

SANUM

Volumen 4 N.º 3. Julio 2020-Octubre 2020

Revista Científico-Sanitaria

ISSN 2530-5468

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

CALIDAD DE VIDA DE LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VALME DE SEVILLA

EVOLUCIÓN DE NIÑO CON SÍNDROME DE KINSBOURNE TRAS TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. CASO CLÍNICO

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN EL ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD DE DUCHENNE

PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA

PSICOEDUCACIÓN Y SALUD MENTAL

ÚLCERAS POR PRESIÓN. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

LA SEXUALIDAD EN EL CLIMATERIO

FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA TENDINOPATÍA DEL MANGUITO ROTADOR

LA COHERENCIA CARDÍACA COMO TÉCNICA PARA DISMINUIR EL ESTRÉS Y DESARROLLAR RESILIENCIA

LUZ BRILLANTE COMO TERAPIA COMPLEMENTARIA EN LA DEPRESIÓN BIPOLAR



ESP
Servicios
Públicos

Andalucía

SANUM

Revista Científico-Sanitaria

Volumen 4 N.º 3
(Julio 2020-Octubre 2020)

Edita

FeSP-UGT/Andalucía

Avda. Blas Infante, 4, 6ª Planta
41011 Sevilla

Contacto:

 consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es

Teléfono: 637 503 298

Consejo Ejecutivo

Dirección:

Antonio Tirado Blanco
Secretario General

Subdirección:

Antonio Macías Borrego
Secretario de Sanidad

Francisco López Gómez
Secretario de Formación

Consejo de Redacción

María Ortiz Rico
Órgano de prensa

José Luis de Isla Soler
Director técnico

Diseño y maquetación:

**Ediciones Rodio, S. Coop. And.
Sevilla**

C/ José Jesús García Díaz, 2
Edificio Henares, 1 - 1ª planta - Módulo 6
41020 Sevilla

ISSN 2530-5468

CONSEJO EDITORIAL

Dirección editorial

Verónica Juan-Quilis MD, PHD

Coordinación Servicio de Atención al Usuario-SAU
Directora de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía. España

Dirección Académica

José Luis de Isla Soler

Graduado en Enfermería. H.U. Virgen del Rocío, Sevilla. España

Dirección Técnica

José Mª Carrión Pérez

CEO de Docusolar, Servicios Documentales. Sevilla. España.

Órgano de prensa

María Ortiz Rico

Licenciada en Periodismo. Gabinete de Comunicación
de FeSP UGT Andalucía. España

Asesor jurídico

Julián Vileya Rodríguez

Licenciado en Derecho Público. Gabinete jurídico FeSP
UGT-Andalucía. España

Área de Informática

Fernando Rodríguez García

Ingeniero técnico informático.
Ediciones Rodio. Sevilla. España

Comité científico

Ramón Sánchez-Garrido Escudero

Doctor en medicina y cirugía. Especialista en medicina
familiar y comunitaria. Médico del Servicio de Urgencias
del Hospital Comarcal de Antequera, Málaga. España

Juan Carlos Díaz Conejero

Licenciado en Farmacia. Licenciado en Ciencias
Ambientales. Inspector cuerpo A4 adscrito a Distrito
Sanitario Bahía de Cádiz- La Janda. Cádiz. España

Francisco Ruiz Domínguez

Doctor en Psicología Social. Servicio de Promoción
y Acción Local en Salud Subdirección de Promoción,
Participación y Planes de Salud. Secretaria General
de Salud Pública y Consumo Consejería de Salud.
Andalucía. España

Ana Mª Cazalla Foncueva

Graduada en Enfermería. Supervisora de Enfermería del
Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del H.U.
Virgen del Rocío. Sevilla. España

Mª Teresa Pozo Rubio

Diplomada en Enfermería. Servicio de Oftalmología
H.U. Virgen Macarena. Sevilla. España

Javier Medina Barrio

Licenciado en Ciencias Ambientales.
H.U. Virgen Macarena. Sevilla. España

Cesar Aristides de Alarcón González

Doctor en medicina, especialista en medicina interna.
H.U. Virgen del Rocío. Sevilla. España

José Carlos Ochoteco Hurtado

Psicólogo General Sanitario. Mayor in Science Board
Certificed Behavior Analyst. ArkProv, Miami. USA

Salvador Silva Pérez

Diplomado en Enfermería. Supervisor Unidad
Maxilofacial H.U. Virgen del Rocío. Sevilla. España

Estela M. Perea Cruz

Diplomada en Enfermería. Unidad Medicina Preventiva
H.U. Virgen del Rocío. Sevilla. España

Elena Prado Mel

Licenciada en Farmacia. Servicio de Farmacia. H.U.
Virgen del Rocío. Sevilla. España

Mª José Garrido Serrano

Diplomada en Enfermería. Supervisora Unidad
Enfermedades Digestivas. Área de gestión sanitaria Sur
de Sevilla. España

José Mª Espinar Martínez

Técnico Superior en Documentación Sanitaria. Área
Sanitaria Nordeste de Jaén. España

Inmaculada Villa del Pino

Fisioterapeuta del Centro FISIUUM, Sevilla. España

María del Carmen Casas Estévez

EBAP del Centro de Salud "Ciudad Expo" de Mairena
del aljarafe. Sevilla. España

Josefa Cuesta Roldán

Dra. Psicología Social. Profesional independiente.
Sevilla. España

Jorge Vallejo Báez

Enfermero Coordinador de Trasplantes Hospital Regional
de Málaga y Virgen de la Victoria, Málaga, España

Los artículos así como su contenido, su
estilo y las opiniones expresadas en ellos,
son responsabilidad de los autores

Web de consulta:

<http://www.revistacientificasanum.com/>

La revista está indexada en el [catálogo 2.0 de Latindex](#).

Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada
CC BY-NC-ND

MIAR

Matriz de información para la
evaluación de revista. ICDS de 3.0



Base de Datos Bibliográfica de la
Fundación Index (REHIC)



Bajo licencia
Creative Commons

latindex

Catálogo 2.0 de
Latindex

REDIB
Red Iberoamericana
de Innovación y Conocimiento Científico

MENDELEY

SANUM

Revista Científico-Sanitaria

Sumario

Editorial

Uso racional de medicamentos durante la pandemia por COVID-19 **4-5**
Prado Mel, E.

Originales

Calidad de vida de los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Valme de Sevilla **6-14**
Cuadrado-García P, Fernández-Riejo L, González-Sánchez A.

Casos Clínicos

Evolución de niño con síndrome de Kinsbourne tras tratamiento de fisioterapia. Caso clínico **16-20**
López-Jiménez R., Márquez-Espejo J.

Tratamiento de fisioterapia en el abordaje de la enfermedad de Duchenne **22-26**
Gámiz-Bermúdez, F.

Revisiones

Prevención del cáncer de cérvix desde la perspectiva enfermera **28-35**
Ocaña García, C.E., González Sánchez, A., Pedraza Delis, R.

Psicoeducación y salud mental **36-45**

Tena-Hernández, F.J.

Úlceras por presión. Revisión bibliográfica **48-59**

Cobos-López G.

La sexualidad en el climaterio **60-69**

Vázquez-González, A.M., Escobar-Medrano, P. M., Valverde-LLadós, N.

Fisioterapia en el tratamiento de la tendinopatía del manguito rotador **70-75**

Olmo Romero, D., Rodríguez Cámara, J.,

Artículo especial

La coherencia cardíaca como técnica para disminuir el estrés y desarrollar resiliencia **76-81**

Díaz-Sánchez, E.

Carta al editor

Luz brillante como terapia complementaria en la depresión bipolar **82-84**

Martínez-Pizarro, S.

Normas generales para la publicación de artículos **85-92**

Imagen de portada: Adobe stock



FeSP
Servicios
Públicos

Andalucía



La Federación de Emplead@s de los Servicios Públicos es la Federación más importante, por número de afiliados y en estructura, de UGT.

FeSP está integrada por los Empleados Públicos (personal laboral, funcionarios y estatutarios) que prestan servicios en ministerios, organismos autónomos y de la Seguridad Social, Administración de Justicia, Comunidades Autónomas, Sanidad Pública y Privada, Educación, Correos, administraciones locales, trabajadores de entes o empresas de gestión indirecta al servicio público y demandantes de primer empleo con expectativas de trabajo en las Administraciones Públicas.

Editorial

Uso racional de medicamentos durante la pandemia por COVID-19

Rational use of medicines during the COVID-19 pandemic

Prado-Mel, E.
SANUM 2020, 4(3) 4-5

UNO de los escenarios que hemos vivido durante la pandemia de SARS-CoV-2 es el pánico que genera la incertidumbre, el aumento desmesurado de casos, el colapso de los hospitales, el desconocimiento del virus por parte de toda la comunidad científica, así como su capacidad letal y sus diferentes presentaciones clínicas, y la falta, porque no decirlo, de previsión ante una situación de emergencia de esta categoría, al mismo tiempo difícil de prever si no se dispone de un sexto sentido.

Me gustaría poner el énfasis en el abordaje terapéutico de la infección por COVID-19, y cómo esta incertidumbre ha influido en nuestro día a día. Y es que, sin existir una terapia específica eficaz para el tratamiento de esta infección, el cuadro clínico más grave que se desarrolla aboca al paciente al ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con necesidad de terapia invasiva de soporte respiratorio. Durante la primera oleada del brote, ingresaron en las unidades de cuidados intensivos (UCIs) un gran número de pacientes que en más de un 70% necesitaban sedación e intubación, con altas demanda de fármacos como propofol, fentanilo, midazolam, cisatracurio. Tanto es así, que para no tener problemas de desabastecimiento, desde la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) a finales de marzo se mandó una "Nota informativa"⁽¹⁾ con recomendaciones de uso de estos medicamentos anteriormente citados y alternativas terapéuticas disponibles, debido a la alta demanda que se estaba produciendo tanto a nivel nacional como mundial. Estos medicamentos, durante la primera

oleada se distribuyeron mediante supervisión de la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios), la cual vigilaba el correcto reparto de los mismos por parte de los laboratorios con el objetivo de que ningún hospital de la red pública quedase desabastecido. Los hospitales privados con pacientes COVID-19 en UCI tenían que solicitar la medicación a hospitales públicos de referencia designados por la propia agencia del medicamento. Los servicios de farmacia, en muchos hospitales, en colaboración con la enfermería e intensivistas, estandarizaron en tiempo récord, mezclas intravenosas de alto consumo para prepararlas desde farmacia y así optimizar el consumo y mejorar el control de stock, además de facilitar el trabajo de enfermería la cual se encontraba en situación de altísima presión asistencial.

De forma paralela a todo lo anterior, la falta de rigor científico inundó nuestros hospitales de tratamientos experimentales basados en resultados de estudios observacionales, algunos con metodologías poco ortodoxas, varios de los cuales fueron publicados en revistas de alto impacto aprovechando la situación de emergencia y de vacío terapéutico, saltándose en muchos casos barreras metodológicas insalvables nunca antes visto. Uno de los casos más llamativos fue el estudio de la combinación de hidroxiclороquina con azitromicina⁽²⁾, obviando en muchos casos los daños inherentes de los fármacos, su combinación y las múltiples interacciones con otros tratamientos usados en pacientes ingresados en UCI, aumentando el riesgo de arritmias y/o complicaciones.

Hemos visto incluso como se han viralizado, a través de WhatsApp vídeos⁽³⁾ de clases magistrales de médicos infectólogos indicando qué medicamentos usar según la fase de la enfermedad sin mayor referencia que la propia experiencia, que aunque valiosa sin duda, no debe de ser el método por el que la comunidad científica deba guiarse.

Y después de 8 meses de que se iniciara la pandemia, seguimos sin tener un tratamiento eficaz contra el SARS-CoV-2, aquellas moléculas que se incluyeron en los primeros protocolos como lopinavir/ritonavir, hidroxicloroquina, azitromicina, ... han caído en desgracia ante la falta de resultados en eficacia demostrada en los distintos estudios publicados tras la primera oleada. Otros sin embargo, como la dexametasona⁽⁴⁾ y la enoxaparina o similares, que se incorporaron tímidamente por falta de datos de eficacia y seguridad al inicio, finalmente han demostrado que su uso ha salvado vidas, y por ello han venido para quedarse. Continúa estudiándose la eficacia de moléculas ya usadas en otras enfermedades reumáticas, como tocilizumab, para el control de la "Tormenta de citoquinas" que sobreviene en los cuadros más graves de la infección, y que por su mecanismo de acción podría intervenir disminuyendo el estado inflamatorio. Actualmente existen en curso un gran número de ensayos clínicos orientados a dar luz al manejo farmacológico de la infección e incluso estrategias farmacológicas para prevenirla o disminuir su letalidad, por lo que en los próximos meses iremos aumentando o mejorando nuestro arsenal terapéutico. Por último, para esta segunda oleada contamos con un medicamento con indicación aprobada para el tratamiento de la infección por COVID-19, remdesivir⁽⁵⁾, que poco más que hidroxicloroquina ha demostrado, si no es porque parece que disminuye la estancia hospitalaria pero sin beneficio en cuanto a mortalidad, que al fin y al cabo era lo que nos interesaba. Si a esto le añadimos el

impacto económico que supone su uso, podemos incluso cuestionar su lugar en terapéutica ante una situación como la actual.

Después de todo lo vivido y ante lo que seguiremos viviendo nos toca reflexionar, y pensar que más no siempre es mejor, que a veces menos es más y que ante la incertidumbre no debemos de olvidarnos de "PRIMUM NON NOCERE".

Bibliografía

1. Agencia Española del Medicamentos y Productos Sanitarios. *Recomendaciones de la AEMPS para la gestión de medicamentos de uso habitual en las unidades de cuidados intensivos*. 2020.
2. Gautret P, Lagier JC, Parola P, Hoang VT, Meddeb L, Mailhe M, et al. *Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial*. Int J Antimicrob Agents [Internet]. 2020;56(1):105949. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105949>
3. ABCdeSevilla. *El vídeo viral de un médico de Granada que explica por qué se contagian los españoles de coronavirus*. 27 de marzo de 2020; Disponible en: https://sevilla.abc.es/andalucia/sevi-video-viral-medico-granada-explica-contagian-espanoles-coronavirus-202003270946_video.html
4. Group TR, Collaborative. *Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19 — Preliminary Report*. N Engl J Med. 2020;1-11.
5. Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, Mehta AK, Zingman BS, Kalil AC, et al. *Remdesivir for the Treatment of Covid-19 — Preliminary Report*. N Engl J Med. 2020; 1-12.

Elena Prado Mel

F.E.A. Farmacia Hospitalaria.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. España.

Calidad de vida de los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Valme, de Sevilla

Cuadrado-García P, Fernández-Riejo L., González-Sánchez A.
Calidad de vida de los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Valme de Sevilla. SANUM 2020, 4(3) 6-14

Resumen

La nueva crisis pandémica provocada por el COVID-19 ha causado graves problemas en el sistema sanitario debido a la alta demanda que dicha enfermedad provoca. Estos no han sido los únicos problemas, ya que esta saturación también ha afectado al personal de enfermería, el cual ha visto aumentada su carga laboral afectando en su calidad de vida laboral.

En este estudio se intenta objetivar cómo ha influido la situación provocada por el COVID-19 a la calidad de vida laboral del personal de enfermería (enfermería y auxiliares de enfermería) de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del hospital de Valme.

Para ello se ha realizado un estudio tipo transversal y descriptivo, en el que se ha realizado una encuesta a través de Google forms aplicándose diferentes variables sociodemográficas.

Los resultados obtenidos parecen indicar que las cargas de trabajo se han visto aumentadas sobre todo en el personal fijo y en la categoría de enfermería.

Estudios previos coinciden en los resultados obtenidos, lo que sugiere que la percepción de una responsabilidad mayor es directamente proporcional al grado de cualificación profesional, siendo más elevada entre las personas que desempeñan un cargo de responsabilidad.

En conclusión, el personal de UCI del hospital de Valme percibe una buena calidad de vida a pesar del aumento de carga de trabajo y la situación excepcional vivida durante la pandemia de COVID-19.

AUTORAS

Cuadrado García Paula¹,
Fernández Riejo, Laura¹,
González Sánchez, Adoración¹.

1. Diplomada Universitario en Enfermería. Hospital Universitario de Valme, Bellavista, Sevilla. España.

Autora de correspondencia:

Paula Cuadrado García

 paula.cuadrado@juntadeandalucia.es

Tipo de artículo:

Artículo original

Sección:

Cuidados intensivos

F. recepción: 19-06-2020

F. aceptación: 03-09-2020

Palabras clave:

Calidad de vida,
COVID-19,
Unidad de Cuidados Intensivos,
Personal de enfermería,
Pandemia.

Quality of life of Intensive Care Unit professionals in Valme University Hospital, Seville

Abstract

The new pandemic crisis caused by COVID-19 has caused serious problems in the health system due to the high demand that this disease causes. These were not the only problems, since this saturation has also affected nursing staff, which has seen their workload increased, affecting their quality of work life.

In this study, an attempt is made to objectify how the situation caused by COVID-19 has influenced the quality of working life of the nursing staff (nursing and auxiliary nurses) of the Intensive Care Unit (ICU) of the Valme hospital.

For this, a descriptive and cross-sectional study has been carried out, in which a survey has been carried out through Google forms, applying different variables (Annex I)

The results analyzed suggest that workloads have been increased, especially in permanent staff and in the nursing category.

Previous work agree with results obtained in this work, indicating that the responsibility perception is higher the more professional qualification, being even higher in cases of people with influence roles.

Summarizing, ICU staff at Valme hospital seem to have a good quality of life despite higher workload and the exceptional situation lived during the COVID-19 pandemic.

Keywords:

Quality of life,
COVID-19,
Intensive Care Unit,
Nursing staff,
Pandemic.



OPOSICIONES
Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com

Rodio Ediciones

Introducción

El foco inmediato y primario de la pandemia del COVID-19 es la crisis de salud que estamos viviendo y las respuestas de gobiernos, sistemas sanitarios y la ciudadanía para gestionarla y salvar vidas¹. Hay ciertos aspectos que caracterizan la situación vivida actualmente en nuestro país: en primer lugar, se trata de una crisis a escala global, con el conjunto de la población como público. En segundo lugar, es una crisis compleja dada su difícil gestión y previsibilidad².

A pesar de ser un fenómeno reciente, se han realizado estudios previos sobre la población sanitaria y los efectos de la crisis sobre este colectivo. Un estudio compara los niveles de trauma y estrés entre la población general establece que las medidas de protección psicológicas son extremadamente necesarias³. En una investigación cualitativa sobre cuidadoras de pacientes con COVID-19 se concluyó que las emociones negativas eran predominantes durante el proceso de cuidado, recalando la importancia una vez más de las estrategias de afrontamiento y crecimiento psicológico⁴. Otro estudio conducido en China, recalca la necesidad de prestar especial atención a la protección del personal enfermero, tanto mediante equipos de protección individual (EPI) como apoyo psicológico y emocional durante la crisis de COVID-19⁵.



Dentro del amplio espectro de factores psicológicos relacionados con el ámbito laboral, en este trabajo nos centramos en la calidad de vida. De forma conceptual, la evidencia científica sobre calidad de vida se remonta a los años 60. La organización mundial de la salud (OMS) en el año de 1966, durante el Foro Mundial de la Salud de Ginebra, acuñó una definición para calidad de vida: «La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y

preocupaciones»⁶. Sin embargo, encontramos el concepto obsoleto y preferimos circunscribirnos a conceptualizaciones más actuales, como la del autor Camarero: *“es considerada una filosofía, un conjunto de creencias y valores que integran todos los esfuerzos dirigidos a incrementar la productividad y mejorar la moral de los trabajadores de la organización, haciendo énfasis en el reconocimiento de la dignidad del ser humano, así como su potencial intelectual, buscando incrementar la participación de las personas en el trabajo bajo un esquema continuo”*. El objetivo de conseguir una buena calidad de vida es buscar la satisfacción y el bienestar del trabajador en sus tareas, hecho que repercute de manera directa sobre la organización y la salud física y emocional de los empleados⁷.



De forma más específica, y tal como se aplica en este trabajo, la Calidad de Vida Profesional (CVP), *“es el sentimiento de bienestar que se deriva del equilibrio que el individuo percibe entre las demandas o cargas de la profesión y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar estas demandas”*⁸.

El alcance de unas buenas metas organizacionales debe conseguirse mediante un espíritu emprendedor y creativo; y con trabajo en equipo, hecho con el que conseguimos un aumento de la probabilidad de alcanzar una mejor calidad de vida personal, social y familiar⁹.

La relevancia de este trabajo recae en el contexto que nos encontramos debido a la crisis acontecida por el COVID-19, dada la importancia de valorar como esta situación está afectando a la calidad de los enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). Estos profesionales son los que se encuentra en primera línea de la batalla, atendiendo a las personas enfermas y exponiéndose ellas mismas al virus, con el riesgo que ello conlleva no sólo para sí mismos, sino también para las personas que conviven con ellos, estando demostrado cómo

la población sanitaria es sumamente susceptible tanto de contraer el virus como de contagiarlo¹⁰. Este hecho, sin precedentes en la historia reciente, no solo afecta a la calidad de vida laboral a nuestros profesionales, sino que conlleva un efecto sobre su salud psicológica pudiendo incluso desarrollar patologías psiquiátricas en un futuro.

Objetivos

- **General:** Valorar la calidad de vida profesional del personal de enfermería y TCAE de UCI del Hospital de Valme.
- **Específicos:**
 - Analizar cómo las variables sociodemográficas afectan a la calidad de vida de dicho colectivo durante la pandemia de COVID-19.
 - Colaborar en la difusión de la situación actual del colectivo sanitario en UCI durante la pandemia de COVID-19.

Método

La metodología hace referencia a la teoría del conocimiento que se elige para estudiar un determinado fenómeno. En el caso de la investigación actual, se ha seleccionado la metodología cuantitativa.

Este estudio es de tipo transversal, descriptivo en el que se analiza el grado de calidad de vida de los profesionales de UCI del Hospital de Valme durante el mes de abril de 2020.

Se accedió a los participantes por facilidad de contacto y colaboración voluntaria entre los profesionales de enfermería y TCAE de la unidad que completaron la encuesta.

Los criterios de inclusión para los participantes fueron:

- Ser mayor de 18 años.
- Pertener a la categoría profesional enfermera o TCAE.
- Encontrarse en activo como profesional en la UCI durante la pandemia de COVID-19.

En ningún momento los participantes recibieron gratificación de algún tipo por su participación en el estudio.

Se utilizó una encuesta a través de Google forms (Anexo I) que incluyó las siguientes variables:

- Edad: variable cuantitativa continua.
- Sexo: Variable cualitativa nominal. Se categorizaron los valores “hombre” y “mujer”.
- Categoría profesional: Variable cualitativa nominal. Se categorizaron los valores “Enfermero/a” y “TCAE”.
- Tipo de profesional: Variable cualitativa nominal. Se categorizaron los valores “eventual”, “interino” y “fijo”.
- Tipo de alojamiento durante el periodo de confinamiento: Variable cualitativa nominal. Se categorizaron los valores “habitual o propio” y “temporal”.
- Trabajador/a activo: Variable cualitativa dicotómica. Se categorizaron los valores “Sí” y “No”.
- Calidad de vida: Variable cuantitativa medida a través de la escala CVP-35.

La escala de calidad de vida profesional utilizada consta de 31 ítems con 10 opciones de respuesta tipo Likert, englobando los valores “nada” (1-2), “algo” (3-5), “bastante” (6-8) y “mucho” (9-10).

Para facilitar el posterior análisis, se han agrupado los ítems en tres dimensiones: “apoyo directivo”, “demandas de trabajo” y “motivación intrínseca”. El ítem referente a la calidad de vida autopercebida no es agrupado en ninguna dimensión.

Los cuestionarios se realizaron durante el mes de abril de 2020 en el barrio de Bellavista, Sevilla con la colaboración del personal sanitario de la UCI del Hospital de Valme.

En primer lugar, se volcaron todos los datos obtenidos en una base de datos para su análisis. Posteriormente, para analizar los datos descriptivamente, se realizaron las medias aritméticas, porcentajes y desviaciones estándar de cada una de las variables sociodemográficas con objeto de obtener un perfil estadístico de la muestra.

Para realizar el análisis estadístico, se llevaron a cabo estadísticos de análisis de varianzas (ANOVA) y comparación de medias (t de Student), así como análisis no paramétricos (prueba de Kruskal-Wallis y la prueba U de Mann-Whitney) para las variables que no cumplían los criterios de normalidad. En ambos casos se admitió un intervalo de confianza del 95%.

Los datos obtenidos se han analizado estadísticamente mediante el programa SPSS versión 24 para Windows.

Todos los participantes fueron informados por escrito sobre la utilidad de completar el cuestionario para el estudio. Se informó de la confidencialidad y el uso de datos con fines investigadores.

Resultados

Característica	N	Porcentaje
Edad	Media (DE)	
	43,4 (10,5)	
Sexo		
Hombre	13	16,7
Mujer	63	83,3
Categoría profesional		
Enfermero/a	45	59,2
TCAE	31	40,8
Tipo de profesional		
Eventual	38	50,0
Interino	13	17,1
Fijo	25	32,9
Tipo de alojamiento		
Habitual	67	88,2
Temporal	9	11,5

Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra. Fuente: *Elaboración propia*.

En primer lugar, se analizaron las características sociodemográficas de la muestra (n=76), que se encuentran descritas en la tabla 1. Como se puede observar, el perfil de los profesionales participantes sería femenino (83%) y de categoría enfermera (59%). La edad de los participantes se encuentra entre 25 y 60 años, con una media de 43.5 (DE=10.5). La mitad de la muestra pertenece al grupo profesional eventual (50%). La mayoría de los profesionales declararon vivir en su residencia habitual (88%) durante el periodo de pandemia de COVID-19.

En segundo lugar, se analizó la puntuación final de la escala, que fue calculada mediante una media de la puntuación de cada ítem. La puntuación final media es de 7,31 (DE=0,76). Las puntuaciones de cada una de las subescalas se encuentran descritas en la tabla 2. Como se puede observar la puntuación mayor es en la subescala "Motivación intrínseca" mientras que la subescala con menor puntuación es "Cargas de trabajo".

Subescala	Media	DE
Apoyo directivo	7,04	1,25
Cargas de trabajo	6,55	1,35
Motivación intrínseca	8,56	0,87
Calidad de vida profesional global percibida	6,72	1,75

Tabla 2: Medias y desviaciones estándar para cada una de las subescalas del cuestionario. Fuente: *Elaboración propia*.

	Enfermero/a		TCAE		p
	M (DE)	n	M (DE)	n	
Puntuación total	7,36 (0,64)	45	7,24 (0,91)	31	0,534
Apoyo directivo	6,96 (1,27)	45	7,15 (1,22)	31	0,537
Cargas de trabajo	6,87 (1,15)	45	6,09 (1,5)	31	0,013*
Motivación intrínseca	8,5 (0,87)	45	8,64 (0,88)	31	0,462
Calidad de vida global percibida	6,49 (1,77)	45	7,06 (1,69)	31	0,280

Tabla 3: Puntuaciones medias y desviaciones estándar en enfermeros/as y TCAE para cada una de las subescalas y la puntuación total. Fuente: *elaboración propia*.

	Eventual		Interino		Fijo		p
	M (DE)	n	M (DE)	n	M (DE)	n	
Puntuación total	7,14 (0,671)	38	7,46 (1,02)	13	7,49 (0,54)	25	0,032*
Apoyo directivo	7,17 (1,29)	38	7,08 (1,65)	13	6,82 (0,92)	25	0,567
Cargas de trabajo	5,85 (1,29)	38	7,04 (1,26)	13	7,37 (0,93)	25	0,000*
Motivación intrínseca	8,52 (0,88)	38	8,51 (1,03)	13	8,65 (0,81)	25	0,743
Calidad de vida global percibida	7,21 (1,54)	38	6,69 (1,79)	13	6,00 (1,84)	25	0,025*

Tabla 4: Puntuaciones medias y desviaciones estándar de acuerdo al tipo de profesional para cada una de las subescalas y la puntuación total. Fuente: *elaboración propia*.

En las tablas 3 y 4 se pueden apreciar las medias y desviaciones estándar para la puntuación final de la escala y cada una de las subescalas en función de la categoría profesional y el tipo de profesional (eventual, interino o fijo). Como se puede observar en la tabla 3, la media de calidad de vida profesional es mayor en la categoría enfermero, sin que esta diferencia sea estadísticamente significativa. De forma significativa ($p=0,013$), la media en la subescala "carga de trabajo" obtiene una valoración más alta en la categoría enfermera.

Como se observa en la tabla 4, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total respecto al tipo de contratación ($p=0,032$), así como para las subescalas "carga de trabajo" ($p=0,000$) y "calidad de vida global" ($p=0,025$), siendo el personal fijo el que mayor puntuación global y carga de trabajo obtiene y menor calidad de vida muestra.

Por último, la puntuación de calidad de vida profesional, así como cada una de las subescalas del cuestionario utilizado fueron analizadas respecto a las variables género, y alojamiento utilizado durante la pandemia de COVID-19. No se encontraron diferencias significativas en ambos casos.

Discusión

El objetivo de este trabajo era analizar el nivel de calidad de vida autopercibido en los/as profesionales de UCI durante la pandemia de COVID-19 sufrida, describiendo las variables sociodemográficas relacionadas y colaborando de esta forma con la difusión de contenido científico en relación a esta situación excepcional.

Los datos sociodemográficos de la muestra coinciden con resultados poblacionales que demuestran la gran prevalencia de población femenina dentro de los colectivos de enfermería y TCAE¹¹. Los datos en relación al tipo de contratación refleja la inversión en recursos humanos que los servicios de gestión sanitaria han realizado durante la pandemia. El resto de datos sociodemográficos coinciden con estudios realizados previamente con metodología similar^{8,12}. La puntuación media de la calidad de vida medida en este estudio parece ser mayor que las obtenidas en trabajos previos mediante la misma escala^{13,14}.



Los resultados obtenidos en este estudio indican que la calidad de vida global, así como la carga de trabajo autopercibidas se han visto significativamente más reducidas en el personal fijo que en el eventual. Esto podría explicarse dada la necesidad de asesorar y apoyar a personal eventual de nueva incorporación, responsabilidad añadida al personal fijo de la unidad. Además, la percepción de una responsabilidad elevada es directamente proporcional al grado de cualificación de los profesionales, siendo más elevada entre las personas que desempeñan un cargo de mayor responsabilidad, lo que también explicaría la diferencia en la percepción de cargas de trabajo entre enfermeras y TCAE¹⁴.

Por el contrario, la puntuación media de la escala CVP 35 fue significativamente menor en los/as participantes de contratación eventual, lo que podría deberse a una mayor precariedad e inseguridad en el empleo, ambigüedad en los roles a desempeñar, etc.¹⁴. Situaciones que se han visto agravadas durante la pandemia de COVID-19¹⁵ y de la que es difícil predecir las consecuencias laborales a largo plazo¹⁶.

En resumen, los/as profesionales de UCI del hospital de Valme perciben una buena calidad de vida a pesar del aumento de carga de trabajo y de la situación excepcional vivida durante la pandemia de COVID-19.

Se reconocen varias limitaciones en este estudio. En primer lugar, el diseño del estudio es transversal lo que impide analizar los cambios que esta situación vivida produce a largo plazo. En segundo lugar, la elección de una metodología cuantitativa puede limitar la opción de dar voz a los propios profesionales y visualizar sus necesidades de forma individuali-

zada, lo cual podría conseguirse mediante un trabajo de tipo cualitativo. Por último, un gran obstáculo en relación a la base científica de este trabajo recae en la continua actualización de datos y difícil predicción sobre la situación actual de pandemia, lo que dificulta el acceso a información contrastada.

A pesar de todo ello, las fortalezas de este trabajo recaen en los resultados concordantes a investigaciones previas así como la buena consistencia demostrada de la escala utilizada¹², que demuestran que este tipo de estudios son una buena fuente de conocimientos sobre la satisfacción y el grado de implicación de la plantilla en el área de trabajo.

Discussion

The objective of this work was to analyze the level of self-perceived quality of life in ICU professionals during the COVID-19 pandemic, describing the related sociodemographic variables and thus collaborating with the dissemination of scientific content in relation to this exceptional situation.

The sociodemographic data of the sample coincide with population results that demonstrate the high prevalence of the female population within the nursing and TCAE groups¹¹. The data regarding the type of recruitment reflects the investment in human resources that health management services have made during the pandemic. The rest of the sociodemographic data coincide with studies previously carried out with a similar methodology^{8,12}. The average quality of life score measured in this study seems to be higher than those obtained in previous studies using the same scale^{13,14}.

