;1(4):172-81.
- Kayar Y, Baran B, Ormeci A, Akyuz F, Demir K, Besisik F et al. Risk factors associated with progression to intestinal complications of Crohn disease. *Chin. Med. J. (Engl).* 2019;132(20):2423-2429.
- Lovasz BD, Lakatos L, Horvath A, Szita I, Pandur T, Mandel M, et al. Evolution of disease phenotype in adult and pediatric onset Crohn's disease in a population-based cohort. *World J Gastroenterol.* 2013;19(14):2217-26.
- Alexakis C, Saxena S, Chhaya V, Cecil E, Majeed A, Pollok R. Smoking Status at Diagnosis and Subsequent Smoking Cessation: Associations With Corticosteroid Use and Intestinal Resection in Crohn's Disease. *Am J Gastroenterol.* 2018;113(11):1689-700.
- Bastida G, Beltrán B. Ulcerative colitis in smokers, non-smokers and ex-smokers. *World J Gastroenterol.* 2011 Jun 14;17(22):2740-7.
- Cosmes J. Tobacco and IBD: relevance in the understanding of disease mechanisms and clinical practice. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2004;18(3):481-96.
- van der Heide F, Dijkstra A, Albersnagel FA, Kleibeuker JH, Dijkstra G, Somerville KW, et al. Active and passive smoking behaviour and cessation plans of patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. *J Crohns Colitis.* 2010 Jun;4(2):125-31.
- McGilligan VE, Wallace JMW, Heavey PM, Ridley DL, Rowland IR. Hypothesis about mechanisms through which nicotine might exert its effect on the interdependence of inflammation and gut barrier function in ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis.* 2007 Jan;13(1):108-15.
- McGrath J, McDonald JWD, Macdonald JK. Transdermal nicotine for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane database Syst Rev.* 2004;(4):CD004722.
- Head KA, Jurenka JS. Inflammatory bowel disease Part 1: ulcerative colitis- pathophysiology and conventional and alternative treatment options. *Altern Med Rev.* 2003 Aug;8(3):247-83.
- Sandborn WJ, Tremaine WJ, Offord KP, Lawson GM, Petersen BT, Batts KP, et al. Transdermal nicotine for mildly to moderately active ulcerative colitis. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med.* 1997 Mar 1;126(5):364-71.
- Ingram JR, Routledge P, Rhodes J, Marshall RW, Buss DC, Evans BK, et al. Nicotine enemas for treatment of ulcerative colitis: a study of the pharmacokinetics and adverse events associated with three doses of nicotine. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004 Oct 15;20(8):859-65.
- Green JT, Thomas GA, Rhodes J, Williams GT, Evans BK, Russell MA, et al. Nicotine enemas for active ulcerative colitis--a pilot study. *Aliment Pharmacol Ther.* 1997 Oct;11(5):859-63.
- Thomas GA, Rhodes J, Raguath K, Mani V, Williams GT, Newcombe RG, et al. Transdermal nicotine compared with oral prednisolone therapy for active ulcerative colitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1996 Aug;8(8):769-76.
- Carpio D, Barreiro-de Acosta M, Echarri A, Pereira S, Castro J, Ferreiro R, et al. Influence of urban/rural and coastal/inland environment on the prevalence, phenotype, and clinical course of inflammatory bowel disease patients from northwest of Spain: a cross-sectional study. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2015 Sep;27(9):1030-7.
- Jakubowski A, Zagórowicz E, Kraszewska E, Bartnik W. Rising hospitalization rates for inflammatory bowel disease in Poland. *Pol Arch Med Wewn.* 2014;124(4):180-90.
- Bosques-Padilla FJ, Sandoval-García ER, Martínez-Vázquez MA, Garza-González E, Maldonado-Garza HJ. Epidemiología y características clínicas de la colitis ulcerosa crónica idiopática en el noreste de México. *Rev Gastroenterol Mex.* 2011;76(1):34-8.
- Rodrigo L, Riestra S, Niño P, Cadahía V, Tojo R, Fuentes D, et al. A population-based study on the incidence of inflammatory bowel disease in Oviedo (Northern Spain). *Rev Esp Enferm Dig.* 2004 May;96(5):296-305.
- Nos Mateu P, Aguas Peris M. Tratamiento médico de la colitis ulcerosa. *Med.* 2012;11(5):275-83.
- da Silva BC, Lyra AC, Mendes CMC, Ribeiro CPO, Lisboa SRO, de Souza MTL, et al. The Demographic and Clinical Characteristics of Ulcerative Colitis in a Northeast Brazilian Population. *Biomed Res Int.* 2015;2015:359130.
- De Bie C, Ballet V, Hendriks N, Coenen S, Weyts E, Van Assche G, et al. Smoking behaviour and knowledge of the health effects of smoking in patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Dec;42(11-12):1294-302.
- Ducharme-Bénard S, Côté-Daigneault J, Lemoyne M, Orlicka K, Lahaie R, Weber A, et al. Patients With Inflammatory Bowel Disease Are Unaware of the Impact of Smoking on Their Disease. *J Clin Gastroenterol.* 2016 Jul;50(6):490-7.
- Casellas F, Fontanet G, Borrueil N, Malagelada JR. The opinion of patients with inflammatory bowel disease on healthcare received. *Rev Esp Enferm Dig.* 2004 Mar;96(3):174-84.
- Leach P, De Silva M, Mountfield R, Edwards S, Chitti L, Fraser R, et al. The effect of an inflammatory bowel disease nurse position on service delivery. *J Crohn's Colitis.* 2014;8(5):370-4.

AUTORES

Ana María Luces Lago ¹
Lucía Mosquera Pan ²
Natalia Freire Barja ³
Daniel Pena Fernández ⁴
Eva Tizón Bouza ⁵

¹ Matrona. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

² Matrona. Complejo Hospitalario Universitario de Lugo.

³ Matrona. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

⁴ Enfermero. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

⁵ Enfermera. Doctora por a Universidade da Coruña. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

✉ Eva Tizón Bouza.
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.
Avenida de la Residencia s/n.
15405 Ferrol - A Coruña

☎ +34 981 334 576

@ eva.tizon.bouza@sergas.es

HUMANIZACIÓN DEL PARTO: PRÁCTICAS RECOMENDADAS EN PARTOS DE BAJO RIESGO

HUMANIZATION OF LABOUR: RECOMMENDED PRACTICES FOR LOW RISK LABOUR

RESUMEN

Introducción

Describir la evidencia disponible sobre las prácticas clínicas llevadas a cabo en la atención al parto de bajo riesgo.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, Dialnet Plus, Google Académico y CUIDEN. La búsqueda estuvo limitada a los artículos publicados durante los últimos 5 años, hasta finales de 2018. Se utilizaron los descriptores de salud: parto, parto humanizado, humanización de la atención, y sus respectivos Medical Subject Heading en inglés: delivery, obstetric, parturition, humanism

Resultados

Las recomendaciones actuales sobre las prácticas realizadas en partos de bajo riesgo son: el parto normal en hospital debe ser atendido por matronas, se debe facilitar el acompañamiento de la mujer y la adopción posiciones mejor toleradas durante la dilatación y el expulsivo, son preferibles las bebidas isotónicas al agua, deben limitarse los tactos vaginales, deben ofrecerse alternativas al manejo del dolor, manejo activo del alumbramiento, pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto precoz madre-recién nacido y fomento de la lactancia materna. Además, no debe realizarse de manera rutinaria el rasurado del periné, uso de enema, canalización de una vía venosa periférica, amniorrhexis ni perfusión de oxitocina, maniobra de Kristeller, episiotomía de rutina, monitorización fetal durante el parto

Conclusión

En la atención al parto normal de bajo riesgo es aconsejable la participación activa de la mujer en el proceso del parto, así como facilitar la información necesaria. La implementación de estas recomendaciones basadas en la evidencia podría mejorar la calidad de la asistencia, contribuyendo a su humanización.

ABSTRACT

Introduction

To describe the available evidence on the practices carried out during low-risk labour.

Methods

A literature search was carried out in the next databases: PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, Dialnet Plus, Google Academic and CUIDEN. The search was limited to the articles published during the last 5 years and was carried out until August 2018. The next Medical Subject Heading in Spanish and English were used: delivery, obstetric, parturition, humanism.

Results

The current recommendations on practices performed during low-risk labour are: normal labour attended in hospital should be assisted by midwives, the accompaniment of women should be facilitated as well as the adoption of preferred positions during dilation and delivery, isotonic drinks are preferable than water, vaginal examinations should be limited, women should be offered alternatives to pain management, it is recommended the active management of the third stage, delayed clamping of the umbilical cord, early mother-infant contact and promotion of breastfeeding. In addition, shaving of the perineum, use of enema, peripheral venous canalization, amniorrhexis, oxytocin perfusion, Kristeller maneuver, routine episiotomy or continuous fetal monitoring during labour should not be routinely performed.

Conclusion

In low-risk labour, it is advisable for women to be actively involved in the process, necessary information should be provided. The implementation of these evidence-based recommendations could improve the quality of care, contributing to the humanization of labour.

PALABRAS CLAVE

parto, parto normal, parto humanizado, dolor de parto, partería, enfermeras

KEYWORDS

parturition, natural childbirth, humanizing delivery, labor pain, midwifery, nursing.

INTRODUCCIÓN

En España, en la primera mitad del siglo XX, el parto comenzó a asistirse masivamente en hospitales, basándose en la mejora de la seguridad y de los resultados obstétricos¹⁻³. Las

elevadas tasas de mortalidad materno-fetal y de infección en ese momento, propiciaron el que se legitimase la medicalización de todos los procesos asistenciales, incluso aquellos fisiológicos como es el parto normal^{4,5}.

Técnicas como la infusión de oxitocina sintética, la episiotomía o la monitorización interna del feto, eran justificadas en un intento de evitar el sufrimiento fetal intraparto y sus secuelas neurológicas. Con el tiempo, estas prácticas se convirtieron en habituales y rutinarias, llegando a centrarse más en las necesidades de los profesionales, que en las de las parturientas y sus familias¹⁻⁶. Se consideró a la gestante como una mujer enferma que requería control y asistencia médica, produciéndose paralelamente un proceso de deshumanización, sobre todo, en partos de bajo riesgo²⁷.

La evidencia más reciente ha demostrado que muchas de las prácticas que antes eran fundamentales, hoy en día se consideran innecesarias^{1,2,7}, o incluso están desaconsejadas por la evidencia científica^{7,8}, a pesar de haber conseguido disminuir la morbilidad neonatal y materna^{4,9}, no se focaliza en la necesidad de humanización de los partos de bajo riesgo, sino en aspectos puramente biológicos.

Con la atención y apoyo adecuados, la mayoría de las mujeres sanas pueden dar a luz con un mínimo de procedimientos médicos sin poner en riesgo la seguridad del proceso⁵.

La humanización del parto implica que los servicios de maternidad basen su actuación en la evidencia científica, independientemente de la necesidad o no de emplear tecnología; sin embargo, la bibliografía actual profundiza más en las técnicas que en la perspectiva de la parturienta como ser humano²⁷.

El objetivo del presente artículo, como apoyo para el logro de esta humanización, es describir la evidencia disponible sobre las prácticas clínicas llevadas a cabo en la atención al parto de bajo riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de artículos relacionados con el objetivo en las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, Dialnet Plus, Google Académico y CUIDEN Cantárida. Se consultaron también documentos de organizaciones y sociedades científicas encontradas a través de la web Guiassalud.es, como la Fed-

TABLA 1.
NIVELES DE EVIDENCIA DE LA SIGN¹⁰

1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

TABLA 2.
GRADOS DE RECOMENDACIÓN DE LA SIGN¹⁰

A	Al menos un Metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

ración de Asociaciones de Matronas de España (FAME).

Para la medición de los niveles de evidencia científica y los grados de recomendación de la misma, se ha seguido la clasificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (Tablas 1 y 2)¹⁰.

La búsqueda se limitó a los artículos publicados durante los últimos cinco años (realizada hasta agosto de 2018), y fue posteriormente contrastada con las publicaciones afines a la temática de estudio, seleccionando aquellos de mayor calidad metodológica y pertinencia. Para realizarla se utilizaron los siguientes descriptores de salud (DeCS): parto, parto humanizado, humanización de la atención, y sus respectivos Medical Subject Heading (MeSH) en inglés: delivery, obstetric, parturition, humanism. (Tabla 3).

RESULTADOS

Se exponen las recomendaciones actuales sobre las prácticas llevadas a cabo durante los partos de bajo riesgo:

Atención profesional durante el parto: Se aconseja que los equipos de atención al parto hospitalario promuevan la atención al parto de bajo riesgo preferiblemente por parte de las matronas, siempre y cuando éste se mantenga dentro de los límites de la normalidad (Grado de recomendación A)⁵. La atención al embarazo, parto y puerperio por matronas proporciona mayores beneficios, sin efectos adversos, que otros modelos médicos o de atención compartida: disminuye la utilización de analgesia loco-regional y episiotomía durante el parto, aumenta la tasa de parto vaginal espontáneo, las mujeres tienen una mayor sensación de control y una mayor probabilidad de ser atendidas por matronas conocidas. Además, se relaciona con una mayor tasa de inicio de la lactancia materna. Las tasas de muerte fetal y neonatal son similares en los diferentes modelos de atención. Además, la satisfacción materna parece ser mayor^{5,11} (Nivel de evidencia 1+).