The results obtained in this study indicate that the overall quality of life, as well as the self-perceived workload, have been significantly reduced in permanent staff than in casual staff. This could be explained given the need to advise and support temporary personnel of new incorporation, added responsibility to the permanent personnel of the unit. In addition, the perception of high responsibility is directly proportional to the degree of qualification of professionals, being higher among people who hold a position of greater responsibility, which would also explain the difference in the perception of workloads between nurses and TCAE¹⁴.

On the contrary, the mean score of the CVP 35 scale was significantly lower in the participants of temporary recruitment, which could be due to a greater precariousness and insecurity in the job, ambiguity in the roles to be played, etc.¹⁴. Situations that have been aggravated during the COVID-19 pandemic¹⁵ and from which it is difficult to predict the long-term labor consequences¹⁶.

In summary, ICU professionals at the Valme hospital perceive a good quality of life despite the increased workload and the exceptional situation experienced during the COVID-19 pandemic.

Several limitations are recognized in this study. First, the study design is cross-sectional, which prevents analyzing the changes that this lived situation produces in the long term. Secondly, the choice of a quantitative methodology may limit the option of giving voice to the professionals themselves and visualizing their needs individually, which could be achieved through qualitative work. Lastly, a major obstacle in relation to the scientific basis of this work lies in the continuous updating of data and difficult prediction of the current pandemic situation, making it difficult to access verified information.

Despite all this, the strengths of this work lie in the results consistent with previous research as well as the good consistency demonstrated by the scale used (12), which shows that this type of study is a good source of knowledge about satisfaction and the degree of involvement of the staff in the work area.

Conclusiones

- Entre el personal enfermero y TCAE de UCI, la calidad de vida percibida es buena.
- El personal fijo de la unidad percibe mayor carga de trabajo y menor calidad de vida que el personal eventual.
- El personal enfermero percibe una carga de trabajo más elevada que el personal TCAE.
- El género y el tipo de alojamiento no influyen en la calidad de vida percibida por el personal de UCI

Conclusions

- Among the ICU nurses and TCAE, the perceived quality of life is good.
- The permanent staff of the unit perceives a greater workload and a lower quality of life than casual staff.
- Nursing personnel perceive a higher workload than TCAE personnel.
- Gender and type of accommodation do not influence the quality of life perceived by UCI staff.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) asegura que el manuscrito es un artículo honesto, adecuado y transparente; que ha sido enviado a la revista científica SANUM, que no ha excluido aspectos importantes del estudio y que las discrepancias del análisis se han argumentado, siendo registradas cuando éstas han sido relevantes. Todos los autores han contribuido sustancialmente en el diseño, análisis, interpretación, revisión crítica del contenido y aprobación definitiva del presente artículo.

Fuentes de Financiación

Sin fuentes de financiación.

Conflicto de Intereses

Las autoras declaran no tener conflictos de interés en relación a esta investigación.

Publicación

Las autoras declaran que este estudio no ha sido presentado en ningún evento científico (congreso o jornada).

Agradecimientos

Damos las gracias a todo el personal de la UCI del hospital Virgen de Valme por participar en el estudio contestando a la encuesta y cediendo su imagen para la publicación de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilson J, Aranguren MJ, Canto P, Estensoro M, Fernández J, Franco S, et al. *Los impactos socioeconómicos del COVID-19 en la comunidad autónoma del País Vasco*. 2020. p. 1–22.
2. Crespo I. *La pandemia del coronavirus*. 2020;319–21. Available from: <https://www.lavanguardia.com/vida/junior-report/20200316/474110689796/pandemia-coronavirus-covid-19-propagacion.html>
3. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. *Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control*. Brain Behav Immun. 2020;
4. Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, et al. *A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients*. Am J Infect Control. 2020;
5. Huang L, Lin G, Tang L, Yu L, Zhou Z. *Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic*. Critical Care. 2020.
6. Robles-Espinoza AI, Rubio-Jurado B, De la Rosa-Galván EV, Nava-Zavala AH. *Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud*. El Resid. 2016;
7. Delgado Martín L. *Calidad de vida profesional en enfermería: hacia la búsqueda del confort enfermero*. Dialnet. 2017;
8. Fernández a. M, Santa Clotilde E, Casado del Olmo MI. *Calidad De Vida Profesional de Los Profesionales de Enfermería en Atención Primaria de Soria*. Bibl las Casas. 2007;
9. Alves Correa D, Cirera Oswaldo Y, Giuliani AC. *Vida con calidad y calidad de vida en el trabajo*. Invenio. 2013;16(30):145–63.
10. Peters A, Lotfinejad N, Simniceanu A, Pittet D. *The economics of infection prevention: why it is crucial to invest in hand hygiene and nurses during the novel coronavirus pandemic*. Journal of Infection. 2020.
11. Compeán Dardón M, Verde Flota E, Gallardo Hernández G, Tamez González S, Delgado Sánchez G, Ortiz Hernández L. *Diferencias entre hombres y mujeres respecto a la elección de carreras relacionadas con atención a la salud*. Rev Estud género La Vent. 2006;
12. Lizán L. *Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional*. Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S. 2004.
13. Clúa Espuny J, Aguilar Martín C. *La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar en la sanidad pública. Resultados de una encuesta*. Atención Primaria. 1998;22(5):308–13.
14. Alonso Fernández M, Iglesias Carbajo AI, Franco Vidal A. *Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias*. Aten Primaria [Internet]. 2002;30(8):483–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)79084-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79084-7)
15. Benavides FG. *La salud de los trabajadores y la COVID-19*. Arch Prev Riesgos Labor. 2020;23(2):154–8.
16. Heras RL. *Impacto del COVID-19 en el mercado de trabajo: un análisis de los colectivos vulnerables*. Inst Univ Anal Econ Soc. 2020;1–29.

ANEXO I. Cuestionario empleado

Disponible en: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeKolwEA9YgOBx8kbzHwI0uS31z2v-JUbzGYjW4IUFvKbX-cng/viewform?usp=sf_link

Cuestionario calidad de vida en profesionales de UCI de Valme durante COVID-19

– **Edad:**

– **Sexo:**

- Hombre
- Mujer

– **Categoría profesional:**

- TCAE
- Enfermero/a

– **Tipo de profesional:**

- Eventual
- Interino
- Fijo

– **Tipo de alojamiento durante el periodo de confinamiento**

- Habitual o propio
- Temporal (distinto a domicilio habitual. Por ej.: hoteles, segundas residencias...)

– **¿Has trabajado como profesional en activo durante la pandemia de COVID 19 en la UCI del Hospital de Valme?**

- Sí
- No

Cuestionario CVP-35

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Cantidad de trabajo que tengo										
2. Satisfacción con el tipo de trabajo										
3. Satisfacción con el sueldo										
4. Posibilidad de promoción										
5. Reconocimiento de mi esfuerzo										
6. Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo										
7. Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo										
8. Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo										
9. Motivación(ganas de esforzarme)										
10. Apoyo de mis jefes										
11. Apoyo de mis compañeros										
12. Apoyo de mi familia										
13. Ganas de ser creativo										
14. Posibilidad de ser creativo										
15. Desconecto al acabar la jornada laboral										
16. Recibo información de los resultados de mi trabajo										
17. Conflictos con otras personas de mi trabajo										
18. Falta de tiempo para mi vida personal										
19. Incomodidad física en el trabajo										
20. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito										
21. Carga de responsabilidad										
22. Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto										
23. Tengo autonomía o libertad de decisión										
24. Interrupciones molestas										
25. Estrés (esfuerzo emocional)										
26. Capacitación necesaria para hacer mi trabajo										
27. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual										
28. Variedad en mi trabajo										
29. Mi trabajo es importante para la vida de otras personas										
30. Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas										
31. Lo que tengo que hacer queda claro										
32. Me siento orgulloso de mi trabajo										
33. Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud										
34. Calidad de vida de mi trabajo										
35. Apoyo de los compañeros (si tiene responsabilidad)										

**#EL
MOMENTO
ES AHORA**

Servicio Andaluz de Salud
11.528 Plazas

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com



Evolución de niño con síndrome de Kinsbourne tras tratamiento de fisioterapia

López-Jiménez R., Márquez-Espejo J.

Evolución de niño con síndrome de Kinsbourne tras tratamiento de fisioterapia. Caso clínico.
SANUM 2020, 4(3) 16-20

Resumen

El síndrome de Kinsbourne implica un desorden neurológico raro caracterizado por movimientos oculares irregulares, involuntarios y multidireccionales, polimioclonías difusas y ataxia. Método: se presenta el caso de un paciente de 6 años que acude a tratamiento de fisioterapia por la no adquisición de hitos motores correspondientes a su edad como el sostén de cabeza, mantenimiento del tronco en posición erguida o marcha independiente. Resultados: Tras tratamiento médico y de fisioterapia durante un periodo de dos meses, el paciente demuestra una mejora significativa con la consecución del control de cabeza, mantenimiento del tronco en posición erguida y marcha independientes. Conclusión: El tratamiento de fisioterapia junto al tratamiento médico puede ser muy beneficioso en casos de síndrome de Kinsbourne, mejorando la calidad de vida del paciente y de sus familiares.

AUTORES

Rocío López-Jiménez
Fisioterapeuta, desempleada.

Javier Márquez-Espejo
Fisioterapeuta, desempleado.

Autora de correspondencia:

Rocío López-Jiménez
 rocio.loppjim@gmail.com

Tipo de artículo:

Caso clínico

Sección:

Fisioterapia

F. recepción: 07-07-2020

F. aceptación: 03-09-2020

Palabras clave:

Movimientos Oculares,
Polimioclonía,
Ataxia,
Fisioterapia,
enfermedades raras.

Evolution of a child with Kinsbourne's syndrome after physical therapy treatment

Abstract

Kinsbourne's Syndrome is a rare neurological disorder characterized by irregular, involuntary and multidirectional movements, diffuse polymyoclonus and ataxia. Method: we reported a case, a 6-years-old patient who undergoes to the physical therapy service for not acquiring the motor milestones related to his age such as head support, trunk maintenance in an upright position or independent gait. Results: After medical and physical therapy treatment over a period of 2 months, the patient shows significant improvement with the achievement of head control, keeping the trunk in an upright position and independent gait. Conclusion: The physical therapy and medical treatment can be beneficial in cases of Kinsbourne's syndrome, improving the quality of life of the patient and his family.

Keywords:

*Eye Movements,
Myoclonus,
Ataxia,
Physical Therapy
Specialty,
Rare Diseases,*



Introducción

El síndrome de Kinsbourne forma parte de las llamadas enfermedades raras, unas enfermedades que afectan a menos de 5 de cada 10.000 personas⁽¹⁾. Este síndrome consiste en un desorden neurológico que cursa con movimientos oculares irregulares, involuntarios y multidireccionales, polimioclonías difusas y ataxia, por esto también es llamado síndrome opso-clono-mioclono⁽²⁻⁴⁾.

Los primeros datos de esta enfermedad se remontan a 1913, donde fue descrita por Orzechowski, pero no fue hasta 1962, cuando Kinsbourne enmarcó el cuadro de los síntomas, diferenciándola de otras enfermedades y síndromes y dándole nombre⁽⁵⁾.

Los autores coinciden en que las causas de la enfermedad no están definidas claramente aún, pero se barajan las siguientes etiologías: entidades paraneoplásicas, enfermedades virales, infecciones, procesos autoinmunes e inmunizaciones e idiopática^(4,6-7).

Presentación del caso

Paciente varón de 6 años de edad que acude a tratamiento de fisioterapia derivado por pediatra. El paciente fue diagnosticado erróneamente con Neu-

rofibromatosis Tipo I, cuyos síntomas son parecidos al síndrome de Kinsbourne. Los primeros años de vida, el paciente fue adquiriendo los hitos motores correctamente tales como el sostén de cabeza, la sedestación controlada, bipedestación, marcha, primeras palabras, control de esfínteres, etc, pero desde la aparición de la enfermedad, sufrió una regresión en la que perdió muchos de ellos hasta el punto de no ser capaz de mantener la bipedestación o el control de cabeza de forma independiente y realizando una marcha atáxica muy inestable con ayuda.

Tras la detección y extirpación de un neuroblastoma en la región abdominal, se consiguió diagnosticar correctamente la enfermedad y aplicar un tratamiento médico y fisioterápico adecuados a la situación actual del paciente, consiguiendo en un periodo de 2 meses la consecución de los hitos perdidos y una mejora importante en funcionalidad, independencia y calidad de vida.

El tratamiento de fisioterapia de este paciente consistió en un programa con: ejercicios de potenciación de la musculatura estabilizadora de cabeza y cuello para conseguir de nuevo el control de cabeza; ejercicios para potenciar la musculatura estabilizadora de tronco para alcanzar la sedestación controlada de forma independiente; ejercicios de fortalecimiento muscular de las extremidades; trabajo de cargas y disociación de éstas; reeducación de la marcha; ejercicios de equilibrio y propiocepción tanto en estático como durante la marcha.

ANTES DEL TRATAMIENTO	DESPUÉS DEL TRATAMIENTO
No presentaba control de cabeza estable	Control de cabeza estable
Gran hipotonía	Aumento notable del tono muscular
Fuerza muscular disminuida	Aumento notable de la fuerza muscular
No presentaba control de tronco en sedestación	Sedestación estable de forma autónoma
Desplazamiento habitual: arrastrándose en semisedestación inestable	Desplazamiento habitual: deambulación independiente
Marcha muy inestable y atáxica con necesidad de asistencia y en trayectos muy cortos	Marcha de forma independiente con desequilibrios leves, pudiendo recorrer trayectos largos
Bitutor en miembro inferior izquierdo por deformidad de pie en equino-varo	Ausencia de bitutor en miembro inferior izquierdo aunque la deformidad en equino-varo ya se encontraba estructurada

Figura 1. Tabla de comparación del estado del paciente antes y después del tratamiento de fisioterapia.

Discusión

El tratamiento de fisioterapia combinado con el tratamiento médico se puede considerar como efectivo en casos de síndrome de Kinsbourne, puesto que se ha conseguido mejora en la mayoría de las variables analizadas. El paciente ha pasado de no poder deambular más de unos metros y con ayuda a realizar una deambulación con inestabilidad leve de forma independiente, pasando el control autónomo de cabeza y cuello y tronco y mejoras de tono y fuerza muscular.

Este estudio cuenta con una serie de limitaciones puesto que, al tratarse de un solo paciente, no puede ser extrapolable a todos los pacientes con síndrome de Kinsbourne, pero sí puede servir de guía para plantear los tratamientos de esos pacientes.

Para el futuro, se propone aumentar la muestra estudiando más casos de pacientes con este síndrome y los resultados del tratamiento de fisioterapia, para conseguir datos fiables y extrapolables a una población mayor.

Discussion

Physical therapy treatment combined with medical treatment could be considered effective in Kinsbourne's syndrome cases, due to improvements in the majority of the analysed variables. Before the treatment, the patient couldn't walk more than some meters and with assistance; and now he can walk with a slight instability but without help from other people. The patient also gained autonomous head, neck and trunk control and improvements in tone and muscle strength.

This study has some limitations due to, as is only about one patient, cannot be extrapolated to all the Kinsbourne's syndrome patients, but is useful as a guide to think about the treatment for these patients.

For the future, we propose to increase the sample studying more cases of patients with this syndrome and the results of physiotherapy treatment, to get more reliable data that can be extrapolated to a larger population.

Conclusión

Interpretando los resultados obtenidos, podemos concluir con que a corto plazo, el tratamiento de fisioterapia combinado con el tratamiento médico en el cuadro clínico de un paciente con síndrome de Kinsbourne resulta efectivo en re-

Más de **1.000**
PREGUNTAS DE EXAMEN TIPO
TEST
PARA OPOSICIONES

¡Pon a prueba tu preparación!

SMS

SCS

SALUD

OSAKIDETZA

SESCAM

IB SALUT

SERIS

SES

SERGAS

SERMAS

SAS

SESPA

SACYL



lación a la mejora de la funcionalidad, independencia y calidad de vida y, dados estos datos y la evolución del paciente, podemos extrapolar estos resultados y afirmar que estos tratamientos también son más beneficiosos en el largo plazo, por lo que se recomienda mantenerlos durante un tiempo más prolongado.

Conclusion

Interpreting the obtained results, we can conclude that in the short term, physiotherapy treatment combined with medical treatment in the clinical picture of a patient with Kinsbourne's syndrome is effective in relation to the improvement of functionality, independence and quality of life. Based in the data and evolution of the patient, we can extrapolate these results and affirm that these treatments are also very beneficial in the long term, so it is recommended to keep them for a longer time in patients.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) asegura que el contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

Financiación

Los autores declaran no haber tenido ninguna fuente de financiación.

Conflicto de Intereses

No existe conflicto alguno de intereses entre las autores de este estudio.

Publicación

El presente artículo ha sido presentado como comunicación escrita en el VI Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud, mayo de 2020.

Agradecimientos

Nos gustaría agradecer a todos los que nos han animado para poder hacer realidad este artículo, especialmente la colaboración de José Antonio Dorado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. (2019). Recuperado de <https://www.who.int/es>
2. Espíritu-Rojas, E.R., Alvarado, R., Juárez, T., Samalvides, S., Espinoza, I.O., Vila, J.R. y Guillén-Pinto, D. (2016). *Síndrome de Kinsbourne por neuroblastoma de localización mediastinal: A propósito de un caso infantil*. Revista de Neuropsiquiatría, 79(3), 186-191
3. Pinto, C., Rodríguez, J., Acosta, B., Armas, K. y Sánchez-Gijón, M. (2018). *Opsoclon paraneoplásico infantil en el síndrome de Kinsbourne*. Caso clínico pediátrico. Archivos de la Sociedad Canaria de Oftalmología, 29, 115-119.
4. Paredes-Ebratt, A.M. y Espinosa-García, E.T. (2017). *Síndrome de Kinsbourne: reporte de un caso*, IATREIA, 30(1), 81-85.
5. Kinsbourne, M. (1962). *Myoclonic encephalopathy of infants*. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 25(3), 271-276.
6. Jaminekalyani, P., Saravanan, S., Sriramakrishnan, V. y Radha, M. (2014). *Dancing Eyes Dancing Feet Syndrome*. A report of two cases. Journal of Clinical & Diagnostic Research. 8(5).
7. Zaldivar, G. (2013). *Síndrome de Kinsbourne*. Revista Médica Hondureña, 81(2-4), 98-100.



OPOSICIONES
Servicio Andaluz de Salud

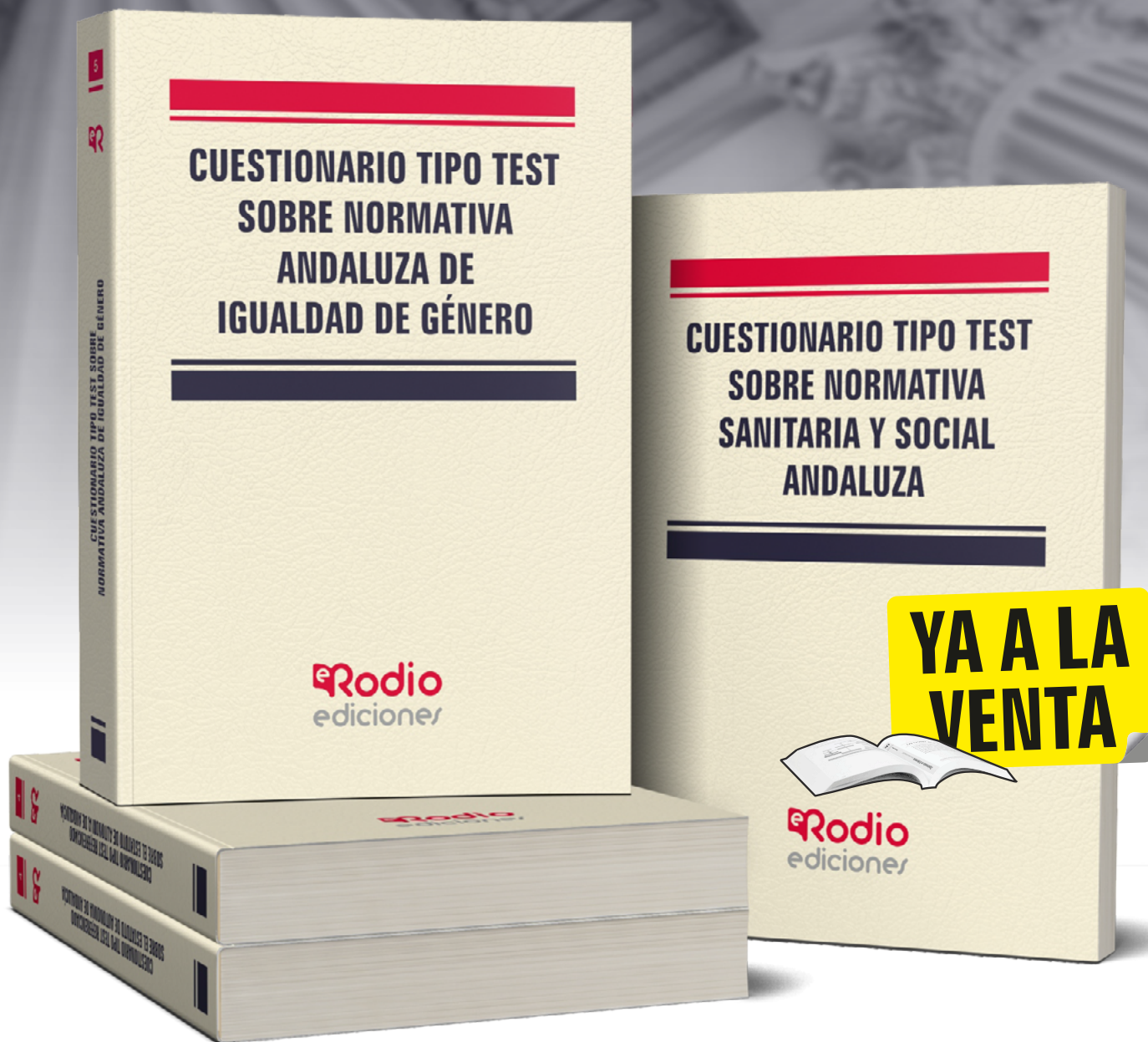
¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com

Facebook, Twitter, Instagram, QR code

Rodio
ediciones

Colección
JURÍDICA



¡PÍDELOS EN TU LIBRERÍA!

Ser funcionario o acreditar tu experiencia profesional es ahora más fácil ¡Conócenos!

www.edicionesrodio.com



Tratamiento de fisioterapia en el abordaje de la enfermedad de Duchenne. A propósito de un caso

Gámiz-Bermúdez, F.

Tratamiento de fisioterapia en el abordaje de la enfermedad de Duchenne. A propósito de un caso.
SANUM 2020, 4(3) 22-26

AUTORA

Francisca Gámiz Bermúdez
Fisioterapeuta en el Hospital de
Puente Genil, Córdoba. España.

Correspondencia:

 fgamizbermudez@gmail.com

Tipo de artículo:

Caso clínico

Sección:

Fisioterapia

F. recepción: 08-08-2020

F. aceptación: 05-10-2020

Palabras clave:

Distrofia Muscular de
Duchenne,
tratamiento,
congénito,
fisioterapia.

Resumen

Introducción

La Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) se define como una enfermedad neuromuscular caracterizada por la atrofia y debilidad muscular progresivas, que se clasifica como una miopatía de naturaleza progresiva. Metodología. Se ha llevado a cabo una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Scopus, *Web of Science*, PEDro, Scielo, CINAHL y en la biblioteca Cochrane.

Planteamiento del caso clínico

Niño de 11 años con DMD, diagnosticado a la edad de 4 años, en consulta de revisión mediante analítica cuyos resultados reflejaron valores aumentados de creatina-fosfocinasa (CPK en inglés). Camina escasos metros sin ayuda, necesitando andador y silla de ruedas para distancias más largas.

Valoración del caso

Se realiza una valoración fisioterapéutica para plantear sus objetivos de tratamiento y planear un seguimiento del paciente.

Discusión

El abordaje adecuado resulta de vital importancia en la evolución del paciente con DMD, por ello resulta fundamental una adecuada valoración que permita la elaboración de un plan de cuidados apropiado e individualizado.

Conclusiones

La DMD es una enfermedad congénita que presenta un pronóstico grave, si bien su adecuado abordaje terapéutico incrementa la calidad de vida del paciente.

Physiotherapy treatment in the management of Duchenne disease. A case report

Abstract

Introduction

DMD is defined as a neuromuscular disease characterized by progressive muscle weakness and atrophy, which is classified as a myopathy of progressive nature. Methodology. A search has been carried out in the databases Pubmed, Scopus, Web of Science, PEDro, Scielo, CINAHL and the Cochrane library.

Clinical case approach

An 11-year old boy with DMD, diagnosed at the age of 4 years, in a review consultation using blood tests whose results reflected increased CPK values. He walks a few meters without assistance, needing a walker and a wheelchair for longer distances.

Case evaluation

A physiotherapeutic evaluation is carried out in order to set out his treatment objectives and plan a follow-up of the patient.

Discussion

The appropriate approach is of vital importance in the evolution of the patient with DMD, so it is essential a proper assessment that allows the development of an appropriate and individualized care plan.

Conclusions

DMD is a congenital disease that presents a serious prognosis, although its adequate therapeutic approach increases the quality of life of the patient.

Keywords:

Muscular Dystrophy, Duchenne, therapeutics, congenital, physiotherapy.

Introducción

La Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) se define como una enfermedad neuromuscular caracterizada por la atrofia y debilidad muscular progresivas como consecuencia de la degeneración de los músculos esqueléticos, lisos y cardíacos. Dentro de las patologías neuromusculares, la DMD se clasifica como una miopatía de naturaleza progresiva y perteneciente al grupo de patologías hereditarias^(1,2). La DMD se encuentra dentro del grupo de las denominadas enfermedades raras y está ligada al cromosoma X.

La incidencia de la DMD es de 1 por cada 3.300 nacimientos de varones y la historia natural de la enfermedad consta de una fase preclínica, durante la cual se puede apreciar un leve retraso en las funciones motoras; una fase de estado, en la que se evidencia el déficit muscular y signo de Gowers positivo; y una fase final, en la que la atrofia muscular es generalizada y la afectación de la musculatura respiratoria suele llevar a la muerte en la segunda década de la vida⁽²⁻⁵⁾.

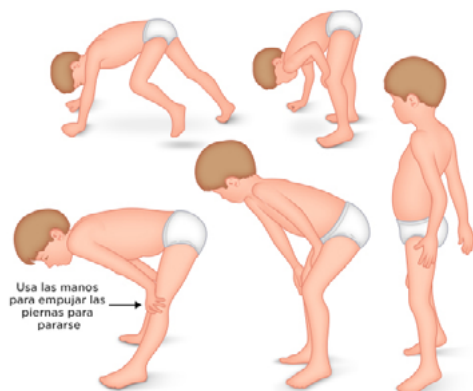


Figura 1. Signo de Gowers.

Una vez diagnosticada la enfermedad, el tratamiento es sintomático y multidisciplinar, destacando

el tratamiento médico, farmacológico, ortopédico y la fisioterapia. El tratamiento fisioterapéutico resulta imprescindible en la disminución de la progresión de la patología, tanto a nivel de aparato locomotor como a nivel cardiorrespiratorio⁽⁶⁾.

Métodología

Para la contextualización y abordaje del presente caso clínico se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Scopus, Web of Science, PEDro, Scielo y CINAHL, así como en la biblioteca Cochrane.

Presentación del caso

Niño de 11 años con distrofia muscular de Duchenne, diagnosticado a la edad de 4 años en consulta de revisión mediante una analítica cuyos resultados reflejaron valores aumentados de CPK en UI/L. Fue derivado a su hospital de referencia por presunción de DMD, con objeto de completar su estudio y realización de estudio familiar⁽¹⁻⁴⁾. Entre sus antecedentes encontramos padres sanos. La madre refiere que su desarrollo psicomotor fue lento en algunas habilidades como la adquisición de la marcha. Camina escasos metros sin ayuda, si bien pasa la gran mayoría del día en silla de ruedas.

Valoración

En la valoración fisioterapéutica se reflejan los siguientes apartados.

1. Inspección:

Se aprecia déficit en el control de tronco, la escasa capacidad para el mantenimiento de la marcha



OPOSICIONES
Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com  

autónoma y la pseudohipertrofia de la musculatura sural⁽⁷⁾.

2. Valoración funcional:

Los principales hallazgos fueron la disminución del reflejo aquileo bilateral, la fuerte contractura de la musculatura sural bilateral; la presencia del Signo de Gower^(8,9); la disminución de fuerza en la musculatura del tronco y los miembros inferiores, empleando la escala de Daniels modificada y el test de flexión cervical⁽¹⁰⁾, y el déficit de control de tronco, utilizando el Trunk Control Test (TCT)⁽¹¹⁾.

Tratamiento

Las sesiones de tratamiento incluirán masoterapia descontracturante sural, estiramientos, reeducación de la marcha y ejercicios respiratorios. Serán sesiones amenas y divertidas, a la vez que eficaces.

Discusión

Los pacientes con DMD se identifican en la niñez temprana, mediante prescripción de analítica, al observarse en ellos un desarrollo psicomotor levemente retrasado.

Proporcionar un abordaje de fisioterapia adecuado resulta de vital importancia en la evolución de esta patología, por ello resulta fundamental una adecuada valoración que permita la elaboración de un plan de cuidados apropiado y adaptado a cada paciente. Los objetivos fundamentales del tratamiento en niños con DMD son mantener la marcha autónoma y el control postural, conservar la fuerza de la musculatura del tronco y los miembros, preservar la función respiratoria y evitar las rigideces articulares.

Discussion

Patients with DMD are identified in early childhood, through the prescription of a blood test, as their psychomotor development is slightly delayed.

Providing an appropriate physiotherapy approach is of vital importance in the evolution of this pathology, so it is essential to make an appropriate assessment that allows the development of an appropriate care plan tailored to each patient. The fundamental objectives of treatment in children with DMD are to maintain an autonomous gait and postural control, to preserve the strength of the trunk and limb muscles, to preserve respiratory function and to avoid joint stiffness.

The advertisement features a book titled 'Administrativos (C1.1000)' by Rodio Formación, part of the '€COPACK' series. The book cover is white with a blue and white geometric pattern and includes the text 'JUNTA DE ANDALUCÍA', '¡TOTALMENTE ACTUALIZADA!', and 'NUEVA EDICIÓN'. Next to the book is a tablet displaying the Rodio Formación logo and the text 'Rodio FORMACIÓN'. To the right, a large blue banner reads 'JUNTA DE ANDALUCÍA'. Below this, a red and white badge says '¡TOTALMENTE ACTUALIZADA!' and a green badge says 'NUEVA EDICIÓN'. The main title 'Administrativos' is prominently displayed in black. At the bottom, the text reads '¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!' followed by the website 'www.edicionesrodio.com' and social media icons for Facebook, Twitter, and Instagram, along with a QR code.

Conclusiones

La DMD es una enfermedad congénita de fácil detección clínica cuya evolución dependerá del plan de tratamiento y cuidados al paciente.

La DMD presenta un pronóstico grave, si bien su adecuado abordaje terapéutico incrementa la calidad de vida del paciente.

Conclusions

DMD is a congenital disease that is easy to detect clinically and whose evolution will depend on the treatment and care plan of the patient.

DMD has a serious prognosis, although its adequate therapeutic approach increases the patient's quality of life.

Declaración de transparencia

La autora del presente trabajo (defensora del manuscrito) asegura que su contenido es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

Fuentes de financiación

Sin fuentes de financiación.

Conflicto de Intereses

La autora declara no haber tenido ninguna fuente de financiación.

Publicación

El presente artículo no ha sido presentado como comunicación oral-escrita en ningún congreso.

En febrero 2021, PRÓXIMO NÚMERO
Revista Científico-Sanitaria SANUM
¡Anímate a publicar!

BIBLIOGRAFÍA

1. Nascimento Osorio A et al. *Consenso para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente con distrofia muscular de Duchenne*. Neurología. 2019;34(7):469—481
2. Birnkrant DJ, Bushby K, Bann CM, et al. *Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 1: diagnosis, and neuromuscular, rehabilitation, endocrine, and gastrointestinal and nutritional management*. Lancet Neurol 2018; 17: 251–67.
3. Birnkrant DJ, Bushby K, Bann CM, et al. *Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 2: respiratory, cardiac, bone health, and orthopaedic management*. Lancet Neurol 2018; 17: 347–61.
4. Birnkrant DJ, Bushby K, Bann CM, et al. *Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 3: primary care, emergency management, psychosocial care, and transitions of care across the lifespan*. Lancet Neurol 2018; 17: 445–55.
5. McDonald CM, Henricson EK, Abresch RT, et al. *Long-term effects of glucocorticoids on function, quality of life, and survival in patients with Duchenne muscular dystrophy: a prospective cohort study*. Lancet 2018; 391: 451–61.
6. Kostek M; et al. *Precision Medicine and Exercise Therapy in Duchenne Muscular Dystrophy*. Sports 2019, 7: 64-77.
7. Cros D, et al. *Muscle hypertrophy in Duchenne muscular dystrophy*. J of Neurol 1989; 43-47.
8. Antoniuk S A. *Debilidad muscular aguda: diagnósticos diferenciales*. Rev Neurol 2013; 57: 149-154
9. Kostek M; et al. *Precision Medicine and Exercise Therapy in Duchenne Muscular Dystrophy*. Sports 2019, 7: 64-77.
10. Rodríguez García et al. *Técnicas clínicas para el examen físico neurológico. Función motora y refleja*. Rev Neurol 2004. 39(9): 848-859
11. Parlak Demir Y, Aksu Yildirim S. *Reliability and validity of Trunk Control Test in patients with neuromuscular diseases*. Physiother Theory Pract 2015; 31 (1):39-44.