Acompañamiento durante el parto: se debe facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por

TABLA 3.
CRITERIOS DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Base de datos	Criterios de búsqueda
Biblioteca Cochrane	Búsqueda con criterio "parto" de los últimos 5 años
Dialnet	Criterios de búsqueda: parto AND humanización
Años de búsqueda: últimos 5 años	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
Tipo estudio: artículos de revisión, artículos originales y tesis doctorales	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
Cuiden	Criterios de búsqueda: parto AND humanización Años de búsqueda: últimos 5 años Tipo de estudio: artículos originales de metodología cuantitativa
Pubmed	"Humanism"[Mesh] AND ("delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric delivery"[All Fields] OR "delivery"[All Fields]) AND ((systematic[sb] OR Review[ptyp] OR Research Support, Non U S Gov[ttyp] OR Randomized Controlled Trial[p-ty] OR Clinical Trial[ptyp]) AND "2008/01/13"[PDat] : "2018/01/09"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms]) (("parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[All Fields] OR "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric delivery"[All Fields]) AND ("humanism"[MeSH Terms] OR "humanism"[All Fields]) AND ("2013/01/11"[PDat] : "2018/01/09"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])
Google Académico	Criterios de búsqueda: "parto" y "humanización" Tipos de estudio: artículos de revisión y artículos originales Últimos 5 años

la persona de su elección (Grado de recomendación A)^{5,12,13}. Por ello, se debe alentar a las mujeres a que cuenten con personas de apoyo durante todo el proceso de modo ininterrumpido y proponer una política institucional que lo permita^{4,14}. La presencia de un acompañante que proporcione apoyo a la mujer durante el parto parece tener efectos beneficiosos a nivel psicológico y médico¹³. Una revisión Cochrane asocia la figura del acompañante a la disminución del estrés y del dolor, así como, a un menor uso de analgesia farmacológica¹⁵.

Rasurado del periné: No se recomienda la realización sistemática del rasurado perineal en mujeres en trabajo de parto^{4,5,12,14} (Recomendación de buena práctica clínica)⁵. No existen pruebas suficientes sobre la efectividad del rasurado perineal sistemático al ingreso a la unidad de partos en cuanto a resultados neonatales. Sin embargo, se observó una menor colonización bacteriana Gram negativa en mujeres a las que no se le realizó el rasurado (Nivel de evidencia 1)⁵.

Uso de enema: Se recomienda no utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto (Grado de recomendación A), ya que la utilización de enemas no reduce las tasas de infección materna o neonatal, ni las dehiscencias de la episiotomía, ni tampoco mejora la satisfacción materna^{4,5,12,14}. Es poco probable que su uso proporcione beneficios materno-fetales (Nivel de evidencia 1+)^{5,15}.

Canalización de una vía venosa periférica: Como recomendación de buena práctica clínica, no es necesario insertar una vía venosa periférica profiláctica de rutina⁴. Se recomienda asegurar un acceso por vía intravenosa antes de comenzar la analgesia neuroaxial⁵.

Posiciones durante la dilatación: Se debe animar y ayudar a las mujeres a que adopten cualquier tipo de posición a lo largo del periodo de dilatación, hasta encontrar aquella en la que puedan tolerar mejor las molestias y se sientan más cómodas (Grado de Recomendación A). Incluso en aquellas mujeres que utilizan analgesia epidural, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo,

se debe facilitar la movilización si así lo desean^{5,12,16}.

Ingesta durante el parto: La cetosis se podría prevenir con ingestas calóricas relativamente pequeñas suministradas mediante bebidas isotónicas (Nivel de evidencia 1+)^{5,12,15}. Por ello, con un grado de recomendación A, se debe informar a las mujeres de que las bebidas isotónicas son preferibles a la ingesta de agua⁵. La ingesta de líquidos claros durante el parto no influye sobre la evolución del mismo, su duración, empleo de oxitocina o tipo de parto, ni sobre los resultados neonatales. Además, se considera que mejora el confort y la satisfacción materna, aparte de no incrementar las complicaciones maternas (Nivel de evidencia 1+)⁵.

En lo referente a la ingesta de sólidos, no se ha encontrado que influya en los resultados obstétricos ni en los neonatales. Los estudios no tienen la suficiente potencia como para poder evaluar la seguridad materna frente a eventos y complicaciones graves y extremadamente raras como el síndrome de Mendelson (Nivel de evidencia 1+)⁵.

Monitorización fetal: Tanto la Monitorización Electrónica Fetal Continua (MEFC), como la Monitorización Electrónica Fetal Intermitente (MEFI) acompañada de Auscultación Intermitente (AI) son métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto (Grado de recomendación A)^{5,15}. La monitorización continua durante el trabajo de parto parece estar asociada con un aumento de las cesáreas y partos instrumentales¹⁷.

Tactos vaginales: El riesgo de infección se incrementa con el número de tactos vaginales realizados. Además, el número de exploraciones vaginales en el manejo de la primera etapa del parto tras la rotura prematura de membranas, es el factor independiente más importante para producir una infección materna y/o neonatal (Nivel de evidencia 2+)⁵. Limitar el número de tactos vaginales a los mínimos imprescindibles es una recomendación de buena práctica clínica¹⁴. Por ello, se aconseja, antes de practicar un tacto vaginal, confirmar que éste es realmente necesario y ser consciente de que el tacto vaginal es una explora-

ción molesta e invasiva, asociada a un incremento del riesgo de infección. Así mismo, se debe garantizar la privacidad, comodidad y dignidad de la mujer; explicándole el motivo por el que se realiza y los hallazgos encontrados.

Manejo del dolor: Con un grado de recomendación B, se aconseja satisfacer en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto⁵. Se debe informar previamente y ofrecer a las mujeres diferentes métodos para el alivio del dolor^{4, 14}. Se ha descrito también como la utilización del agua caliente a no más de 37,5°C reduce de forma estadísticamente significativa el uso de analgesia epidural durante el periodo de dilatación sin efectos adversos en cuanto a la duración del trabajo de parto, por producir vasodilatación sanguínea que conlleva a un mejor drenaje linfático y venoso, factores que influyen activamente en el edema¹⁷⁻²⁰.

Amniorrexia y perfusión de oxitocina: Si se compara la amniorrexia de rutina y el uso de oxitocina frente a un manejo más conservador de la primera etapa del parto, no se observan diferencias en cuanto al uso de epidural, la duración del parto, o resultados neonatales (Nivel de evidencia 1+)^{5,12,15}. Por lo que, con un grado de recomendación A, se aconseja no realizar amniorrexia artificial ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma normal^{4,5,14,17}.

Posición durante el periodo expulsivo: Con un grado de recomendación A, durante el expulsivo se debe recomendar a las mujeres que adopten la posición que les sea más cómoda^{5,18}. Las posiciones verticales o laterales, comparadas con la supina o litotomía, se asocian a una menor duración de la segunda etapa del parto, menos nacimientos asistidos, tasas menores de episiotomía, menor dolor agudo durante la segunda etapa y menos patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal. Cabe mencionar, que estas posiciones, también se asocian a un mayor número de desgarros de segundo grado y mayor número de hemorragias posparto de más de 500 ml (Nivel de evidencia 1+)⁵. En mujeres con analgesia epidural, se observa una re-

ducción de la duración del periodo expulsivo en las posiciones verticales (de pie, caminando, de rodillas o sentada a más de 60 grados de la horizontal) frente a la posición supina durante la segunda etapa del parto (Nivel de evidencia 1+)⁵.

Maniobra de Kristeller: La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su guía clínica de atención al parto normal, aconseja con un grado de recomendación A, no realizar esta maniobra. Existe evidencia de que esta maniobra es ineficaz en la reducción de la duración de la segunda etapa del parto (Nivel de evidencia 1+)⁵. Además, algunos estudios apuntan a que dicha maniobra podría ser un factor de riesgo de morbilidad materna y fetal⁵.

Episiotomía: No debe practicarse la episiotomía de rutina en el parto espontáneo, ni siquiera en aquellos casos de mujeres con desgarros de tercer o cuarto grado en partos vaginales anteriores (Grado de Recomendación A)^{4,5,14}. Existe alta evidencia de que la utilización rutinaria de la episiotomía comparada con la práctica restrictiva, no mejora los resultados a corto y largo plazo de las mujeres (Nivel de evidencia 1+)⁵. La práctica restrictiva frente a la sistemática, incrementa el número de mujeres con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes. Además disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor al alta (Nivel de evidencia 1+)⁵.

Manejo activo del alumbramiento: Se recomienda el manejo activo del alumbramiento con un grado de recomendación A⁵. Existe un buen nivel de evidencia para afirmar que el manejo activo de la tercera fase del parto disminuye el riesgo de hemorragia posparto, reduce la necesidad de administración de oxitócicos y acorta la duración de la tercera etapa del parto (Nivel de evidencia 1+)^{5,21}.

Pinzamiento del cordón umbilical: Existe evidencia que indica que el pinzamiento tardío del cordón umbilical en neonatos a término, al menos durante los dos primeros minutos después del parto, no incrementa el riesgo de hemorragia posparto y mejora los niveles de hierro en neonatos (Nivel de evidencia 1+)⁵,

por lo que con un grado de recomendación A, se aconseja el pinzamiento tardío del cordón umbilical^{4,5,14}. Con un grado de recomendación B, se cree conveniente el pinzamiento del cordón a partir del segundo minuto o tras el cese del latido de cordón umbilical^{5,21}.

En el grupo con pinzamiento temprano se observó un menor número de neonatos con ictericia, medido por la necesidad de fototerapia (Nivel de evidencia 1+)⁵. Aunque exista un aumento de neonatos con policitemia entre el grupo del pinzamiento tardío, este hecho parece ser benigno (Nivel de evidencia 1+)⁵.

Contacto precoz madre-recién nacido y lactancia: Con un grado de recomendación A, se aconseja a las mujeres que mantengan el contacto piel con piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento, evitando la separación de éstas con su hijos durante la primera hora de vida⁵ y hasta que haya finalizado la primera toma (recomendación de buena práctica clínica)^{4,5}. Las prácticas como la administración de vitamina K, la profilaxis ocular, la determinación del peso, etc., deben posponerse hasta que termine el contacto piel con piel, siempre bajo permiso y supervisión de los padres^{4,5,14}. Con recomendación de grado A se aconseja que el inicio de la lactancia materna sea alentado lo antes posible después del naci-



DURANTE LAS ÚLTIMAS DÉCADAS EL PARTO Y EL NACIMIENTO HAN SIDO OBJETO DE UNA CRECIENTE MEDICALIZACIÓN


miento, preferiblemente dentro de la primera hora⁵. Así mismo, se recomienda que la realización de los cuidados que se le deban aplicar al recién nacido se lleven a cabo sobre el vientre materno o se realicen pasados los primeros 50 minutos, ya que este hecho aumenta en 8 veces la probabilidad de realizar una toma espontánea¹⁷. El contacto piel con piel es beneficioso a corto plazo para mantener la temperatura y disminuir el llanto del niño, y a largo plazo para aumentar el tiempo de lactancia materna (Nivel de evidencia 1+)⁵.

Cuidados del recién nacido: Los recién nacidos a los que no se les ha realizado aspiración presentan una frecuencia cardíaca menor a los 3-6

minutos, un menor tiempo máximo para obtener niveles de saturación de oxígeno mayores a 92% y mejores resultados en el Apgar a los 5 minutos (Nivel de evidencia 1+)⁵. Por ello, con un grado de recomendación A, no se recomienda la aspiración sistemática orofaríngea ni nasofaríngea del recién nacido⁵. Tampoco se aconseja, como recomendación de buena práctica clínica, realizar la introducción sistemática de una sonda nasogástrica o rectal para descartar atresias en el recién nacido sano⁵. Estas prácticas no son necesarias, y no están exentas de riesgo^{4,14}. Otra recomendación de grado B, aconseja la realización de la profilaxis oftálmica en la atención rutinaria al RN, ya que ésta reduce de forma drástica la incidencia de

oftalmía gonocócica y ceguera, aunque para la infección por chlamydia, no es concluyente (Nivel de evidencia 2+)⁵. No obstante, una recomendación de buena práctica clínica expone que el tiempo de realización de esta técnica puede ampliarse hasta las 4 horas tras el nacimiento⁵.

Se recomienda administrar la vitamina K en dosis única por vía intramuscular (1 mg) (Nivel de evidencia 1+)⁵. Una recomendación de práctica clínica expone que si los padres rechazan la vía intramuscular, puede ofertarse la vía oral como segunda opción terapéutica, informándoles de que requerirá dosis de 2 mg al nacer, a la semana y al mes. En caso de lactancia materna exclusiva, se administrarán dosis adicionales⁵.



40

ES RESPONSABILIDAD DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS EL IMPLEMENTAR PROTOCOLOS EN LAS UNIDADES DE OBSTETRICIA QUE RECOJAN PRÁCTICAS BASADAS EN LA MEJOR EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE

DISCUSIÓN

Durante las últimas décadas el parto y el nacimiento han sido objeto de una creciente medicalización. El número de controles e intervenciones aplicadas a las mujeres y a sus recién nacidos sanos se han incrementado progresivamente, llegando a un nivel desaconsejado por la evidencia científica y los conocimientos actuales disponibles^{4,5,14,15,18}.

El desarrollo de estas prácticas perjudiciales para el proceso de parto se justifica en la perpetuación de modelos inadecuados y la facilitación de la asistencia durante el parto⁷.

Es aconsejable la participación activa de la mujer en el proceso del parto. Esto implica informar a las mujeres y a sus familias para que conozcan en profundidad el periodo reproductivo por el que atraviesan y puedan involucrarse activamente en los cuidados que reciben [4, 18]. La información impartida por el profesional sanitario debe ser adecuada, suficiente y en el momento oportuno^{3,4}, para que la mujer pueda tomar una decisión u otra, respetan-

do lo que ésta decida sin repudiar sus decisiones ni negarle la libertad para actuar^{3,5}. Esta información debe estar basada en la evidencia científica disponible y debe tratar sobre la efectividad, los beneficios y los riesgos de las diferentes opciones^{3,14,17,18}. Con la información adecuada, las usuarias adquieren autonomía, poseen expectativas más realistas y disminuye el nivel de indecisión en el momento de elegir entre las diferentes opciones, empoderando así a las mujeres durante este periodo de su ciclo vital^{3,4}.

Es responsabilidad de las instituciones sanitarias el implementar protocolos en las unidades de obstetricia que recojan prácticas basadas en la mejor evidencia científica disponible. En el presente artículo hemos presentado recomendaciones cuya implementación podría mejorar la calidad de la asistencia prestada a las mujeres durante el proceso del parto de bajo riesgo, contribuyendo a la humanización de éste. Con ello, esperamos ofrecer tanto a las mujeres como al personal sanitario, una herramienta para facilitar la toma de decisiones y para mejorar el cuidado.



BIBLIOGRAFÍA

1. Santacruz Martín B. Parto a la carta. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2012 [citado 10 Abr 2018]; 14 (55): 193-4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000400001&lng=es.
2. Biurrun Garrido A, Goberna Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión* [Internet]. 2013 [citado 11 Abr 2018]; 14 (2): 62-6. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bits-tream/2445/49091/1/631224.pdf>
3. Ramírez Carmona C, Arroyo Rodríguez A, López Alonso SR. Actualización bioética en la toma de decisiones de la mujer gestante. *Ética de los Cuidados* [Internet]. 2013 [citado 11 Abr 2018]; 6 (11). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n11/et9346.php>
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2008 [citado 16 Abr 2018]. Disponible en: www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pf/excencia/atenciónParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01.
6. Goberna Tricas J, Giménez Segura MC, Grupo MATER. Maternidad, Tecnología y Relación Asistencial. *Rev Paraninfo Digital* [Internet]. 2013 [citado 11 Abr 2018]; 19. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/098o.php>
7. De Franco Carvalho VF, da Costa Kerber NP, Busanello J, Goulart Gonçalves B, da Fonseca Rodrigues E, Pinho de Azambuja E. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2012 [citado 11 Abr 2018]; 46 (1): 30-7. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100004&lng=es.
8. Paniagua Urbano JA, Fernández Ruiz VE. ¿Es maltratada la mujer durante el parto?: Ensayo sobre la Humanización del Nacimiento. *Ética de los Cuidados* [Internet]. 2013 [citado 15 Abr 2018]; 6 (12). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n12/et9187.php>
9. Nilsen E, Sabatino H, Lopes MHBM. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Rev. esc. enferm USP* [Internet]. 2011 [citado 10 Abr 2018]; 45 (3): 557-65. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300002&lng=en.
10. Harbour R, Miller J, for the Scottish Intercollegiate Guidelines Network Grading Review Group. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ* [Internet]. 2001 [citado 7 Abril 2018]; 323: 334-6. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/323/7308/334>
11. Knappe N, Mayer H, Schnepf W, Zu Sayn-Wittgenstein F. The association between attendance of midwives and workload of midwives with the mode of birth: secondary analyses in the German healthcare system. *BMC pregnancy and childbirth* [Internet]. 2014 [citado 30 Marzo 2018]; 14 (1): 300. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/300>
12. Funai E, Norwitz E. Management of normal labor and delivery. *UpToDate* [Internet]. 2014 [citado 23 Abr 2018]. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/management-of-normal-labor-and-delivery?source=search_result&search=parto+normal&selectedTitle=1%7E150
13. Lothian J. Preparation for labor and childbirth. *UpToDate* [Internet]. 2013 [citado 25 Abr 2018]. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/preparation-for-labor-and-childbirth?source=search_result&search=Preparation+for+labor+and+childbirth&selectedTitle=1%7E150
14. Tejero-Lainez C. Estrategias de atención al parto normal y de salud reproductiva en el sistema nacional de salud en España. *Medicina Naturista* [Internet]. 2013 [citado 9 Abr 2018]; 7 (1): 7-12. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4128547>.
15. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Feb 16;(2):CD003766. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub3/full>
16. Simkin P, Klein MC. Nonpharmacological approaches to management of labor pain. *UpToDate* [Internet]. 2011. [citado 6 Abr 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/nonpharmacologic-approaches-to-management-of-labor-pain>.
17. Blas Robledo M, Cediel Altares C. Prácticas Clínicas pendientes de mejora en la atención obstétrica de los hospitales del País Vasco. *Evidentia* [Internet]. 2011 [citado 9 Abr 2018]; 8 (35). Disponible en: www.index-f.com/evidentia/n35/ev7450.php
18. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España 2007. [Citado 9 Abr 2018]. pp.55- 62. Disponible en: https://orbananos.files.wordpress.com/2008/03/ipn_libro.pdf
19. Fernández Medina IM. Analgesic alternatives for labour pain. *Enferm Glob* [Internet]. 2014 Ene [citado 2 Abr 2018]; 13 (33): 400-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100020.
20. Davim RM, Torres G de V, Melo ES. Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pre-testing of an instrument. *Rev Lat am Enfermagem* [Internet]. 2007 Nov- Dec [citado 9 Abr 2018]; 15 (6): 1150-6. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600015&lng=en&nm-iso&tlng=en
21. Martínez-Galiano JM. Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. *Matronas Prof* [Internet]. 2009 [citado 9 Abr 2018]; 10 (4): 20-6. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol10n4pag20-26.pdf>.

AUTORES

Silvia Sáez Belloso ¹
 M^a Nélida Fernández Martínez ²
 Ana Belén García Gallego ³
 Lucía de la Torre Calle ⁴
 José Antonio Iglesias Guerra ⁵

¹ Enfermera Emergencias 112 Castilla y León

² Área de Farmacología. Departamento de Ciencias Biomédicas. Universidad de León

³ Área de Economía y Estadística. Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de León

⁴ Enfermera de Área. Centro de Salud de Riaño (León)

⁵ Enfermero Sección Promoción de la Salud. Servicio Territorial de Sanidad. Palencia.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

✉ M^a Nélida Fernández Martínez.
 Área de Farmacología.
 Departamento de Ciencias Biomédicas.
 Universidad de León
 24071. León. España.

☎ +34 987 291 528

@ mnferm@unileon.es

RELACIÓN ENTRE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE CASTILLA Y LEÓN Y SU ACTIVIDAD LABORAL

RELATIONSHIP BETWEEN THE SPECIALIZED TRAINING OF NURSING PROFESSIONALS IN CASTILLA Y LEÓN AND THEIR WORK ACTIVITY

RESUMEN

Introducción

En Enfermería, las normativas y programas formativos para el desarrollo de la formación especializada se publican entre el año 2009 y el año 2011, y poco a poco se van convocando cada vez más plazas. En este estudio nos hemos planteado evaluar si esta mayor formación especializada de los profesionales de enfermería se relaciona con una mejora en su actividad laboral.

Metodología

Se ha llevado a cabo un estudio cuantitativo transversal en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León durante el año 2018, empleando un cuestionario ad hoc en el que se incluyeron preguntas relativas a variables sociodemográficas y a datos de tipo laboral y profesional

Resultados

El 22,5% de las participantes era enfermera especialista o enfermera interna residente. La especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica es la que tienen en mayor proporción las enfermeras de la muestra, seguida de la Enfermería Geriátrica y de Enfermería del Trabajo. El 89,7% de las enfermeras especialistas están empleadas todo el año mientras que un 10,3% no lo están, siendo los porcentajes similares entre las que carecen de especialidad. Hay un porcentaje significativamente mayor de especialistas empleados en instituciones públicas (90,3% frente a 84,8%), y también existe relación entre ser enfermera especialista y el ámbito donde prestan sus servicios: hay un porcentaje más alto de especialistas en Atención Primaria mientras que el porcentaje de no especialistas en Atención Especializada es superior. Sin embargo, no se observa relación entre la especialización y el cargo que ocupan las enfermeras en su lugar de trabajo.

Conclusiones

Las enfermeras especialistas trabajan principalmente en el ámbito público, mayoritariamente en Atención primaria y tienen un puesto de trabajo fijo

ABSTRACT

Introduction

The regulations and training programs for the development of specialized training in Nursing were published between 2009 and 2011, and little by little, more and more places are being summoned. In this study, we have considered assessing whether this specialized training of nursing professionals is related to an improvement in their work activity.

Methodology

A cross-sectional quantitative study was carried out in the area of the Community of Castilla y León during the year 2018, using an ad hoc questionnaire that included questions regarding sociodemographic variables and labor and professional data

Results

22.5% of individuals were a specialist nurse or resident internal nurse. The specialty of Obstetric-Gynecological Nursing is the one with the largest number of nurses in the sample, followed by Geriatric Nursing and Occupational Nursing. 89.7% of specialist nurses are employed year-round while 10.3% are not employed, with similar percentages among those without specialties. There is a significantly higher percentage of specialists employed in public institutions (90.3% vs. 84.8%), and there is also a relationship between being a nurse specialist and the field where they provide their services: there is a higher percentage of specialists in Primary Care while the percentage of non-specialists in Specialized Care is higher. However, there is no relationship between the specialization and the position that nurses occupy in their workplace.

Conclusions

The specialist nurses work mainly in the public sphere, mostly in Primary Care and have a permanent job.

PALABRAS CLAVE

Castilla y León, empleo, enfermera especialista, formación

KEYWORDS

Castilla y León, employment, specialist nurse, training

INTRODUCCIÓN

Desde la incorporación de los estudios de Enfermería a la universidad, se abre un lento periodo de consolidación profesional, laboral y académico que propicia el paso de oficio a profesión. Los legisladores españoles se han visto obligados a modificar las normas educativas vigentes en función de los cambios que han ido surgiendo. Actualmente, el graduado en Enfermería es un profesional competente para la prestación de cuidados de enfermería generales, y, por lo tanto, responsable de los mismos.

La formación especializada en Ciencias de la Salud tiene por objeto dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la especialidad. Es una formación común a todos los especialistas en formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia, complementaria y compatible con los programas específicos, una formación de mínimos, sin perjuicio de que los centros y unidades docentes pretendan alcanzar objetivos de formación más ambiciosos; flexible, pues favorece la autonomía de los centros y unidades docentes; coordinada, que permite organizar actividades conjuntas para los residentes facilitando la interrelación y homogeneidad, y en permanente adaptación a los cambios en los programas formativos a las nuevas necesidades y demandas del sistema sanitario, y que incorpore las tecnologías de la información y nuevas formas de gestión del conocimiento. Los contenidos de este plan se relacionan con tres áreas competenciales: de planificación y gestión, asistenciales y de investigación y docencia.

En lo que a Enfermería atañe de manera específica, el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero Especialista, con el fundamento de llevar a cabo una progresiva especialización sin perder la posibilidad del ejercicio polivalente de la actividad profesional. Con esa idea se puso a trabajar el Consejo Nacional de Especialidades en Enfermería creado en 1988. Diecisiete años después ve la luz el vigente Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfer-

mería, previo informe la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, el Comité Asesor de Especialidades de Enfermería y el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería.

Actualmente, las especialidades de Enfermería vigentes son las creadas en el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril² y son las siguientes:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- Enfermería de Salud Mental.
- Enfermería Geriátrica.
- Enfermería del Trabajo.
- Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.
- Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Enfermería Pediátrica.

Son enfermeros residentes aquellos que, para obtener su título de Enfermero Especialista, permanecen en las unidades docentes acreditadas durante un periodo limitado en el tiempo de práctica profesional programada y tutelada conforme a lo previsto en el programa formativo, para obtener los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el residente de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de aquélla.

La formación de los enfermeros especialistas se realiza por el sistema de residencia en unidades docentes acreditadas para la formación especializada, según dicta el artículo 20.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre³ de ordenación de las profesiones sanitarias tras superar una prueba anual, única y simultánea de carácter estatal.

Así mismo, la disposición transitoria segunda de la norma abre el acceso excepcional para la obtención del título de Especialista a los profesionales que ya lo eran en virtud de normas anteriores.

El Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero⁴ determina y clasifica las especialidades en Ciencias de la Salud y regula las características específicas de dichos títulos, de las



LA FORMACIÓN DE LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS SE REALIZA POR EL SISTEMA DE RESIDENCIA EN UNIDADES DOCENTES ACREDITADAS PARA LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA

unidades docentes, de los órganos que intervienen en la supervisión y organización de los periodos formativos, y de los procedimientos de evaluación de los especialistas en formación y de los distintos elementos que configuran las estructuras docentes. Por ello, no es hasta el año 2009 cuando se convocan las primeras pruebas para acceder a la formación de enfermeros especialistas, con excepción de las especialidades de las de Matrona y Salud Mental, que ya venían convocándose.

Mientras tanto se han promulgado órdenes para su desarrollo y sus programas formativos se publican entre el año 2009 y el año 2011-10.

A nivel autonómico, también se han ido promulgando normas para desarrollar este sistema. Se inicia con Decreto 75/2009, de 15 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León II, y cuyo objeto la regulación de la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León, en consonancia con lo establecido en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero⁴.

En este estudio nos hemos planteado evaluar si esta mayor formación especializada de los profesionales de enfermería se relaciona con una mejora en su actividad laboral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha desarrollado un estudio cuantitativo transversal en el ámbito de la Comunidad autónoma de Castilla y León durante el año 2018. Para llevar a cabo el estudio se diseñó un cuestionario ad hoc en el que se incluyeron dos secciones:

Sección A: Variables sociodemográficas

- Estado civil
- Provincia de residencia
- Fecha de nacimiento
- Sexo

Sección B: Datos de tipo laboral y profesional

- Enfermera especialista
- Empleabilidad en los últimos 12 meses.
- La institución empleadora principal
- Vinculación con la empresa
- Turno y horario de trabajo

La población de estudio la constituyeron los enfermeros colegiados no jubilados, que en ese año fueron 17.060 efectivos. Se realizó un muestro probabilístico estratificado de afijación proporcional al número de colegiados de cada provincia para obtener una muestra representativa con un error de muestreo del $\pm 3\%$ para un nivel de confianza del 95%, y siendo $p=q=0,5$. Al desconocer la varianza de variables relevantes, se necesitaron 1.004 cuestionarios válidos.

Los cuestionarios se enviaron por correo electrónico y se garantizaron la confidencialidad de los datos y el anonimato con la configuración de la recepción de los mismos en la plataforma SurveyMonkeyR, de forma que se ocultó el correo electrónico de procedencia de cada cuestionario haciendo así anónimas las respuestas.

Los datos obtenidos se analizaron de manera descriptiva univariante en una primera fase, y multivariante en una segunda, con el objetivo de establecer un modelo en el que la variable dependiente sea la especialización en Enfermería con niveles de confianza del 95%, y de signifi-



EL PORCENTAJE DE ENFERMERAS ESPECIALISTAS ES MÁS ALTO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y EN MUTUAS Y SERVICIOS DE PREVENCIÓN, MIENTRAS QUE EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA EL PORCENTAJE DE NO ESPECIALISTAS ES SUPERIOR

cación bilateral del 0.05. La herramienta de análisis estadístico fue el programa SPSS v24.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras el envío del cuestionario a los profesionales de Enfermería, se recibieron 2.258 encuestas contestadas. De esos cuestionarios se eliminaron 284 por no responder a todas las preguntas consideradas relevantes incluidas en el cuestionario, y 55 al detectar respuestas incongruentes. Tras ello, nos quedamos con un total de 1.919 encuestas para realizar el estudio.