**¡ABIERTO PLAZO DE RECEPCIÓN
Y PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS!**

- Casos clínicos
- Cartas al editor
- Artículos originales y de revisión
- Protocolos
- Notas de campo
- Artículos especiales
- Imágenes clínicas
- Guías clínicas

**INVESTIGA, ESCRIBE Y
PUBLICA EN SANUM**

PRÓXIMO NÚMERO

Volumen 5 N.º 1. Noviembre 2020 - Febrero 2021



Ya puedes consultar todos los artículos en:

<https://www.revistacientificasanum.com>



consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es



Prevención del cáncer de cérvix desde la perspectiva enfermera

Ocaña García, C.E., González Sánchez, A., Pedraza Delis, R.
Prevención del cáncer de cérvix desde la perspectiva enfermera.
SANUM 2020, 4(3) 28-35

AUTORAS

Clara Esperanza Ocaña García
Enfermera. Hospital Universitario
Virgen del Rocío. Sevilla.

Adoración González Sánchez
Enfermera. Hospital Universitario
Virgen De Valme. Sevilla.

Rocío Pedraza Delis
Enfermera. Hospital Público Comarcal
de la Merced. Sevilla.

Autora de correspondencia:

Clara Esperanza Ocaña García.

 clara.ceog@gmail.com

Tipo de artículo:

Artículo de revisión

Sección:

Salud pública

F. recepción: 25/05/2020

F. aceptación: 14/07/2020

Resumen

El cáncer de cérvix o cáncer del cuello uterino es causado por el Virus del Papiloma Humano (VPH) y es considerado la cuarta neoplasia más frecuente a nivel mundial.

En los objetivos se aborda que se conozcan los mecanismos de transmisión y prevención, así como la potenciación de su difusión a través de la educación para la salud.

Para elaborar el artículo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Cuiden, Pubmed y Scielo seleccionando artículos en español e inglés; también revisiones sistemáticas en guías clínicas que tratan sobre cáncer de cérvix, cribado y vacunación.

Como conclusión cabe destacar que en los colectivos de población con un nivel cultural alto hay más información y concienciación y como consecuencia mayor prevención. Las políticas sanitarias están más orientadas hacia la mujer, mientras que el hombre también puede desarrollar diferentes tipos de cáncer provocados por el VPH.

Por ser considerado la cuarta neoplasia más frecuente es importante que desde la adolescencia se potencie la educación sexual, su importancia y medidas preventivas.

Palabras clave:

cáncer de cuello uterino,
papilomavirus humano,
educación sexual,
citología,
adolescencia.

Cervix cancer prevention from the nurse perspective

Abstract

Cancer of the cervix or cervical cancer is caused by the Human Papillomavirus (HPV) and is considered the fourth most frequent neoplasm worldwide.

The objectives address the knowledge of transmission and prevention mechanisms, as well as the promotion of their dissemination through health education.

To prepare the article, a bibliographic search was carried out in databases such as Cuiden, Pubmed and Scielo, selecting articles in Spanish and English; also systematic reviews in clinical guidelines dealing with cervical cancer, screening and vaccination.

In conclusion, it should be noted that in population groups with a high cultural level, there is more information and awareness and, as a consequence, greater prevention. Health policies are more oriented towards women, while men can also develop different types of cancer caused by HPV.

As it is considered the fourth most frequent neoplasm, it is important that sexual education, its importance and preventive measures be promoted since adolescence.

Keywords:

*cervical cancer,
human papillomavirus,
sexual education,
cytology,
adolescence.*

*¡Pon a prueba
tu preparación!*



Suscríbete Rodio Training y tendrás mensualmente de acceso a nuestra plataforma virtual, donde encontrarás baterías de preguntas tipo test online para tu preparación.

*¡Consulta tu
especialidad!*

**Rodio
TRAINING**

Introducción

El cáncer de cuello uterino (CCU) se sitúa en el cuarto cáncer más frecuente en la mujer a nivel mundial.

En España mueren al año alrededor de 848 mujeres por cáncer de cérvix, éste dato lo sitúa como la decimoquinta causa de muerte por tumores en la mujer de cualquier edad, pero la tercera en mujeres entre 15 y 44 años¹.

El cribado de mujeres sanas mediante citología cervical de forma adecuada y mantenida ha conseguido reducir hasta un 80-90% la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix.

Se ha confirmado que el virus del papiloma humano (VPH) es el agente causal de la mayoría de neoplasias de cérvix y de sus lesiones precursoras. Sólo 2 genotipos de VPH de alto riesgo oncogénico, el 16 y 18, provocan aproximadamente el 70-75% de las lesiones cervicales invasivas y otros 10 tipos explican el 25-35% de los casos restantes¹.

Las lesiones escamosas intraepiteliales causadas por el VPH, son morfológicamente idénticas en todas las localizaciones del tracto ano-genital inferior; la terminología LAST es una clasificación recogida por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 2014 y las diferencia histológicamente, clasificando: Lesiones de Bajo Grado (LSIL), que incluye las lesiones CIN1 (neoplasia intraepitelial cervical de grado 1) y Lesiones

de Alto Grado (HSIL) que incluyen las lesiones de CIN2 y CIN3. Mediante esta clasificación se pueden interpretar los resultados obtenidos como:

- Lesiones escamosas intraepiteliales LSIL/ CIN1 como una infección autolimitada por VPH que la mayoría de las veces regresa espontáneamente.
- Las lesiones HSIL/CIN3 tienen elevado potencial de progresión y son precursoras necesarias del cáncer de cérvix, son consideradas auténticas neoplasias.
- Las lesiones HSIL/CIN2, son intermedias, pueden evolucionar tanto para la regresión como para la progresión. Para categorizarlas se utiliza la determinación inmunohistoquímica de p16. Un p16 positivo se incluye en la categoría HSIL con un mayor riesgo de progresión y un p16 negativo se reclasifica como LSIL dado por su benignidad y el bajo riesgo de mala evolución².

La infección por VPH en el hombre ha sido considerada como un problema menor y de escasa relevancia. En general se ha catalogado al hombre como vector silencioso de este microorganismo, ya que, a pesar de jugar un papel importante en la transmisión del virus, sólo 1% de ellos experimenta algún signo o síntoma clínico^{3,4}.

Los factores que desencadenan el cáncer cervical están relacionados con los hábitos y estilo de vida cotidianos, y es aquí donde los profesionales sanitarios deben introducir



OPOSICIONES
Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com    

medidas preventivas en la educación para la salud⁵.

- VPH: Es transmitido de una persona a otra durante el contacto con la piel y las relaciones sexuales.
- Tabaquismo: En mujeres fumadoras se han aislado sustancias carcinógenas en la mucosa cervical y aunque no se conoce bien la dinámica de la interacción, se cree que estas sustancias dañan el ADN (ácido desoxirribonucleico) de las células del cuello uterino contribuyendo al desarrollo del cáncer.
- Alcoholismo: Mayor progresión de infección VPH hacia cáncer invasor cervical y de vagina.
- Uso de anticonceptivos orales por largo tiempo (más de 5 años), al igual que ser múltipara (más de 5 embarazos a término).
- Inmunosupresión: Se limita la capacidad del cuerpo para la producción de anticuerpos y de citoquinas.
- Conductas sexuales: El inicio temprano de las relaciones sexuales, tener un compañero sexual con antecedentes de promiscuidad, así como múltiples compañeros sexuales⁶.
- Alimentación: una mala alimentación no colabora en la producción de anticuerpos para hacer frente al VPH o cáncer.
- Coinfecciones. La Chlamydia Trachomatis parece ser un cofactor inductor de inflama-

ción crónica y mutaciones. El Herpes simple tipo 2 también parece ser inductor.

Objetivos

Dar a conocer los mecanismos de transmisión y prevención del cáncer de cérvix ocasionado por el Virus del Papiloma Humano (VPH).

Desde enfermería, potenciar su difusión a través de la educación para la salud.

Método

Búsqueda bibliográfica en Pubmed, Cochrane y Cuiden, seleccionando 10 artículos en español e inglés, revisiones sistemáticas y guías clínicas desde los años 2006-20.

El criterio de inclusión fue la temática relacionada con el cáncer de cérvix originado por el VPH, su detección precoz con el cribado y la descripción de su vacuna. Los descriptores utilizados corresponden a la terminología en salud (DeCS) de la Biblioteca. Virtual de Salud (BIREME): vacunas papilomavirus, citología, neoplasias cuello uterino.

El artículo que se presenta es una revisión bibliográfica sobre un tema de actualidad como es la prevención del cáncer de cérvix.

Para la elaboración del mismo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las princi-



OPOSICIONES
Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com    

pales bases de datos enfermeras como son Cuiden, Pubmed y Cochrane; seleccionando un total de 10 artículos en español e inglés. También se ha realizado una revisión sistemática de guías clínicas.

Los descriptores utilizados están detallados en el apartado anterior como palabras clave.

Criterios de inclusión

- Publicaciones cuyo tema central fuese el cáncer de cuello de útero.
- Artículos que incluyesen información relevante sobre la enfermedad y su prevención.
- Publicaciones que establezcan relación entre el VPH y el cáncer de cérvix.
- Publicaciones en español e inglés.

Criterios de exclusión

- Documentos publicados antes del año 2006.
- Publicaciones de acceso restringido y de texto incompleto.

Resultados

La prevención del CCU se desarrolla a través de las siguientes vías:

Prevención secundaria del cáncer de cuello uterino

Como parte esencial de este método de prevención del CCU encontramos los programas de cribado organizados, que consisten en la realización de pruebas diagnósticas a personas que a priori están sanas con el propósito de detectar de manera precoz el desarrollo de enfermedades.

En España predominan los programas de cribado de cáncer de cérvix de tipo oportuni-

ta o aislado. El conocimiento científico actual indica la necesidad de continuar con ellos pero de forma organizada y con base poblacional incluso entre las mujeres vacunadas frente al Virus del Papiloma Humano (VPH). La utilización de la detección del VPH-AR (Alto Riesgo) como prueba primaria tiene también ventajas, mayor sensibilidad para la detección de lesiones precancerosas y mejor Valor Predictivo Negativo. Esto permite aumentar el intervalo entre cribados y un mayor descenso en la incidencia de cáncer de cérvix invasivo.

Según el informe elaborado por el Grupo de Trabajo de Cribado de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), las bases del programa de cribado serán las siguientes:

- Población objetivo: mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años.
- Prueba primaria de cribado e intervalo entre exploraciones:
 - Edad 25-34 años: citología cada 3 años.
 - Edad 35-65 años: determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR):
 - ≈ Si VPH-AR es negativo, repetir prueba VPH-AR a los 5 años.
 - ≈ Si VPH-AR es positivo, triaje con citología.
 - ≈ Si la citología es negativa, repetir VPH-AR al año⁷.

La prevención primaria del CCU se basa en la vacunación profiláctica, es decir, preventiva frente al VPH.

La vacunación sistemática frente al VPH se considera actualmente la intervención más eficiente y segura para el control de la infección y la prevención de la carga de enfermedad asociada al VPH.

Existen actualmente tres tipos de vacunas comercializadas en España: tetravalente (frente a los genotipos 6, 11, 16 y 18), bivalente

(frente a los genotipos 16 y 18) y nonavalente (frente a los genotipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45 y 52). Su uso está ampliamente respaldado por las Sociedades Científicas Españolas y está incluido en el programa de vacunación de Salud Pública en todas las Comunidades Autónomas, con una cobertura media de vacunación en niñas de 12–14 años del 77.8%¹.

La vacunación se encuentra subvencionada en España a las niñas de entre 9 y 14 años (en algunas comunidades autónomas también hasta los 45 años tras lesión CIN 2 o mayor) y, a pesar de que hasta hace no mucho tiempo no se aplicaba a mujeres mayores de 26 años, estudios recientes han probado más que de sobra su eficacia y seguridad⁸.

Tienen un buen perfil de seguridad y habitualmente son bien toleradas. Las reacciones adversas descritas con mayor frecuencia son leves en el lugar de la inyección (dolor, eritema e inflamación), cefalea y en menor proporción fiebre.

Como el VPH es factor de riesgo de otro tipo de cánceres y no exclusivamente del cáncer de cérvix se recomienda la vacunación tanto de niñas y niños a partir de los 12 años y esta recomendación está incluida en el calendario vacunal en España. En los países en los que se están llevando a cabo estos programas de vacunación se prevé una importante disminución de la incidencia de cáncer de cérvix, sin embargo, esta reducción no se verá reflejada en las estadísticas a corto plazo debido al período de latencia del VPH, por lo que se deben mantener los programas de cribado.



Vacunación infantil.

Otras medidas de profilaxis primaria incluyen la abstinencia sexual, la monogamia o el uso de preservativos. Es importante destacar que el uso de preservativos reduce el riesgo entre un 60-70%, pero no protege zonas genitales no cubiertas y dependiendo del tipo de relación sexual zonas que estén potencialmente infectadas⁹.

Discusión

A pesar de que el cáncer de cuello uterino (CCU) es la cuarta causa de cáncer más frecuente en la mujer de los países desarrollados, podemos afirmar que gracias a la efectividad de los programas de prevención primaria (vacunación) y secundaria (detección y tratamiento en consulta de alteraciones precancerosas) se ha conseguido disminuir su incidencia de manera significativa.

Incidir en estrategias de Prevención Primaria como: la planificación sexual, el uso de preservativo, la limitación del número de compañeros sexuales y la prevención de otras ITS (infecciones de transmisión sexual), desde la adolescencia temprana (antes de que comiencen las primeras relaciones sexuales) es un factor determinante en el inicio y desarrollo de la enfermedad. La facilidad de acceso a estas estrategias provoca que los países desarrollados reflejen un menor porcentaje de casos frente a los países en vías de desarrollo.

La infección por VPH generalmente es silente, no produce síntomas o signos clínicos evidentes, esto provoca que un gran número de personas estén infectadas sin saberlo, lo cual constituye un problema para la población en general, esta es una de las principales causas de la importancia de la vacunación precoz y control de cribado.

La infección por VPH en el hombre suele ser transitoria y se cura de forma espontánea. No obstante, **algunos hombres pueden ser portadores de ciertos tipos de VPH** que pueden transmitirse por contacto sexual y favorecer el desarrollo de cáncer de útero en su pareja.

Conclusiones

A través de las nuevas tecnologías, la sociedad actual dispone de numerosos recursos para la obtención de información de fácil acceso, pero no siempre se hace uso de ellas para buscar contenidos relacionados con nuestra salud, incluida la salud sexual y en este caso la transmisión del VPH y su prevención.

Cuando se comercializó la vacuna, sí surgió entre la población preocupación ante el desconocimiento de la misma sobre su cobertura vírica, posibles reacciones adversas, indicaciones... y de ahí una mayor concienciación y búsqueda de información a través de las tecnologías y de los profesionales sanitarios.

En la actualidad, al igual que se tienen lagunas sobre otras infecciones de transmisión sexual, sucede con este tipo de cáncer, guardando relación en mayor medida cuanto más bajo es el nivel cultural. En la población con estudios superiores sean sanitarios o no, se ha evidenciado mejores medidas de prevención y por tanto, una menor preocupación de llegar a padecerlo.

En cuanto a las diferencias de género, son las mujeres las que realizan una mejor prevención que los hombres¹⁰.

Desde la educación para la salud sexual que se lleva a cabo en centros con adolescentes y en escuelas de padres, debe incidirse sobre la importancia de realizar cambios en los estilos de vida por otros más saludables, uso del preservativo como medida fundamental de transmisión de enfermedades, vacunación VPH adecuada según el calendario vacunal y realización de citologías.

Discussion

Despite the fact that cervical cancer (CCU) is the fourth most frequent cause of cancer in women in developed countries, we can affirm that thanks to the effective-

ness of primary (vaccination) and secondary prevention (detection and treatment) programs In consultation with precancerous disorders) its incidence has been significantly reduced.

Influencing Primary Prevention strategies such as: sexual planning, condom use, limiting the number of sexual partners and the prevention of other STIs, from early adolescence (before the first sexual relations begin) is a determining factor in the onset and development of the disease. The ease of access to these strategies means that developed countries reflect a lower percentage of cases compared to developing countries.

HPV infection is generally silent, does not produce obvious clinical signs or symptoms, this causes a large number of people to be infected without knowing it, which constitutes a problem for the general population, this is one of the main causes of importance of early vaccination and screening control.

*HPV infection in men is usually transient and heals spontaneously. However, **some men may be carriers of certain types of HPV** that can be transmitted through sexual contact and promote the development of uterine cancer in their partner.*

Conclusions

Through new technologies, today's society has numerous resources to obtain easily accessible information, but they are not always used to search for content related to our health, including sexual health and in this case the transmission of HPV and its prevention.

When the vaccine was marketed, concern did arise among the population due to its ignorance about its viral coverage, possible adverse reactions, indications ... and hence a greater awareness and search for information through technologies and health professionals.

Currently, just as there are gaps in other sexually transmitted infections, this type of cancer occurs, being related to a greater extent the lower the cultural level. In the population with higher studies, whether they are sanitary or not, better prevention measures have been evidenced and, therefore, less concern about suffering from it.

Regarding gender differences, it is women who perform better prevention than men¹⁰.

From the sexual health education that is carried out in centers with adolescents and in parents' schools, the importance of making changes in lifestyles for healthier ones should be emphasized, the use of condoms as a fundamental measure of disease transmission, adequate HPV vaccination according to the vaccination schedule and cytology.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) asegura que el contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

Fuentes de Financiación

Sin fuentes de financiación.

Conflicto de Intereses

Sin conflictos de intereses.

Publicación

Este trabajo no ha sido presentado en ningún evento científico (congreso o jornada).

Agradecimientos

Agradezco a todos los compañeros que han contribuido desinteresadamente en la realización de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oncoguía SEGO 2018. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Cáncer de cuello uterino.
2. Oncoguía SEGO: Prevención del cáncer de cuello de útero. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO. Octubre 2014
3. Partridge J M, Koutsky L a. Genital human papillomavirus infection in men. Lancet Infect Dis 2006; 6 (1): 21-31.
4. Priscilla Brebi, M. et al. Infección por el virus del papiloma humano en el hombre y su relación con el cáncer: estado actual y perspectivas. Revista Internacional de Andrología. 2013; 11(1):25-30.
5. Corredor A. Luisa F, Salazar L. Stephanie e Hincapié R. Dayana. Cáncer de cuello uterino: factores de riesgo y prevención. Cultura del cuidado Enfermería. 2009; 6 (2)
6. Oncología clínica, 6.ª ed., de Juan Jesús Cruz Hernández, Elvira del Barco Morillo y Emilio Fonseca Sánchez. 2018. Elsevier España, S.L.U.
7. Sociedad Española de Epidemiología. Febrero 2019. www.seepidemiologia.es
8. Artículo original publicado por la Dra. M. Ramírez y el Dr. A. Duque en la revista Prevención primaria del VPH de la Asociación HPV de Madrid.
9. Sociedad Española de Oncología Médica. SEOM. Febrero 2020.
10. Prieto Rivas, V. y Victoria Durán, P.J. Influencia del conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano en la Prevención, Detección precoz y Preocupación ante la enfermedad. Enfermería Íntegra. Septiembre 2010; Vol. 91.

Imágenes

Imagen 1: Vacunación infantil.

http://cofhuelva.org/informacion-sobre-el-virus-del-papiloma-humano-vph_aa35.html

“Psicoeducación y salud mental”

Tena-Hernández, F.J. *Psicoeducación y Salud Mental*.
SANUM 2020, 4(3) 36-45

Resumen

Todo proceso psicoterapéutico, de intervención psicológica es un proceso de aprendizaje y por lo tanto es un proceso educativo, dirigido por el terapeuta y elaborado conjuntamente con la persona. Después de años del establecimiento normalizado de la psicología en el sistema sanitario, la población no conoce exactamente que es la PSICOTERAPIA y mucho menos aún en qué consiste, cuales son los pasos, cuales son los objetivos (los del paciente y los del psicólogo), cuál es la temporalidad prevista, etc. Siendo autocríticos quizás los psicólogos no hemos sabido trasladar estos aspectos de forma adecuada ni tampoco un punto que resulta absolutamente esencial; que **todo proceso psicoterapéutico es un proceso psicoeducativo para el paciente con lo que pasa de receptor de una técnica, a actor esencial del cambio personal y clínico**. Sin la implicación activa de la persona no existe mejoría, con lo que las posibilidades de recaída aumentarán. Parte del trabajo de la psicoterapia consiste en: enseñar porqué la persona ha llegado a encontrarse tan mal, enseñar porqué no puede cambiar, su pautas repetitivas y erróneas, reflexionar sobre nuevas formas de abordaje de sus dificultades diarias, generar cambios en su vida a pesar del dolor que puedan causar y mantener los cambios de manera permanente aprendiendo a discernir entre lo NORMAL y lo PATOLÓGICO.

AUTOR

Francisco Javier Tena Hernández
Psicólogo Sanitario, Psicoterapeuta,
Terapeuta de Familia, Perito Judicial.
Consulta de Psicología – Clínica
Beiman Sevilla. España.

Correspondencia:

 infoconsultapsicologia@gmail.com

Tipo de artículo:

Artículo de revisión

Sección:

Psicología clínica

F. recepción: 28/05/2020

F. aceptación: 14/07/2020

Palabras clave:

Dolor,
dolor crónico,
motivación,
conciencia,
actitud.

“Psychoeducation and mental health”

Abstract

All psychotherapeutic process of psychological intervention is a learning process and therefore, it is an educational process, directed by the therapist and elaborated jointly with the person. After years of the standardized establishment of psychology in the health care system, the population does not know exactly what PSYCHOTHERAPY is, much less what it consists of, what are the steps, what are the goals (those of the patient and those of the psychologist), what is the expected temporality, etc.

If we are self-critical, perhaps psychologists have not been able to properly explain these aspects, neither a point that is absolutely essential; that every psychotherapeutic process is a psychoeducational process for the patient, which passes from being a recipient of a technique to an essential actor of personal and clinical change. Without the active involvement of the person there is no improvement, so the chances of relapse will increase. Part of the work of the psychotherapy consists of teaching why the person feel that bad, teaching why he cannot change his repetitive and erroneous guidelines, considering on new ways of approaching his daily difficulties, creating changes in his life despite of the pain that changes can cause and maintain permanently, and learning to discern between the NORMAL and the PATHOLOGIC.

Keywords:

*Pain,
Chronic Pain,
Motivation,
Conscience,
Attitude.*

Introducción

Cuando el equilibrio mental pierde la estabilidad corremos el riesgo que nuestro sistema se descompense y podemos entrar en un estado donde, alteraciones puntuales pasen a ser determinantes en nuestra salud y nos hagan sufrir. Teniendo en cuenta aquel principio clásico de Terencio que decía “hombre soy, nada humano me es ajeno” hemos de tener en cuenta que, al igual que podemos enfermar, podemos adquirir cualquier enfermedad pongamos infecciosa, o podemos padecer cualquier otro tipo de alteración biológica, como estado natural en nuestro vivir diario. Las alteraciones emocionales forman parte igualmente de esas posibilidades. Tener ansiedad puntualmente no es patológico, estar triste tampoco, incluso tener ideas autorreferenciales puntualmente no lo es. El contexto, la intensidad de los síntomas, el momento vital y otros muchos aspectos determinan realmente la gravedad de la sintomatología y no su presencia o no.

Desde este punto de partida toma cuerpo e importancia la Psicoeducación como técnica terapéutica de referencia, e imprescindible en cualquier proceso terapéutico. Da exactamente igual la orientación que cada profesional use ya que en uno u otro momento se utilizará. Sin embargo a pesar de su uso, en rara ocasión se realiza de manera sistematizada o se ha establecido como un programa de intervención claramente delimitado salvo para patologías muy determinantes como por ejemplo los trastornos esquizofrénicos y otros. A pesar que no es un concepto nuevo.

Vamos a intentar exponer que entendemos por psicoeducación en base a la literatura existente y a nuestra propia experiencia clínica:

Psicoeducación es el proceso por el que la persona tiene la posibilidad de desarrollar potencialidades propias en base al descubrimiento de sus fortalezas. Este proceso le lleva a ser capaz de analizar y enfrentarse a las situaciones cotidianas de una forma más adaptativa a como lo venía haciendo.

La hipótesis de partida es que cuando mejor conozca la persona sus propias dificultades personales o el proceso patológico que padece, mejor lo puede afrontar, más recursos propios puede poner en juego y por lo tanto mejor calidad de vida puede llegar a tener.

Antecedentes

Fue John E. Donley quien primero uso este término en 1911 y publicó un primer artículo al respecto [Donley, J. E. (1911). Psychotherapy and re-education. *The Journal of Abnormal Psychology*, 6⁽¹⁾]. En su resumen inicial del artículo ya exponía:

“Los procedimientos psicoterapéuticos apuntan a un fin definido: lograr un reajuste, una reorganización para una adaptación armónica y facilitar su reeducación psíquica”

Desde el momento que incluye el término reeducación, estamos ya refiriéndonos a psicoeducar.

Posteriormente este término cayó en desuso hasta que en 1941 de nuevo se usó esta vez para un libro, “The psychoeducational clinic”, de Brian E. Tolimson. De nuevo cayó en el olvido hasta 1980 donde Carlo M Anderson comienza a usarlo dirigido sobre todo al trabajo con pacientes con esquizofrenia. Los primeros programas psicoeducativos se centraban en la información, mientras que los actuales hacen énfasis en un enfoque más terapéutico⁽⁴⁾.

Esta aparición y desaparición del término plantea la cuestión de la situación actual en la que se encuentra esta técnica de ayuda y, además de exponer los principios básicos de la misma hemos realizado una sencilla búsqueda de su presencia en lo que llevamos de siglo XXI.

Para lo anterior los profesionales de la salud se convierten en la parte esencial del proceso, ya sea como programa de apoyo en sí mismo o como técnica terapéutica al uso en determinados momentos de la intervención psicoterapéutica. En realidad, es un proceso que en mayor o menor medida todos los profesionales de las distintas orientaciones teóricas y prácticas de la psicología y psiquiatría hacemos, pero no siempre se hace de manera sistematizada.

El proceso psicoeducacional puede usarse y se usa, de manera general en tres niveles diferenciados: el primero a nivel individual, el segundo a nivel familiar (estos primeros asociados generalmente a un proceso de intervención psicoterapéutica como venimos diciendo) y el tercero a nivel grupal. Este último suelen ser procesos definidos per se, con un objetivo concreto, sesiones muy sistematizadas y un trabajo intrasesión diferente. En realidad, en cada plano intervencional el profesional de la Salud Mental se comporta de diferente manera y realiza acciones o promueve ejercicios cognitivos o conductuales distintos en función sobre todo de con quien esta. Este elemento es absolutamente esencial, no existirá una adecuada psicoeducación si el mensaje no se encuentra completamente adaptado a la persona o grupos de personas que tenemos delante por lo que el proceso, al igual que ocurre en psicoterapia, se asemeja más a hacer un "traje a medida" que a implementar un proceso definido y rígido. Si no logramos llegar a quien tenemos delante de nada servirá lo que estamos transmitiendo por muy bueno que sea el contenido o incluso la estructura de nuestra intervención.

Los objetivos del proceso psicoeducativo los podemos delimitar en los siguientes puntos:

- Informar a la persona sobre el proceso que está viviendo (ya sea de trastornos psicopatológico o de crisis vital) para que sea capaz de manejar(-se) lo que le ocurre. Los estudios diagnósticos se utilizan para confirmar la sospecha clínica, así como para fundamentar las bases del diagnóstico⁽¹⁾ pero no para tratar a la persona.
- Eliminar prejuicios, que generan pensamientos anticipatorios.
- Mejorar el cumplimiento del tratamiento (que en el caso de estar tomando psicofármacos se vuelve absolutamente esencial).
- Reducir el riesgo de recaídas.
- Aliviar la sobrecarga emocional que puede haber llevado al cortocircuito cognitivo, emocional o conductual.

Y para lo anterior muchos de los autores que han trabajado sobre el concepto (destacamos entre ellos las aportaciones del Dr. Bulacio^(2,3)) son de uso común los siguientes elementos de trabajo:

- Transferencia de la información, es decir, pedagogía clínica: como surgen los síntomas mentales, como suelen evolucionar como pueden haberles impactado, cuáles pueden ser las causas, etc.
- Descarga emocional: permitir a la persona transferir emociones para así ayudarlas a vehiculizarlas adecuadamente de una manera más adaptativa⁽⁶⁾.
- Adherencia al tratamiento (psicoterapéutico o farmacológico): esencial para que trabajo de intervención grupal o de psicoterapia tenga éxito⁽⁵⁾.
- Apoyo a la autoayuda que significa ir poco a poco haciendo consciente y confiable a la persona para que su nivel de autoconfianza crezca y se sienta independiente a la hora de enfrentarse al su mundo, a la hora de mejorar su capacidad de adaptación vital.

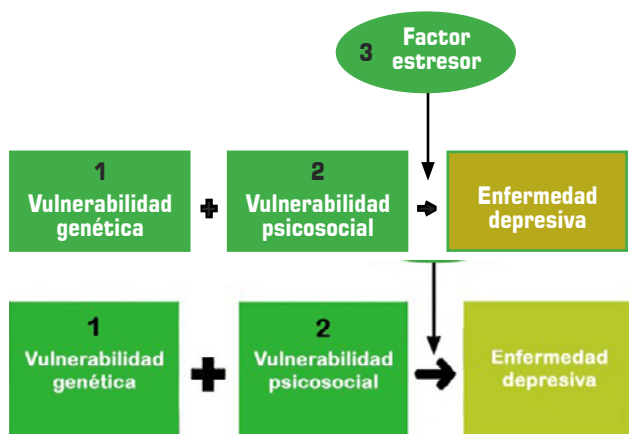
Vivimos bajo la enorme presión del determinismo. Buscamos explicaciones constantemente a las cosas que nos pasan y un tanto por ciento muy elevado de las ocasiones las buscamos fuera de nosotros mismos. Haciendo esto por lo tanto justificamos nuestro estado de ánimo externamente, por razones ajenas. Pienso que cada vez más observamos un mundo, una sociedad más externalizante a nivel atribucional, es decir, lo primero es buscar la explicación, la causa, la razón de lo que nos sucede fuera de nosotros en vez de realizar el camino inverso (y este proceso de enseñanza es esencial en el proceso psicoeducativo). Esto es mucho más importante de lo que parece ya que lo de afuera, nosotros lo podemos cambiar de forma muy limitada, pero lo interno, depende casi en exclusiva de lo que hagamos, de lo que pensemos, de lo que decidamos hacer con ello y por nosotros mismo.

Lo determinante, por lo tanto, no es la experiencia en sí misma, sea la que sea, sino cómo cada persona la incorpora a su propia experiencia, como se enfrenta a los problemas en sí mismo. Podemos afirmar por lo tanto que es por lo anterior pues que el desarrollo de la persona NO está determinado por los problemas que haya vivido, sino por CÓMO los ha elaborado.

El origen de un tanto por ciento muy elevado de los trastornos mentales es por tanto, multifactorial y, aunque desconocemos las causas completamente exactas de las mismas, sí sabemos que diversas circunstancias influyen en su aparición, y las mismas causas afectan de diferentes maneras a diferentes personas.

Los factores implicados por lo tanto desde el punto de vista que estamos partiendo y como se explicitó, Tena Hernández⁽⁸⁾ son la vulnerabilidad genética, vulnerabilidad psicosocial y, en ocasiones, en la mayoría de las ocasiones, la aparición de un acontecimiento estresor (el detonante). Observemos su desarrollo en los procesos depresivos:

Teoría de los tres impactos



La vulnerabilidad: Genética y Psicosocial

La vulnerabilidad es una posibilidad, no un hecho, esto es importante tenerlo en cuenta y trasladarlo al paciente. En el ser humano la vulnerabilidad es una cualidad que la tenemos. No existe la persona invulnerable. Podemos concluir, pues, que la herencia genética, aunque puede ser importante en el origen de los trastornos mentales, no es suficiente para que se produzca; se necesita de los impactos siguientes: vulnerabilidad psicosocial y/o un factor estrés.