La edad media de la muestra fue de 42,44 años (24-75 años), con una desviación estándar de 11, situándose la edad mediana en 42 años. El 25% de individuos tenía más de 51 años. En el 88,2% de los casos eran mujeres. Respecto al estado civil, casi el 51% de individuos estaban casados y el 39% solteros.

Las provincias de residencia de los encuestados cubrían toda la Comunidad de Castilla y León, y sólo el 3,5% residían fuera de ella. El 55,7% de la muestra residía en 3 provincias: Valladolid (22,7%), León (18,3%) y Salamanca (14,6%).

El 22,5% de individuos era enfermera especialista o enfermera interna residente (EIR). La especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas) fue la que tuvo en mayor proporción las enfermeras que ya son especialistas de la muestra, seguida de la Enfermería Geriátrica y de Enfermería del Trabajo. Entre las tres constituyeron el 60% de la muestra. Entre los que estaban cursando la residencia en el momento de la encuesta, la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria fue la más cursada (38,4%), siguiéndole la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (20,8%).

Con el fin de analizar la relación entre los aspectos formativos relativos a la especialización en Enfermería y los aspectos laborales se han aplicado contrastes de independencia o de diferencia de medias para muestras independientes, según la naturaleza de las variables. Así, como se aprecia en la **tabla 1**, el 89,7% de las enfermeras especialistas estaban empleadas todo el año mientras que el 10,3% que no lo están. En líneas similares se manifestaron las enfermeras que carecían de especialidad ($\text{Chi}^2 = 15,169, p < 0,001$).

Por otra parte, hay un porcentaje significativamente mayor de individuos que estaban empleados en instituciones públicas entre los especialistas que entre los no especialistas (90,3% frente a 84,8%), mientras que con las enfermeras que trabajaban en la empresa privada ocurría lo contrario ($\text{Chi}^2 = 6,701, p < 0,001$).

En relación al número de meses trabajados por aquellos que no estaban empleados todo el año, se obtuvo un estadístico t de 0,439, que llevaba asociado un valor-p igual a 0,661, lo que no permitía rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias en los dos grupos de individuos (especialistas frente a no especialistas). De hecho, el número medio de meses trabajados para cada grupo fue de 6,76 y 6,53 meses respectivamente, como se muestra en la tabla.

Por otro lado, pareció existir relación entre ser enfermera especialista y el ámbito donde las enfermeras prestan sus servicios ($\chi^2=66,568$, $p < 0.01$). En concreto, podemos observar que había un porcentaje más alto de especialistas en Atención Primaria, mientras que el porcentaje de no especialistas en Atención Especializada fue superior. También fue mayor el porcentaje de especialistas que trabajaban en el momento actual en Mutuas y Servicios de Prevención.

Ahora bien, no se observó relación entre la especialización y el cargo que ocupan las enfermeras según trabajen como docentes, como mandos superiores e intermedios, o en la asistencia directa a los pacientes ($\chi^2 = 4,196$, $p = 0,380$). De hecho, se constató que los porcentajes de individuos para cada categoría de trabajo son bastante similares en el grupo de especialistas y de no especialistas.

Además, el porcentaje de personal fijo fue más alto entre los especialistas mientras el porcentaje de eventuales fue mayor entre los no especialistas, siendo similares los porcentajes de interinos ($\chi^2 = 22,373$, $p < 0,001$).

En los últimos 25 años se han creado en España 13.005 especialistas en Enfermería por el sistema de residencia, de las cuales el 76,53% han sido matronas y enfermeros especialistas en Salud Mental, ya que el primer año en el que se ofertaron plazas para las 6 especialidades disponibles actualmente fue el año 2010/2011. En ese intervalo temporal, el número de plazas ha sufrido discretos incrementos paulatinos a nivel nacional, pero con desigualdades territoriales. En el periodo 2012-2018, tomado pues el año 2012 fue el de mayor oferta hasta el año 2018, comunidades como Galicia, País Vasco o Extremadura tuvieron incrementos de más del 35% en la oferta, otras como Castilla La Mancha o la Comunidad Valenciana sufrieron decrementos mayores del 15% en dicha oferta.

En Castilla y León, más de la quinta parte de las enfermeras de la Comunidad es ya especialista o está cursando la especialidad en el momento de la encuesta. Destaca el hecho que la especialidad de Enfermería

Obstétrico-Ginecológica (Matrona) es la que tienen en mayor proporción las enfermeras que ya son especialistas, cuestión explicable porque es la especialidad que cuenta con un mayor desarrollo histórico respecto del resto, junto con la de Salud Mental. Además, sigue cursándose en un porcentaje elevado pues son la quinta parte de los EIRs de la Comunidad, sólo superada por la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (38,4%). En este sentido, es esta la especialidad más apetecible para los enfermeros de Castilla y León, a los que más de la tercera parte les gustaría cursar alguna especialidad en el futuro, y de ellos, a la mitad les gustaría ser residentes en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Siguiendo en esta línea, las especialidades de Enfermería Obstétrico-Ginecológica y de Familiar y Comunitaria tienen el mayor número de plazas convocadas en el conjunto nacional con más del 60% del total

de las plazas. En Castilla y León entre ambas representan el 70% del total. Únicamente, en esta Comunidad se invierte el peso entre ambas, es decir, el número de plazas ofertadas en la última convocatoria para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria ha sido de 35 (51% del total) y 14 para Enfermería Obstétrico-Ginecológica (20% del total). Esta distribución difiere de las ofertadas para el total nacional pues las plazas para Enfermería Obstétrico-Ginecológica siguen siendo las más ofertadas.

Habida cuenta de la situación demográfica de Castilla y León y de la prevalencia de enfermedades crónicas y de pacientes pluripatológicos complejos, destaca el hecho de la pobre oferta de la Especialidad de Enfermería Geriátrica, con sólo 20 plazas para todo el país (1,83%), de las que 1 es para Castilla y León (1,47%). Esta especialidad junto a la Enfermería Familiar y Comunitaria deberían ser los ejes sobre los que

TABLA 1.
RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS

		ENFERMERA ESPECIALISTA	
		SÍ	NO
Empleo todo el año (recuento, %)	Sí	356 (89,7%)	41 (10,3%)
	No	1110 (81,4%)	254 (19,6%)
Meses trabajados (Media \pm SD)		6,76 \pm 3,20	6,53 \pm 3,10
Lugar de trabajo actual (recuento, %)	Atención primaria	95 (25,4%)	258 (19,4%)
	Atención especializada	188 (50,3%)	746 (56,2%)
	Emergencias (112)	0 (0%)	29 (2,2%)
	Universidad	5 (1,3%)	10 (0,8%)
	Mutuas o Servicios de prevención	25 (6,7%)	16 (1,2%)
	Otros	51 (13,6%)	157 (11,8%)
	Otros	30 (7,8%)	69 (5,5%)
Tipo de trabajo (recuento, %)	Asistencial	332 (86,5%)	1121 (90,0%)
	Dirección	5 (1,3%)	12 (1,0%)
	Supervisor/a	13 (3,4%)	35 (2,8%)
	Docencia	4 (1,0%)	8 (0,6%)
	Otros	30 (7,8%)	69 (5,5%)
Vinculación con la empresa (recuento, %)	Fijo	219 (57,6%)	606 (48,8%)
	Interino	81 (21,3%)	306 (24,6%)
	Eventual	56 (14,7%)	289 (23,3%)
	Otro	24 (6,3%)	41 (3,3%)

RESPECTO A LA SITUACIÓN LABORAL DE LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS, LA MAYORÍA ESTÁN EMPLEADAS TODO EL AÑO

pivote la atención a estas personas a través del desarrollo de las competencias de cuidados avanzados.

Respecto a la situación laboral de los enfermeros especialistas, la mayoría están empleadas todo el año (90%), pero lo que es probable que este mayor descenso del paro entre las enfermeras especialistas sea consecuencia de haber conseguido empleo como enfermeras generalistas, ya que prácticamente no han creado plazas de las distintas especialidades de Enfermería en el periodo de cumplimentación de los cuestionarios.

En la Comunidad de Castilla y León están empleados sobre todo en instituciones públicas como personal fijo o interino, sobre todo en el ámbito Atención Primaria. Ahora bien, no se constata la existencia de una relación entre ser enfermero especialista y el puesto laboral que ocupan. No hay más especialistas trabajando como mandos superiores e intermedios o en la docencia respecto de los que desempeñan su trabajo en la asistencia directa a los pacientes.

A pesar entonces que la tenencia de una especialidad no garantiza, ni en la norma ni en la realidad, un puesto de trabajo fijo ni que ese

puesto sea en gestión o en docencia, aspiraciones de una parte de los profesionales, tres de cada cuatro enfermeras de Castilla y León que trabajan todo el año desean cursar una especialidad, sobre todo los que trabajan fuera del ámbito de la Atención Especializada. Puede subyacer entonces, que la especialización es sentida como una forma de prestar servicios de Enfermería con la mejor formación posible, y no como una herramienta para el progreso profesional vertical.

CONCLUSIONES

El porcentaje de personal fijo es más alto entre los especialistas mientras que entre los eventuales es mayor en los no especialistas. El haber cursado una especialidad no influye en que las enfermeras trabajen todo el año ni tampoco en el número de meses trabajados. Un mayor porcentaje de las enfermeras especialistas trabaja en el ámbito público, aunque no se ha observado que exista relación con el cargo ocupado en el puesto de trabajo. El porcentaje de enfermeras especialistas es más alto en Atención Primaria y en Mutuas y Servicios de Prevención, mientras que en Atención Especializada el porcentaje de no especialistas es superior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero Especialista. BOE nº 183 de 1 de agosto de 1987.
2. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril
3. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias tras superar una prueba anual, única y simultánea de carácter estatal
4. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero
5. XX Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo. Núm. 129 Jueves 28 de mayo de 2009 Sec. III. Pág. 44685- 44696
6. 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) Núm. 129 Jueves 28 de mayo de 2009 Sec. III. Pág. 44697- 44729
7. Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. Núm. 288 Lunes 30 de noviembre de 2009 Sec. III. Pág. 101976- 101992
8. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Núm. 157 Martes 29 de junio de 2010 Sec. III. Pág. 57217- 57250
9. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. Núm. 157 Martes 29 de junio de 2010 Sec. III. Pág. 57251- 57276
10. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. Núm. 123 Martes 24 de mayo de 2011 Sec. III. Pág. 51802- 51822
11. Decreto 75/2009, de 15 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León



Asociación Española
de Enfermería y Salud

4 AL 6 DE NOVIEMBRE

III CONGRESO INTERNACIONAL Y
VI NACIONAL DE ENFERMERIA Y SALUD

MADRID

2020

FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID



APORTANDO VALOR

<https://enfermeriaysalud.es/congreso/>

AUTORES

María José Alcoba Finol ¹
 Leticia Sánchez Valdeón ²
 Jesús Antonio Fernández Fernández ³
 Daniel Fernández García ⁴

¹ Enfermera.

² Enfermera. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de León.

³ Enfermero. Servicio de Oncología. Complejo Asistencial Universitario de León.

⁴ Enfermero. Unidad de Radiología Intervencionista. Complejo Asistencial Universitario de León.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

✉ María José Alcoba Finol.
 Universidad de León. Facultad de Enfermería. Campus de Vegazana, s/n 24071 León.

☎ +34

@ malcofo0@estudiantes.unileon.es

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EMOCIONAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y ROL DE ENFERMERÍA

COPING STRATEGIES AND EMOTIONAL SKILLS IN BREAST CANCER PATIENTS AND NURSE ROLE

RESUMEN

Introducción

El cáncer de mama es el tumor con mayor prevalencia y mortalidad en las mujeres de nuestro país. Esta enfermedad causa un enorme impacto emocional, por lo que las pacientes que la padecen ponen en marcha distintas estrategias de afrontamiento para evitar un desajuste psicológico y distrés. La enfermería es el personal que comparte más tiempo con estas pacientes, con lo cual, deben de tener la formación adecuada para poder dotarlas de los recursos que necesitan y hacer frente a sus necesidades emocionales.

Metodología

Revisión bibliográfica en la cual se utilizaron como bases de datos Medline, Scielo y Google Académico. Se seleccionaron artículos con año de publicación 2015-2019, en español e inglés, con acceso gratuito y que nombraban estrategias de afrontamiento emocional en paciente diagnosticado de cáncer de mama.

Resultados

Se seleccionaron un total de 12 artículos. En general, las mujeres diagnosticadas de cáncer mama, utilizan dos tipos de estrategias: positivas o activas y negativas o pasivas. Las primeras se centran en el problema, tienen mejores resultados y adaptación psicológica como el humor, la religión y la reevaluación positiva. Las segundas, suelen asociarse a inestabilidad y distrés emocional como la autculpa y evitación. Enfermería no dispone de un protocolo para identificar de manera eficaz las necesidades emocionales de las mujeres con cáncer mama, sino que suele realizar una valoración general de su salud.

Conclusión

Es necesario que el personal de enfermería esté formado para poder ayudar a estas pacientes a desarrollar estrategias que les permitan adaptarse a su situación, así como un protocolo que ayude a identificar las necesidades emocionales de las mismas.

ABSTRACT

Introduction

Breast cancer is the most prevalence and mortal tumor amound women in our country. This disease causes an enourmous emotional impact, wich is why patients use several coping strategies to avoid distress and a psychological mismatch. Nurses are the staff that spend most time with this patients, therefore, they need to have proper training and education to be able to help these women, giving them the resources they need to face their emotional needs.

Methodology

Bibliographic review in which the following databases were used: Medline, Scielo and Academic Google. Articles with year of publishment 2015-2019 were selected, both spanish and english, with free access and that mentioned emotional coping strategies in patients who were diagnosed with breast cancer. A total of 12 articles were selected.

Results

A total of 12 articles were selected. In general, women diagnosed with breast cancer use two types of strategies: positives or actives and negatives or passives. The first ones focus on the problem, they have better results and psychological adjustment as humor, religion and positive reevaluation. The second ones are usually associated with inestability and emotional distress such as blame and avoidance. Nursering does not have a protocol to identify emotional needs in breast cancer patients, they usuallly just do a general appreciation of their health.