La vulnerabilidad psicológica en los trastornos mentales hace referencia a los recursos psicológicos que la persona tiene, o no tiene, ha adquirido, o no ha adquirido, para afrontar los diferentes acontecimientos traumáticos de su vida. De una manera más gráfica, depende de las herramientas personales que nos hayan dado, que hayamos adquirido y que nos hayan enseñado a usar para enfrentarnos de una manera adecuada a nuestra realidad, a las demandas de nuestra vida. Esto va a determinar lo que llamamos nuestra Salud Mental.

La vulnerabilidad social en el trastorno mental tiene que ver con el grupo social, lo que nos rodea desde el mismo momento que venimos al mundo (familia, escuela, amigos, compañeros de trabajo) va modelando

a la persona desde que nace y es una influencia determinante en su conducta, en lo que hacemos para enfrentarnos al mundo. El individuo, como ser social, inevitablemente social, está interrelacionado con su entorno. Esas relaciones son en parte generadoras de nuestros sentimientos (amor, odio, celos, etc.), pero también origen de recompensas (valoración, aprecio y afecto) y castigos (rechazo, agresión, etc.). Cuando el entorno de la persona es sano, predecible, más o menos seguro, los miembros del grupo de retroalimentan mutuamente, cuando el grupo tiene un mal funcionamiento se eleva la posibilidad de repercusiones negativas sobre los miembros del grupo. En los miembros con una personalidad más influenciada, de manera más determinante, en personas con personalidades más definidas, también, pero sus capacidades personales son capaces de compensar las deficiencias relacionales que vienen del exterior. Un entorno estable y positivo tiende a aportar a la persona, un entorno inestable y desadaptativo eleva las posibilidades de desequilibrio personal.

Factores estresores en los trastornos mentales

Podemos definir el factor estresor como cualquier situación o suceso familiar, personal o social que provoca estrés. A veces el factor estresor no es fácilmente identificable. Otras veces si es identificable pero lo que no queda claro es la relación entre el hecho impactante en sí mismo (causa) y las consecuencias a nivel de desequilibrio emocional (efecto).

Con frecuencia pueden intervenir factores que podríamos denominar “micro estresores” cuya suma (en rara ocasión si se presentan por separado) pueden desencadenar un desequilibrio emocional que puede llevar al trastorno mental; otras veces no se identifica en el nivel consciente ninguna causa, pero profundizando podremos encontrar experiencias no resueltas o traumas reprimidos, situaciones apartadas o apartadas y no elaboradas. Cualquier cosa puede ser un elemento estresor, y cualquier cosa que para alguien puede serlo para otra persona no lo es.

Metodología

Para observar el impacto que el concepto de psicoeducación está teniendo en la comunidad científica y de esta manera quizás calibrar su uso e importancia a nivel práctico, se ha realizado una búsqueda a través de los motores de tres buscadores inter-



nacionales ampliamente usados como son: Dialnet (<https://dialnet.unirioja.es/>), Scielo (<https://scielo.org/es/>) y Base (<https://www.base-search.net/>). Se han realizado búsquedas en dos más: WordWideScience y Redalyc. El primero de ellos lo hemos excluido ya que no hacía una discriminación clara del tipo de entradas ni de las publicaciones por años, aspecto este

central en nuestra investigación. El segundo de ellos ha sido no incluido ya que no contenía referencias significativas. En los demás se han incluido en ellos todos los tipos de comunicaciones que cada una de ellas tenía siendo variable y diferente cada una de ellas especificándolo en el cuadrante que más abajo exponemos:

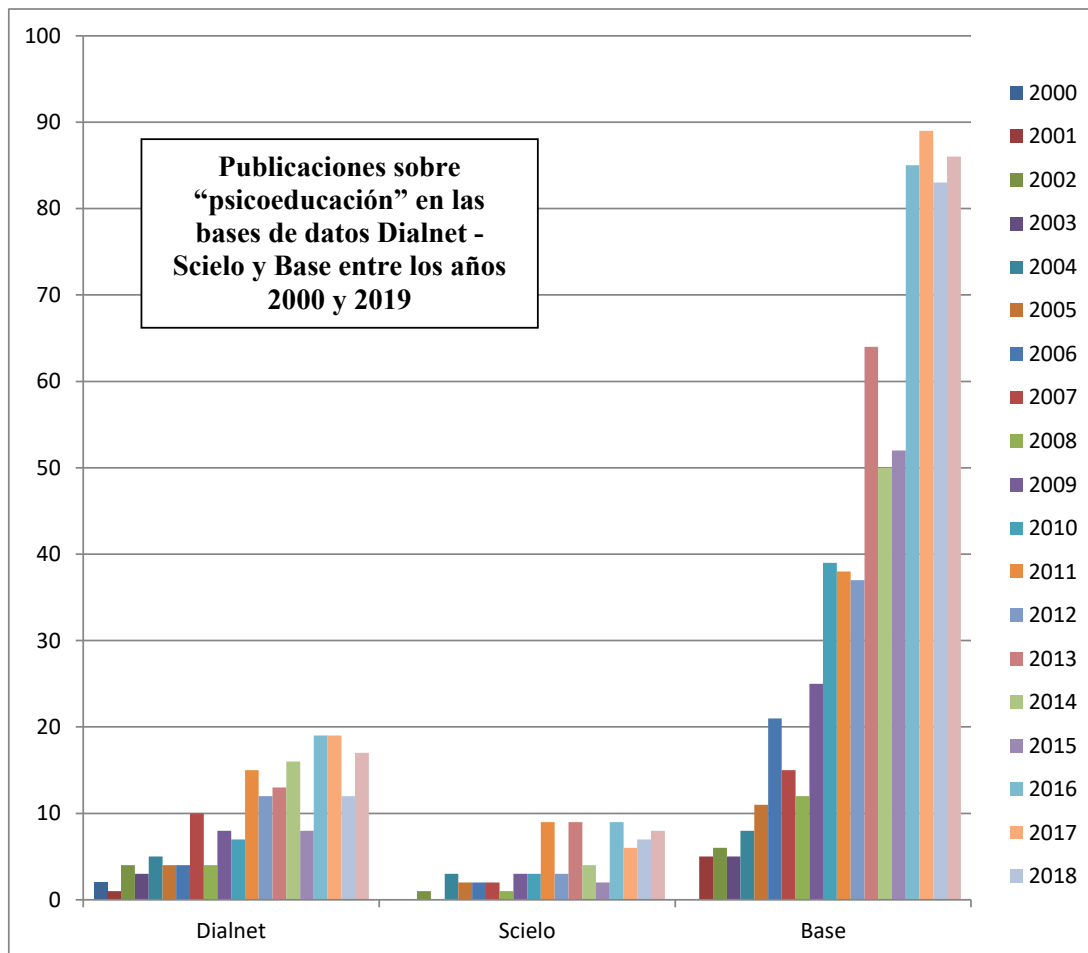
Dialnet	Artículos de revistas, Tesis, Artículos de libros y Libros.
Scielo	Artículos de revista, artículos de revisión, Informes de casos, Comunicaciones rápidas.
Base	Artículos de revistas, Proyectos de Fin de carrera, Tesis, Trabajos Fin de Masters, Conferencias, reportes, Partes de Libros, Libros y Pequeñas Imágenes.

De la misma manera hemos implementado el rango temporal entre los años 2000 y 2019 ya que si bien anteriormente a la primera fecha y en este mismo año, 2020, si bien hay publicaciones estas no eran significativas a nivel estadístico.

Resultados

Los resultados de la búsqueda expuesta los tenemos en el siguiente diagrama de barras donde

observamos claramente como en lo que llevamos de siglo ha existido un manifiesto incremento en el interés por este tema por parte de la comunidad científica siendo sostenido el aumento de publicaciones al respecto. Llama la atención como el buscador Base contempla cifras significativamente más elevadas que los anteriores al tener un espectro más amplio de tipos de publicaciones científicas como hemos expuesto en la metodología. Sin embargo, resulta más que homogéneo el aumento evolutivo en todos y cada uno de los buscadores citados.



Discusión

A pesar que resulta más que evidente el interés progresivo por parte de autores de la comunidad científica en el proceso de la Psicoeducación, observamos que realmente no es una temática que realmente cuente con un cuerpo científico poderoso, establecido y que recurramos a ella con la sistematicidad científica que realmente merece. Además, hemos observado todo un cuerpo teórico y una sistematicidad en el uso del recurso de intervención.

Volviendo a referirnos al Dr. Bulacio (2,3) expone como existen unas herramientas de uso básico en el concepto de psicoeducación que son los elementos a tener en cuenta, variables que de una mayor sistematización en su uso podría tener la misma consolidación científica que otras técnicas. Las herramientas a las que se refiere el autor señalado la podemos esquematizar de la siguiente manera:

Herramientas Psicoeducacionales

- P.A.D. Potencial de Adaptación
- P.E.X. Potencial Experiencial
- Esquemas relacionales
 - Consideración
 - Seguridad
 - Confianza
 - Disponibilidad
 - Congruencia
 - Empatía

Mediante lo anterior podemos hacer frente a lo esencial que es el CAMBIO, ese movimiento que lleva a la persona a generar los suficientes movimientos adaptativos para que su nivel funcional aumente y su percepción emocional sea equilibra-

da. Para ello el trabajo consiste en responder a las siguientes preguntas:

¿Cómo puedo cambiar?

Para empezar desde la psicoeducación se coincide en que, no se puede seguir haciendo lo mismo, ya que hacer lo mismo es que ocurran las mismas cosas. Pero por otro lado hay que enfrentarse a los pensamientos de distinta manera. Si entramos en una lucha contra uno mismo, por cómo nos sentimos lo pasamos mal, si sentimos que pensamos una y otra vez lo mismo y nada cambia, seguiremos igual. Uno de los grandes problemas que tienen las personas que sienten mal emocionalmente es que el nivel de autocritica es muy elevado y no saben reírse de sí mismos.

Los pacientes deben aprender se les debe enseñar que:

- Qué es lo correcto (lo mejor) para ellos mismos
 - A apreciar su verdadera identidad.
 - NO decir que NO
 - Aprender a separar las creencias racionales de las irracionales y con ellos aceptar la REALIDAD
 - Al pensar distinto, sentimos distinto y actuamos por lo tanto de manera distinta. Cuando interpretamos distinto, nuestro cerebro siente distinto.
 - Haz, no dejes hacer
-

¿Cómo me mantengo? Discernir entre lo NORMAL y lo PATOLÓGICO

Areteo, médico griego (30-90 d.c.) decía lo siguiente: "El trastorno mental es una exageración cuantitativa del proceso normal" (es decir, es lo normal elevado en nivel de intensidad). Importante conclusión que debemos enseñar. En definitiva, los trastornos mentales son un juego de fuerzas que abarca como hemos estado indicando, desde la vulnerabilidad genética, pasando por la propia personalidad del sujeto, que se ha ido modelando a lo largo de su existencia, así como la forma del grupo social y familiar donde se desarrolla, y por último, en algunos casos, el acontecimiento vital que se ha producido en los seis meses anteriores (esta temporalidad es la que suelen marcar los manuales diagnósticos): hecho traumático, vivencia dolorosa, rechazado, minusvalorado, etc. No obstante, dependiendo de la entidad del trastorno mental, tendrá más o menos importancia cada uno de los tres impactos ante des-critos.

Discussion

Although it is more than evident that there is a progressive interest on the part of authors from the scientific community in the process of Psychoeducation, we observe that it is not really a subject that really has a powerful, established scientific body and that we resort to it with the scientific systematics that it really deserves. Moreover, we have observed a whole theoretical body and a systematicity in the use of the intervention resource.

Referring again to Dr. Bulacio (2,3), he explains how there are some tools of basic use in the concept of psychoeducation that are the elements to take into account, variables that from a greater systematization in their use could have the same scientific consolidation as other techniques. The tools referred to by the aforementioned author can be schematized in the following way:

Psychoeducational tools

- P.A.D. Adaptation Potential
- P.E.X. Experiential Potential
- Relational diagrams
 - Consideration
 - Security
 - Trust
 - Availability
 - Consistency
 - Empathy

By means of the above we can face the essential that is CHANGE, that movement that leads the person to generate enough adaptive movements so that their functional level increases and their emotional perception is balanced. To do so, the work consists of answering the following questions:

How can I change?

To start from psychoeducation we agree that, we cannot continue doing the same thing, since doing the same thing is for the same things to happen. But on the other hand one has to face thoughts in a different way. If we enter into a fight against ourselves, because of how we feel we have a bad time, if we feel that we think the same thing over and over again and nothing changes, we will remain the same. One of the big problems that people who feel bad emotionally have is that the level of self-criticism is very high and they do not know how to laugh at themselves.

Patients must be taught that:

- *What is right (best) for them*
- *To appreciate their true identity.*
- *NOT to say NO*
- *Learning to separate rational beliefs from irrational ones and with them accept REALITY*
- *By thinking differently, we feel differently and therefore act differently. When we interpret differently, our brain feels differently.*
- *Do, do not let*

How do I stay? Discern between the NORMAL and the PATHOLOGICAL

Areteo, a Greek physician (30-90 A.D.) said the following: “Mental disorder is a quantitative exaggeration of the normal process” (i.e., it is the normal that is elevated in intensity). Important conclusion that we must teach. In short, mental disorders are a set of forces which cover, as we have been indicating, from genetic vulnerability, passing through the subject’s own personality, which has been modelled throughout his existence, as well as the form of the social and family group where he develops, and finally, in some cases, the vital event which has occurred in the previous six months (this temporality is what diagnostic manuals usually mark): traumatic event, painful experience, rejection, handicap, etc. However, depending on the entity of the mental disorder, each of the three impacts described above will have more or less importance.

Conclusiones

La psicoeducación es un término que se utiliza poco en España a nivel cotidiano, a nivel clínico, pero que sin embargo de una u otra forma es una tarea absolutamente necesaria cuando se realiza psicoterapia, y que de hecho los terapeutas hacemos. **Desde mi punto de vista, toda psicoterapia conlleva psicoeducación.** Hace referencia a la educación, información o reflexión que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar los síntomas que presenta, que los entienda, que separe como afrontarlos y que sepa adelantarse a situaciones más difíciles y recaídas. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del

paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. **La teoría es, cuanto mejor conozca y entienda el paciente su propia sintomatología, mejor puede vivir con su condición.**

Debido a que, con frecuencia, es difícil para los miembros de la familia y para el paciente aceptar el diagnóstico del mismo, la psicoeducación también tiene la función de contribuir a la no estigmatización de los trastornos psicológicos y a disminuir las barreras para el tratamiento. La psicoeducación, a través de una opinión mejorada de las causas y efectos del trastorno, a menudo ensancha el punto de vista del paciente acerca del mismo y este mayor entendimiento puede afectar al paciente de manera positiva. De esta manera se disminuye el riesgo de recaída. Los pacientes y los miembros de la familia que están mejor informados sobre el trastorno se sienten menos impotentes. Elementos importantes en la psicoeducación son:

- Transferencia de la información, como comunicamos (sintomatología de los trastornos, causas, conceptos del tratamiento etc.)
- Descarga emocional, permitir y dosificar (entender para animar, cambio de experiencias con otros, preocupaciones, contactos etc.)
- Apoyo con medicina, al mismo tiempo que se promueve la cooperación entre el profesional en salud mental y el paciente, (conformidad, adherencia).
- Apoyo para la autoayuda (ej. entrenamiento tan pronto como se reconozcan las situaciones de crisis, entrenamiento en relajación (7) y los pasos que se deben emprender luego, para ser capaz de ayudar al paciente)

Conclusions

Psychoeducation is a term that is rarely used in Spain on an everyday level, on a clinical level, but nevertheless in one way or another it is an absolutely necessary task when performing psychotherapy, and in fact we therapists do it. From my point of view, all psychotherapy involves psychoeducation. It refers to the education, information or reflection that is offered to people who suffer from a psychological disorder, although this type of psychological intervention also includes emotional support, problem solving and other techniques. The goal is for the patient to understand and be able to manage the symptoms they present, to understand them, to separate how to deal

with them and to know how to anticipate more difficult situations and relapses. Similarly, the patient's own strengths, resources, and coping skills are reinforced to prevent relapse and contribute to their own health and well-being on a long-term basis. **The theory is, the better the patient knows and understands his own symptoms, the better he can live with his condition.**

Because it is often difficult for family members and the patient to accept the patient's diagnosis, psychoeducation also has the role of contributing to the non-stigmatization of psychological disorders and lowering barriers to treatment. Psychoeducation, through an improved view of the causes and effects of the disorder, often broadens the patient's view of the disorder and this increased understanding can affect the patient in a positive way. This reduces the risk of relapse. Patients and family members who are better informed about the disorder feel less helpless. Important elements in psychoeducation are

- Transfer of information, how we communicate (symptoms of the disorder, causes, treatment concepts etc.)
- Emotional discharge, enabling and dosing (understanding to encourage, exchange of experiences with others, concerns, contacts etc.)
- Support with medicine, while promoting cooperation between mental health professional and patient, (compliance, adherence)
- Support for self-help (e.g. training as soon as crisis situations are recognised and the steps to be taken afterwards, to be able to help the patient)

Declaración de transparencia

El autor principal (defensor del manuscrito) asegura que el contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

Fuentes de Financiación

El autor declara la realización del manuscrito por ingresos propios.

Conflicto de Intereses

No existen conflictos de intereses.

Publicación

El presente artículo ha sido presentado como ponencia titulada "Psicoterapia, aspectos psicoeducativos en la promoción de la salud" en las II Jornadas Nacionales Virtuales sobre Promoción de la Salud y Educación Sanitaria, celebradas del 05 de marzo al 16 de abril de 2018, organizadas por la FeSP-UGT/Andalucía y reconocidas de INTERÉS CIENTÍFICO SANITARIO por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía con el Expediente 203/17.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borsook, D., LeBel, A.A., McPeck, B., "Massachusetts General Hospital, tratamiento del Dolor". Madrid. Editorial Marban. 1999.
2. Bulacio J.M. (2006) "Factores inespecíficos en Psicoterapia, desde el modelo cognitivo constructivista realista", Bs.AS
3. Bulacio, J.M.; Vieyra, M.C.; Rivero, M.E. (2003) "¿Por qué grupos psicoeducacionales y de autoayuda en trastornos de ansiedad?", *Anxia*.
4. Colom, F. "Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria", *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 40, suplemento 2011.
5. Merayo Alonso, L.A., Cano García, F.J., Rodríguez Franco, L., "Motivación para el cambio como predictor de la adherencia terapéutica en el dolor crónico", *Apuntes de Psicología*, 2008, Vol. 26, Nº 2, pg 331-339.
6. Molinari, G., Vizcaíno, Y., Herrero, R., del Río González, Eva., Agustí López, Ana Isabel., García Palacios, Azuzena. "Potenciando las emociones positivas y la activación comportamental en pacientes con fibromialgia mediante la utilización de nuevas tecnologías". *Forum de Recerca* Nº 16. Universitat Jaume I.
7. Ramírez Sánchez, A.; Espinosa Calderón, C.; Herrera Montenegro, A.F.; Espinosa Calderón, E.; Ramírez Moyano, A. (2014), "Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad". *Revista Enfermería Docente* 2014; enero-diciembre (102): 6-12
8. Tena Hernández, Francisco Javier (2018) "Psicoterapia, aspectos psicoeducativos en la Promoción de la Salud" PONENTE, II Jornadas Nacionales Virtuales sobre Promoción de la Salud y Educación Sanitaria.

¡AVANZANDO
CON LA REVISTA
CIENTIFICA
SANUM!

https://www.revistacientificasanum.com

SANUM

Revista Científico-Sanitaria

Número actual | Archivo | Sobre la revista | Autores

SANUM científico-sanitaria es una revista digital de publicación periódica, con artículos en áreas sanitarias profesionales. La revista publica artículos originales, inéditos; los cuales son los trabajos deben cumplir las normas de **calidad, validez y rigor científico** para promover el conocimiento científico-sanitario y de expresión de la Federación de Empleados de Comercio (FESP UGT Andalucía).

SANUM es la revista científica sanitaria y de expresión de la Federación de Empleados de Comercio (FESP UGT Andalucía).

Es una revista Open Access (OA): todos sus artículos son accesibles libremente en Commons

Indexación:
La revista se encuentra en proceso de indexación en varias bases de datos internacionales

Leer Online

ISSN: 2530-5468
Vol. 2. Núm. 3. Octubre 2018.

Editorial: Anisakis. todo lo que hay que saber para estar protegido@
Juan Carlos Díaz Conejero
Sanum. nº3, vol.2, páginas 3.

Escribe aquí para buscar

www.revistacientificasanum.com



Nueva web revista científica SANUM.

Como nuevo avance en el proceso de modernización de la revista científica SANUM y como elemento esencial de su proceso de indexación en bases de datos internacionales, nace la nueva WEB de la REVISTA, que puede consultarse desde cualquier ordenador o dispositivo móvil.

En la nueva web está disponible toda la información de la revista en línea y todos los números publicados hasta ahora como revista Open Access.

¡Consúltala!

tificasanum.com

Úlceras por presión. Revisión bibliográfica

Cobos-López G. *Úlceras por presión. Revisión bibliográfica.*
SANUM 2020, 4(3) 48-59

AUTOR

Gonzalo Cobos López
Grado de enfermería. Desempleado.

Correspondencia:

 gonzalocobos97@gmail.com

Tipo de artículo:

Artículo de revisión

Sección:

Enfermería médico-quirúrgica.

F. recepción: 07-08-2020

F. aceptación: 05-10-2020

Resumen

La incidencia de úlceras por presión en Atención Especializada en España es de 7,87%. La mayoría de estudios tanto internacionales como nacionales ponen de manifiesto que las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son el escenario asistencial en donde se sufre mayor tasa de incidencia de úlceras por presión. Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo evaluar tres de las diferentes escalas de valoración de úlceras por presión usadas en UCI: el índice de COMHON, la escala de Braden y la escala de Norton. Se usaron las bases de datos electrónicas, CINAHL Complete, Medline y Cochrane Library.

Tras analizar los artículos, se puede observar como resultados que aquellas unidades que usan el índice de COMHON presentan menos incidencias de úlceras por presión que aquellas en las que ha sido usado la escala de Braden y la de Norton.

Palabras clave:

Úlcera por presión,
epidemiología,
incidencia,
revisión,
riesgo,

Pressure ulcer. Systematic review

Abstract

The incidence of pressure ulcer in Hospitals in Spain is 7.87%. Most studies show that the Intensive Care Units (ICU) are the place with more rate of incidence by pressure ulcer. This systematic review has the objective of evaluate three of the most common pressure ulcer risk scales: the COMHON index, the Braden scale and the Norton scale. The research was made using the databases CINAHL Complete, Medline and Cochrane Library.

After all the analysis, we can conclude as results that those units using the COMHON Index have less incidence of pressure ulcer than those using the Braden or Norton scales.

Keywords:

*Pressure ulcer,
epidemiology,
incidence,
review,
Risk,*



Instituto
Lectura Fácil

PARA LA PROMOCIÓN
Y UNIVERSALIZACIÓN
DE LA LECTURA FÁCIL
Y DE LA ACCESIBILIDAD
COGNITIVA.



www.institutolecturafacil.org

Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son un grave problema de salud afectando a todos los sistemas de salud teniendo gran repercusión sobre la morbimortalidad de los pacientes. Se definen como lesiones de la piel o del tejido subcutáneo que ocurren debido a una presión sobre diversas zonas del cuerpo o por los llamados movimientos de cizalla/rozamiento de otras superficies con la piel.

Los lugares más frecuentes de aparición de dichas lesiones son en prominencias óseas, como la zona escapular, sacra o maleolar.

Los factores de riesgo principales serían:

- Pacientes con movilidad reducida¹ ya sea por un mal estado físico que les impida la movilidad o un mal estado cognitivo; zonas edematizadas; la presencia de una previa úlcera de tipo 1; un mal estado nutricional del paciente también conlleva a la aparición de lesiones tisulares²; zonas que por determinadas patologías como incontinencias se encuentren con mucha humedad constantemente; una edad avanzada del paciente o no usar ciertos dispositivos de ayuda como colchones antiescaras³ o colchones que distribuyen las presiones⁴.

Dentro de la UCI existen factores de riesgo que son inherentes a estas unidades como son el propio equipo de ventilación que use el paciente, múltiples catéteres intravenosos, el uso de medicación vasoactiva para mejorar la presión sanguínea provoca un aumento de la vasoconstricción pudiendo disminuir la perfusión a tejidos tisulares⁵ y la inmovilidad de los pacientes ligada a un elevado tiempo de ingreso en la unidad aumenta el riesgo de aparición de UPP⁶.

Las UPP son lesiones que requieren una intervención multidisciplinar entre enfermería, medicina, nutricionistas y en ocasiones de fisioterapeutas³.

Tras el último estudio de prevalencia de UPP en España se puede observar que las UPP lejos de ser un problema banal son un problema de salud importante a nivel mundial, se obtuvo una prevalencia de UPP del 7.87% en Atención Especializada (AE), un 8.51% en Atención Primaria (AP) para personas en programas de atención domiciliaria, un 13.41% en centros sociosanitarios y un 18,50% en UCI siendo esta la unidad hospitalaria con mayor índice de UPP⁷.

En primera instancia, el abordaje de las UPP debe ser una buena prevención, lo cual se inicia mediante

un cálculo del riesgo de padecer dichas UPP en los pacientes; seguido después de las propias medidas de prevención.

Este tipo de úlceras es aconsejable que se laven con suero salino fisiológico, y se desbriden mediante un entorno húmedo ya que ayuda al **desbridamiento autolítico**.

Lo más usado son las curas con **hidrocoloides** ya sea en forma de apósitos o de gel.

Sobre todo debe evitarse un drástico cambio de cura húmeda a seca con productos como la povidona yodada ya que esto puede crear una capa de tejido seco que impida que realmente se produzca la cura de la úlcera.

Junto al tratamiento químico es conveniente la realización de otro tipo de tratamiento no químico para prevenir la aparición de estas lesiones o evitar que se incrementen. Podría ser el reposicionamiento del paciente en cama con distintos cambios posturales, disminuyendo la fuente de la presión o el uso de colchones de flujo de aire con distintas presiones⁴. Algunas de estas técnicas son sencillas como poner una almohada debajo de las piernas del paciente para que sus talones se encuentren en el aire evitando así la presión en talones o maléolos³. Una adecuada higiene e hidratación de la piel y dieta adecuada a cada paciente en función del momento de su estancia Hospitalaria.

Estas son un conjunto de medidas tanto preventivas en aquellos pacientes de riesgo como obligatorias en pacientes que ya hayan desarrollado UPP.

Las UPP se pueden clasificar en varios tipos atendiendo principalmente a la profundidad de la lesión y qué tipo de tejidos se ven afectados.

Categoría 1: Eritema no blanqueable⁸

Piel prácticamente intacta con enrojecimiento sobre un área con prominencia ósea. El paciente puede referir leve dolor en la zona, puede notarse más caliente o fría en comparación a la piel de los alrededores y más suave³.

Categoría 2: Úlcera de espesor parcial⁸

Las úlceras de este tipo se caracterizan por una pérdida mayor del espesor de la dermis, viéndose como una herida abierta poco profunda con lecho rosado sin esfacelos. Puede presentar aspecto de abrasión o flictena⁹.

Categoría 3: Pérdida total del grosor de la piel⁸

Se caracterizan por una pérdida completa del tejido dejando visible el tejido adiposo subcutáneo, pero no huesos, tendones o músculos. Puede presentar esfacelos a diferencia de las de estadio 2.

Presentan una profundidad variable en función de la zona afectada, aquellas zonas con mucho tejido graso pueden desarrollar estas úlceras con una gran profundidad³, pero nunca llegan a fascia subyacente⁹.

Categoría 4: Pérdida total del espesor de los tejidos⁸

Se observa una pérdida total del tejido con hueso, tendón o músculo expuesto llegando incluso a ser palpable. Es muy probable que presenten esfacelos por los lechos de la herida.

Al igual que las anteriores (estadio 3) su profundidad dependerá del área anatómica afectada. Debido a su gran extensión hasta estructuras óseas tienen el riesgo de provocar en el paciente una osteomielitis.

Categorías adicionales³:

- **Úlcera de categoría desconocida:** Son úlceras con una profundidad desconocida debido a la pérdida de tejidos en donde su base se encuentra cubierta totalmente por esfacelos. Por tanto, hasta su limpieza y cura de dichos esfacelos no es posible la determinación de la herida en una de las categorías anteriores (1 a 4).
- **Sospecha de lesión de tejidos profundos:** Área de color púrpura o marrón acompañada de piel decolorada con flictena hemática.

Este trabajo tiene como objetivo la revisión de diferentes estudios y ensayos clínicos en los que compararemos la incidencia de UPP en función de la escala de valoración de riesgo de desarrollar UPP usada.

Revisaremos las dos escalas más usadas a nivel mundial como son **la escala de Braden y Norton, y el índice COMHON**, el cual fue creado por un equipo de Enfermería del Hospital Universitario San Cecilio (Granada).

El índice COMHON es una escala de valoración del riesgo de un paciente encamado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), esta fue creada ya que muchas de las escalas de valoración usadas actualmente no incluyen ciertos riesgos específicos de UCI¹⁰.

Este índice consta de los siguientes ítems:

- **Nivel de conciencia, Movilidad, Hemodinámica, Oxigenación, Nutrición, Humedad, Antecedentes y Tiempo de Estancia.** En Anexos se muestra una tabla con dichos ítems.

Para un tamaño muestral de 496 pacientes y una prevalencia de UPP de 13,6% entre los dos Hospitales principales en los cuales se realizaron los muestreos, con un tiempo de muestra no superior a los 30 minutos entre observadores para así asegurar que la condición del paciente no había variado y evitar sesgos. El índice COMHON reúne criterios de validez y fiabilidad, por lo que puede ser utilizada para la identificación de pacientes en UCI con riesgo de desarrollar UPP estableciendo los puntos de corte para la escala de **5 a 8 un bajo riesgo de UPP, 9 a 13 riesgo moderado y por último 14 a 20 alto riesgo** de UPP¹⁰.

La escala de Braden consta de 6 ítems:

- **Percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones.** En Anexos se muestra una tabla con los ítems correspondientes.

Cada uno de estos se puntúa del 1 al 4 (siendo el 1 lo más negativo) en función de la afectación del paciente salvo el último (roce y peligro de lesiones) que toma valores de 1 a 3.

Los puntos de corte de la escala están determinados para riesgo bajo (15-16 puntos), riesgo moderado (13-14 puntos) y alto riesgo (< de 12 puntos)¹¹.

La escala de Norton intenta detectar el riesgo de UPP según 5 ítems:

- **Estado físico, incontinencia, movilidad, actividad y estado mental.** En Anexos se muestra una tabla con dichos ítems.

Cada uno de estos ítems se valora del 1 al 4 (igual que las otras escalas el 1 es el valor más negativo). Sus puntos de corte serían riesgo mínimo (15 a 20 puntos), riesgo evidente (12 a 14 puntos) y alto riesgo (< de 12 puntos)¹¹.

Métodología

Esta revisión bibliográfica se ha llevado a cabo para principalmente resumir y localizar tanto ensayos clínicos aleatorizados (ECA) como otros estudios descriptivos o de cohortes que hayan utilizado

las diferentes escalas de valoración mostradas en la introducción de este trabajo y la incidencia de UPP en sus Hospitales o Unidades de Hospitalización.

Para ello se ha realizado previamente una revisión de los últimos ensayos clínicos y artículos acerca de este tema y su relación con la profesión de Enfermería, seleccionándose así los mejores artículos que cumplieran con los criterios de inclusión del trabajo.

Se realizó también una búsqueda bibliográfica para contemplar aquellas escalas más usadas actualmente sobre todo en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) las cuales son principalmente la escala Braden, la escala Norton y la COMHON.

Para llevar a cabo la búsqueda de los artículos y ensayos se recurrió al protocolo de revisión **Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA)**, que mediante una lista de 27 puntos se realiza una comprobación sobre los apartados más representativos de un artículo original¹².

La fecha de publicación de los artículos se comprende entre 2011 y 2019, sin limitaciones en el idioma de publicación.

Los artículos han de reunir los siguientes criterios de inclusión:

- Definición de UPP, tipos de UPP, tratamiento de UPP, escalas de valoración de UPP e incidencia de UPP en las unidades hospitalarias.

Se buscaron los artículos en las siguientes **bases de datos electrónicas**:

- **CINAHL Complete** (*Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*): una base de datos especialmente diseñada para responder a las necesidades de los profesionales de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional, así como otros relacionados.
- **Cochrane Library**: base de datos para preparar, mantener y diseminar revisiones sistemáticas y actualizadas de ensayos clínicos sobre las intervenciones sanitarias.
- **Medline**: la base de datos de bibliografía médica más amplia que existe, a través del motor de búsqueda *PubMed*.

La búsqueda incluyó el uso de términos **MeSH** (*Medical Subject Headings*) obtenidos del vocabulario multilingüe **DeCS** (*Descriptores en Ciencias de la*

Salud). Los principales términos MeSH empleados fueron: “*pressure ulcer*”, “*types*”, “*feeding behavior*”, “*scale*”, “*úlceras por presión*”, “*conducta alimentaria*”, “*incidencia*”, “*escala de valoración*”, “*critical care*”, “*cuidados críticos*”. Operadores booleanos usados: “*and*”, “*or*”. Los artículos se transfirieron al software Mendeley, en el cual se eliminaron posibles duplicados.

Resultados

En este trabajo se han analizado 8 diferentes artículos tanto estudios descriptivos, de cohortes como ECA los cuales se muestran en la tabla 1 de anexos.

En primer lugar analizaremos aquellos artículos que usan la escala de Braden. El uso de esta escala es muy extendido en todos los ámbitos de la atención enfermera desde AP hasta AE.

Para comenzar, en el estudio llevado a cabo en el Hospital Virgen del Rocío por González Méndez M et al¹³ se obtuvo una incidencia de pacientes con desarrollo de UPP del 8,1%, de las cuales 40,6% fueron de grado 1 y 59,4% de grado 2, con un tamaño muestral (n) de 335 pacientes.

Algunas de estas UPP (88,9%) aparecieron incluso en los primeros 14 días de hospitalización¹³. Según Nixon et al¹⁴ en su estudio contaron con una muestra de 15277 pacientes, tuvo una incidencia de 7,9% de UPP de grado 2¹⁴.

Por otro lado en el estudio llevado a cabo en el Hospital Universitario Araba (HUA)-Txagorritxu por Rodríguez Núñez C. et al¹⁵ se alcanzó una incidencia de 6,78% de UPP de un total de 811 pacientes a lo largo del año que duró el estudio de casos. Predominaron las UPP de grado 2 (52,73%) seguidas de las de grado 1 (43,64%) y por último las de grado 3 y 4 con la misma frecuencia (1,82%)¹⁵.

Así mismo, encontramos aquellos que usaron la escala de Norton para medir el riesgo/incidencia de UPP en sus pacientes.

El estudio de López M. et al² en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV), obtuvo una muestra de 219 pacientes en los cuales aplicándoles la escala de Norton obtuvieron a un 77% de casos con riesgo mínimo de desarrollar UPP, aumentando dicho riesgo con la edad de los pacientes, sin embargo no destacan en dicho estudio la incidencia de UPP en su estudio, únicamente los valores de riesgo de sus pacientes².

En el **Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid) Lospitao Gómez S. et al**¹⁶ realizaron un estudio en el que se usó también la *escala de Norton* para medir el riesgo de desarrollar UPP en una muestra de pacientes de 2534, de los cuales 292 (11,52%) desarrollaron UPP las cuales se pudieron categorizar de la siguiente manera: 46,5% de grado 1; 42% de grado 2; 9,3% de grado 3 y finalmente 1,6% de grado 4¹⁶.

Otro estudio en residencias de Países Bajos incluyó a 83 pacientes de más de 65 años de edad se obtuvo una incidencia de 21,9% en las cuales la mayoría de estas eran de grado 3 (6 pacientes) y de grado 2 (3 pacientes)¹⁷.

Por último, el **Hospital Universitario San Cecilio (Granada) en el que Cobos Vargas A. et al**¹⁸ usaron el *índice COMHON*, se muestra una incidencia de UPP de 8,4% en el hospital y un 6,66% en la UCI, tomando como tamaño muestral a todos los pacientes ingresados hasta el corte del estudio¹⁸.

En la UCI del **Hospital Universitario de Canarias Leal Felipe M de los A. et al**¹⁹ obtuvieron una incidencia del 5,5% de UPP en 45 meses de estudio teniendo un total de 2777 pacientes evaluados con el *índice COMHON*¹⁹.

Discusión

Los resultados expuestos indican que en aquellas unidades hospitalarias y UCI que se llevó a cabo una valoración y seguimiento para la medida del riesgo de UPP mediante el índice COMHON registran valores de incidencia de UPP muy similares a los de otros estudios realizados mediante la escala de Braden o Norton, siendo incluso en ocasiones estas incidencias de menor porcentaje.

Acercas del índice COMHON podemos destacar otra serie de variables estadísticas que nos dan a conocer la utilidad de dicha escala como son la especificidad; los valores predictivos positivo y negativo; la sensibilidad.

Estudios que han analizado estos valores deberíamos nombrar el de *Cobos A. et al*¹⁰ en el que señala una sensibilidad del índice COMHON del 97,1%; una especificidad del 73,2%; un valor predictivo positivo del 36,3% y un valor predictivo negativo de 99,4%.

Siguiendo con este tipo de variables tenemos también el estudio de *Leal-Felipe M. et al*¹⁹ en el

cual obtienen un valor predictivo positivo del índice COMHON de 55,2%; un valor predictivo negativo de 80,6% y una eficiencia del 44,5%.

En este artículo se realiza también una media móvil, valor estadístico para calcular el riesgo de desarrollar UPP en sus pacientes usando el índice COMHON.

Por último en el estudio de *Fullbrook P. y Anderson A.*²⁰ nos muestra como el índice COMHON tiene una buena fiabilidad en el ámbito de las Unidades de Cuidados Intensivos pudiéndose igualar a los valores que darían las escalas de Braden o Norton que son las más usadas a día de hoy en este tipo de Unidades en centros hospitalarios e incluso en prácticamente cualquier ámbito de la valoración del riesgo de UPP.

Destacar además de este artículo el cálculo del MIC (minimally important change) y del MDC (minimally detectable change), siendo estos dos valores estadísticos que miden los cambios mínimos en el paciente para que sean clínicamente relevantes.

Para las escalas de Braden y Norton tenemos estudios como el de *Šáteková, Lenka et al*²¹ en el que se obtuvieron valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo. Para la escala de Braden fueron de 85,71%; 53,48%; 23,07% y 95,83%; respectivamente. Para la escala de Norton fueron de 85,71%; 48,83%; 21,42% y 95,45%²¹.

El índice COMHON posee una buena sensibilidad y especificidad, pudiendo ser utilizada en UCI como escala de valoración del riesgo de desarrollar UPP.

Discussion

The results show that in those Hospitals and ICU which used the COMHON index in their patients risk assessment for pressure ulcer record very similar or even lower incidence values that others which used the Braden or Norton scales.

About the COMHON index we can stand out some others statistic variables such as the specificity, the positive and negative predictive values; the sensibility.

The studies that demonstrate these values we should name the one from Cobos A. et al in which it points out a sensibility of COMHON index of 97.1%, a specificity of 73.2%, a positive predictive value of 36.3% and a predictive negative value of 99.4%.

Continuing with these kind of variables we also stand out the study by Leal-Felipe M. et al in which it gets a positive predictive value for the COMHON index of 55.2%, a negative predictive value of 80.6% and an efficiency of 44.5%. In this study they also calculate the moving average, a statistic value to calculate the risk to develop PU in their patients using the COMHON index.

At last the Fullbrook P. and Anderson A. study show us that the COMHON index has a good fiability in the ICU having similar values than Braden or Norton scales which are the most used worldwide nowadays in these types of units in the hospitals. We can also highlight in this study the calculus of MIC (minimally important change) and MDC (minimally detectable change), these are two values that measure the minimal changes in the patient that are clinically relevant.

For Braden and Norton scales we got studies such as Šáteková, Lenka et al getting sensibility, specificity, positive and negative predictive values. For Braden scale they got 85,71%; 53,48%; 23,07%; 95,83%. In the Norton scale they got 85,71%; 48,83%; 21,42%; 95,45%.

The COMHON index possesses a good sensibility and specificity, being able to be used in ICU as assessment scale on the risk to develop PU.

Conclusiones

El objetivo principal de este trabajo era comparar aquellos valores de incidencias de UPP entre diferentes estudios en función de la escala de valoración de UPP usada.

Observándose que en aquellas unidades hospitalarias que realizaron la valoración con el índice COMHON son muy parecidas a las que usaron escalas altamente conocidas a nivel mundial como son la escala de Braden y Norton.

Las limitaciones encontradas en los artículos usados fueron las siguientes:

- **En el ensayo de González Méndez MI et al¹³** encontraron ciertas limitaciones, como que las variables son usadas únicamente a la hora de la valoración en la UCI y una vez dados de alta no hay datos de desarrollo de UPP; y que la escala de Braden fue usada únicamente en las primeras 24 horas de ingreso lo que pudo haber subesti-

mado o sobreestimado el riesgo de UPP de los pacientes.

- **En el artículo de Rodríguez Núñez et al¹⁵** destacan la limitación de la recolección de datos haciendo ver que algunas de las UPP pueden no haber sido causadas en su totalidad por presión.
- **López M. et al²²** destaca que sus limitaciones principales fueron que no se midieron variables antropométricas en los pacientes y que al haber sido valorados por muchas enfermeras los resultados pueden variar.
- **Para Lospitao Gómez et al¹⁶** la limitación principal fue que el estudio se realizó en un único centro hospitalario con una UCI muy variada, limitando las posibilidades de generalización de los resultados.
- **En el estudio de Cobos Vargas et al¹⁸** destaca que “existe una infrautilización del sistema de registro corporativo” por lo que la monitorización de los pacientes no es del todo efectiva.
- **Leal Felipe M. de los A. et al¹⁹** destacan que su limitación en una posible falta de experiencia de las enfermeras a la hora de realizar los cuestionarios de valoración de riesgo a los pacientes.

Por último, una limitación de común a los estudios que miden validez o capacidad pronóstica sería la incidencia de factores externos como protocolos de prevención y su implementación en este caso con las UPP.

La aplicación de estas medidas preventivas disminuye la incidencia de UPP, pero a su vez disminuiría la predictibilidad de todas las escalas de valoración. Para obtener un valor certero, se deberían de eliminar estas medidas preventivas, lo cual no es éticamente aceptable.

Conclusions

The main objective of this work was to compare those values of PU incidences between different studies according to the assessment scale for PU that was used.

We can see that in those hospitals that used the COMHON index during the assessment are very similar to those that used the Braden or Norton scales.

The limitations found in the articles that are used in this review were:

- In the González Méndez MI et al trial certain limitations were found, such as the variables are used only in the ICU and when the patient leave this unit they had no data about the development of the PU, also the Braden scale was used during the first 24 hours which could lead to a overestimate or underestimate risk of PU in the patients.
- In the Rodríguez Núñez et al article they stand out the limitation of the data collection considering that maybe all the PU are not caused by pressure.
- López M. et al highlight the main limitations were that they didn't measure anthropometric variables and the assessment was done by multiple nurses.
- For Lospitaio Gómez et al the main limitation was that the study was performed in only one hospital.
- In the Cobos Vargas et al studies emphasize in "it exists an underused of the digital corporative register system" so the monitoring of the patients it isn't very effective.
- Leal Felipe M. de los A. Et al highlight their limitation in a posible lack of experience of the nurses making the assessment of the patients.

At last, a common limitation for every studie that measure validity or sign ability is the incidence of external factors such as prevention protocols and it's implementation in the hospital units.

The application of these preventive steps reduce the incidence of PU, but it also will reduce the predictability of every assessment scale. To obtain a certain value, we should skip all these preventive steps, which it isn't ethical.

Declaración de transparencia

El autor principal (Gonzalo Cobos López) asegura que el manuscrito es un artículo honesto, adecuado y transparente; que ha sido enviado a la revista científica SANUM, que no ha excluido aspectos importantes del estudio y que las discrepancias del análisis se han argumentado, siendo registradas cuando éstas han sido relevantes.

Fuentes de Financiación

Sin fuentes de financiación.

Conflicto de Intereses

El autor declara no haber tenido ninguna fuente de financiación.

Publicación

El autor declara que este estudio no ha sido presentado en ningún evento científico (congreso o jornada).

BIBLIOGRAFÍA

1. Carbonell-Fornés P, Murillo-Llorente M. *Las úlceras por presión en gerontología: prevalencia y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. Gerokomos. 2015;26(2):63-7.
2. López M, Jiménez JM, Fernández M, Martín B, Cao MJ, Castro MJ. *Relationship between pressure ulcer risk based on Norton Scale and on the "Eating/Drinking" need assessment*. J Nurs Manag. 2019;27(1):117-24.
3. Jaqueline G.M. Raetz, Keren H. Wick. *Common Question about Pressure Ulcers*. Am Fam Physician [Internet]. 2015;92(10):888-94. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2015/1115/p888.html#afp20151115p888-b1>
4. Chai CY, Sadou O, Worsley PR, Bader DL. *Pressure signatures can influence tissue response for individuals supported on an alternating pressure mattress*. Vol. 26, Journal of Tissue Viability. 2017. p. 180-8.
5. Cooper KL. *Evidence-Based Prevention of Pressure Ulcers*. Crit Care Nurse [Internet]. 2013;33(6):57-67. Disponible en: <http://ccn.aacnjournals.org/content/33/6/57.full>
6. Iranmanesh S, Rafiei H, Sabzevari S. *Relationship between Braden scale score and pressure ulcer development in patients admitted in trauma intensive care unit*. Int Wound J. 2012;9(3):248-52.
7. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra I Bou JE, Soriano JV, Soldevilla-Agreda JJ. *Epi-*

- miología de las úlceras por presión en España en 2013:4.º Estudio Nacional de Prevalencia*. Gerokomos. 2014;25(4):162-70.
8. National Pressure Ulcer Advisory Panel; European Pressure Ulcer Advisory; Pan Pacific Pressure Injury Alliance. 6. *Prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida*. Cambridge Media. 2014. Versión española.
 9. Valenzuela Valenzuela, Anna; Aparicio López, M.; de Frutos Pecharromán, Julia; Gutiérrez Montero, Javier; Sunyer Bernaus, Cristina. *Incidencia de úlceras por presión en pacientes de cuidados intensivos e intermedios neonatales*. Metas de Enfermería. 2018;21(7):492-7.
 10. Cobos Vargas Á, Guardia Mesa MF, Garófano Jerez JR, Carrasco Muriel C, López Pérez F, González Ramírez AR, et al. *Diseño y estudio de la validez y fiabilidad de una nueva escala de valoración del riesgo de úlceras por presión en UCI*. Índice COMHON. Evidentia [Internet]. 2013;10(42):2. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=128924593&lang=ja&site=ehost-live>
 11. Palomar -Llatas F FP, Pujalte BF, Arantón Areosa L, Rumbo Prieto JM. *Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión*. Enfermería Dermatológica. 2013;14-25.
 12. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. *Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (prisma-p) 2015: Elaboration and explanation*. BMJ [Internet]. 2015;349(January):1-25. Disponible en: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.g7647>
 13. González-Méndez MI, Lima-Serrano M, Martín-Castaño C, Alonso-Araujo I, Lima-Rodríguez JS. *Incidence and risk factors associated with the development of pressure ulcers in an intensive care unit*. J Clin Nurs. 2018;27(5-6):1028-37.
 14. Nixon J, Brown S, Smith IL, McGinnis E, Vargas-Palacios A, Andrea Nelson E, et al. *Comparing alternating pressure mattresses and high-specification foam mattresses to prevent pressure ulcers in high-risk patients: The PRESSURE 2 RCT*. Health Technol Assess (Rockv). 2019;23(52):vii-175.
 15. Rodríguez-Núñez C, Iglesias-Rodríguez A, Irigoien-Aguirre J, García-Corres M, Martín-Martínez M, Garrido-García R. *Nursing records, prevention measures and incidence of pressure ulcers in an Intensive Care Unit*. Enfermería Intensiva (English ed). 2019;30(3):135-43.
 16. Lospitao-Gómez S, Sebastián-Viana T, González-Ruiz JM, Álvarez-Rodríguez J. *Validity of the current risk assessment scale for pressure ulcers in intensive care (EVARUCI) and the Norton-MI scale in critically ill patients*. Appl Nurs Res [Internet]. 2017;38(September):76-82. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.09.004>.
 17. Van Leen M, Hovius S, Neyens J, Halfens R, Schols J. *Pressure relief, cold foam or static air? A single center, prospective, controlled randomized clinical trial in a Dutch nursing home*. J Tissue Viability [Internet]. 2011;20(1):30-4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtv.2010.04.001>.
 18. Breve OR, Vargas AC, Linares SG, Blanque RR, Alba CM, Ma A, et al. *Índice COMHON. Prevalencia de úlceras por presión en una Unidad de Cuidados Críticos tras 8 años de implementación*. 2019;(29):1-3.
 19. Leal-Felipe M de los Á, Arroyo-López M del C, Robayna-Delgado M del C, Gómez-Espejo A, Perera-Díaz P, Chinea-Rodríguez CD, et al. *Predictive ability of the EVARUCI scale and COMHON index for pressure injury risk in critically ill patients: A diagnostic accuracy study*. Vol. 31, Australian Critical Care. 2018. p. 355-61.
 20. Fulbrook P, Anderson A. *Pressure injury risk assessment in intensive care: Comparison of inter-rater reliability of the COMHON (Conscious level, Mobility, Haemodynamics, Oxygenation, Nutrition) Index with three scales*. J Adv Nurs. 2016;72(3):680-92.
 21. Šáteková L, Žiaková K, Zeleníková R. *Predictive validity of the braden scale, norton scale and waterlow scale in Slovak Republic*. Cent Eur J Nurs Midwifery. 2015;6(3):283-90.
 22. López M, Jiménez JM, Fernández M, Martín B, Cao MJ, Castro MJ. *Relationship between pressure ulcer risk based on Norton Scale and on the "Eating/Drinking" need assessment*. J Nurs Manag. 2019;27(1):117-24.

Anexos

Anexo índice COMHON

	NIVEL CONCIENCIA	MOVILIDAD	HEMODINÁMICA	OXIGENACIÓN	NUTRICIÓN
1	Despierto y alerta (RASS 0. +1)	Independiente. Deambula con ayuda	Sin soporte hemodinámico	Respiración espontánea y FiO2 <40%	Dieta oral completa
2	Agitado. Inquieto. Confuso (RASS > +1)	Limitada. Actividad cama-sillón	Con expansores Plasmáticos	Respiración Espontánea y FiO2 > 40%	N. Enteral N. Parenteral
3	Sedado con respuesta a estímulos (RASS -1. ...-3)	Muy limitada, pero tolera cambios posturales	Con perfusión de Dopamina o Noradrenalina o con BCIA	Ventilación Mecánica No invasiva	Dieta oral Líquida. Ingesta incompleta de alimentos
4	Coma. Sedado sin respuesta a estímulos	No tolera cambios posturales. Decúbito Prono	Con más de dos apoyos hemodinámicos de los anteriores	Ventilación mecánica Invasiva	Dieta absoluta

Cobos Vargas Á, Guardia Mesa MF, Garófano Jerez JR, Carrasco Muriel C, López Pérez F, González Ramírez AR, et al. *Diseño y estudio de la validez y fiabilidad de una nueva escala de valoración del riesgo de úlceras por presión en UCI*. Índice COMHON. Evidentia [Internet]. 2013;10(42):2. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=128924593&lang=ja&site=ehost-live>

Anexo escala de Braden

PERCEPCIÓN SENSORIAL	EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	NUTRICIÓN	ROCE Y PELIGRO DE LESIONES
1. Completamente limitada	1. Constantemente húmeda	1. Encamado	1. Completamente inmovil	1. Muy pobre	1. Problema
2. Muy limitada	2. A menudo húmedo	2. En silla	2. Muy limitada	2. Probablemente inadecuada	2. Problema potencial
3. Ligeramente limitada	3. Ocasionalmente húmeda	3. Deambula ocasionalmente	3. Ligeramente limitada	3. Adecuada	3. No existe problema
4. Sin limitaciones	4. Raramente húmeda	4. Deambula frecuentemente	4. Sin limitaciones	4. Excelente	

Úlceras por presión. Revisión bibliográfica

Riesgo bajo	15 – 16 puntos
Riesgo moderado	13 – 14 puntos
Alto riesgo	< de 12 puntos

Palomar -Llatas F FP, Pujalte BF, Arantón Areosa L, Rumbo Prieto JM. *Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión.* Enfermería Dermatológica. 2013;14-25.

Anexo escala de Norton

ESTADO FÍSICO	INCONTINENCIA	MOVILIDAD	ACTIVIDAD	ESTADO MENTAL	VALOR
Bueno	No	Completa	Deambula	Alerta	4
Aceptable	Ocasional	Algo limitada	Con ayuda	Apático	3
Deficiente	Habitual	Muy limitada	Silla ruedas	Confuso	2
Muy deficiente	Doble	Inmóvil	Encamado	Estupo	1

Riesgo bajo	15 – 16 puntos
Riesgo moderado	13 – 14 puntos
Alto riesgo	< de 12 puntos

Palomar -Llatas F FP, Pujalte BF, Arantón Areosa L, Rumbo Prieto JM. *Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión.* Enfermería Dermatológica. 2013;14-25.

*¡Trabajar en la Administración pública
es ahora más fácil!*

FISIOTERAPEUTA

www.edicionesrodio.com



Anexos resultados:

Tabla 1

AUTORES	MUESTRA	METODOLOGÍA	ESCALA
González Méndez M.	n = 335 pacientes Excluidos < 18 años y aquellos con UPP previa al ingreso	Estudio con pacientes de UCI con más de 24h. De ingreso. Valorados por 5 enfermeras entrenadas en la recolección de datos	Braden
Nixon J.	n = 15277 pacientes en 42 centro distintos	Estudio realizado para medir el tiempo de aparición de UPP grado 2. Valorándose a todos los pacientes	Braden
Rodríguez Núñez C.	n = 811 pacientes Excluidos < 18 años y los que ya tenían UPP	Estudio con pacientes de UCI valorados desde 01/01/214 a 31/12/214	Braden
López M.	n = 219 pacientes	Estudio con pacientes de todas las Unidades hospitalarias excepto Pediatría, Maternidad, Psiquiatría, REA y UCI al no usar el programa informático GACELA	Norton
Lospitao Gómez S.	n = 2534 pacientes	Estudio realizado en UCI entre los años 2008 y 2014, valorados con el programa PICIS	Norton
Van Leen M.	n = 83 pacientes Se incluyen aquellos con puntuación Norton < 13 años y a los > 65 años	ECA realizado en una residencia	Norton
Cobos Vargas A.	n = Todos los pacientes ingresados durante el tiempo del estudio	Estudio con corte 13 junio 2019, tomándose a todos los pacientes del Hospital de diferentes Unidades	COMHON
Leal Felipe M. de los A.	N= 2777 pacientes. Excluidos aquellos con falta de información para la realización de la escala	Estudio realizado en UCI	COMHON

n=nº muestra. UPP=Úlcera por presión. UCI= Unidad de Cuidados Intensivos. ECA= Ensayo Clínico Aleatorizado.

Tabla 2

AUTORES	Incidencias con escala Braden	Incidencias con escala Norton	Incidencias con índice COMHON
González Mendez M.I.	8,1%		
Nixon J.	7,9%		
Rodríguez Núñez C.	6,78%		
López M.		77% (riesgo)	
Lospitao Gómez S.		11,52%	
Van Leen M.		21,9%	
Cobos Vargas A.			8,9% y 6.6%
Leal Felipe M. ^a de los Ángeles			5,5%

La sexualidad en el climaterio

Vázquez-González, A.M., Escobar-Medrano, P. M., Valverde-LLadós, N.
La sexualidad en el climaterio. SANUM 2020, 4(3) 60-69

AUTORAS

Ana María Vázquez González
Enfermera- UGC Cirugía Pediátrica -
Hospital Universitario Virgen del Rocío,
Sevilla. España.

Paola de las Mercedes Escobar
Medrano

Enfermera- - UGC Diálisis - Hospital
Universitario Puerta del Mar, Cádiz,
España.

Nuria Valverde Lladós
Enfermera- UGC Neurología - Hospital
Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.
España.

Autora de correspondencia:

Ana María Vázquez González
 anavgon6@gmail.com

Tipo de artículo:

Artículo de revisión

Sección:

Educación sexual

F. recepción: 14/07/2020

F. aceptación: 05/10/2020

Resumen

Introducción

Si bien la sexualidad es una parte esencial de una vida sana, que debe contemplarse en el climaterio, los discursos existentes han llevado a que éste se patologice, dificultando las relaciones sexuales e incrementando las demandas de asistencia por parte de las mujeres en esta etapa.

Objetivo

Analizar los aspectos socioculturales sobre la sexualidad en el climaterio.

Método

Revisión narrativa.

Resultados

Existen unas bases que sustentan la percepción social actual sobre la sexualidad en el climaterio, las cuales hacen que nos encontremos ante una sociedad que condiciona a la mujer y a la forma de percibir su sexualidad. Se ha comercializado con el cuerpo de la mujer a través de convertir en patología y generalizar dicho proceso natural; subestimando los aspectos socioculturales del mismo y obviando los aspectos sexuales.

Conclusiones

Las expectativas de las mujeres, respecto a la sexualidad en el climaterio, no coinciden con las de los médicos. Cada mujer vive la experiencia dependiendo del contexto en el que se encuentra. Como enfermeros debemos empoderar a la mujer, desmitificando este período de su vida y aumentando la calidad de vida de la misma.

Palabras clave:

menopausia,
climaterio,
sexualidad,
Menstruación,
calidad de vida,

Sexuality in the climacteric

Abstract

Introduction

Although sexuality is an essential part of a healthy life, which must be seen in the climacteric, the discourses that exist have led to it becoming pathological, hindering sexual relations and increasing demands for assistance by women in this area.

Objective

To analyze the sociocultural aspects of sexuality in the climacteric.

Method

Narrative review.

Results

There are some bases that support the current social perception about sexuality in the climacteric, which make us find ourselves before a society that conditions women and the way they perceive their sexuality. It has been commercialized with the woman's body through the conversion into pathology and generalization of this natural process; Underestimating the sociocultural aspects of the same and obviating the sexual aspects.

Conclusions

The expectations of women, regarding sexuality in the climacteric, do not coincide with those of physicians. Each woman lives the experience depending on the context in which she finds herself. As nurses we must empower women, demystifying this period of their life and increasing the quality of life of the same.

Keywords:

*menopause,
climacteric,
sexuality,
Menstruation,
Quality of Life.*

Introducción

La sexualidad es parte esencial de una vida sana, pudiendo contribuir significativamente al bienestar físico, psicológico y social de las mujeres en el climaterio y, por lo tanto, a su calidad de vida⁷.

El período climatérico es una etapa en la vida de una mujer que representa una transición de la vida reproductiva a la no reproductiva. Durante este período el evento más notable, desde el punto de vista biológico, es la menopausia o cese de la menstruación¹⁶. La edad de la menopausia se determina por el número de ovocitos al nacer y la tasa de pérdida de folículos ováricos a lo largo de la vida útil, hechos que vienen determinados por factores genéticos, ambientales, reproductivos y de estilo de vida. Debido a que cada uno de estos factores puede cambiar entre poblaciones, existen variaciones en cuanto a la edad media de aparición de la menopausia, estimándose que en los países industrializados desarrollados, la edad media oscila entre los 50 y 52 años³⁵. Si bien la edad de aparición de la menopausia no ha cambiado, sí ha aumentado la esperanza de vida, con lo cual se ha incrementado el período que transcurre entre la menopausia y el fin de la vida³⁴. Esto ha llevado a que se le preste mayor atención a la mujer en este período, pero ésta se ha centrado en el empleo de la terapia de reemplazo hormonal²⁸.

Para muchas mujeres, la sexualidad es un problema crítico en esta etapa, existiendo una prevalencia de disfunción sexual de un 57%¹⁴, encontrando disminución del deseo sexual, falta de lubricación, mayor dificultad para alcanzar el orgasmo y mayor prevalencia de dispareunia³³. Los modelos biomédicos han retratado la madurez femenina como una condición normativamente patológica, llena de síntomas²³. No se ha considerado, ni se considera, que si bien muchos síntomas están relacionados con los cambios hormonales, existen otros que tienen un componente psicocultural, ya que en el llamado "síndrome menopaúsico" los síntomas son vividos por las mujeres de manera muy variable y muchos de los problemas que aparecen están más relacionados con la edad que con la menopausia y también se dan en los hombres. La mujer en el período de climaterio, a lo largo de la historia, ha sido considerada "desde hechicera primitiva a bruja-acédica y/o poseída- de la Inquisición, a la melancólica/histérica del psicoanálisis del XIX, y, posteriormente, a la depleccionada estrogénica necesitada de sustitución hormonal"²². No se ha considerado, ni se considera, que si bien muchos síntomas están relacionados con los cambios hormonales, existen otros que tienen un componente psicocultural, ya que en el llamado

"síndrome menopaúsico" los síntomas son vividos por las mujeres de manera muy variable y muchos de los problemas que aparecen están más relacionados con la edad que con la menopausia y también se dan en los hombres⁴⁶. Si bien es importante tener en cuenta al cuerpo biológico, no debemos hacerlo de manera aislada, separándolo de la cultura de la que forma parte¹⁵.

En general, los conocimientos que las mujeres tienen sobre el climaterio provienen del intercambio de experiencias con otras mujeres. Además del discurso médico, son los discursos socioculturales (diciéndonos lo que es "normal" y "anormal") los que dan forma a la construcción de la experiencia sobre sexualidad y envejecimiento de las mujeres, pudiendo afectar al bienestar sexual durante y después de la menopausia³⁷. Algunas mujeres han demostrado que no se ven afectadas negativamente por la menopausia y que son capaces de mantener relaciones sexuales satisfactorias, incluso descubren los beneficios adquiridos tras la misma, como la falta de preocupación por un embarazo no deseado¹³.

Cada mujer debería construir su propia representación sobre el climaterio y la sexualidad, siendo crítica con los ideales establecidos culturalmente, con objeto de evitar conflictos relacionados con su "cuerpo, consigo misma y con los otros". El hecho de que todo lo relacionado con la menopausia, el climaterio y la sexualidad, hayan sido considerados un tema tabú, dificulta que la mujer pueda reconocer o expresar con palabras los conflictos mencionados, lo cual generará malestar o síntomas³⁶.

Prejuicios y Mitos

Mientras la menarquía representa de manera simbólica convertirse en mujer, la menopausia incluye prejuicios relacionados con la pérdida y la vejez. Es más, proyecta un importante acontecimiento cultural, psicológico y fisiológico, el cual representa el final de la reproducción (asociada en muchas sociedades occidentales con el envejecimiento). Se vincula la fertilidad con belleza, salud y feminidad y, por tanto, la ausencia de ésta representa que la mujer sea menos femenina².

Algunos de los mitos que podemos encontrar son tales como que la vida sexual se inicia con la menarquía y se acaba con la menopausia, se considera que las mujeres se vuelven pasivas, con disminución del apetito sexual, pérdida del atractivo sexual y que se trata de una enfermedad que necesita terapia hormonal y que se acompaña de una serie de síntomas generales como el bochorno, el aumento de peso



Fuente: elaboración propia

y la depresión³². En la sociedad occidental persiste la idea de que el placer erótico-sexual no admite a mujeres mayores. Parece que hay consenso acerca de la sexualidad de la mujer mayor relacionado con el mito de la "vejez asexuada". Además, se compara a la mujer en esta etapa con el campo, la fertilidad de la tierra cuando se siembra, ya que cuando deja de producir, no sirve, se abandona¹².

Historia

Aunque es conocido desde la antigüedad la existencia del cese menstrual en la mujer⁵ y, como consecuencia, la aparición de una serie de cambios durante el climaterio¹⁹, estos procesos han estado ocultos y en silencio durante muchos años, por lo que han sido construidos alrededor de un discurso lleno de silencios, falsos mitos, prejuicios y tabúes a lo largo de la historia¹⁷.

Desde las primeras menciones hasta la actualidad, con las teorías biomédicas, se ha dado un matiz a la menopausia de amenaza, peligro, decadencia, pérdida y enfermedad⁹.

Las primeras referencias sobre el climaterio las realizan los papiros egipcios, quienes reflejan a las

mujeres menopáusicas como mujeres blancas, mientras que las que tenían la menstruación, eran rojas. Ya en el Papiro egipcio de Ebers, se relaciona a la menopausia con la presencia de calores comparados con sofocos. Durante la Antigüedad, encontramos el pasaje de Abraham y Sara, en el libro del Génesis, donde se hace alusión a la menopausia como pérdida de la fertilidad. Se menciona a Sara como una vieja y posmenopáusica¹⁹.