Conclusion

It is necessary that the nursing staff are trained to help these patients develop strategies that allow them to adapt to their situation, as well as a protocol that helps identify their emotional needs.

PALABRAS CLAVE

Adaptación Psicológica,
 Cáncer de Mama,
 Estrategias de Afrontamiento, Mujeres,
 Enfermería Oncológica

KEYWORDS

Adaptation, Psychological,
 Breast Cancer,
 Coping Strategies, Female,
 Oncology nursing

INTRODUCCIÓN

La enfermería se puede definir como la ciencia del cuidado de la salud del ser humano¹, se debe entonces tener en cuenta la definición de salud, para ello se atiende a la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuya definición no se ha visto modificada desde que entró en vigor en 1948: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*², con lo cual, el trabajo que realiza el personal de enfermería es fundamental para lograr una atención integral al paciente, y lograr un equilibrio entre la capacidad funcional y la afectiva. Una de las principales enfermedades que logra romper dicho equilibrio es el cáncer³.

El Instituto Nacional de Cáncer (NIH) define el cáncer como el *“conjunto de enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. Las células de cáncer también se pueden diseminar hasta otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático”*⁴. Esta enfermedad es considerada uno de los grandes problemas de salud pública, no sólo en España, sino en todo el mundo, teniendo una alta tasa de morbilidad y mortalidad y con una gran incidencia. En el 2012 los datos publicados por la OMS estimaban unos 14 millones de casos nuevos en el mundo, los cuales en el 2018 pasaron a ser 18,1 millones⁵. Las estimaciones realizadas por el proyecto GLOBOCAN indican que para el 2040 se alcanzarán 29,5 millones de casos nuevos⁶.

En nuestro país, según la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), se estima que en 2019 la cifra de tumores nuevos diagnosticados alcance los 277.234⁷. En cuanto a su prevalencia, datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) informan que los tumores son una de las principales causas de ingreso hospitalario. En el 2015, los tumores fueron la tercera causa de estancia hospitalaria con unas 3.599.306 estancias⁸. Atendiendo a la mortalidad, los datos publicados por la Sociedad Española Oncológica de Cáncer (SEOM), reflejan que el cáncer es la segunda causa de muerte

en España, siendo responsable de un 26,7% de muertes en la población. En 2018, los tumores fueron la principal causa de muerte en hombres en nuestro país (300,1 fallecidos por cada 100.000 hombre), y el segundo en mujeres (188,8 por cada 100.000 mujeres). De estas cifras radica su gran importancia⁵. Además, en los últimos 20 años, el número de tumores diagnosticados en nuestro país ha aumentado considerablemente y de manera progresiva, esto no se explica solo por un aumento de la población, sino por los avances tecnológicos que han permitido un diagnóstico precoz y un aumento de la esperanza de vida⁷.

Según la SEOM y sus datos publicados en 2019, el segundo tumor más prevalente a nivel mundial es el de mama. A su vez, las estadísticas publicadas reflejan que es el cuarto con más incidencia en España y el primero en mujeres⁵. Es importante reflejar la última información publicada por el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III, la cual menciona que los tumores son la segunda causa de muerte en mujeres en España (41.632 fallecimientos)⁹. Esto concuerda con los datos de la SEOM, los cuales reflejan que, entre las mujeres, el tumor responsable del mayor número de muertes en España en el año 2018 fue el cáncer de mama (6.489 fallecimientos)⁵.

Más allá de los datos epidemiológicos, es conocido que el cáncer de seno es uno de los que más afectan al paciente a nivel emocional. Esto puede deberse, en parte, al cambio que supone a nivel de la imagen corporal. Es decir, estas pacientes deben lidiar además de con el estrés emocional y el impacto que supone la enfermedad, con un cambio en su apariencia, el cual es una consecuencia del tratamiento, esto puede tener un cambio significativo en la percepción de sí misma en la mujer¹⁰.

Como ya se definió anteriormente, la salud no solo se sustenta en el ámbito físico, sino también en el mental. Esta enfermedad es conocida por causar un estrés emocional importante en los que la padecen. Según Cano, los pacientes con cáncer deben afrontar grandes cambios emocionales, conductuales y sociales, lo



ESTA ENFERMEDAD ES CONSIDERADA UNO DE LOS GRANDES PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA, NO SÓLO EN ESPAÑA, SINO EN TODO EL MUNDO

cual puede traducirse en una serie de modificaciones en su rol familiar y comunitario¹¹.

Dado su impacto sobre la salud mental del paciente, muchos estudios han intentado relacionar la influencia que ejerce el estado emocional con su recuperación física, encontrando una relación existente entre la adaptación psicosocial y la respuesta a los tratamientos médicos. Si el individuo posee estrategias de afrontamiento y es capaz de adaptarse a su situación, disminuye la probabilidad de aparición de trastornos mentales y se reduce el estrés emocional, siempre y cuando se le suministren recursos que le permitan afrontar de manera positiva la enfermedad y el tratamiento¹².

Cuando una persona es diagnosticada de cáncer, pone en marcha estrategias de afrontamiento que le ayudan a adaptarse a los cambios y disminuir el estrés¹². Las estrategias de afrontamiento (EA) no son más que *“recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes”*¹³; son procesos cognitivos y conductuales que ayudan a manejar la situación de enfermedad que se vive como amenazante, así como las emociones y el miedo a la muerte y al dolor. Las EA se pueden clasificar

en estrategias de resolución de problemas, las cuales están dirigidas a intentar modificar el problema causante del malestar, y estrategias de regulación emocional, que lo que buscan es modular la respuesta emocional ante el problema¹².

Sin embargo, estas estrategias si no son bien empleadas pueden ser inefectivas, si la paciente no posee recursos para poder afrontar la situación, puede causar una inadecuada adaptación psicológica y fisiológica, causando lo que se conoce como distrés. Según The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) el distrés se define como *"la experiencia emocional desagradable y de naturaleza multifactorial, que incide en la dimensión psicológica, social y/o espiritual de la persona, y que interfiere en la capacidad para afrontar el cáncer de forma efectiva, en sus síntomas físicos y en su tratamiento"*¹⁴, con la posibilidad de que esta situación desencadene problemas psíquicos.

Es por tanto necesario, un adecuado enfoque del paciente oncológico, no sólo en su dimensión fisiológica sino en la psicológica, y esto cobra especial importancia ante mujeres con cáncer de seno, ya que los cambios producidos a nivel corporal pueden afectar de manera más profunda a sus emociones. La influencia de su estado de ánimo puede favorecer o perjudicar su recuperación¹⁵.

El paciente oncológico se encuentra un gran período de tiempo (ya sea interrumpido o ininterrumpido) en el hospital. El personal más cercano al paciente es el de enfermería, con lo cual, es necesario y fundamental que las enfermeras estén dotadas de conocimientos y recursos para poder ayudar al paciente¹⁶. En este caso, la enfermera debe actuar como educadora; debe saber transmitir y dotar a las pacientes con recursos y herramientas para que ellas mismas (en el caso de pacientes con cáncer de mama) descubran cuál estrategia les funciona mejor para poder sobrellevar la situación en la que se encuentran.

Para la enfermera oncológica su objetivo principal debería ser el tener los conocimientos y la experiencia suficiente para poder responder a las necesidades psicológicas que puedan surgir en los pacientes a lo

largo de la enfermedad, en cualquier etapa, y así ayudarles en su proceso de adaptación y afrontamiento¹⁷. Lo que se persigue es que la paciente, a pesar de su enfermedad, mantenga una buena calidad de vida, dada en parte por un bienestar psicológico, reduciendo en la medida de lo posible el impacto emocional y las alteraciones en todos sus ámbitos como persona: en su vida social, laboral y familiar¹⁷.

Es por ello por lo que en los últimos años se ha venido investigando sobre distintas estrategias de afrontamiento para poder manejar lo mejor posible el impacto emocional que supone el cáncer en la persona que lo padece. Cada vez existe más bibliografía que demuestra que distintas intervenciones psicosociales pueden ayudar al desajuste psicológico y social del paciente, mejorar su calidad de vida y la supervivencia del paciente oncológico. Algunas de las intervenciones enfermeras que se han estudiado y se han considerado beneficiosas para el paciente son la musicoterapia, la comunicación religiosa y el humor utilizado de forma adecuada. Probablemente lo más importante que la enfermera debe incluir en su plan de cuidados, y que ya se ha probado eficaz, es la

comunicación y la escucha activa al paciente¹⁵.

El objetivo general de este trabajo ha sido identificar las distintas estrategias de afrontamiento emocional existentes actualmente en la literatura científica para la paciente diagnosticada de cáncer de mama, además de evaluar el impacto que ejercen dichas acciones en el estado de salud.

Los objetivos específicos fueron: Describir las estrategias de afrontamiento emocional propuestas en la literatura científica para pacientes diagnosticadas de cáncer de seno; valorar la eficacia de dichas estrategias sobre el estado de salud de la paciente oncológica; analizar la importancia que ejerce el papel de las enfermeras en el proceso de adaptación psicosocial de la paciente; justificar la necesaria formación de las enfermeras en el ámbito de la psicología para poder hacer frente a las necesidades emocionales de la paciente diagnosticada de cáncer de seno y lograr un efecto positivo sobre la salud integral de la misma.

METODOLOGÍA

El presente trabajo se ha diseñado como una revisión bibliográfica de las distintas estrategias de afron-

TABLA 1.
PREGUNTA PICO

Paciente	Mujeres diagnosticadas de cáncer de mama
Intervención	Estrategias de afrontamiento emocional y rol de enfermería
Comparación	No procede
Objetivos	Existencia de evidencia

TABLA 2.
PROCESO DE BÚSQUEDA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Años de publicación: 2015-2019	Idioma distinto al inglés y/o español
Estudios que nombran estrategias de afrontamiento emocional en paciente diagnosticada de cáncer de mama	Artículos sin acceso completo y gratuito.
Artículos científicos y estudios comparativos	Estudios en animales
Campo de enfermería y psicología	

TABLA 3.
EJEMPLO DE LA BÚSQUEDA EMPLEADA PARA LAS BASES DE DATOS

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	RESULTADOS CRITERIOS DE	
		RESULTADOS GENERALES	INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
MEDLINE	(breast cancer) AND (female) AND (coping strategies) AND (adaptation, psychological)	48	5
SCIELO	(breast cancer) AND (coping strategies)	5	2

tamiento emocional que se les propone a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, y la influencia que puede o no ejercer el rol de la enfermería en todo el proceso. Para ello, se han utilizado distintas bases de datos y portales en búsqueda de información relacionadas todas ellas con el ámbito de la salud.

En primer lugar, se planteó una pregunta PICO (pacientes, intervenciones, comparación y resultados esperables) para poder iniciar la investigación, con la intención de centrar la búsqueda y el tema.

Posteriormente se realizó una búsqueda utilizando la base de datos Web Of Science, que a su vez recoge información de las bases de datos Medline y Scielo. También se recurrió a Google Académico. Para lograr una revisión eficaz y ordenada de información, se utilizó la herramienta biomédica MeSH para elegir las palabras claves de modo que la investigación fuese controlada. Asimismo, las palabras claves empleadas para la base de datos Medline han sido: "breast cancer", "female" [MeSH], "coping strategies", "adaptation, psychological" [MeSH], y "oncology nursing" [MeSH]. Se utilizaron además los operadores booleanos AND y OR para mejorar la búsqueda.

Entre los criterios de inclusión (Tabla 2) se encuentran aquellos estudios en los que se menciona estrategias de afrontamiento emocional para una persona con cáncer de mama, con fecha de publicación de no más de cinco años anteriores y hasta la fecha y, como tipo de estudio, publicaciones y artículos científicos y estudios comparativos que estuviesen dentro de los campos de la enfermería y la psicología.

Los criterios de exclusión (Tabla 2) fueron los siguientes: artículos a los cuales no se podía acceder de forma gratuita, estudios basados en animales y publicaciones con un idioma distinto al inglés o al español.

Con las palabras claves y operadores ya mencionados, en Medline se encontraron un total de 48 publicaciones, las cuales se redujeron a 12 artículos al refinar la búsqueda a publicaciones de los últimos cinco años. Además, se seleccionó que sólo aparecieran estudios en humanos, en las lenguas español e inglés y con acceso completo. Se logró entonces reducir la búsqueda a 5 estudios. En Scielo, utilizando las mismas palabras claves (exceptuando los términos MeSH), los criterios para refinar y sin los operadores booleanos propios de Medline, se redujo la búsqueda a 2 artículos con acceso completo.

Se realizó una lectura detallada y comprensiva de los artículos encontrados: dentro de los cinco publicados en Medline, uno fue descartado debido a que no era un artículo científico. Ninguno de los dos encontrados en Scielo fueron seleccionados ya que medían y comparaban variables que no se relacionan con el objetivo de estudio de este trabajo. Se recuperaron además un total de 8 artículos mediante la búsqueda en Google Académico.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN


Todos los estudios seleccionados concuerdan que el cáncer de mama es una enfermedad que impacta psicológicamente a las pacientes y puede fácilmente causar un desajuste emocional según cómo se enfrente dicha enfermedad¹⁸⁻²⁹. De hecho, el estudio de Sánchez Valdeón de-

muestra que incluso después de la enfermedad, estas mujeres son más sensibles ante situaciones adversas, disgustándose fácilmente, lo que comprueba que la enfermedad afecta verdaderamente su parte emocional¹⁹. Desde el primer momento que estas mujeres son diagnosticadas, ponen en marcha distintos mecanismos de defensa, que son las estrategias de afrontamiento, las cuales no son más que esfuerzos tanto cognitivos como conductuales que buscan hacer frente a una situación estresante y "desbordante" para el individuo; pudiendo ser éstas efectivas o no^{18-20,22,23,25-29}.

En la mayoría de los estudios, identifican dos tipos de estrategias de afrontamiento distintas. Algunos simplemente las diferencian por "positivas" o "negativas"^{20,23,27-29}. Otros en cambio, utilizan la terminología de "pasivas" o "activas", siendo las pasivas las que se relacionan con una mayor inestabilidad psicológica aumentando el estrés emocional y una inadecuada adaptación, como la huida, evitación, fatalismo, desesperanza. Las activas están asociadas a mejores resultados sociales y psicológicos, como el humor y la reevaluación positiva^{18,21,26}.