Los griegos consideraban la menstruación como un veneno y el cese menstrual como una acumulación de dicha sangre. De ahí la creencia de que las mujeres menopáusicas podían proferir maldiciones, ya que la sangre que quedaba en sus cuerpos era sabia y esto les proporcionaba un poder sobrenatural, que convertía sus palabras en hechos reales⁹.

A lo largo de la Edad Media, en la que los ancianos no superaban los 40 años, las menciones sobre la menopausia fueron pocas y esporádicas¹⁹, no existiendo constancia de la utilización del término "menopausia" como tal, ya que se conoce este periodo como el fin de las menstruaciones identificado por la presencia o ausencia de sangre¹⁹. En este periodo la desnudez representaba un pecado y la mujer era considerada un objeto sexual que servía para reproducirse, mantener y servir a sus hijos²⁰.

Tanto en la Edad Media como en el Renacimiento se asigna a la mujer menopáusica el papel de bruja, una "vieja" con poderes maléficos; sin embargo, simultáneamente, se le reconocía sabiduría por sus años y experiencias¹⁹.

Las publicaciones científicas durante el siglo XVIII solo se referían a la menopausia por las hemorragias e irregularidades que conllevaba. A comienzos del siglo XIX, esta visión cambia y se destacan otros síntomas que acompañan este periodo tales como los cambios de humor y los síntomas psicológicos¹⁹. Durante estos siglos el papel de la mujer quedaba confinado a lo doméstico y reproductivo y, en Europa, no es hasta finales del siglo XIX y comienzos del XX cuando comienza a darse importancia a la sexualidad²⁰.

A mediados del siglo XX se relaciona la menopausia con la salud de la mujer. Desde este momento hasta la actualidad, se han venido realizando estudios que asociaban la menopausia exclusivamente a cambios físicos relacionados con la disminución de estrógenos (disminución del deseo sexual, de la capacidad para conseguir el orgasmo y de la frecuencia del coito, así como dispareunia, disminución de contractilidad vaginal y de la lubricación)^{5, 10, 29, 34} medicalizándose esta etapa con la terapia de reemplazo hormonal^{4, 19}. Sin embargo, son numerosos los factores que afectan a la sexualidad, entre ellos cambios psicológicos, económicos y culturales, basados en las diferencias de género^{4, 29, 34}. En este siglo, donde la sexualidad no equivale sólo a reproducción, se produce un incremento progresivo de uso de anticonceptivos²⁰.

En definitiva, cada país, cultura y sociedad tiene diferentes perspectivas sobre este periodo¹⁹.

Métodología

Se ha llevado a cabo una revisión de la evidencia científica actual para ello he recopilado, seleccionado, leído y analizado documentos específicos sobre el tema.

He introducido palabras claves como *Menopausia, climaterio, medicalización, sexualidad, construcción social, antropología, experiencias, proceso natural, síntomas psicológicos, atención integral, calidad de vida, enfermería, menopause, climacteric, medicalization, sexuality, social construction, anthropology, experiences, natural process, psychological symptoms, comprehensive care, quality of life and nursing* combinadas mediante los

operadores booleanos "and", "or" y "not" en los descriptores DecS y Mesh.

Para la búsqueda he utilizado las siguientes fuentes de información y bases de datos: Trip, PubMed, Elsevier, Scielo, NICE y Medline. Respecto a los criterios de inclusión he utilizado estudios de carácter científico, acordes a los objetivos, escritos en español o en inglés, con un límite temporal de los 10 últimos años.

Resultados

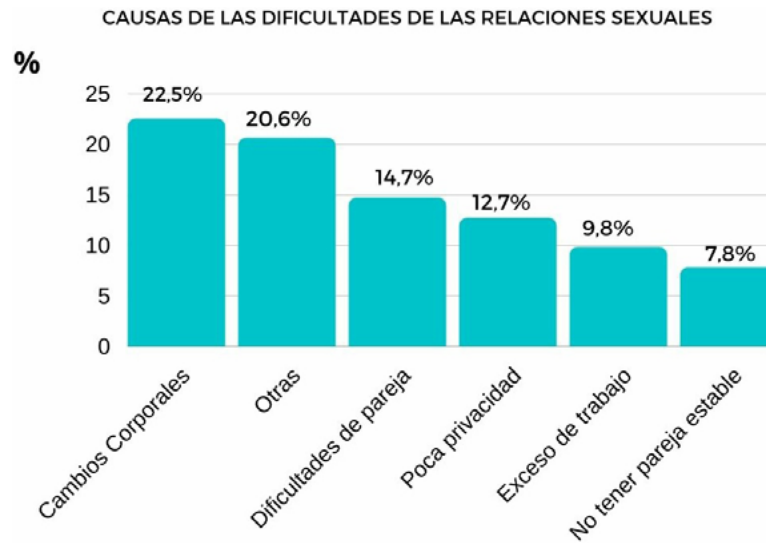
Medicalización del Climaterio

El término medicalización, recogido por la real academia de la lengua española como dar carácter médico a algo, se refiere a tratar como un problema médico a cualquier episodio normal de la vida de una persona¹⁷, creando de este modo nuevas enfermedades y trastornos. Al tratarse de un proceso que afecta a situaciones fisiológicas de la vida, engloba muchas áreas de la misma²⁶.

El climaterio es un período que está influido por el contexto sociocultural en el que se desenvuelve la mujer. Si bien en nuestra sociedad, hasta hace unas décadas, las mujeres asumían la menopausia como un hecho biológico que eran capaces de manejar mediante una serie de cuidados construidos culturalmente; en la actualidad, se ha elaborado un discurso que ha contribuido a la desnaturalización de este período, convirtiéndolo en un proceso que conlleva numerosos peligros y requiere de tratamiento⁶. A esto ha contribuido también, el discurso médico, dando por hecho que se trata de una enfermedad (dado que sus estudios están enfocados en la patología y sus síntomas), cosificando y comercializando el cuerpo de la mujer (lo que se manifiesta con la prescripción de terapia hormonal)^{8, 17}.

Teniendo en cuenta el aumento de esperanza de vida y, por consiguiente, el aumento del número de mujeres en esta etapa, así como los distintos discursos, cada vez se ha hecho más necesario que las mujeres busquen ayuda en esta etapa para ser tratadas. Puesto que se trata de un período fisiológico, que ocurre en la vida de todas, la necesidad de tratamiento médico se ha generalizado^{6, 11}.

Es por todo esto que las empresas farmacéuticas son grandes beneficiadas de esta situación, ya que ofrecen gran cantidad de remedios y medicamentos para aliviar los síntomas de este proceso⁶.



Fuente: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400004

Acontecimientos familiares y sociales que coinciden con el climaterio

La etapa del climaterio coincide con numerosas situaciones familiares que contribuyen a favorecer la percepción de la mujer sobre un incremento de los síntomas^{30, 33}.

La mujer se reconoce como el centro de la familia y encargada de la economía doméstica, viendo aumentada sus responsabilidades con el cuidado de padres y nietos³³, exigiéndosele la misma intensidad que diez años atrás, cuando en realidad, la respuesta no puede ser la misma^{10, 30}.

Además, si la mujer está trabajando, se encontrará expuesta a estrés por las sobrecargas laborales y, cuando se acerque la edad de la jubilación, se sentirá menos valorada socialmente¹⁰.

Otros de los acontecimientos que pueden afectar durante esta etapa son la muerte de algún ser querido y el abandono del hogar por parte de los hijos (*"síndrome del nido vacío"*)³³.

No obstante, cabe señalar que, en algunas ocasiones, puede resultar un aspecto positivo, ya que el cuidado de los nietos puede hacer que se sienta útil y el hecho de no sufrir riesgo de embarazo, conlleva a que la mujer pueda crear un nuevo proyecto de futuro³³.

Experiencias de las mujeres

Casi el 90% de los médicos piensan que las mujeres después de la menopausia experimentan un sentimiento de pérdida, mientras que sólo el 30% de las mujeres realmente refieren tales sentimientos. En cambio, la mitad de las mujeres describen sensación de alivio, algo que cree sólo el 27% de sus médicos¹⁸.

Las expectativas de las mujeres sobre esta etapa derivan del discurso elaborado en la sociedad en la que se encuentran^{1, 31}. Para unas mujeres, se trata de un hecho positivo por el cese de la función reproductiva, de la menstruación y por poder ganar un status social mayor^{24, 31}. Para otras, al relacionar los conceptos de vejez o muerte a menopausia, adquiere un valor negativo en una sociedad en la que se da más importancia a la juventud³¹.

En la mayoría de los casos, la forma en la que la mujer va a percibir y posicionarse frente a diversas situaciones de esta etapa va a ir relacionada con las experiencias de otras mujeres, sus propias creencias y valores, ya que es lo que le va a proporcionar a la mujer los conocimientos y visión de esta etapa¹. Así, los cambios que experimentan, no afectan por igual a todas las mujeres, cada una lo afronta de una forma diferente. Algunas lo vivencian como un conjunto de dolencias y como una experiencia negativa (percibiendo mayor malestar) y otras, como una etapa de aceptación de nuevos roles y liberación^{3, 31}.

Se ha normalizado que el estado de ánimo deprimido es una consecuencia de la transición de la menopausia, en lugar de considerar las características de la vida de una mujer que contribuyen a la depresión. Del mismo modo, se ha extendido la idea de que el deseo sexual de la mujer disminuye después de la menopausia, provocando que algunas mujeres teman tener una vida sexual insatisfecha²⁷; cuando en realidad, debería contemplarse la relación y comunicación con su pareja, la relación sexual que mantenían antes de esta etapa y las estrategias de afrontamiento con las que cuentan para superar la misma^{1, 25}.

Mientras que las mujeres más mayores, viven la menopausia como un proceso fisiológico y natural, el furor de las terapias de reemplazo hormonal ha llevado a que las mujeres más jóvenes tengan una visión patológica de esta etapa. Aunque, en líneas generales, la mayoría de las mujeres que están pasando por ella, la definen como una experiencia liberadora².

Intervención enfermera

El autocuidado es esencial para cualquier etapa de la vida, y la mujer en muchas ocasiones antepone sus roles de madre, esposa e hija a su propia salud²¹. A esto hay que añadir, la confusión y la falta de información existente sobre el climaterio^{2, 21}.

Es necesario fomentar el autocuidado y empoderar a la mujer, con objeto de favorecer la desmedicalización de esta etapa y que sea superada con calidad de vida^{1, 2, 21}.

La mujer debe saber que, si bien la menopausia representa el cese de la etapa reproductiva, no significa que sea el fin de su sexualidad, aunque en muchas ocasiones se relacione por considerarse una enfermedad^{29, 34}.

A pesar de los numerosos mitos alrededor de la sexualidad, durante esta etapa, que insisten en que la menopausia termina con el disfrute sexual, la sexualidad permanece sin muchos cambios (se mantiene la respuesta pese a los cambios hormonales), las mujeres pueden y deben disfrutar su sexualidad, puesto que ésta abarca más que las relaciones sexuales de la pareja, se trata de intercambios entre las personas en su vida familiar, laboral y social²⁹. Del mismo modo que es un mito considerar que se pierde el apetito sexual; lo único comprobado es que disminuye ligeramente la duración de la fase orgásmica³⁹.

No hay que considerar esta etapa como un momento de pérdida y desesperanza, porque puede llegar a ser también una época de despertar sexual,

sin dependencia de métodos anticonceptivos y, además, liberadas del miedo al embarazo²⁹.

Discusión

Después de realizar una revisión de toda la evidencia científica actual, todavía no se concede la importancia suficiente a la sexualidad en el ámbito sanitario y es habitual que no se recojan datos sobre la sexualidad en las historias clínicas a pesar de que es un factor más de la salud integral de la persona y de su calidad de vida.

La menopausia y el climaterio sólo supone el final de la capacidad reproductiva, pero la vida erótica y sexual no termina, de hecho puede llegar a ser el inicio de un despertar sexual. Si la mujer consigue tener una visión positiva de la etapa y busca alternativas a un enfoque centrado en el coito, además de promover su autoestima y autocuidado, puede ser de satisfacción sexual y emocional plena.

Se trata de una tarea importante por parte de los profesionales sanitarios que atienden a la mujer, y de nosotras como enfermeras, tener conocimiento suficiente. No se trata de ver dicha etapa como una patología desde el punto de vista médico. Debemos empatizar con las mujeres que demandan, de manera explícita o implícita, recomendaciones para mejorar su vida sexual y establecer una relación de confianza que favorezca la expresión de miedos, creencias, mitos, tabúes o preocupaciones para poder ofrecerles información concreta, adaptada a sus necesidades, en un lenguaje apropiado y desde una actitud de respeto. Para ello es necesario adecuar estrategias grupo poblacional de mujeres en la etapa de la menopausia con la finalidad de atender la demanda de las necesidades que se derivan de la sexualidad en la menopausia para que mantengan su calidad de vida.

Conclusiones

- La sexualidad es una parte esencial de una vida sana. Siendo el climaterio una etapa de la vida, debe contemplarse este aspecto. Sin embargo, los modelos biomédicos han hecho que la sexualidad sea un problema crítico en esta etapa, normalizándola como patológica y no teniendo en cuenta que, además de los cambios hormonales, hay un contexto sociocultural al igual que los aspectos psicológicos que influyen.

- Los mitos y la historia han llevado a que cada cultura tenga diferentes perspectivas sobre este periodo y actualmente, aunque siga predominando el modelo biológico, existen otros modelos para explicar este proceso, como son el psicosocial y el holístico. Es el modelo biológico el que ha contribuido a la medicalización del climaterio aunque también la industria farmacéutica (por motivos económicos) y la propia sociedad, en la que cada vez se tolera menos el sufrimiento y se subestima las connotaciones culturales del mismo.
- Las expectativas de las mujeres no coinciden con lo que piensan los médicos. Para algunas va a suponer un hecho positivo y para otras negativo, pero no se puede generalizar. Esto va a depender del contexto en el que se encuentra la mujer y de la capacidad de afrontamiento.
- Es fundamental empoderar a la mujer y desmitificar tanto el climaterio como la sexualidad durante el mismo con objeto de favorecer la desmedicalización y el aumento de la calidad de vida.

Discussion

After conducting a review of all the current scientific evidence, sexuality is still not given sufficient importance in the health field and it is common that data on sexuality are not collected in medical records despite the fact that it is one more factor of the integral health of the person and their quality of life.

Menopause and climacteric only means the end of reproductive capacity, but the erotic and sexual life does not end, in fact it can become the beginning of a sexual awakening. If the woman manages to have a positive vision of the stage and seeks alternatives to an approach focused on intercourse, in addition to promoting her self-esteem and self-care, it can be one of full sexual and emotional satisfaction.

It is an important task for health professionals who care for women, and for us as nurses, to have sufficient knowledge. It is not about seeing this stage as a pathology from the medical point of view. We must empathize with women who demand, explicitly or implicitly, recommendations to improve their sexual life and establish a relationship of trust that encourages the expression of fears, beliefs, myths, taboos or concerns in order to offer them concrete information, adapted to their needs, in an appropriate language and from an attitude of respect. For this, it is necessary to adapt strategies

for the population group of women in the menopausal stage in order to meet the demand of the needs that derive from sexuality in menopause so that they maintain their quality of life.

Conclusions

- *Sexuality is an essential part of a healthy life. As the climacteric is a stage of life, this aspect must be considered. However, biomedical models have made sexuality a critical problem at this stage, normalizing it as pathological and not taking into account that, in addition to hormonal changes, there is a sociocultural context as well as the psychological aspects that influence it.*
- *Myths and history have led each culture to have different perspectives on this period and currently, although the biological model continues to predominate, there are other models to explain this process, such as the psychosocial and holistic ones. It is the biological model that has contributed to the medicalization of the climacteric but also the pharmaceutical industry (for economic reasons) and society itself, in which suffering is increasingly less tolerated and its cultural connotations are underestimated.*
- *Women's expectations do not match what doctors think. For some it will mean a positive event and for others a negative one, but it cannot be generalized. This will depend on the context in which the woman finds herself and on her coping capacity.*
- *It is essential to empower women and demystify both climacteric and sexuality during it in order to promote demedicalization and increase the quality of life.*

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) asegura que el contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

Fuentes de Financiación

Sin fuentes de financiación.

Conflicto de Intereses

Las autoras declaran no haber tenido ninguna fuente de financiación.

Publicación

Las autoras declaran que este estudio no ha sido presentado en ningún evento científico (congreso o jornada).

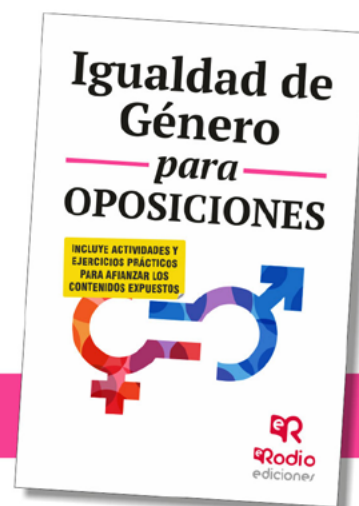
BIBLIOGRAFÍA

1. Bisognin, P., Alves, C., Wilhelm, L., Prates, L., Scarton, J., & Ressel, L. (2015). *El climaterio en la perspectiva de las mujeres*. *Enfermería Global*, 14(3), 155-180.
2. Botello, A., & Casado, R. M. (2014). *Menopausia y estereotipos de género. Importancia del abordaje desde la educación para la salud*. *Enfermagem UERJ*, 22, 2, 182-186.
3. Brasca, M.D.C. (2016). *En la menopausia como en la pubertad, un niño se pierde*. *Cultura educación y sociedad*, 1(1) 23-26.
4. Capote Bueno, M. I., Segredo Pérez, A. M., & Gómez Zayas, O. (2011). *Climaterio y menopausia*. *Revista cubana de medicina general integral*, 27(4), 543-557.
5. Carrillo, M. D. M., Shahrour, B., & Ortega, E. (2016). *CA 5-131: afectación de la menopausia sobre la sexualidad en la mujer*. *Enfermería docente*, 1(106), 281.
6. Carrobles, A. M., Velasco, M., & Gómez, S. (2015). *El concepto social de climaterio en población rural y urbana*. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 145-151.
7. Caruso, S., Rapisarda, A. M., & Cianci, S. (2016). *Sexuality in menopausal women*. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 323-330.
8. Cerecedo, M. J., Tovar, M., & Rozadilla, A. (2013). *Medicalización de la vida. «Etiquetas de enfermedad: todo un negocio»*. *Atención Primaria*, 45(8), 434-438.
9. Chinchilla, I., & Castillo, A. (2013). *Conceptos e historia del cese menstrual: un acercamiento género-sensitivo*. *Revista Costarricense de Psicología*, 32(2), 215-236.
10. Couto, D., & Nápoles, D. (2014). *Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia*. *Medisan*, 18(10), 1409-1418.
11. Del Cura, I., & García-Franco, L. (2008). *«La medicalización de la vida: una mirada desde la atención primaria»*. *Atopos*, 5 pp. 4-12.
12. Esguerra, I. (2007). *Sexualidad después de los 60 años*. *Avances en enfermería*, 25(2), 124-140.
13. Feltrin, R. B., & Velho, L. (2014). *Sexuality After Menopause: Ethnographic Study in a Brazilian Hospital School*. *Sexuality Research and Social Policy*, 11(1), 76-87.
14. Figueroa, R., Jara, D., Fuenzalida, A., del Prado, M., Flores, D., & Blumel, J. E. (2009). *Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas*. *Revista médica de Chile*, 137(3), 345-350.
15. Fitte, A. L. (2010). *El ciclo de vida femenino en el saber biomédico: construyendo corporalidades para las mujeres de mediana edad*. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 2(7), 52-64.
16. Goberna, J., Francés, L., Paulí, A., Barluenga, A., & Gascón, E. (2009). *Sexual experiences during the climacteric years: What do women think about it?*. *Maturitas*, 62(1), 47-52.
17. Leiva, J. M. (2014). *La dominación del cuerpo femenino: análisis feminista del climaterio y las prácticas de cuidado profesional*. *ENE, Revista de Enfermería*, 8(1) <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100005>
18. Lindh, L., Hoffmann, M., Hammar, M., & Kjellgren, K. I. (2007). *Women's conception of the menopausal transition—a qualitative study*. *Journal of clinical nursing*, 16(3), 509-517.
19. Lugones, M., de Córdoba, M., & Dávalos, T. (2014). *La salud integral de la mujer en el climaterio*. *Revista Sexología y Sociedad*, 9(24) 28-32.
20. Luque, M. C. (2008). *Mujer y sexualidad. Evolución desde el puritanismo del siglo XVIII a la medicina sexual del siglo XXI*. *Revista Internacional de Andrología*, 6(2), 152-157.
21. Martínez, M. D., Olivos, M., Gómez, D., & Cruz, P. (2016). *Intervención educativa de enfermería para fomentar el autocuidado de la mujer durante el climaterio*. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 142-150.

22. Melián, E. (2015). *Útero, psiquis y climaterio: un acercamiento desde la endocrinología antropológica*. Investigaciones Feministas, 6, 196-208.
23. Morrison, L. A., Brown, D. E., Sievert, L. L., Reza, A., Rahberg, N., Mills, P., & Goodloe, A. (2014). *Voices from the Hilo Women's Health Study: talking story about menopause*. Health care for women international, 35(5), 529-548.
24. Muñoz, R., García, R. M., Oyola, M. P., & Sánchez, N. (2014). *Calidad de vida y menopausia: resultados de una intervención psicoeducativa*. Nure Investigación, 11(70):2-15.
25. Prior, R. & Pina, F. (2011). *El logro de la madurez femenina: la experiencia del climaterio en un grupo de mujeres*. Enfermería Global, 10(3), 330-345.
26. Quadrelli, S. (2015). *La medicalización de la vida: entre el anhelo y la quimera*. Revista americana de medicina respiratoria, 15(1), 2-10.
27. Riguet de Souza, G., Faria, S. M., Silveira, K. L., Halász, F., & Antunes, E. (2012). *El vivir de las mujeres en el climaterio: revisión sistemática de la literatura*. Enfermería Global, 11(25), 440-450.
28. Rivas, E., Navarro, D. & Tuero, Á. D. (2006). *Factores relacionados con la demanda de atención médica durante el climaterio*. Revista Cubana de Endocrinología, 17(2), 2.
29. Rivera, D. C., & Bayona, S. Y. (2014). *Climaterio y función sexual: un abordaje integral a la sexualidad femenina*. Revista CES Salud Pública, 5(1), 70.
30. Rodríguez, E. M. (2012). *Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad*. Investigaciones Médicoquirúrgicas, 4(1), 107-121.
31. Rondón, M. (2008). *Aspectos sociales y emocionales del climaterio: Evaluación y manejo*. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 54(2), 99-107.
32. Rubio, E. (2014) *Lo que todo clínico debe saber de Sexología*. México, D.F. Edición y Farmacia SA de CV, pág. 253.
33. Sala, M. D., & González, M. (2013). *Climaterio y Menopausia. Aspectos Psicosociales (Primera Parte)*. Revista Sexología y Sociedad, 5(13): 16-19
34. Sánchez, M., & Hernández, E. (2015). *Climaterio y sexualidad*. Enfermería Global, (40), 76-85.
35. Santiso, R. (2011). *La menopausia y la edad media de las mujeres: un análisis antropológico*. Acciones e Investigaciones Sociales, (12), 115-128.
36. Sievert, L. L. (2014). *Menopause across cultures: clinical considerations*. Menopause, 21(4), 421-423.
37. Tubert, S. (2010). *Los ideales culturales de la feminidad y sus efectos sobre el cuerpo de las mujeres*. Cuadernos de Psicología, 12(2), 161-174.
38. Ussher, J. M., Perz, J., & Parton, C. (2015). *Sex and the menopausal woman: A critical review and analysis*. Feminism & Psychology, 25(4), 449-468.
39. Wong, L. A., Alvarez, Y., Domínguez, M., & González, A. (2010). *La sexualidad en la tercera edad: Factores fisiológicos y sociales*. Revista Médica Electrónica, 32(3), 269-273.

Igualdad de Género — para — OPOSICIONES

INCLUYE ACTIVIDADES Y EJERCICIOS PRÁCTICOS PARA AFIANZAR LOS CONTENIDOS EXPUESTOS



Fisioterapia en el tratamiento de la tendinopatía del manguito rotador

Olmo Romero, D., Rodríguez Cámara, J.,
Fisioterapia en el tratamiento de la tendinopatía del manguito rotador. SANUM 2020, 4(3) 70-75

Resumen

En el tratamiento conservador de la tendinopatía del manguito rotador se usan varias técnicas entre ellas: ultrasonido terapéutica, la terapia de ondas de choque extracorpóreas, la terapia con láser de bajo nivel, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, la terapia de campo electromagnético pulsado, inyecciones como el plasma rico en plaquetas, inyecciones de corticosteroides y también se suele usar distintos ejercicios rehabilitadores.

Esta revisión sistemática se centra en varios metaanálisis de ensayos aleatorios que compararon distintas técnicas para ello. Se utiliza el buscador PubMed de libre acceso a la base de datos Medline de citas y resúmenes de artículos de investigación biomédica. A partir de aquí se seleccionan palabras clave que nos ayudaran a ser más precisos en la información de búsqueda.

La inyección con corticoides puede aliviar la sintomatología del paciente en un periodo corto de tiempo según los estudios y ensayos analizados.

El Plasma rico en plaquetas contiene una gran cantidad de factores de crecimiento, que pueden promover la proliferación y diferenciación celular, contribuir a la cicatrización de heridas por lo que podría promover la recuperación de los tendones dañados.

Los hallazgos de esta revisión, muestran claramente que las técnicas más usadas y contrastadas para este tipo de patología son la inyección rica en plasma y la inyección con corticoides, Ejercicios de descompresión subacromial pueden ayudar a paliar la sintomatología aunque esta técnicas como otras tienen una evidencia baja y escasos estudios.

AUTORES

David Olmo Romero

Fisioterapeuta del Hospital Infanta
Margarita de Cabra, Córdoba. España.

Jorge Rodríguez Cámara

Fisioterapeuta del Hospital San Juan
de la Cruz de Úbeda, Jaén. España.

Autor de correspondencia:

David Olmo Romero

 noriego.chico@hotmail.com

Tipo de artículo:

Artículo de revisión

Sección:

Fisioterapia

F. recepción: 24-07-2020

F. aceptación: 03-09-2020

Palabras clave:

Tendinopatía,
Fisioterapia,
Terapéutica

Physiotherapy in the treatment of rotating cuff tendinopathy

Abstract

Several techniques are used in the conservative treatment of rotator cuff tendinopathy: therapeutic ultrasound, extracorporeal shock wave therapy, low-level laser therapy, transcutaneous electrical nerve stimulation, pulsed electromagnetic field therapy, injections like platelet-rich plasma as well as corticosteroid injections, different rehabilitation exercises are also often used.

This systematic review focuses on several meta-analyses of randomized trials comparing different techniques for this. The PubMed search engine with free access to the Medline database of citations and abstracts of biomedical research articles is used. From here, keywords are selected that will help us to be more precise in the search information.

Injection with corticosteroids can alleviate the patient's symptoms in a short period of time according to the studies and trials analyzed.

Platelet-rich Plasma contains a large number of growth factors, which can promote cell proliferation and differentiation, contribute to wound healing, and therefore may promote the recovery of damaged tendons.

The findings of this review clearly show that the most widely used and contrasted techniques for this type of pathology are plasma-rich injection and injection with corticosteroids, as well as different anti-drugs. Subacromial decompression exercises can help alleviate the symptoms, although these techniques, like others, have low evidence and few studies.

Keywords:

*Tendinopathy,
Physical Therapy
Specialty,
Therapeutics,*

Introducción

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo abordar los principales tratamientos no quirúrgicos que se están usando para la tendinopatía del manguito rotador. Para este fin nos vamos a centrar en publicaciones de los últimos Diez años haciendo una recopilación de datos y estudios, donde se revisara de manera exhaustiva la patología descrita.

Una de las causas comunes del dolor de hombro es la tendinopatía del manguito rotador, que se caracteriza por dolor y debilidad durante la rotación externa y elevación⁽¹⁾. La tendinopatía del manguito rotador es un término general que incluye diferentes afecciones del hombro que afectan las estructuras subacromiales, como la tendinitis/tendinosis del manguito rotador, la bursitis subacromial y el síndrome de pinzamiento del hombro⁽²⁾. La tendinopatía del manguito rotador es refractaria a los tratamientos⁽⁵⁾, da lugar a actividades deterioradas de la vida diaria y tiene una carga socioeconómica significativa debido a la pérdida de trabajo y los costos del tratamiento⁽³⁾.

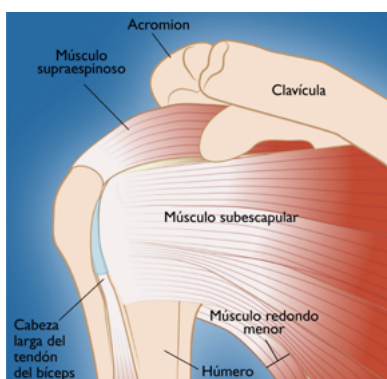
El manejo de la tendinopatía del manguito rotador es principalmente conservador. Las revisiones sistemáticas recientes y el metaanálisis mostraron evidencia baja o limitada de que las terapias pasivas, como el ultrasonido terapéutico⁽⁴⁾, la terapia de ondas de choque extracorpóreas⁽⁵⁾, la terapia con láser de bajo nivel, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea,

la terapia de campo electromagnético pulsado⁽⁶⁾, otras alternativas como las inyecciones con plasma rico en plaquetas⁽⁷⁾ así como las inyecciones de corticosteroides se muestran efectivas para la sintomatología de la tendinopatía del manguito rotador⁽⁸⁾. Estas terapias pasivas funcionan principalmente en el alivio de los síntomas y pueden no aliviar el estrés mecánico de las patologías tendinosas⁽⁹⁾. Se ha demostrado que la terapia con ejercicios es efectiva para reducir el dolor y mejorar la función en la tendinopatía del manguito rotador⁽⁴⁾. Sin embargo, aproximadamente el 40% de los pacientes con tendinopatía del manguito rotador no responden al tratamiento conservador⁽¹⁰⁾, y más de la mitad de los pacientes informan dolor recurrente y persistente a largo plazo⁽¹¹⁾.

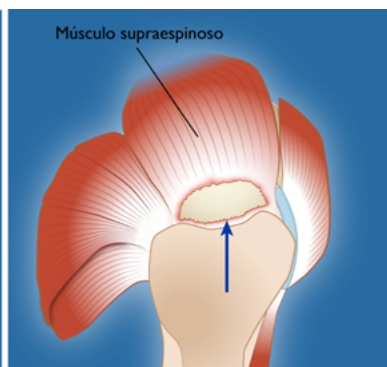
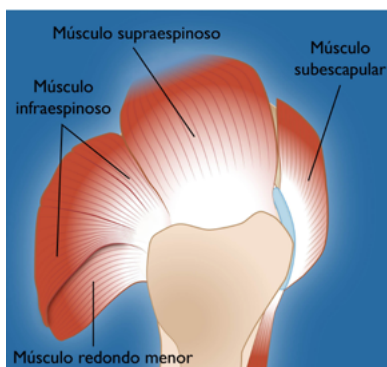
Se ha informado que la causa de la tendinopatía del manguito rotador es multifactorial y se ha demostrado que una combinación de compresión mecánica extrínseca es decir, estrechamiento del espacio subacromial y sobrecarga del tendón es decir, actividades generales repetitivas es el mecanismo principal de la tendinopatía del manguito rotador⁽¹²⁾.

La etiología de la tendinopatía del manguito rotador es multifactorial y se ha clasificado como intrínseca, extrínseca o también se puede describir como una combinación de ambas⁽¹³⁾.

Los estudios mostraron que hay una disminución de la tensión final, una disminución de la carga máxima, una disminución de la elasticidad y de la resis-



Fotos: orthoinfo.aaos.org



tencia a la tracción en los tendones envejecidos⁽¹⁴⁾. Además, los cambios patológicos microscópicos y bioquímicos mostraron degeneración de los tenocitos y fibras de colágeno, acumulación de lípidos en los tendones envejecidos⁽¹⁵⁾.

Observando que las características distintivas de la tendinopatía del manguito rotador son el dolor y la debilidad durante la elevación del brazo⁽¹⁶⁾. La escasa capacidad de auto reparación de estos tejidos y las limitaciones de las intervenciones quirúrgicas y basadas en inyecciones actuales han aumentado el interés en el plasma rico en plaquetas⁽¹⁷⁾.