En general, el tipo de estrategia que utiliza cada paciente es muy notorio en el momento del inicio de la enfermedad, ya que pueden verlo como un reto (espíritu de lucha) o una situación ante la cual la paciente se hunde porque cree no poder hacer nada para cambiarlo, esto hace que piensen que no tienen ningún control sobre su enfermedad (desesperanza)¹⁸. Otros estudios hacen una diferencia distinta a los demás, comparando tanto estrategias centradas en el problema como estrategias centradas en la emoción. La primera, engloba aquellas estrategias que buscan resolver la situación, y la segunda, se centra en controlar las emociones que produce la situación estresante. Sin embargo, los resultados reflejan que una persona no utiliza un solo tipo de estrategia de afrontamiento, sino que coexisten varios para poder hacer frente a la enfermedad, a pesar de que uno siempre prevalezca sobre los otros^{18,25}.

Entre las estrategias de afrontamiento encontradas en los estudios,



SE PUEDE DECIR QUE EL CÁNCER DE MAMA EN SÍ MISMO NO ES UN FACTOR DEVASTADOR PARA LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

destacan como “positivas” o “activas”: reevaluación positiva, planificación, religión, terapias artísticas y creativas, búsqueda de apoyo social y emocional, humor, expresión mediante escritura positiva, autoafirmaciones positivas, aumento de la actividad conductual^{18,23,25-29}. La religión es importante ya que se ha demostrado que les da a estas pacientes un sentido a la enfermedad y al tratamiento, y motiva a luchar y hacer frente a la situación que están viviendo^{20,25,29}.

Se debe de tener en cuenta que las investigaciones realizadas acerca de las terapias artísticas y creativas (TAC) como estrategia de afrontamiento en las mujeres oncológicas son insuficientes. Estas técnicas se basan en emplear el arte (pintura, escultura, fotografía, música, danza) como un instrumento terapéutico. Con ello se busca crear un ambiente en el cual se facilite la expresión, el desarrollo personal, la reflexión o el afrontamiento de la situación. En oncología, son utilizadas para manejar los distintos síntomas del tratamiento y facilitar la adaptación psicológica en las diferentes etapas del cáncer. El estudio de Rabadán afirma que a corto plazo sí parece ser una terapia con efectos positivos durante el tratamiento. Actualmente en el mundo oncológico y específicamente en el cáncer de mama, la musicoterapia, el arte terapia y la danza movimiento terapia (DMT) son las más investigadas. Parecen tener efectos positivos y conseguir una disminución de la ansiedad, el estrés, estado de ánimo y mejora en calidad de vida. Sin embargo, otros

estudios señalan que solo consiguen efectos de reducción de ansiedad, sin impactar en la calidad de vida. De una forma u otra, resultan necesarias más investigaciones acerca de las TAC²³.

Entre las estrategias de afrontamiento negativas más usadas por las mujeres en los estudios se encuentran: sentimientos de culpa, consumo de sustancias nocivas, evitación, distanciamiento, no expresión del problema, “catastrofizar”, negación, desconexión del comportamiento. Siendo las más comunes las de evitación y sentimientos de culpa^{19,21,25,26,28}.

En general, la mayor parte de los estudios concluyen en su muestra, que las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, utilizan más estrategias de afrontamiento activas o positivas que negativas, consiguiendo en su mayoría una buena adaptación a su situación^{18,20,25,27-29}. De hecho, Czerw en su estudio compara el nivel de aceptación de las mujeres con cáncer de seno que las de otros grupos, como diabetes e individuos postinfarto miocárdico, siendo más alto el nivel de aceptación por parte de las mujeres con cáncer. Esta aceptación lleva a una mayor motivación para luchar contra la enfermedad²⁷. Ante esto, el único artículo que difiere es el de Torrecilla, en cuyo estudio las estrategias más utilizadas por las mujeres fueron estrategias pasivas de evitación del problema. Específicamente, describe que utilizan evitación cognitiva y evitación conductual. En la primera, la persona realiza esfuerzos cognitivos para no pensar en la enfermedad de manera realista, provocando problemas en el rol familiar y personal, y favoreciendo el insomnio y el malestar psicológico. En la segunda, la persona emplea la descarga emocional para intentar reducir la tensión, pero esto a su vez, evita que se centre en el problema y el tratamiento. Ambas se relacionan negativamente con percepción de calidad de vida²¹.

Igualmente, el artículo de Lostaunau se centra en evaluar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), la cual es importante para conocer niveles de satisfacción de estas pacientes que engloba lo físico, emocional y social, y la vida cotidiana

de estas mujeres. De forma general, las participantes concluyen con un resultado favorable de su CVRS, dirigiendo de lo que de manera común se piensa de esta enfermedad: sufrimiento, dolor y muerte. Esto puede deberse a que, a pesar de estar enfermas, tienen una sensación de contención debido a que están recibiendo cuidados y atención. Además, las mujeres en dicho estudio perciben mayor deterioro físico que mental, ya que sienten que su nivel de funcionalidad en las actividades diarias se ha visto afectado²⁰.

A su vez, el estudio de Paek intentó relacionar las estrategias de afrontamiento que emplean estas mujeres con la percepción de su calidad de vida. En definitiva, los datos concluyen que el uso de estrategias negativas está relacionado a una menor calidad de vida, lo cual es recíproco, ya que una menor calidad de vida a su vez está relacionada con el uso de estrategias negativas. No hubo relación significativa entre estrategias positivas y mayor calidad de vida²⁸. Lo que es evidente es que existe una necesidad de mejorar continuamente la CVRS de estas mujeres y no buscar, de manera exclusiva, su supervivencia.

Se puede decir que el cáncer de mama en sí mismo no es un factor devastador para la calidad de vida relacionada con la salud, sino que es la combinación de una serie de variables como lo son las estrategias de afrontamiento a emplear, las condiciones médicas, culturales, familiares, sociales y personales que acompañan²⁰.

Es por ello por lo que los estudios seleccionados que buscaban estudiar las estrategias de afrontamiento estudiaban además variables personales tales como: edad, antecedentes familiares, empleo, nivel educativo y estado civil^{18-21,25-29}, ya que todo ello afecta en gran medida los recursos cognitivos que cada persona posee y va a utilizar en una situación estresante vital. Por ejemplo, el artículo de Khodaveirdyzadeh se define en gran medida a que es un estudio realizado en mujeres musulmanas, con lo cual, la religión es una parte fundamental de su vida, estrategia que se fortalece durante la enfermedad y que motiva a hacer frente a la situación²⁹. Por otro lado, el artículo

de Lee también tiene un importante factor cultural, ya que es realizado con mujeres chinas. En el estudio, las mujeres tienen dificultad para compartir su experiencia, con lo que aumenta el estrés, la ansiedad y la depresión al guardarse sus emociones, y como consecuencia, disminuye la calidad de vida. Esto es debido a que, en China, expresar las emociones es visto como una debilidad²⁶. Sin embargo, está demostrando que una mujer enferma que comparte su experiencia aumenta el entendimiento de la realidad y puede iniciar una búsqueda de apoyo emocional que facilite una adaptación. Además, cuando estas mujeres reprimen sus emociones y las guardan para sí mismas, es más probable que surjan sentimientos de autoculpa^{19,26}.

Por su parte, el estudio de Czerw compara los resultados con el nivel educativo de las participantes, a mayor nivel educativo, las pacientes utilizaban más estrategias de afrontamiento que buscaban reducir el dolor. Conjuntamente, en el estudio las participantes referían creer que el dolor es controlado casi de manera exclusiva por los médicos. Se ha demostrado que pacientes con baja aceptación de su enfermedad tienen poca fe en el control interno del dolor²⁷. Por lo tanto, existen factores importantes para tener en cuenta, que definirán en gran medida la estrategia que se va a emplear y sobre todo el nivel de adaptación.

En el artículo de Núñez, se pretendía estudiar y relacionar otras variables como lo son las médico-quirúrgicas. Se planteó si factores como tipo de intervención, tiempo transcurrido desde el diagnóstico y estadio de la enfermedad influían en las estrategias de afrontamiento a utilizar, así como la imagen corporal. Concluyó que no ejercen una influencia significativa, no coincidiendo con estudios previamente realizados que señalaban que la mastectomía produce mayor deterioro y afeción cognitiva y afectiva, o que el tiempo era determinante en la percepción de imagen corporal de las mujeres²⁴. Esto puede relacionarse con el estudio de Sánchez Valdeón, que afirma que la intervención psicológica debe iniciarse en el momento que se diagnostica a la persona y debe persistir en el tiempo para así

conseguir respuestas adaptativas que permanezcan, y no sólo en una etapa específica de la enfermedad¹⁹. No obstante, el artículo de Jorques Infante, difiere en este caso con que el tipo de intervención no influye en las estrategias de afrontamiento, ya que es una variable que mide en su estudio, y determina que las mujeres que son intervenidas de cuadrantectomía y vaciamiento axial poseen un nivel más alto de descarga emocional, mejor planificación y solución de problemas que las mujeres intervenidas de mastectomía. Esto lo explican precisamente por la importancia que otorga la mujer a su cuerpo y a la feminidad¹⁸.

El estudio de Quezada Maldonado fue el único que relacionaba el papel de enfermería en el proceso de enfermedad de las mujeres con cáncer de mama. Dicho artículo concluye que el personal de enfermería no emplea un protocolo estandarizado para realizar una valoración específica de estas pacientes, en el cual se podrían identificar necesidades emocionales. La enfermera, en cambio, realiza una valoración general del estado de salud de la paciente. Además, adjudica esto a la falta de tiempo debido a la carga de trabajo del personal de enfermería²².

Es esencial entender el cáncer de mama como una situación en la cual el individuo que la padece necesita poner en marcha estrategias de afrontamiento adecuadas las cuales le permitan una adaptación emocional y psicológica para dar paso a un tratamiento de la manera más eficaz posible. Muchas de las estrategias utilizadas son las mismas que ante cualquier situación estresante se utilizaría, pero no son específicas de la enfermedad, como se puede apreciar en los estudios seleccionados¹⁸⁻²⁹. Es por ello por lo que resulta necesario que existan personas de referencia, adecuadamente formadas, que pueda proporcionar ayuda y enseñar distintos mecanismos para lograr, en la medida de lo posible, una estabilidad emocional de la paciente, y que como consecuencia tenga recursos para enfrentar la enfermedad, a nivel físico y psicológico. Una de estas personas de referencia debería ser la enfermera, ya que pasa una gran parte del tiempo con la paciente, incluso en las situaciones más críticas, y está capaci-

tada para ver signos y síntomas de un desequilibrio emocional donde otras personas cercanas pueden no verlos.

CONCLUSIONES

Por lo tanto, las enfermeras deberían estar formadas y tener un protocolo para la paciente oncológica, más allá de una valoración de su estado general, para poder identificar las necesidades emocionales y dotar a las pacientes de recursos y estrategias de afrontamiento positivas y activas que se centren en resolver el problema, reducir la ansiedad y aliviar el sufrimiento. En la **tabla 4** se presenta un resumen de los artículos seleccionados con sus correspondientes resultados.

Conclusiones finales:

- Las estrategias de afrontamiento son recursos cognitivos y conductuales que pone en marcha una persona ante una situación vital estresante para hacer frente a la misma, éstas pueden ser positivas o negativas, facilitando o dificultando la adaptación psicológica.
- Las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama necesitan emplear estrategias de afrontamiento que le ayuden hacer frente a su enfermedad sin afectar su calidad de vida.
- Existe una gran variabilidad del afrontamiento de una persona a otra. La edad, el nivel de estudios, su esfera familiar, el trabajo, el factor cultural y muchas más variables que determinan las estrategias de afrontamiento a emplear de una persona.



**ES ESENCIAL
ENTENDER EL CÁNCER
DE MAMA COMO UNA
SITUACIÓN EN LA CUAL
EL INDIVIDUO QUE
LA PADECE NECESITA
PONER EN MARCHA
ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO**

**TABLA 4.
RESUMEN DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS**

AUTOR	FECHA	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	RESULTADOS
Jorques Infante, M ¹⁸	2015	España	Estudio descriptivo correlacional	150 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama	Se dividieron las EA en: forma positiva (Espíritu de Lucha), más utilizada, y forma negativa (Desamparo). La primera se centra en el problema y la segunda en la emoción. Existen variables importantes como la edad, antecedentes familiares y el trabajo.
Sánchez Valdeón, L ¹⁹	2015	España	Estudio descriptivo	98 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama	Las mujeres del estudio son más sensibles ante una situación negativa, lo que comprueba que la enfermedad ha influido de manera importante en su estado emocional. Gran parte de estas mujeres se sienten culpables de padecer cáncer. La intervención psicológica debe iniciarse en el momento que se diagnostica a la persona y debe persistir en el tiempo para así conseguir respuestas adaptativas que permanezcan.
Lostaunau, V. et al ²⁰	2017	Perú	Estudio transversal cuantitativo	53 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama	Se intenta evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de mujeres con cáncer de mamá. La estrategia más usada fue la religión. La estrategia menos empleada fue el consumo de sustancias nocivas como drogas o alcohol. La enfermedad por sí sola no afecta con gran magnitud a la CVRS, sino que es un conjunto de variables: médicas, culturales, familiares y personales.
Torrecilla, M. et al ²¹	2016	Argentina	Estudio descriptivo correlacional	80 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama	Son más empleadas estrategias pasivas y de descarga emocional. (Pasiva conductual y pasiva cognitiva). Ambas relacionadas negativamente con la calidad de vida.
Quezada Maldonado, T. et al ²²	2015	Ecuador	Descriptivo de corte transversal	238 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama	La enfermería no dispone de un protocolo estandarizado de asistencia en cuanto al manejo de pacientes con cáncer de mama. La enfermería valora el estado general de la paciente. La razón principal es la falta de tiempo.
Rabadán, J. et al ²³	2017	España	Revisión bibliográfica	11 estudios acerca de las TAC en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama	Las terapias artísticas y creativas (TAC) ayudan en la mejora de aspectos tales como: ansiedad, percepción de dolor y estrés a corto plazo. No se dispone información suficiente para la generalización de las TAC. La más utilizada y aceptada es la musicoterapia.
Núñez, C. et al ²⁴	2018	Colombia	Descriptivo transversal	37 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama	Se pretende estudiar la influencia que ejercen las variables médico-quirúrgicas en las EA y relacionarlo además con la imagen corporal (IC). Concluye que las variables médico-quirúrgicas no influyen en las EA y tampoco existe una relación entre las EA y la IC.
Moreno Martín, M. et al ²⁵	2017	Ecuador	Observacional descriptivo transversal	14 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama	Las mujeres utilizaban más estrategias de afrontamiento centrados en el problema (planificación y búsqueda de apoyo social), las que empleaban EA centrados en la emoción utilizaban el distanciamiento y el autocontrol
Lee, M. et al ²⁶	2017	China	Descriptivo transversal	148 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama	Las mujeres que sufren de cáncer de mama y no expresan sus emociones, sino que se encierran en ellas, tienen una inefectiva adaptación psicológica, aumentando el estrés. En general, estrategias de huida o evitación se relacionan con un mayor desajuste emocional, mientras que estrategias más activas como el humor, la reevaluación y la escritura positivas tienen un beneficioso impacto emocional.
Czerw, A. et al ²⁷	2016	Polonia	Descriptivo transversal	193 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama	Las pacientes emplean distintas EA que buscan minimizar el dolor, las más utilizadas "autoafirmaciones positivas" y "aumento de la actividad conductual", y las menos empleadas "catastrofizar" y "reinterpretar sensaciones de dolor". La elección de estrategias está muy ligada al nivel educativo.
Paek, M. et al ²⁸	2016	Estados Unidos	Descriptivo longitudinal	553 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama	El estudio busca estudiar relación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento (positivas y negativas). Los resultados reflejan que las participantes del estudio usan más estrategias positivas (búsqueda de apoyo emocional, reafirmaciones positivas, afrontamiento activo) que negativas (negación, autculpa, desconexión del comportamiento).
Khodaveirdy-zadeh, R. et al ²⁹	2016	Irán	Descriptivo transversal	266 mujeres	Las estrategias de afrontamiento tales como la aceptación y reevaluación positiva se relacionan con un mejor manejo de la enfermedad. La mayoría utilizan la religión (musulmanas). Se concluye que utilizar estrategias basadas en lo espiritual y/o religión se asocian a una mejor adaptación emocional de la enfermedad.

- En general, las mujeres con cáncer de mama utilizan más estrategias positivas (la reafirmación positiva, la religión, la planificación y el espíritu de lucha) que negativas (la huida y evitación). Es preciso investigar más acerca de nuevas herramientas terapéuticas como lo son las TAC.
- En muchas mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, surgen sentimientos de autculpa, probablemente como consecuencia de no exteriorizar sus emociones y sentimientos. Esto puede llegar a ser un obstáculo para poder poner en marcha estrategias de afrontamiento activas, causando un desajuste emocional.
- Resulta necesaria una formación adecuada de las enfermeras en el campo de la psicooncología, para poder ayudar a las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama a desarrollar y poner en marcha estrategias específicas para poder hacer frente a la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- López Mejía I. Información sobre Enfermería [Internet]. congresoahistoriadeenfermeria. 2015 [cited 20 December 2018]. Available from: <https://www.congresoahistoriadeenfermeria2015.com/presen.html>
- WHO. Frequently asked questions [Internet]. WHO. World Health Organization 2017 [cited 20 December 2018]. Available from: <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Nipp R, El-Jawahri A, Fishbein J, Eusebio J, Stagl J, Gallagher E. The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Am Can*. [Internet]. 2016 [cited 20 December 2018];122(13):2110-2116. Available from: <https://onlineibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.30025>
- NIH. Cancer [Internet]. NIH. National Institutes of Health; 2015 [cited 20 December 2018]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- SEOM. Las cifras del cáncer en España [Internet]. SEOM. Sociedad Española Oncológica Médica; 2019 [cited 19 February 2019]. Available from: <https://seom.org/dmccancer/wp-content/uploads/2019/Informe-SEOM-cifras-cancer-2019.pdf>
- GCO. International Agency for Research on Cancer. [Internet]. GCO. Global Cancer Observatory; 2019 [cited 19 February 2019]. Available from: <https://gco.iarc.fr/>
- REDECAN. Estimaciones de la incidencia del cáncer en España. [Internet]. REDECAN. Red Española de Registros de Cáncer; 2019 [cited 19 February 2019]. Available from: <http://redecana.org/es/page.cfm?id=210&title=estimaciones-de-la-incidencia-del-cancer-en-espana-2019>
- SEOM. Las cifras del cáncer en España [Internet]. SEOM. Sociedad Española Oncológica Médica; 2017 [cited 19 February 2019]. Available from: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_en_Esp_2017.pdf
- Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III. Mortalidad de cáncer en España [Internet]. Iscii.es. 2015 [cited 19 February 2019]. Available from: <http://www.iscii.es/ISCIIS/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-epidemiologia-ambiental-y-cancer/mortalidad-cancer-en-espana.shtml>
- Paterson C, Lengacher C, Donovan K, Kip K, Toftagen C. Body image in younger breast cancer survivors: a systematic review. *Can Nur*. [Internet]. 2016 [cited 21 February 2019];39(1):39-58 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4607543/>
- Cano A. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psi*. [Internet]. 2005 [cited 21 February 2019];2(1):71-80. Available from: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505120071A>
- Pérez P, González A, Mieles I, Uribe A. Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pen Psi*. [Internet]. 2017 [cited 21 February 2019];15(2):41-54. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v15n2/v15n2a04.pdf>
- Macías, MA, Madariaga Orozco, C, Valle Amaris, M, Zambrano, J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psi Car*. [Internet]. 2013 [cited 21 February 2019];30(1):123-145. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>
- NCCN - Evidence-Based Cancer Guidelines, Oncology Drug Compendium, Oncology Continuing Medical Education [Internet]. Nccn.org. 2017 [cited 21 February 2019]. Available from: <https://www.nccn.org/>
- Talbi Enfeddal N. Influencia del estado de ánimo en pacientes oncológicos y rol de enfermería [Grado]. Universidad de Valladolid; 2017.
- Riquelme B, Sepúlveda B, Vargas X. Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama. *Rev Med Clin Condes*. [Internet]. 2006 [cited 22 February 2019];17(4):244-47 Available from: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/med_17_1/atenciondeenfermeriap_244.pdf
- Martí-Augé P, Mercadal-Brotos M, Solé-Rosano C. La musicoterapia en oncología. *Gaceta Mexicana de oncología* [Internet]. 2015 [cited 22 February 2019];14(6):346-352. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>
- Jorques Infante M. Estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama [Doctorado]. Universidad de Valencia; 2015.
- Sánchez Valdeón L. Influencia del estado emocional de la mujer con cáncer de mama en su recuperación [Doctorado]. Universidad de León; 2019.
- Lostau nau V, Torrejón C, Cassaretto M. Stress, Coping and health-related quality of life in breast cancer women. *Act Psi*. [Internet]. 2017 [cited 22 February 2019];31(122):75-90. Available from: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2215-35352017000100075&lng=en&nrm=iso
- Torrecilla M, Martín Casari L, Rivas J. Coping and quality of life in women cancer patients. *Psi*. [Internet]. 2016 [cited 23 February 2019];8(3):01-16 Available from: <http://www.psiencia.org/8/3/21>
- Quezada Maldonado T, Santos Luna J, Falconi Peláez S, Saraguro Salina S, Espinoza Carrión F. Breast cancer: study from the practice nursing care. *Cumb*. [Internet]. 2018 [cited 23 February 2019];4(1):09-16 Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6550769>
- Rabadán J, Chamorro A, Álvarez M. Terapias artísticas y creativas en la mejora del bienestar psicológico en mujeres con cáncer de mama. *Psi*. [Internet]. 2017 [cited 25 February 2019];14(2-3):187-202 Available from: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/57079>
- Núñez C, Navarro A, Cortés S, López J, Aguirre-Loaiza H, Trujillo C. Body image (BI) and coping strategies (CS): Analysis of medical and surgical characteristics in women diagnosed with breast cancer. *Ter Psi*. [Internet]. 2018 [cited 25 February 2019];36(2):59-69. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6688655>
- Moreno Martin M, Gutiérrez Iglesia D, Zayas García R. Coping of breast cancer in diagnosed patients. *Enf Inv*. [Internet]. 2017 [cited 25 February 2019];2(1):01-06. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194267>
- Lee M, Song Y, Zhu L. Coping strategies and benefit-finding in the relationship between non-disclosure and depressive symptoms among breast cancer survivors in China. *Am J*. [Internet]. 2017 [cited 25 February 2019];41(4):368-377. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5598082/>
- Czerw A, Religioni U, Deptala A. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Br Can*. [Internet]. 2016 [cited 26 February 2019];23(4):654-661. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26031432>
- Paek M, Ip E, Levine B, Avis N. Longitudinal reciprocal relationships between quality of life and coping strategies among women with breast cancer. *An Be*. [Internet]. 2016 [cited 26 February 2019];50(5):775-783. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27272631>
- Khodaveirdydzadeh R, Rahimi R, Rahmani A, Ghahramanian A, Kodayari N, Eivazi J. Spiritual/religious coping strategies and their relationship with illness adjustment among Iranian breast cancer patients. *As Pac*. [Internet]. 2016 [cited 26 February 2019];17(8):4095-4099. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27644667>

☰ SERIE

AUTORES

Azucena Santillán-García
Enfermera.
PhD. Hospital Universitario de Burgos.

CONTACTO

@ ebevidencia@gmail.com

ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIAS | Capítulo 1

TOMA DE DECISIONES EN SALUD: EL AVANCE DE LAS PRÁCTICAS BASADAS EN EVIDENCIAS

EVIDENCE-BASED NURSING | Chapter 1.
HEALTH DECISION-MAKING: ADVANCING EVIDENCE-BASED PRACTICES

RESUMEN

Las enfermeras tienen que enfrentarse a diario con situaciones de incertidumbre en donde deben tomar decisiones que incumben al cuidado de las personas que asisten. El resultado de esa toma de decisiones puede dar lugar a una variabilidad injustificada en los cuidados que de lugar a desigualdades en los resultados de los pacientes. El modo de atajar esta situación es poniendo en relieve la práctica enfermera basada en conocimiento científico, es decir, la enfermería basada en evidencias. A esto se ha llegado superando el ensayo-error y avanzando desde la "medicina de la observación" hasta los postulados de McMaster y en las últimas décadas las enfermeras contamos con estructuras a nivel nacional e internacional orientadas a fomentar los cuidados basados en evidencias.

PALABRAS CLAVE

contexto histórico,
Enfermería basada en evidencias, incertidumbre

ABSTRACT

Nurses have to face daily clinical situations of uncertainty where they must make decisions that concern the care of the people who attend. The result of this decision making may lead to unjustified variability in care that results in inequalities in patient outcomes. The way to tackle this situation is to highlight the practical nurse based on scientific knowledge, that is, evidence-based nursing. This has been overcome by trial-error and progressing from "observation medicine" to McMaster's postulates and in recent decades nurses have national and international structures aimed at fostering evidence-based care.

KEYWORDS

historic context,
Evidence based Nursing, clinical uncertainty

INTRODUCCIÓN

La práctica reflexiva nos conduce a preguntarnos si el modo en el que desarrollamos nuestra práctica clínica es la más efectiva. Por otro lado, intentar modificar pautas de trabajo establecidas desde hace años con frecuencia nos da lugar a reacciones inmovilizadas de rechazo al cambio. ¿Cómo se reacciona cuando en el puesto de trabajo se ha intentado cambiar un protocolo o una pauta concreta de actuación? Este tipo de cuestiones suelen aflorar en el día a día de la enfermería asistencial. Es común que revisando el modo de aplicación de intervenciones concretas dentro de un mismo hospital se detecten distintas formas de planificar y ejecutar un mismo cuidado y esto puede tener un impacto negativo en los pacientes cuando no está justificado.

Analicemos las causas de esta variabilidad:

Variabilidad justificable: Todos entendemos que la aplicación de los cuidados enfermeros parte de la premisa de que son individualizados, y esto justifica un aspecto de esa variabi-

lidad. Otra forma de variabilidad justificable es la derivada de la adecuación de nuestras intervenciones al entorno (no es lo mismo la organización y los recursos de un hospital comarcal que de un gran hospital universitario, ni de una consulta rural a una consulta de un centro de salud urbano). Básicamente las razones para esta variabilidad justificable se resumen en:

1. Características del sistema sanitario
2. Características de los pacientes
3. Estado de salud de la población

Variabilidad injustificable: Más allá de los supuestos mencionados con anterioridad, entramos en el ámbito de la incertidumbre. Cuando se hacen las cosas por costumbre, inercia, falta de consenso, falta de información etc. es cuando esta variabilidad es injustificable y potencialmente dañina. Por tanto, necesitamos intentar reducir esta variabilidad injustificable que puede además generar inequidades en la salud de las personas a las que cuidamos. La mayoría de los estudios que indagan esta variabilidad se han limitado a

mostrar su existencia, pero pocos han buscado variables que la predigan.

TOMA DE DECISIONES EN SALUD

Es interesante cuestionarnos el porqué de estas diferencias. Todo parte del modo en el cual tomamos decisiones que incumben al cuidado de nuestros pacientes:

1. Nos fiamos de nuestra propia experiencia: el conocimiento tácito es una fuente de conocimiento útil en los profesionales experimentados, pero no está exento de sesgos. Se corre el riesgo de que, si se convierte en la única y principal fuente de información del profesional, este se quede anclado en el pasado.
2. Confiando en el modo en el que se han hecho siempre las cosas (en la tradición): si el conocimiento tácito tiene sesgos, basarse únicamente en la tradición tiene muchos más. En un ámbito de conocimiento como es el enfermero, que está en constante evolución y debe adaptarse a los avances biomédicos y tecnológicos, no tiene sentido aferrarse al "siempre se ha hecho así" para justificar nuestra toma de decisiones.
3. Uso del sentido común: el juicio clínico de los profesionales sanitarios no debe desligarse de la toma de decisiones, pero este debe sustentarse en algo tangible, en conocimiento que vaya más allá de la experiencia, los valores y las creencias.
4. Apoyándonos en la experiencia de los compañeros más experimentados: la opinión de los expertos ha sido durante muchos años la fuente principal de conocimiento en nuestro ámbito.