Metodología

Debemos señalar que se procede la búsqueda con la intención de seleccionar todos los artículos posibles relacionados con el tratamiento de la tendinopatía del manguito rotador, de modo que cumplieran con los objetivos de inclusión que describiremos más adelante detalladamente. Se utiliza el buscador PubMed de libre acceso a la base de datos Medline de citas y resúmenes de artículos de investigación biomédica. A partir de aquí se seleccionan palabras clave que nos ayudaran a ser más precisos en la información de búsqueda. La búsqueda se hará en español e inglés. Las palabras de búsqueda en español fueron: Tendinopatía, manguito rotador, fisioterapia y tratamientos, En inglés se usaron las mismas palabras en este idioma: *Tendinopathy, Rotator cuff, Physiotherapy y Treatment*. Como era de esperar la búsqueda en este último idioma fue mucho más fructífera que en español, aunque no se descartó ningún idioma para que esta búsqueda fuera lo más amplia posible

Hemos seleccionado varios criterios tanto de inclusión, como de exclusión que nos parece interesante para ser más concisos en nuestra búsqueda literaria y revisión, en este apartado los vamos a describir.

Los criterios de inclusión que se han seguido para poder llevar a cabo han sido varios:

- Artículos, revisiones sistemáticas.
- Revisiones sistemáticas y meta-análisis
- Publicaciones y artículos con fecha posterior al 2010.
- Se seleccionaron artículos en español e inglés.
- Artículos que se encontraran en Pubmed.

Los criterios de exclusión seguidos han sido los siguientes:

- Artículos de opinión y reflexión de carácter individual sin vacación científica.
- Artículos publicados en otro idioma que no sea español e inglés.
- Artículos anteriores a 2010.
- Publicaciones que no fueron encontradas en Pubmed.
- La base de datos consultada es Pubmed es un sistema de búsqueda de libre acceso desarrollado en la *National Library of Medicine* que permite acceso a la base de datos Medline de citas y artículos de investigación, se realiza con palabras en inglés y en español.
- En la primera búsqueda en la que seleccionan de forma general en PubMed Central, en donde los artículos se pueden revisar, se localizan un total de 4182 referencias.
- Con el fin de hacer una búsqueda concreta se aplican unos filtros de búsqueda que corresponden a los criterios de inclusión:
 - En primer lugar, se buscaron meta-análisis y revisiones sistemáticas.
 - Publicaciones y artículos con fecha posterior al 2010.
- Continuando con la estrategia de búsqueda, los términos se combinaron mediante los operadores booleanos "AND" y "OR", para obtener unos resultados más completos.

Los detalles de la búsqueda son los siguientes:

((("rotator cuff"[MeSH Terms] OR ("rotator"[All Fields] AND "cuff"[All Fields]) OR "rotator cuff"[All Fields] OR "supraspinatus"[All Fields]) AND ("rotator cuff injuries"[MeSH Terms] OR ("rotator"[All Fields] AND "cuff"[All Fields] AND "injuries"[All Fields]) OR "rotator cuff injuries"[All Fields] OR ("tendinitis"[All Fields] AND "rotator"[All Fields] AND "cuff"[All Fields]) OR "tendinitis rotator cuff"[All Fields]))

Posteriormente se aplicarán los criterios de inclusión y exclusión, se reduce significativamente la búsqueda a 91 publicaciones, con el objetivo de ser más eficaces en la búsqueda se decide aplicar el fil-

tro de revisión sistemática y meta-análisis reduciendo nuestra búsqueda de manera significativa a 29 artículos y posteriormente se seleccionaron 6 meta-análisis finalmente para llevar a cabo esta revisión la revisión.

Resultados

La inyección de corticosteroides no redujo el dolor en pacientes adultos con tendinopatía del manguito rotador más que una inyección de placebo durante la evaluación del tercer mes o a partir de los 3 meses. En promedio, los pacientes adultos con tendinopatía del manguito de los rotadores que recibieron una inyección de corticosteroides experimentaron alivio transitorio del dolor más que una inyección de placebo en tiempos de evaluación de menores de 2 meses⁽¹⁸⁾.

El Plasma rico en plaquetas contiene una gran cantidad de factores de crecimiento, que pueden promover la proliferación y diferenciación celular, contribuir a la cicatrización de heridas según numerosos estudios analizados⁽¹⁹⁾.

Varios estudios han sugerido que la tendinopatía del manguito rotador es una patología que deteriora la vida diaria del paciente y tiene una carga socioeconómica significativa y los costos del tratamiento⁽³⁾.

La mayoría de hallazgos mostró que la edad superior a 50 años parece ser un factor significativo en la etiología intrínseca de la tendinopatía del manguito rotador entre la población activa, lo que es consistente con el conocimiento sobre los cambios degenerativos relacionados con la edad en los tendones del manguito rotador⁽¹⁵⁾.

Discusión

Hay cierta evidencia por parte de algunos estudios que demuestra que el uso de corticoides para mejorar el dolor y la funcionalidad durante los 2-3 primeros meses de tratamiento. Después de ese periodo no hay tanta evidencia a largo plazo.

Ciertos estudios sugieren que ciertos ejercicios rehabilitadores de descompresión subacromial pueden ayudar a mitigar o paliar la sintomatología del paciente, por otra parte el ultrasonido terapéutico, la terapia de ondas de choque extracorpóreas, la terapia con láser de bajo nivel, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, la terapia de campo electro-

magnético pulsado carecen de momento de una evidencia contrastada por lo que se deben hacer más investigaciones en este aspecto ya que los estudios tienen un nivel de evidencia baja y son escasos.

Discussion

There is some evidence from some studies showing that the use of corticosteroids to improve pain and functionality during the first 3 months of treatment.

Not so much long-term evidence. Certain studies suggest that certain subacromial decompression rehabilitation exercises can help mitigate or alleviate the patient's symptoms, on the other hand therapeutic ultrasound, extracorporeal shock wave therapy, low-level laser therapy, transcutaneous electrical nerve stimulation, Pulsed electromagnetic field therapy currently lacks proven evidence, so more research should be done in this regard, since studies have a low level of evidence and are scarce.

Conclusiones

En la actualidad se dispone de abanico bastante amplio desde un punto de vista conservador para el tratamiento de la tendinopatía del manguito rotador del manguito rotador. La combinación entre los distintos métodos propuestos suele aumentar el éxito en el tratamiento. De este modo se pueden llegar a cumplir los objetivos propuestos inicialmente favoreciendo la satisfacción del paciente con el resultado. La literatura revisada muestra más evidencia de unos tratamientos respecto a otros, aunque aun se deben proponer y desarrollar nuevos estudios para profundizar sobre ello.

Conclusions

A fairly conservative range is currently available for the treatment of rotator cuff tendinopathy of the rotator cuff. The combination of the different proposed methods can increase the success of the treatment. In this way, the initially proposed objectives can be achieved, favoring patient satisfaction with the result. The literature reviewed shows more evidence of some treatments with respect to others, although new studies have yet to be proposed and developed to delve into it.

Declaración de transparencia

El autor principal (defensor del manuscrito) asegura que el contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

Fuentes de Financiación

Sin fuentes de financiación.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no haber tenido ninguna fuente de financiación.

Publicación

Los autores declaran que este estudio no ha sido presentado en ningún evento científico (congreso o jornada).

Agradecimientos

A mis amigos y familia que siempre están para todo y especialmente M^ª Nieves y Antonio que siempre me hacen crecer personal y profesionalmente.

De manera muy especial a Antonio por haberme guiado en esta búsqueda como en muchas otras que he llevado y levare a cabo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lewis J, McCreesh K, Roy JS, Ginn K. *Rotator cuff tendinopathy: navigating the diagnosis-management conundrum*. J Orthop Sport Phys 2015; 45: 923–937.
2. Neer CS. *Impingement lesions*. Clin Orthop Relat R 1983; 173: 70–77.
3. Jeong JY, Song SY, Yoo JC, Park KM, Lee SM. *Comparison of outcomes with arthroscopic repair of acute-on-chronic within 6 months and chronic rotator cuff tears*. J Shoulder Elbow Surg 2017; 26: 648–655.
4. Desmeules F, Boudreault J, Roy JS, Dionne C, Fremont P, MacDermid JC. *The efficacy of therapeutic ultrasound for rotator cuff tendinopathy: a systematic review and meta-analysis*. Phys Ther Sport 2015; 16: 276–284.
5. Huisstede BM, Gebremariam L, van der Sande R, Hay EM, Koes BW. *Evidence for effectiveness of extracorporeal shock-wave therapy (ESWT) to treat calcific and non-cal-*

cific rotator cuff tendinosis – a systematic review. Man Ther 2011; 16: 419–433.

6. Page MJ, Green S, Mrocki MA, Surace SJ, Deitch J, McBain B, et al. *Electrotherapy modalities for rotator cuff disease*. Cochrane Database Syst Rev 2016: CD012225.
7. Balasubramaniam U, Dissanayake R, Annabell L. *Efficacy of platelet-rich plasma injections in pain associated with chronic tendinopathy: a systematic review*. Phys Sportsmed 2015; 43: 253–261.
8. Coombes BK, Bisset L, Vicenzino B. *Efficacy and safety of corticosteroid injections and other injections for management of tendinopathy: a systematic review of randomised controlled trials*. Lancet 2010; 376: 1751–1767.
9. Faber E, Kuiper JI, Burdorf A, Miedema HS, Verhaar JA. *Treatment of impingement syndrome: a systematic review of the effects on functional limitations and return to work*. J Occup Rehabil 2006; 16: 7–25.
10. Ludewig PM, Borstad JD. *Effects of a home exercise programme on shoulder pain and functional status in construction workers*. Occup Environ Med 2003; 60: 841–849.
11. Winters JC, Sobel JS, Groenier KH, Arendzen JH, Meyboom-de Jong B. *The long-term course of shoulder complaints: a prospective study in general practice*. Rheumatology (Oxford) 1999; 38: 160–163.
12. Soslowky LJ, Thomopoulos S, Esmail A, Flanagan CL, Iannotti JP, Williamson JD, 3rd, et al. *Rotator cuff tendinosis in an animal model: role of extrinsic and overuse factors*. Ann Biomed Eng 2002; 30: 1057–1063.
13. Seitz AL, McClure PW, Finucane S, Boardman ND, 3rd, Michener LA. *Mechanisms of rotator cuff tendinopathy: intrinsic, extrinsic, or both?* Clin Biomech (Bristol, Avon) 2011; 26: 1–12.
14. Best TM GW. *Basic science of soft tissue: muscle and tendon*. In: DeLee JC DD, editor. Orthopaedic sports medicine. Philadelphia: WB Saunders; 1994. p. 1–45
15. Kannus P, Jozsa L. *Histopathological changes preceding spontaneous rupture of a tendon*. A controlled study of 891 patients. J Bone Joint Surg Am 1991; 73: 1507–1525.
16. Luime JJ, Koes BW, Hendriksen IJ, Burdorf A, Verhagen AP, Miedema HS, et al. *Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population; a systematic review*. Scand J Rheumatol 2004; 33: 73–81.
17. James R, Kesturu G, Balian G, Chhabra AB. *Tendon: biology, biomechanics, repair, growth factors, and evolving treatment options*. The Journal of hand surgery. 2008; 33(1):102–112.
18. Mohamadi A1, Chan JJ1, Claessen FM1, Ring D2, Chen NC1. *Corticosteroid Injections Give Small and Transient Pain Relief in Rotator Cuff Tendinosis: A Meta-analysis*. 2017 Jan;475(1):232-243. doi: 10.1007/s11999-016-5002-1.
19. Mccarrel T, Fortier L. *Temporal growth factor release from platelet-rich plasma, trehalose lyophilized platelets, and bone marrow aspirate and their effect on tendon and ligament gene expression*. J Orthop Res. 2009;27: 1033–1042. 10.1002/jor.20853

La coherencia cardíaca como técnica para disminuir el estrés y desarrollar resiliencia

Díaz-Sánchez, E. *La coherencia cardíaca como técnica para disminuir el estrés y desarrollar resiliencia*. SANUM 2020, 4(3) 76-81

Resumen

En la actualidad, cada vez son más las personas que refieren dificultad para relajarse, ansiedad, pérdida de concentración, dolor crónico, cansancio sin motivo aparente, apatía, pérdida de apetito, hipertensión arterial, desórdenes en el sueño y/o molestias gástricas. Esta problemática se puede mejorar con el uso de determinadas acciones o herramientas: ejercicio físico, alimentación adecuada, técnicas de relajación, etc.

Una posibilidad con gran evidencia científica en este sentido es el trabajo de Coherencia Cardíaca. Esta es una técnica muy novedosa en el campo de la neuro-cardiología y se basa en la relación del cerebro y del corazón (razón y emociones).

Para desarrollar este trabajo, hablaremos del estrés y de la resiliencia, realizando una exposición teórica sobre qué es y cómo se puede realizar Coherencia Cardíaca, sus beneficios y estudios científicos que la avalan.

AUTOR

Enrique Díaz Sánchez

Fisioterapeuta Clínica Promove. Colegiado nº95 – ICPFA. Sevilla. España.

Correspondencia

 info@enriquediazfisioterapia.es

Tipo de artículo:

Especial

Sección:

Fisioterapia.

F. recepción: 28-05-2020

F. aceptación: 14-07-2020

Palabras clave:

Estrés,
resiliencia,
respiración,
bienestar,

Cardiac coherence as a technique to reduce stress and build resilience

Abstract

Currently, more and more people report difficulty relaxing, anxiety, loss of concentration, chronic pain, fatigue for no apparent reason, apathy, loss of appetite, high blood pressure, sleep disorders and / or gastric discomfort. This problem can be improved with the use of certain actions or tools: physical exercise, adequate nutrition, relaxation techniques, etc.

One possibility with great scientific evidence in this regard is the Cardiac Coherence technique.

This is a very novel technique in the field of neuro-cardiology and is based on the relationship of the brain and the heart (reason and emotions).

To develop this article, we will talk about stress and resilience, making a theoretical exposition about what Cardiac Coherence is and how it can be done, its benefits and scientific studies that support it.

Keywords:

*Stress,
resilience,
Respiration,
Wellness.*

La coherencia cardíaca

Vivimos junto a gran cantidad de enfermedades, patologías y “malestares” asociados. Enfermedades cardiovasculares, problemas musculo-esqueléticos, problemas digestivos, patología inmune, trastornos en el comportamiento, enfermedades oncológicas y problemas emocionales y así un largo etcétera, son sólo unos ejemplos.

Estudios recientes afirman que en torno al 90% de patologías y enfermedades son causadas por el estrés o agravadas por este.

Si pensamos que esto es realmente así, ¿no estaría la clave en tratar ese estrés?

1. Estrés y resiliencia

Podemos considerar el estrés como una reacción fisiológica de respuesta del organismo que se produce ante una situación o acontecimiento real o imaginario y que se considera amenazante para su supervivencia.

Hace más de 80 años el doctor canadiense Hans Selye hablaba del “**Síndrome general de adaptación**”¹ al referirse a la capacidad del individuo de enfrentarse o adaptarse a consecuencia de lesiones o enfermedades.

En 1986 Lazarus y Folkman ponían el acento en la importancia de **la valoración que hace el individuo** de la situación estresante.

La respuesta generada por el individuo está relacionada, además con **los recursos o herramientas de que dispone**².

Y es precisamente aquí, donde entra en juego la Coherencia Cardíaca.

Cabe decir que las consecuencias del estrés no siempre tienen que ser negativas; en ocasiones su presencia representa una excelente oportunidad para poner en marcha nuevos recursos personales, desarrollando así al individuo y a sus posibilidades de éxito para ocasiones futuras.

Definimos la **resiliencia** como la capacidad de prepararse antes, de manejarse durante y de salir fortalecido de una situación estresante o adversa.

Las personas resilientes tienen, sobre todo, un buen manejo de sus emociones³.

En lugar de positivas o negativas, podemos clasificar a las emociones como:

- Renovadoras: entre las que se encuentran la gratitud, la alegría, la felicidad, la confianza, el amor.
- Desgastantes: entre ellas están el miedo, la ira, la frustración y la tristeza.

Y damos el énfasis a las emociones porque son uno de los pilares básicos para el desarrollo de Coherencia Cardíaca.

2. Fisiología de la coherencia: el Cerebro del Corazón

Investigaciones recientes sugieren o determinan que el corazón no es sólo una “bomba de sangre” sino que es un órgano sensorial y un sofisticado centro para recibir y procesar y generar información. Con esto nos referimos al término “**Cerebro del Corazón**”⁴.

Daremos unos detalles para aportar luz a esta información:

- El *desarrollo del corazón en el feto* es anterior al del cerebro.
- Existe más información que va del corazón al cerebro que al revés.
- El 60% de *células cardíacas son nerviosas* y el campo electromagnético que genera el corazón es superior al del cerebro.
- Las frecuencias electromagnéticas son *100 veces superiores* a las señales físicas (hormonas, neurotransmisores, etc.) a la hora de transmitir información del entorno.

En base a todo esto podría decirse que el corazón marca el ritmo de funcionamiento a todos los órganos del cuerpo.

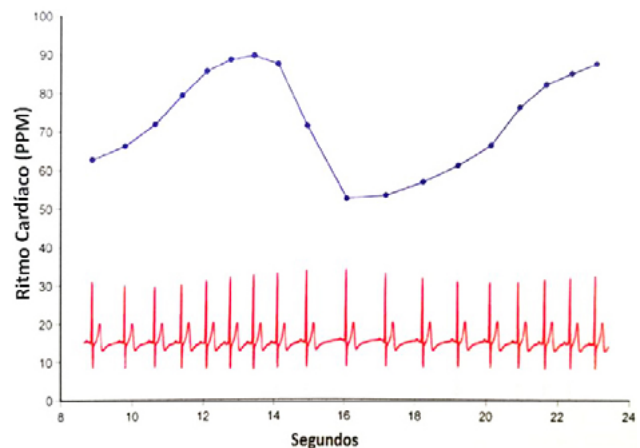
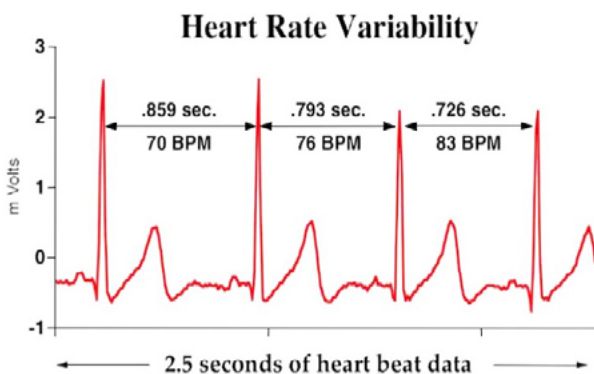
Fisiología de la Coherencia. Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca⁵

Con el término de Coherencia Cardíaca se hace referencia a un trabajo armónico del corazón, a un patrón repetitivo y estable del ritmo cardíaco. Se trata de una coherencia psico-fisiológica que afecta o resuena en todos los órganos del cuerpo.

Para entender esto, debemos saber que las distancias entre pulsos (latidos cardíacos) no es siempre la misma.

La **Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca (VFC)** es la cantidad de variación del ritmo cardíaco. Esto es medible con dispositivos emWave® e Inner Balance® entre otros y han sido diseñados en el instituto HeartMath®.

Cuando colocamos en una gráfica: los latidos cardíacos, por un lado y el ritmo cardíaco (pulsaciones por minuto), nos sale una curva u onda en la que podemos ver esta variación.



Distancia entre latido y latido cardíaco y forma de la curva en el tiempo.
Procedencia y autorización: HeartMath Institute©. Formación Coherencia cardíaca y Biofeedback HRV en Psicoterapia

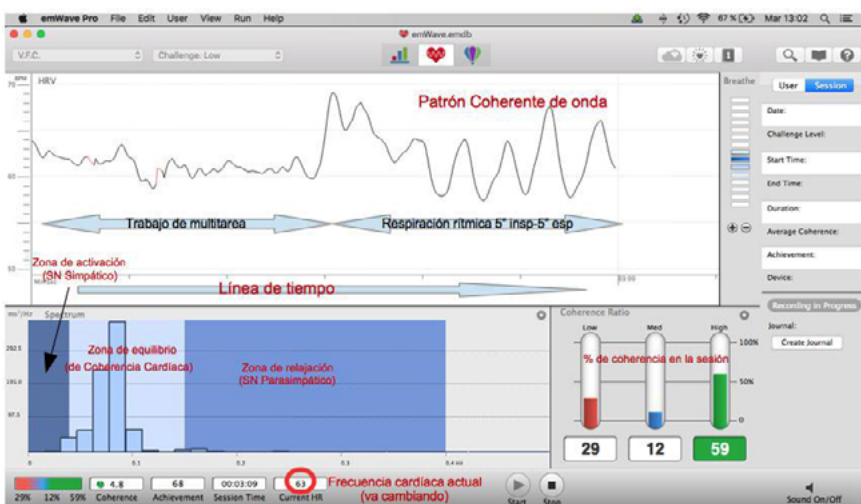
Cuando existe un patrón armónico⁶ de onda hablamos de coherencia cardíaca alta u onda coherente.

Tenemos, por tanto, en el trabajo sobre la VFC una forma de regular los distintos sistemas corporales (nervioso, endocrino, musculo-esquelético...)⁷.

Las características principales de esta onda son: amplitud, frecuencia y forma. Este patrón armónico de coherencia lo encontramos cuando la persona experimenta emociones renovadoras, cuando sigue un ritmo respiratorio constante y cuando la atención se dirige de forma exclusiva a algo concreto (atención plena). Sin embargo, encontramos coherencia cardíaca baja o patrones disarmónicos con emociones negativas, con ritmos respiratorios no regulares y con estados mentales con más actividad desajustada (pensamientos rumiantes, negativos o multitarea).

3. Técnica de la Coherencia Rápida©

Esta técnica es propiedad intelectual del Instituto Heartmath© y el uso de dispositivos tecnológicos con sensores colocados en el lóbulo de la oreja (o dedo índice) junto con el software que va a un ordenador hace que la técnica constituya una herramienta de biofeedback de información de primer orden.



Biofeedback con el programa emWavePro® y visualización explicativa en monitor de ordenador.
Procedencia: EmWavePro, coherence training software

La coherencia cardíaca cómo técnica para disminuir el estrés y desarrollar resiliencia

Los 3 elementos para conseguir Coherencia Cardíaca son: emoción, atención y respiración.

El trabajo a realizar es el siguiente:

1º. Sentimiento del Corazón

Debemos encontrar una emoción o un sentimiento renovador, que nos recargue de energía (un familiar querido, una situación, un lugar...).

2º. Atención al corazón

Respiración de esa emoción positiva en el centro del pecho, en el Corazón.

3º. Respiración del Corazón⁸

Seguir la experiencia en el pecho de ese sentimiento o emoción renovadora al mismo tiempo que se coge el ritmo respiratorio del corazón (en torno a 10 segundos de ciclo respiratorio completo: 5 segundos de inspiración y 5 segundos de espiración, sin pausas).

4. Uso de la Coherencia Cardíaca

El trabajo de coherencia cardíaca se plantea como:

1. Entrenamiento diario. Lo más importante y lo que da consistencia al trabajo⁹.

Lo conveniente sería que no fuera de mucho tiempo al principio para ir adaptándonos progresivamente. 5-10 minutos.

2. Antes de evento estresante (reunión, examen, actividad deportiva...). Sobre todo, haciendo el trabajo de la Respiración del Corazón, como preparación psico-fisiológica para una actividad exitosa. 2 minutos.
3. Después del evento estresante como forma de bajar pulsaciones (frecuencia cardíaca) y armonizar la VFC. 2 minutos

Conclusiones

Los beneficios que reporta el entrenamiento:

- Mejora de la salud emocional, reduciendo el estrés y la ansiedad.
- Regulación de la tensión arterial¹⁰.

- Mejor desempeño cortical (rendimiento cognitivo, memoria, funciones ejecutivas).
- Mejora de distintos dolores físicos.
- Mayor calidad del sueño.
- Mejora del cansancio generalizado o fatiga crónica.

Entre sus ámbitos de actuación están:

- Mundo de la empresa y organizaciones.
- Ámbito escolar.
- Salud (aplicación clínica) en patología física, psíquica y "psicosomática".
- Nivel relacional: pareja, familia, círculos sociales.

Conclusions

The benefits of training:

- *Improvement of emotional health, reducing stress and anxiety.*
- *Regulation of blood pressure.*
- *Better cortical performance (cognitive performance, memory, executive functions).*
- *Improvement of different physical pain.*
- *Higher quality of sleep.*
- *Improvement of general tiredness or chronic fatigue.*

Among its areas of action are:

- *World of the company and organizations.*
- *Related to school.*
- *Health (clinical application) in physical, psychic and "psychosomatic" pathology.*
- *Relational level: couple, family, social circles.*

Aclaración

El *Instituto HeartMath*®, creado en 1991 en California por **Doc Childre**, es una organización sin ánimo de lucro dedicada a la investigación y la educación con la misión central de contribuir a mejorar la salud, el bienestar y la consciencia uniendo los dominios de la psicología y la fisiología.

"A un gran corazón, ninguna ingratitud lo cierra, ninguna indiferencia lo cansa"

Leon Tolstoi

"El autor del artículo asegura que el manuscrito es un artículo honesto, adecuado y transparente; que ha sido enviado a la revista científica SANUM, que no ha excluido aspectos importantes del estudio y que las discrepancias del análisis se han argumentado, siendo registradas cuando éstas han sido relevantes"

Agradecimiento

Agradezco a Pablo Perez García, trainer certificado HeartMath® para España las sugerencias para la realización del presente trabajo y su labor como docente formador en *Coherencia Cardíaca*; fundamental para mi desarrollo profesional en este campo.

Declaración de transparencia

El autor principal (defensor del manuscrito) asegura que el contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

Fuentes de financiación

El autor declara la realización del manuscrito por ingresos propios.

Conflicto de intereses

no existen conflictos de intereses.

Publicación

El presente artículo ha sido presentado como ponencia titulada "Coherencia cardíaca: una técnica para desarrollar la resiliencia y mejorar así la salud y el bienestar de la persona" en las II Jornadas Nacionales Virtuales sobre Promoción de la Salud y Educación Sanitaria, celebradas del 05 de marzo al 16 de abril de 2018, organizadas por la FeSP-UGT/Andalucía y reconocidas de INTERÉS CIENTÍFICO SANITARIO por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía con el Expediente 203/17.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Camargo B. *Estrés, Síndrome General de Adaptación o Reacción General de Alarma*. Rev Med Cient [Internet]. 8 de agosto de 2010 [citado 14 de junio de 2020];17(2). Disponible en: <https://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/103>
2. Castillo MD., González-Leandro P. *Estrés y ansiedad, relación con la cognición*. Interpsiquis (Internet). 2010; vol XI: Disponible en <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/estres-y-ansiedad-relacion-con-la-cognicion>
3. Rojas Marcos, L. *Superar la Adversidad (El poder de la resiliencia)*. Barcelona. Círculo de Lectores. Espasa. 2010
4. Servan-Schreiber, D. *El corazón y la razón. En Curación emocional*. París: Editorial Kairós; 2003. p 55-92.
5. <https://institutodecoherencia.com> (Internet). España: 2019. Disponible en <https://institutodecoherencia.com/coherencia-cardiaca-psicofisiologica/>
6. Marquínez-Bascones F. *Cerebro y coherencia cardíaca*. Gac Med Bilbao. 2006; 103(4):157-161
7. Gevirtz R. *The Promise of Heart Rate Variability Biofeedback: Evidence-Based Applications*. Biofeedback. 2013; 41(3):110-120
8. Shaffer F., McCraty R., Zerr C.L. *A healthy heart is not a metronome: an integrative review of the heart's anatomy and heart rate variability*. Front. Psychol., 30 September 2014. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01040>
9. Goessl V.C., Curtiss J.E., Hofmann S.G. *The effect of heart rate variability biofeedback training on stress and anxiety: a meta-analysis*. Psychol Med. 2017; 47 (15):25782586
10. Alabdulgader, A. A. (2012). *Coherence: a novel nonpharmacological modality for lowering blood pressure in hypertensive patients*. Glob. Adv. Health Med. 2012; 1(2): 54-62

Luz brillante como terapia complementaria en la depresión bipolar

Bright light as complementary therapy in bipolar depression

Martínez-Pizarro, S. *Luz brillante como terapia complementaria en la depresión bipolar*. SANUM 2020, 4(3) 82-84

Sr. Editor:

La depresión bipolar (BD) consiste en un trastorno del estado de ánimo frecuentemente asociado con un mal pronóstico, principalmente debido a una alta tasa de recaída. En los estudios científicos de los últimos años se ha propuesto el uso de la terapia de luz brillante (BLT) como tratamiento complementario en BD⁽¹⁾.

En el estudio de Yorguner Kupeli N et al realizado en 2018 en Turquía se analizó la eficacia y seguridad de BLT como un tratamiento adicional en la depresión bipolar (BD). 32 pacientes con BD fueron asignados aleatoriamente a BLT (10000lx) o luz tenue (DL, <500lx). Durante un período de dos semanas, se administró luz cada mañana durante 30 minutos. Las tasas de respuesta para BLT y DL fueron 81% y 19%, y las tasas de remisión fueron 44% y 12.5%, respectivamente. Los análisis mostraron reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de depresión para el grupo BLT en comparación con el grupo DL en todas las escalas. Los efectos secundarios fueron similares en ambos grupos, con dolor de cabeza como el efecto secundario más común. Los resultados sugieren que BLT es un tratamiento complementario eficaz y seguro para BD⁽²⁾.

En la investigación de Zhou TH et al realizada en 2018 en China se exploró la eficacia, tiempo de inicio y seguridad de BLT en el tratamiento de pacientes con BD. Se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, simple ciego. 74 participan-

AUTORA

Sandra Martínez Pizarro.

Enfermera. Distrito sanitario Nordeste de Granada. España.

Correspondencia

 mpsandrita@hotmail.com

Tipo de artículo:

Carta al editor.

F. recepción: 24-07-2020

F. aceptación: 05-10-2020

tes fueron asignados al azar a BLT o control (terapia de luz roja tenue, dRLT). La terapia de luz duró dos semanas, una hora cada mañana. Respecto a la eficacia clínica BLT mostró un mayor efecto de mejora en la depresión bipolar que el control, con tasas de respuesta de 78.19% versus 43.33% respectivamente. En cuanto al día de inicio; la mediana fue de 4,33 días en el grupo BLT. No hubo eventos adversos graves. BLT puede considerarse como un tratamiento adyuvante eficaz y seguro para pacientes con depresión bipolar aguda⁽³⁾.

En el estudio de Sit DK et al realizado en 2018 en Estados Unidos se realizó un ensayo aleatorizado doble ciego controlado con placebo de 6 semanas para investigar la eficacia de la terapia complementaria de luz brillante al mediodía para la depresión bipolar. El estudio incluyó a adultos deprimidos con trastorno bipolar I o II que recibían dosis estables de medicación antimaníaca. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente al tratamiento con luz blanca brillante de 7.000 lux o con luz placebo roja tenue de 50 lux (N=23 para cada grupo). Al inicio del estudio, ambos grupos tenían depresión moderada y sin síntomas hipomaníacos o maníacos. En comparación con el grupo de luz placebo, el grupo tratado con luz blanca brillante experimentó una tasa de remisión significativamente mayor (68.2% en comparación con 22.2%) en las semanas 4-6. No se observaron cambios de polaridad en el estado de ánimo y la calidad del sueño mejoró. Los datos de este estudio proporcionan evidencia sólida que respalda la eficacia de la terapia de luz brillante del mediodía para la depresión bipolar⁽⁴⁾.

En la revisión de Camardese G et al realizada en 2015 en Italia se investigaron los beneficios clínicos de BLT como tratamiento complementario a la psicofarmacoterapia en BD. Se incluyeron 31 pacientes para someterse a 3 semanas de BLT. Los resultados mostraron que el BLT complementario pareció influir en el curso del episodio depresivo, y se informó una reducción estadísticamente significativa en las puntuaciones de la escala de depresión de Hamilton desde la primera semana de tratamiento. El tratamiento fue bien tolerado y ningún paciente presentó signos clínicos de cambio (hipo) maníaco durante el período de tratamiento general. Al final del estudio (después de 5 semanas de la interrupción del BLT), nueve pacientes aún mostraron una respuesta al tratamiento. El aumento de BLT también condujo a una mejora significativa del retraso psicomotor. La BLT combinada con el tratamiento farmacológico en curso ofrece un enfoque simple, y podría ser eficaz para mejorar rápidamente los síntomas centrales depresivos de pacientes con BD⁽⁵⁾.



Te ofrecemos un eficaz recurso didáctico para ejercitar la memoria basada en el reconocimiento y afianzar la materia de estudio.

¡Pon a prueba tu preparación!