En la **tabla 1** se muestran una serie de sentimientos y reacciones disfuncionales que la incertidumbre genera en los profesionales sanitarios, y que justifican una especial atención a los procesos de resolución de nuestras dudas y toma de decisiones en el día a día.

Cuando nuestras decisiones se basan en creencias u opiniones es cuando potenciamos la variabilidad injustificada en función de nuestros propios sesgos cognitivos o prefe-

TABLA 1.
REACCIONES FRENTE A LA INCERTIDUMBRE

Intervencionismo excesivo

Negación

Ansiedad

Paralización e indecisión

Escudarse en circunstancias y normas

Seguimiento ciego de rutinas y protocolos

Acciones impulsivas y no fundamentadas

Aparentar seguridad y reforzar el control y la autoridad

Fuente: Loayssa Lara J, Tandeter H. Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas. Atención Primaria. 2001;28(8):560-564

rencias. Sin embargo, si la toma de decisiones se guía por pruebas, por datos y por resultados de investigación, se puede reducir esa variabilidad y mejorar los resultados de nuestros cuidados.

Pero no solo son las mejores evidencias disponibles las que rigen estas decisiones. Hay otros aspectos a tener en cuenta como son la opinión de los pacientes (incluyéndolos así en el proceso de toma de decisiones) y el propio juicio clínico y la experiencia de los profesionales. A estos tres aspectos se les ha denominado los pilares de las prácticas basadas en evidencias y han de ser tenidos en su conjunto para poder abordar una puesta en práctica factible.

Pero a estas premisas no se ha llegado de la noche a la mañana y a continuación se va a profundizar en el contexto histórico de las PBE.

CONTEXTO HISTÓRICO: CARACTERÍSTICAS DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA, DESDE SU ORIGEN EN LA MEDICINA, HASTA LAS PARTICULARIDADES EN ENFERMERÍA.

LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS

Echemos por un momento la vista atrás y recordemos cómo se recababa información hace unos pocos años, en los años 80 por ejemplo... Se acudía a las bibliotecas y se consultaba libros, revistas y cualquier texto relacionado. Todo en papel, todo manual... Las búsquedas de

artículos científicos se realizaban a través de los índices y sumarios de las propias revistas, se recopilaban mediante fotocopias y todo este proceso se tornaba lento y farragoso. Las búsquedas eran imprecisas y muy laboriosas y mantenerse actualizado era también bastante difícil dadas las restricciones de acceso a material novedoso.

Actualmente este panorama ha cambiado por completo. La mayoría de las revistas científicas están digitalizadas y sus artículos se encuentran en bases de datos electrónicas a través de las cuales podemos realizar búsquedas eficaces de información desde prácticamente cualquier sitio. Internet ha contribuido a que la información fluya y nos llegue de manera instantánea. Además, la producción científica ha aumentado exponencialmente en las últimas décadas: cada vez hay más revistas, con más artículos.

Este cambio de escenario ha supuesto que pasemos de un extremo a otro. Si hace unas décadas nuestra preocupación era hallar información, a día de hoy nuestra preocupación es ser capaces seleccionar esa información porque estamos inmersos en la denominada infoxicación (sobredosis de información).

El caso es que actualmente encontrar información es fácil y por lo tanto podemos decir que los últimos avances en biomedicina y biotecnología están al alcance de nuestra mano, a golpe de ratón. La cuestión es ¿utilizamos esa informa-

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS EL INTERÉS POR LA EBE HA IDO CRECIENDO EN EL COLECTIVO ENFERMERO

ción científica para adaptar nuestra práctica a los últimos avances? Hacer esto sería trabajar con rigor científico, en base a la mejor evidencia disponible... es decir que estaríamos ejerciendo una enfermería basada en evidencias.

Pero para llegar al cuerpo de conocimiento científico que tenemos hoy, la comunidad ha tenido que andar un largo camino que es interesante tener en cuenta para comprender e interiorizar la necesidad de trabajar con rigor científico.

EL CONOCIMIENTO EMPÍRICO

Hagamos un mayor ejercicio de retrospectión y pensemos en cómo se tomaban las decisiones antiguamente... antes del siglo XIX. Sabemos que en esa época las decisiones médicas se tomaban básicamente en base a:

1. La tradición: la información se transmitía de generación en generación, mezclándose con opiniones, valores y creencias. Esta información no se cuestionaba y se aceptaban como verdaderos sin necesidad de comprobación. En base a esta tradición se mantenían en el tiempo prácticas médicas que tenían más que ver con la superstición y la superchería que con la ciencia.
2. La autoridad: aquellas personas consideradas como autoridades emitían juicios sin ser cuestionados y estos también eran siempre considerados como verdaderos. A estas personas se les confería un poder de infalibilidad indiscutible, aunque sus capacidades se hubieran mermado (lo cual condujo a más de un desastre).
3. Ensayo-error: se trataba de ejecutar intentos sucesivos hasta dar con el resultado satisfactorio.

El empirismo predominaba en las decisiones que se tomaban en salud. Al empirismo también se le llama conocimiento "vulgar" o "popular" y se obtiene por azar, tras de innumerables tentativas cotidianas; es ametódico y asistemático. El conocimiento vulgar no es teórico sino práctico.

AVANZANDO HACIA EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

De este escenario se empezó a salir en el siglo XIX. Sitúate en esta época y en Francia: bajo la influencia de Broussais y de Bouillaud la práctica de la medicina atribuía las enfermedades a la inflamación o irritación de las vías digestivas y recomendaba el tratamiento con sangría en la pulmonía, la tuberculosis, la fiebre tifoidea, entre otros. Esto hoy en día sabemos que no es así y en esa época ya empezaron a aparecer voces críticas que discrepaban con este modo tentativo de hacer medicina.

A mediados del siglo XIX Pierre Alexander Louis, Bichot y Magendie comenzaron a promocionar la "Médecine d' Observation" (medicina de la observación). Sostenían como fundamento de este movimiento, que los médicos en su práctica asistencial no debían basarse exclusivamente en la experiencia personal ni en sus apreciaciones sobre conductas a tomar ante determinada enfermedad. Defendían que la práctica asistencial debía basarse soportarse en:

- Resultados de investigaciones.
- Efectos beneficiosos.
- Términos cuantificables.

Los postulados de Pierre Alexander Luis y sus colegas suponían un salto cualitativo hacia el conocimiento científico. Recordemos que el cono-

cimiento científico se caracteriza porque es sistemático, reflexivo, ordenado, crítico, universal, atemporal y demostrado mediante investigación.

Pero el avance definitivo hacia este conocimiento científico sucedió en 1948 con la descripción del "ensayo clínico aleatorio" (ECA). Con su ensayo sobre la estreptomina Sir Austin Bradford Hill que constituyó un hito para el desarrollo del razonamiento biomédico, pues permitió cuantificar la eficacia real y la seguridad de las intervenciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y pronósticas.

La descripción de los ECA fue el punto de partida para el desarrollo de técnicas de estudio basado en problemas y análisis científicos basado en la estadística y la epidemiología.

Posteriormente, Archivald Cochrane publicó en 1972 su obra "Effectiveness and efficiency: Random Reflections on Health Service", en la cual resaltó el valor de usar la evidencia de los ECA, porque aportan la información más confiable para las intervenciones médicas. Cochrane falleció en 1988 pero sus ideas le sobreviven y como prueba de ello tenemos que en 1992 se inauguró el primer Centro Cochrane en Oxford (Reino Unido) y en 1993 se fundó la Colaboración Cochrane Internacional (dedicada a favorecer la elaboración y divulgación de revisiones sistemáticas).

LOS INICIOS DE LAS PBE

La concepción de la PBE parte de la práctica médica y luego fue adoptada por una amplia gama de profesionales sanitarios entre los que se encuentran las enfermeras.

La medicina basada en la evidencia (MBE) tal y como la entendemos en la actualidad nació en los años 90 en la Universidad de McMaster (Ontario, Canadá) bajo el liderazgo de Gordon Guyatt y la colaboración de David Sackett, Brian Haynes y Deborah Cook. Este grupo de trabajo afirma que los resultados (las evidencias) de las investigaciones son la mejor forma de tomar decisiones en salud. Así, la MBE se presenta como la alternativa a la medicina tradicional basada únicamente en la compren-



sión de los mecanismos básicos de la enfermedad y en la experiencia clínica.

El propio Sackett definió la MBE como la "utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para la toma de decisiones sobre el cuidado individual de cada paciente"

Hay más definiciones sobre lo que se entiende como PBE, pero son muy semejantes y todas ellas coinciden en unos aspectos importantes:

- Las decisiones deben tomarse en base a la mejor evidencia disponible.
- Además de la evidencia se necesita incorporar el juicio clínico y habilidades del profesional sanitario.
- Debe incluirse aspectos básicos como son las preferencias del paciente y los recursos disponibles.

APLICACIÓN A LOS CUIDADOS: LA ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIAS (EBE)

En 1997 se celebró en Londres la I Conferencia Nacional sobre EBE y en 1998 se da un paso más con inicia publicación de las revistas "Evidence Based Nursing" y "Outcomes Management for Nursing Practice", además se crean los centros de "Evidence Based Nursing".

La práctica de la Enfermería Basada en la Evidencia es definida por Ingersoll en el año 2000 como "la utilización consciente, explícita y juiciosa (crítica) de teoría derivada; la información basada en investigación en la toma de decisiones para el cuidado que se da a individuos o grupos de pacientes en consideración con las necesidades y preferencias individuales."

Más tarde se amplía este concepto abarcando ya el paradigma cualitativo y en la "I Reunión sobre EBE" celebrada en España (Granada, 2002) se aporta una nueva definición: "Uso consciente y explícito, desde el mundo del pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la MBE, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal, que haga visible perspectivas de

la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico."

En 1997 se creó en España la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (INVESTEN) bajo el auspicio del Instituto de Salud Carlos III. Su misión es "procurar el desarrollo de una estrategia a nivel estatal para fomentar y coordinar la investigación traslacional y multidisciplinar en cuidados, potenciando su integración en la práctica clínica diaria, con la finalidad de que los cuidados de salud sean seguros, de la mejor calidad y basados en resultados válidos y fiables provenientes de la investigación rigurosa. Para la consecución de este objetivo impulsará la cualificación de los profesionales en cuidados, fortalecerá la base científica de enfermería y de la provisión de cuidados. Asimismo, favorecerá la vinculación entre el sector universitario, clínico y empresarial."

Otra organización destacada en el avance de la EBE es el Instituto Joanna Briggs (JBI). Se creó en 1996 y su sede está en la Universidad de Adelaida (Australia). Está comprometida con la práctica de cuidados basados en la mejor evidencia a nivel mundial a través de la búsqueda

de la mejor evidencia, su valoración y divulgación (mediante herramientas como los "Best Practice Sheeth"), apoyo a la aplicación a la práctica diaria y por última evaluando el impacto de su utilización. El Centro Colaborador JBI en España fue creado en 2004 y actualmente está desarrollando Proyectos de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®) (BPSO por su nombre en inglés). Estos proyectos surgen en España del acuerdo entre tres instituciones comprometidas con la Práctica Basada en la Evidencia: la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii), el Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia (CECBE) y la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO).

En los últimos años el interés por la EBE ha ido creciendo en el colectivo enfermero. El desarrollo académico ha favorecido positivamente este interés dado que los niveles de Grado, Máster y Doctorado dotan a la profesión de profesionales más capacitados para investigar y para leer y utilizar críticamente los resultados de la investigación ya existente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Loayssa Lara J, Tandeter H. Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas. *Atención Primaria*. 2001;28(8):560-564. Disponible en 10.1016/S0212-6567(01)70448-9
2. Pérez-Fullerat N, Solano-Ruiz M, Amezcua M. Conocimiento tácito: características en la práctica enfermera. *Gaceta Sanitaria*. 2019;33(2):191-196. Disponible en 10.1016/j.gaceta.2017.11.002
3. Fernández-de-Maya J, Richard-Martínez M. Variabilidad de la práctica clínica. Situación actual y retos para enfermería. *Enfermería Clínica*. 2010;20(2):114-118. Disponible en 10.1016/j.enfcli.2009.12.004
4. Fernández-de-Maya J, Richard-Martínez M. Variabilidad de la práctica clínica en enfermería, una revisión integradora: an integrative review. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012;25(5):809-816. Disponible en 10.1590/S0103-21002012000500025
5. Sackett DL, Rosenberg W, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
6. Fleck, L. (1986). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial.
7. Smith R, Rennie D. Evidence-Based Medicine—An Oral History. *JAMA*. 2014;311(4):365. Disponible en 10.1001/jama.2013.286182
8. Chalmers, I. (1993). The Cochrane collaboration: preparing, maintaining, and disseminating systematic reviews of the effects of health care. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 703(1), 156-165.
9. Evidence-Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 268(17), 2420-2425.
10. Santillán-García A. Contexto histórico de las prácticas basadas en evidencias [Internet]. Slideshare.net. 2013 [citado 2 diciembre 2019]. Disponible en: <https://www.slideshare.net/EnfermeraEnEvidencias/contexto-historico-de-las-practicas-basadas-en-evidencias>
11. Ingersoll G. Evidence based nursing: what it is and what it isn't. *Nurs Out-look*. 2000; 48(4): 151-152.
12. Closs SJ, Cheater FM. Evidence for nursing practice: Aclarification of the issues. *J Adv Nurs*. 1999; 30 (1):10-17.
13. Gálvez Toro A. Un enfoque crítico para la construcción de una enfermería basada en la evidencia. *Invest educ enferm*. 2003;21 (1):50-64.
14. Santillán García A. Enfermería basada en evidencias: caminando a hombros de gigantes. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*. 2016;43:1-3. Disponible en 10.1016/j.sedene.2016.05.001
15. Investen [Internet]. Instituto de Salud Carlos III. [citado 2 diciembre 2019]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QuienesSomos/Centros-Propios/INVESTEN/Paginas/default.aspx>
16. Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados - BPSO España - Home [Internet]. *Evidenciaencuidados.es*. [citado 2 diciembre 2019]. Disponible en: <https://www.evidenciaencuidados.es/bpsos/>