Rodio
#Oposiciones

En los estudios científicos expuestos anteriormente, realizados en los últimos años, en diversos países (Japón, Turquía, China, Estados Unidos, Italia) se pueden observar los beneficios, eficacia y seguridad de la terapia de luz brillante en BD.

Resulta fundamental la trasmisión de estos conocimientos a todos los profesionales sanitarios, especialmente aquellos que trabajan en su día a día con este tipo de pacientes. La terapia de luz brillante es capaz de mejorar los síntomas en pacientes con depresión bipolar, esto permite disminuir la cantidad necesaria de fármacos con efectos sistémicos secundarios no deseados y con ello incrementar la calidad de vida de los pacientes.

Por tanto, se debe de promocionar la aplicación de dicho tratamiento en la práctica asistencial del entorno sanitario con el objetivo de garantizarles a los pacientes cuidados de alta calidad. Por otro lado también se debe de potenciar la investigación dentro de este ámbito para examinar los efectos a largo plazo, su posible efecto sinérgico con otras terapias o tratamiento y su rentabilidad económica. De esta forma, los profesionales sanitarios podrán ofrecer a los pacientes los mejores cuidados basados en las evidencias científicas más actuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Takeshima M, Utsumi T, Aoki Y, Wang Z, Suzuki M, Okajima I, et al. *Efficacy and safety of bright light therapy for manic and depressive symptoms in patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis*. Psychiatry Clin Neurosci. 2020; 74(4): 247-256. doi: 10.1111/pcn.12976.
2. Yorguner Kupeli N, Bulut NS, Carkaxhiu Bulut G, Kurt E, Kora K. *Efficacy of bright light therapy in bipolar depression*. Psychiatry Res. 2018; 260: 432-438. doi: 10.1016/j.psychres.2017.12.020.
3. Zhou TH, Dang WM, Ma YT, Hu CQ, Wang N, Zhang GY, et al. *Clinical efficacy, onset time and safety of bright light therapy in acute bipolar depression as an adjunctive therapy: A randomized controlled trial*. J Affect Disord. 2018; 227: 90-96. doi: 10.1016/j.jad.2017.09.038.
4. Sit DK, McGowan J, Wiltout C, Diler RS, Dills JJ, Luther J, et al. *Adjunctive Bright Light Therapy for Bipolar Depression: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial*. Am J Psychiatry. 2018; 175(2): 131-139. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16101200.
5. Camardese G, Leone B, Serrani R, Walstra C, Di Nicola M, Della Marca G, et al. *Augmentation of light therapy in difficult-to-treat depressed patients: an open-label trial in both unipolar and bipolar patients*. Neuropsychiatr Dis Treat. 2015; 11: 2331-8. doi: 10.2147/NDT.S74861.



SANUM

Revista Científico-Sanitaria

NORMAS GENERALES PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

SANUM es una revista digital científica de publicación cuatrimestral, con artículos científicos de interés para el desarrollo de las diferentes áreas sanitarias profesionales. La revista contiene artículos originales, inéditos; los cuales serán revisados por la Secretaría del consejo de redacción y un comité editorial y científico. Así, los trabajos deberán cumplir las normas de calidad, validez y rigor científico para promover la difusión del conocimiento científico.

**Se certificarán los artículos publicados en la revista
con su correspondiente número de ISSN**

LA REVISIÓN Y PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS ES TOTALMENTE GRATUITA

Para más información, consulta nuestra web:

<http://www.revistacientificasanum.com>

GENERALIDADES

1. Los trabajos que se presentan para ser publicados en la revista SANUM deben ser **originales, inéditos, no aceptados ni enviados** simultáneamente para su consideración en otras revistas. En el caso de que el trabajo se haya presentado en alguna Jornada, Congreso o evento similar se deberá indicar el nombre completo del congreso, fechas y lugar de celebración, así como su forma de presentación (póster, comunicación oral o ponencia). Así como si se ha publicado en el resumen del libro oficial del congreso, estimando que en el caso que fuera el texto completo, no se consideran inéditos.
2. Los autores de los trabajos deben ser profesionales sanitarios u otros profesionales no sanitarios o relacionados con el ámbito sanitario. El número máximo de autores aceptados en los trabajos no superará en ningún caso los **cinco autores**.
3. Los autores deben tener **autorización** previa para presentar datos o figuras íntegras o modificadas que ya hayan sido publicadas. Publicar fotografías que permitan la identificación de personas. Mencionar a las personas o entidades que figuren en los agradecimientos.
4. Los autores **renuncian implícitamente a los derechos de publicación**, de manera que los trabajos aceptados pasan a ser propiedad de la revista SANUM. Para la reproducción total o parcial del texto, tablas o figuras, es imprescindible solicitar autorización del Consejo de Redacción y obligatorio citar su procedencia.
5. La Secretaría del Consejo de Redacción puede plantear a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del trabajo. En estos casos, los autores deberán enviar el original con las modificaciones propuestas en un **plazo no superior a 15 días**; en caso de no cumplirse ese plazo, el trabajo quedará rechazado.
6. El envío del trabajo a esta revista supone la **ACEPTACIÓN ÍNTEGRA** de todos los criterios dictados en las normas de presentación de artículos propuestos por la Secretaría del consejo de redacción y comité editorial científico de la revista SANUM.
7. Una vez aceptado el trabajo, el autor principal de correspondencia recibirá un correo-e de aviso de aceptación del original. Igualmente se enviará nuevo correo-e cuando el artículo vaya a ser publicado, indicándose fecha y número de la publicación del trabajo.
8. Todos los autores del trabajo **deberán firmar y enviar por correo postal** el modelo de **declaración de autoría y cesión de los derechos de autor** en documento **original** como último requisito previo e inexcusable a la publicación del artículo.

LA REVISIÓN Y PUBLICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS EN LA REVISTA CIENTÍFICA SANUM ES TOTALMENTE GRATUITA

SANUM publica trabajos originales, artículos de revisión, editoriales, casos clínicos o estudio de casos, protocolos y otros artículos concretos relacionados con cualquier área sanitaria profesional de las ciencias de la salud y que favorezcan el desarrollo y difusión de la investigación, conocimientos y las competencias de las mismas. Todos los trabajos recibidos se someten a evaluación por el comité editorial y, si procede, por revisores/as externos/as. Los manuscritos deben elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas en su última versión y ajustarse a las normas de publicación aquí expuestas. La falta de consideración de estas recomendaciones e instrucciones ocasionará irremediablemente un retraso en el proceso editorial y en la posible publicación del manuscrito, y también puede ser causa de rechazo del trabajo.

Los artículos deben cumplir las siguientes normas de publicación:

FORMA DE ENVÍO DE ORIGINALES: EMAIL

La **única forma de envío de los trabajos** será a través del siguiente correo-e: **consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es** y siguiendo las reglas y recomendaciones de presentación de los trabajos.

- Deberá ser enviado por el autor principal: **AUTOR DE CORRESPONDENCIA**.
- En el **ASUNTO** del mensaje deberá escribirse el título del trabajo en mayúsculas.
- En la **CABECERA** del mensaje deberá indicarse el título de cada uno de los archivos adjuntos enviados con el mensaje. Además deberá indicarse el nombre y apellidos de los autores, categoría profesional y actividad laboral actual.

Una vez recibido el trabajo por esta vía y según estas recomendaciones, se enviara una respuesta tras su revisión por parte de la Secretaría Técnica del consejo de redacción. En caso de recibir algún trabajo enviado sin estas recomendaciones, no se atenderá ni será revisado por el consejo de redacción, considerándose como **trabajo no aceptado**.

Una vez comprobado que el artículo reúne las características de estructura aceptadas por esta revista, la Secretaria del consejo de redacción enviará al comité editorial y científico el manuscrito para una **revisión documental, ética y de rigor científico, condiciones necesarias para que el artículo sea aceptado y publicado en esta revista**.

Una vez sea admitido el artículo por el comité editorial, se procederá al aviso a los autores para su próxima publicación, que dependerá de la cola de artículos existentes en ese momento y que estén pendientes de publicar en la revista con la decisión de orden de publicación que dicta el comité editorial y científico.

ASPECTOS FORMALES DE LOS ORIGINALES

- Formato del documento: A4.
- Nº mínimo de páginas completas sin imágenes: 10 páginas
- Nº máximo de páginas completas sin imágenes: 20 páginas.
- Todas las páginas deben estar numeradas en la parte inferior derecha.
- Fuente: Times New Roman. Tamaño de letra de 12 puntos, a doble espacio.
- Textos sin viñetas.
- Archivos en formato Word. Guardar archivos con extensión .doc, .docx o .rtf
- Imágenes a color 72 pp.
- Los cuadros, mapas y gráficas podrán presentarse en **formato Excel** con claridad y precisión; invariablemente deberán incluir la fuente o el origen de procedencia, y en el texto del trabajo deberá indicarse su colocación exacta. El número máximo de estos elementos no deberá superar los seis elementos en total, entre imágenes, tablas o gráficos.
- Las llamadas deberán ser numéricas.
- Las citas deberán insertarse en el texto abriendo un paréntesis con el apellido del autor, el año de la publicación y la página.
- Para siglas, acrónimos o abreviaturas, la primera vez que se usen deberá escribirse el nombre completo o desatado; luego, entre paréntesis, la forma que se utilizará con posterioridad. Ejemplos: Banco Mundial (BM), Organización de las Naciones Unidas (ONU), producto interno bruto (PIB).
- Los artículos se recibirán con la correspondiente corrección ortográfica y de estilo.
- La publicación de los artículos estarán sujetas a la disponibilidad de espacio en cada número.
- Los apartados siguientes deberán presentarse en **español e inglés:**
TÍTULO, RESUMEN, PALABRAS CLAVE, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

POLÍTICAS DE SECCIÓN

Las secciones que son admitidas siguiendo la política editorial de la revista son las siguientes:

• Editorial:

Esta sección contemplará comentarios y reflexiones sobre algún tema novedoso de actualidad sanitaria o de relevancia científica, relacionado las Ciencias

de la Salud, Ciencias Médicas, Enfermería u otra disciplina sanitaria o clínica, que tenga interés para las profesionales sanitarios o no sanitarios.

Esta sección se elaborará por habitualmente por encargo de la dirección o equipo editorial de la revista, aunque la revista está abierta a propuestas sobre temas y autores que puedan desarrollarlos como expertos en la materia a presentar. La editorial no expresa la postura oficial del comité editorial de SANUM, a no ser que así se indique expresamente en el propio editorial.

Todos los editoriales deberán tratar de ser imparciales y versar sobre temas novedosos, polémicos o de los que haya muy poca literatura, y deberán reflejar las diferentes posturas existentes. Los editoriales tendrán una extensión máxima de 500 palabras, hasta 10 referencias bibliográficas, y sin ningún elemento gráfico. No se debe incluir resumen.

Esta sección se publica como artículo de cabecera de la revista.

• Cartas al editor:

En esta sección se publicarán observaciones científicas y formalmente aceptables sobre los artículos publicados en la revista SANUM, de los dos números previos publicados. También es un espacio para los lectores envíen sus comentarios sobre los temas de actualidad, en cualquier aspecto relacionado con las ciencias de la salud que pueda ser de interés para los profesionales sanitarios y no sanitarios. Es la sección ideal para el intercambio de ideas y opiniones entre los lectores, autores y equipo editorial de la revista, en la cual os invitamos a participar. La extensión máxima será de 500 palabras. Se admitirá una tabla o figura (consultar normas de publicación de tablas y figuras) y hasta 6 referencias bibliográficas.

• Artículos Originales:

Descripción íntegra de un trabajo de investigación esencial o práctica clínica que aporte información suficiente para permitir una valoración crítica. Estos trabajos tendrán una metodología cuantitativa o cualitativa relacionados con cualquier aspecto de la investigación en el ámbito sanitario o sociosanitario de las diferentes disciplinas de las Ciencias de la Salud. El manuscrito no superará las 3.000 palabras (excluidos el resumen, los agradecimientos, la bibliografía y las figuras y/o tablas). El número máximo de referencias bibliográficas será de 35, y el número de tablas o figuras no superará las 6.

En la estructura del documento deben constar de manera ordenada los siguientes apartados: Introducción, Metodología, Resultados, Discusión y Conclusiones. Las unidades de medida en cualquier sección se expresarán en sistema convencional o bien en el sistema internacional (SI).

Además de la estructura anterior, este manuscrito debe incluir un RESUMEN, que puede ser estructurado o no estructurado y al menos 3 PALABRAS CLAVES, ambos apartados en español e inglés.

- **Originales breves:**

Trabajos con las mismas características descritas en los originales, pero que se publican de manera más abreviada con objetivos y resultados más concretos. La extensión máxima del texto será de 1.500 palabras admitiéndose hasta un máximo de 3 tablas o figuras. La estructura de estos manuscritos será la misma que la de los originales (Introducción, Metodología, Resultados y Discusión) con 15 referencias bibliográficas como máximo. El resumen debe ser estructurado y el resto de la estructura debe ser la misma que la de los originales.

- **Revisiones:**

Estudios bibliométricos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y metasíntesis sobre temas relevantes y de actualidad en Ciencias de la Salud, que debe incluir: Introducción, Metodología, Resultados, y Discusión y Conclusiones. La extensión máxima del texto será de 3000 palabras, y se admitirán hasta un máximo de 6 tablas o figuras (ver normas de las normas de tablas y figuras). Los trabajos de revisión incluirán un resumen estructurado de 250 palabras y un máximo de 50 referencias bibliográficas. Puede incluir palabras clave.

Para la elaboración de las revisiones sistemáticas o metaanálisis será recomendable seguir las indicaciones publicadas en la declaración PRISMA (<http://www.prisma-statement.org>).

- **Protocolos o procedimientos. Notas de campo.**

En esta sección se publicarán manuscritos sobre el estado actual del conocimiento en aspectos concretos, experiencias de la práctica profesional que sean de gran interés, novedosos y relevantes sobre la base de la experiencia profesional del autor o autores.

Su temática podrá incluir no sólo problemas del ámbito asistencial, sino también cuestiones de contenido docente, de investigación o de gestión. La estructura incluirá: Introducción, Desarrollo, Conclusiones y Bibliografía. La extensión máxima será de 2000 palabras y un resumen de no más de 500 palabras, en castellano e inglés. Se admitirán hasta un máximo de 3 tablas y/o figuras, y 20 referencias bibliográficas.

- **Casos clínicos:**

En esta sección se publicarán manuscritos que deben ser trabajos esencialmente descriptivos de uno o varios casos clínicos, de excepcional interés, bien por su escasa frecuencia, bien por su evolución no habitual o por su aportación al conocimiento de la práctica clínica en cualquiera de las disciplinas de las ciencias de la Salud. Los profesionales deben exponer los aspectos nuevos o ilustrativos de cualquier área de conocimiento sanitario de la práctica clínica y expresarlos de manera estándar y que sea comprensible para el

resto de los profesionales. Deben estar adecuadamente argumentados y explicados. Su extensión máxima debe ser de 1000 palabras y seguir una estructura concreta y adecuada a su descripción. Podrás incluir hasta 3 tablas y/o figuras y hasta 10 referencias bibliográficas.

- **Artículos especiales:**

Se publicarán manuscritos referidos a otros trabajos que no se ajusten a los anteriores tipos de trabajos y que pueda ser de interés científico de cualquier área sanitaria. Este tipo de manuscritos tendrán una extensión máxima de 1500 palabras y 2 tablas o figuras. Incluirán un resumen de 250 palabras. No será necesario estructurar dicho resumen ni el texto principal en introducción, métodos, resultados y discusión. Se recomienda un máximo de 15 referencias bibliográficas.

- **Imágenes clínicas:**

Las imágenes clínicas deben cumplir rigurosamente los términos internacionales de la ética y respetando la integridad de los pacientes y cumpliendo con lo que es el consentimiento informado.

Imágenes de cualquier tipo (ectoscópica, endoscópica, radiológica, microbiológica, anatomopatológica, etc) que sean demostrativas y que contengan por sí mismas un mensaje relevante de rigor científico y actual. Su estructura deberá contener título en español e inglés, presentación del caso, diagnóstico, evolución y breve comentario a modo de discusión de los hallazgos observados. No debe superar las 500 palabras y no más de 10 citas bibliográficas y 3 autores como máximo. Se recomienda incluir recursos gráficos explicativos (flechas, asteriscos) en la imagen. La calidad de la misma deberá tener al menos 300ppp y con un tamaño no superior a media página del manuscrito presentado. Será sometida a revisión por pares.

- **Guías de práctica clínica.**

Son manuscritos donde se plantean preguntas o problema de salud/clínico y se organizan las mejores evidencias científicas disponibles para que, en forma de recomendaciones, sean utilizadas en la toma de decisiones clínicas. Se definen como "el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas" (Field MJ, 1990).

La estructura que debe seguir es: Título- Etapas en el desarrollo de la guía- Elección de la condición clínica/problema de salud-Especificación de las tareas-plan de trabajo-Revisión sistemática de la literatura y elaboración de las recomendaciones-Bibliografía revisada y actualizada-Autores de la guía.

La Guía se revisará y una vez aceptada, se propondrá la publicación de la misma de manera abreviada como artículo especial y la publicación de la guía completa o extendida como monografía en la sección de suplementos.

ESTRUCTURA FORMAL QUE DEBEN PRESENTAR LOS MANUSCRITOS

Se debe seguir una estructura estándar propuesta por El International Committee of Medical Journal Editors, (Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas), que reconoce una estructura genérica del Manuscrito Científico. Por tanto, el artículo científico se somete a esta estructura internacionalmente aceptada, en la que cada apartado tiene una finalidad y una intención. Esta estructura puede variar según qué tipo de artículo de los anteriormente indicados se presente.

Por tanto, debe seguirse la siguiente **ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS** que se reciben en la Secretaría Técnica:

PRIMERA PÁGINA:

- Título del artículo tanto en castellano como en inglés.
- Nombre completo y apellidos de cada uno de los autores, profesión y centro de trabajo en su caso, sin abreviaturas (M^a...)
- Centro/s donde se ha realizado el trabajo.
- Nombre, dirección de correo electrónico, y teléfono del autor responsable para la comunicación de avisos. Es el autor-a de correspondencia.
- Financiación del artículo: deben indicarse las ayudas económicas y materiales que haya podido tener el estudio, e indicar el organismo, la agencia, la institución o la empresa, y el número de proyecto, convenio o contrato. En caso de no contar con financiación externa se hará constar «Sin financiación». Se requiere esta información en todos los tipos de artículos anteriormente descritos.
- Conflicto de intereses: Los/las autores/as, al enviar el manuscrito, deben indicar si existe algún conflictos de intereses (moral, económico, laboral, investigación, etc.). el consejo editorial podrá requerir a los/las autores/as que esta declaración de conflictos se amplíe o detalle al máximo cuando lo consideren oportuno. Del mismo modo, si no hay ningún conflicto de intereses deberán hacerlo constar explícitamente.
- Si se ha presentado como ponencia, comunicación oral, póster, etc. en algún congreso o jornada, indicando fechas de celebración, lugar de celebración.

Recomendaciones a tener en cuenta con el título del artículo

Se considera la 'tarjeta de presentación del artículo' frente al lector investigador o miembro de la comunidad científica. Ha de ser atractivo para captar la atención del lector y ha de identificar con precisión el tema principal del escrito, ha de ser descriptivo.

Si el estudio se centra en un grupo de población específico (sólo mujeres o sólo hombres, personas mayores, población inmigrante...), en el título, se debe mencionar dicho grupo de población.

Resumen y palabras clave

En segunda página, deberán incluirse el resumen y las palabras clave en castellano e inglés, y en ese orden.

RESUMEN

Representa una síntesis del contenido esencial del trabajo, una representación abreviada y precisa del contenido del documento, sin interpretación ni crítica, que ayuda al lector a decidir la lectura o no del texto completo.

El resumen puede ser estructurado o no estructurado. El resumen estructurado debe incluir una concreción de los principales apartados del trabajo: introducción, método, discusión, conclusión principal. El resumen no estructurado es menos recomendable y debe contener una clara síntesis de los rasgos destacados del manuscrito.

La extensión aproximada del resumen será de 250 palabras, no llegando a superar el máximo de 350 palabras, puede variar según tipo de trabajo (leer políticas de sección)

PALABRAS CLAVE

A continuación del resumen se expondrán no más de 5 palabras clave, sin explicar su significado. Estas palabras claves deben expresar términos significativos del trabajo presentado y describen el contenido principal del artículo. No se admitirán como palabras clave las siglas o abreviaturas.

Sirven para su inclusión en los índices o las bases de datos, permitiendo su selección cuando se realiza una búsqueda bibliográfica. Para ordenar una futura búsqueda bibliográfica por parte de otros autores y profesionales deben ponerse en el orden de aparición en el artículo.

En las ciencias médicas deben extraerse del Medical Subject Heading (MeSH) cuya traducción en español es "Descriptor en Ciencias de la Salud (DeCS)". Por ello, es necesario su comprobación en estos

descriptores para usarse en el artículo. El enlace de acceso: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

Abstract and Keywords

Los dos apartados anteriores deben escribirse en inglés, figurando la traducción completa y exacta al inglés del resumen (Abstract) y de las palabras clave (Key Words) además del título del artículo. Hay que tener en cuenta que esta información en inglés aparecerá en las principales bases de datos bibliográficas, y es responsabilidad de los/las autores/as su corrección ortográfica y gramatical.

ESTRUCTURA ESTANDAR IMRAD

Los siguientes apartados del manuscrito deben seguir la estructura propuesta por El *International Committee of Medical Journal Editors*, que reconoce una estructura genérica del Manuscrito Científico que recoge los siguientes apartados: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones 'IMRAD'. Por tanto, el artículo científico se somete a esta estructura internacionalmente aceptada, en la que cada apartado tiene una finalidad y una intención. Esta estructura general puede cambiar según el tipo de artículo propuesto

INTRODUCCIÓN

La introducción tiene que exponer "porqué se ha hecho este trabajo", y una idea resumida del trabajo realizado. Esbozará el momento de la situación, debe describir el problema de estudio y sus antecedentes, y argumentarse con referencias bibliográficas actualizadas. Y se establecerá claramente los objetivos del trabajo.

Las citas bibliográficas deben ser las necesarias y deben ser actuales (entre 6 y 10 años dependiendo del tema, considerándose lo ideal por debajo de los 6 años), salvo publicaciones que constituyan "hitos", en la evolución del conocimiento del tema investigado.

No debe ser excesivamente larga que puedan aburrir y acaparar demasiada atención al lector respecto a otros apartados de más peso (unas 300 palabras) y de la estructura central del artículo.

HIPOTESIS Y/U OBJETIVOS DEL TRABAJO:

Estos dos apartados pueden desarrollarse en un apartado propio, como ocurre en los proyectos de investigación o añadirlo dentro de la redacción del artículo como párrafos finales de la Introducción.

Hipotesis: En relación a la/s hipótesis deben considerarse los siguientes aspectos:

- La hipótesis representa la teoría del investigador en relación al tema de investigación (no es una pregunta de investigación).

- La hipótesis debe formularse de forma directa y sencilla en un texto breve (no se pueden formular varias hipótesis en un mismo párrafo).
- Las hipótesis se contrastan, por lo que condicionan el diseño, metodología y análisis (lo que no es contrastable no es una hipótesis).

Objetivos: hacen referencia a lo que se pretende conseguir con el trabajo. Es recomendable presentar un objetivo principal y no más de 2-3 objetivos secundarios, teniendo en cuenta que estos deberán ser justificados durante el desarrollo del trabajo, aun no habiendo sido conseguidos.

MATERIAL Y METODOS (METODOLOGIA)

Este apartado sección explica cómo se hizo la investigación, hay que dar toda clase de detalles. La mayor parte de esta sección debe escribirse en pasado. El trabajo ha de poder ser validado y repetido por otros investigadores, por lo tanto habrá que ofrecer información precisa para que otros compañeros puedan repetir el experimento, esto implica describir minuciosamente y defender el diseño. El método científico exige que los resultados obtenidos, sean reproducibles.

RESULTADOS.

Este apartado es el núcleo de la comunicación, donde se muestran los DATOS obtenidos. Aquí se comunica los resultados de la investigación. Pueden ofrecerse los datos mediante texto, tablas y figuras. El texto es la forma más rápida y eficiente de presentar pocos datos, las tablas son excelentes para presentar datos precisos y repetitivos y las figuras son la mejor opción para presentar datos que muestran tendencias o patrones importantes. La figura comprende cualquier material de ilustración posible: gráficas, diagramas y fotografías.

DISCUSIÓN.

Se expondrá porque se ha hecho este estudio y a qué resultados o consecuencias se ha llegado, pudiéndose incluir los efectos conseguidos si se trata de un trabajo significativo o de investigación. Es la INTERPRETACIÓN de los resultados obtenidos, por tanto el autor no debe expresar como conclusiones aquellas que no se deriven directamente de los resultados. Explica el significado de los datos experimentales y los compara con resultados obtenidos por otros trabajos similares anteriores.

Hacen referencia a argumentos y afirmaciones relativas a datos de mediciones experimentales y de la lógica: ciencia referente a reglas y procedimientos para discernir si un razonamiento (raciocinio) es correcto (válido) o incorrecto (inválido).

Con las conclusiones, constituye la parte final y propia del trabajo desarrollado y expuesto.

CONCLUSIONES.

A partir de esta discusión sacaremos nuestras conclusiones, que han de ser interpretativas, no descriptivas, por lo tanto no pueden reproducir datos cuantitativos y es importante que realicemos un esfuerzo por resumir las principales aplicaciones o beneficios en términos de salud que nuestro trabajo pueda reportar.

Ambos apartados anteriores (DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES), deben exponerse en castellano e inglés, en este orden.

Referencias bibliográficas/bibliografía

Las referencias bibliográficas deberán necesariamente numerarse consecutivamente mediante llamada por superíndice y números arábigos en el orden de aparición por primera vez en el texto, tablas y figuras. Este apartado refleja la base documental en la que se ha asentado la investigación y apoya principalmente los apartados de introducción, metodología y discusión.

Para referenciar correctamente cada uno de los trabajos debemos utilizar los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos, lo que conocemos como NORMAS DE VANCOUVER, que está disponible en las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas.

Las NORMAS DE VANCOUVER, puede consultarse en: <https://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/>

Elementos gráficos: imágenes, tablas y figuras

Imágenes:

Pueden incluirse imágenes en un número máximo de 3, que deben seguir las normas éticas y permisos de publicación correspondientes, incluyendo las fuentes de procedencia y autorizaciones correspondientes. La fuente de procedencia puede referirse en la bibliografía..

Den estar relacionadas con la temática del trabajo y pueden estar referidas a alguien aparte del texto, en cuyo caso debe indicarse en el mismo, por ejemplo: (imagen 1). .

Deben tener suficiente calidad y con título en su pie de imagen y enviarse en formato de imagen (jpg, tif,...) y en ARCHIVO ADJUNTO aparte del manuscrito. Pueden aparecer igualmente en el manuscrito o indicarse el lugar donde se desea colocar, indicándolo en rojo y cuál es el orden de aparición.

Tablas y figura:

Estos elementos gráficos representan una herramienta muy útil y generalmente trascendente para la presentación de los datos obtenidos en el estudio. Cada elemento debe contener un título y estar numerada por el orden de aparición en el texto. Puede incluirse una breve explicación del elemento gráfico que no supere una línea de texto según las dimensiones del elemento..

En caso de contener abreviaturas o siglas, debe aparecer su significado en el pie del elemento gráfico y en el encabezado debe ubicarse su numeración y título..

Otros apartados a incluir al final del manuscrito

(se sitúan tras las conclusiones y antes de la bibliografía):

Declaración de transparencia

Es necesario redactar este apartado en todos los casos. Esta declaración es redactada por el autor/a principal del estudio en el que debe asegurar la calidad, rigor y transparencia del estudio, con sus resultados y limitaciones; además de expresar la participación de los autores firmantes del manuscrito con su total aprobación del mismo. Un ejemplo de este apartado (redacción recomendada):

"La autora principal (defensora del manuscrito) asegura que el manuscrito es un artículo honesto, adecuado y transparente; que ha sido enviado a la revista científica SANUM, que no ha excluido aspectos importantes del estudio y que las discrepancias del análisis se han argumentado, siendo registradas cuando éstas han sido relevantes. Todos los autores han contribuido sustancialmente en el diseño, análisis, interpretación, revisión crítica del contenido y aprobación definitiva del presente artículo"..

(Se recomienda lectura del apartado "DECLARACIÓN ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN").

Fuentes de financiación

Es necesario redactar este apartado en todos los casos e indicar la fuente de procedencia si hubiera o en caso de no haber ninguna fuente de financiación, indicar: "sin fuentes de financiación".

(Se recomienda lectura del apartado "DECLARACIÓN ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN").

Conflicto de intereses

Es necesario redactar este apartado en todos los casos. En caso de no existir ningún tipo de conflicto de intereses, deberá quedar expresado en la

página de datos de los autores: "sin conflicto de intereses"; o expresar los conflictos surgidos durante el desarrollo del estudio..

(Se recomienda lectura del apartado "DECLARACIÓN ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN").

Publicación

Es necesario redactar este apartado en todos los casos. Debe indicarse si el estudio ha sido presentado en algún evento científico (jornada, simposio o congreso) y en el formato presentado (comunicación oral, poster, ponencia...) En ese caso exponer el título, fechas de celebración y localidad del mismo.

En caso de no haber sido presentado previamente en ningún evento debe indicarse: "este estudio (trabajo) no ha sido presentado en ningún evento científico (congreso o jornada)".

(Se recomienda lectura del apartado "DECLARACIÓN ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN")

Agradecimientos

Deberán dirigirse a las instituciones, organizaciones y/o personas que han colaborado de forma significativa en la realización del estudio sin la consideración de ser autor/a. Los autores tienen la responsabilidad de obtener los correspondientes permisos en su caso. Así, todas las personas mencionadas específicamente en este apartado de agradecimientos deben conocer y aprobar su inclusión en dicha sección.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La revista SANUM, así como FeSP-UGT/Andalucía **quedan exentos de responsabilidad** de las opiniones, imágenes, textos y originales de los autores o lectores que serán los responsables legales de su contenido. Así mismo, los autores han dado su **consentimiento** previo para aparecer en el original, siendo responsable de ello el autor remitente del trabajo.

En el caso de comprobar que el trabajo ha sido parcial o íntegramente copiado o plagiado de otro trabajo o publicación de otra revista o libro, será inmediatamente **rechazado** por el consejo de redacción de la revista.

Tanto las imágenes, personas, organismos o datos del original guardarán el anonimato salvo permiso expreso de ser nombrados por los mismos. En todo momento, se procederá según las normas legales de protección de datos.

Una vez aceptado el trabajo para su publicación, los autores (todos) deben enviar la **DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTOR**, rellenando íntegramente todos sus apartados tras la lectura del documento y firmado. Este documento deberá ser enviado original a la siguiente dirección postal:

Secretaría de Salud, sociosanitaria y dependencia FeSP-UGT/Andalucía (revista científica SANUM)
Avda. Blas Infante nº 4, 5ª entreplanta
41011-Sevilla

Comunicación con los autores

El consejo editorial de la revista informará convenientemente al autor de correspondencia **tras la 1ª revisión que realiza la secretaria técnica** de la revista, indicando todas aquellas modificaciones estructurales necesarias de realizar o si el manuscrito está correcto estructuralmente se avisará de su envío a la **2ª revisión por parte del comité editorial y científico** de la revista; a través del correo-e del autor de correspondencia.

En el caso de que el comité editorial y científico solicite modificaciones de cualquier índole al manuscrito, se indicaran tales cambios a realizar a través de email al autor de correspondencia.

En caso de ser aceptado el artículo, entrara en el orden de "cola" según el orden de valoración realizada por el comité editorial y científico, temática y que sea acordado por el consejo de redacción de la revista, siendo avisado al autor de correspondencia, indicando fecha y número de la publicación del trabajo. **En ese momento se solicitará al autor que envíe la cesión de derechos, que es imprescindible como último paso previo a la publicación del artículo.**

El primer mensaje de la secretaria técnica será considerado como resguardo o "RECIBÍ" y no se emitirán ningún tipo de certificado que acredite que se publicará el trabajo o que se ha entregado. **Una vez se haya publicado el artículo en la revista, se emitirá certificación con número de ISSN, constando el título del artículo y el nombre completo de los autores del mismo, siendo enviado al primer autor del artículo.**

El consejo de redacción de la revista no mantendrá otro tipo de comunicación con los autores de los trabajos salvo la expresada anteriormente: **revisión de la secretaria técnica, comunicación sobre aspectos a modificar y aceptación del trabajo para su publicación.**

Contacto

Email: consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es

Teléfono: 637 503 298 en horario de 9:00 a 14:00 horas (sólo lunes, martes y jueves).

Síguenos en:

<http://www.revistacientificasanum.com/>

facebook: @revistasanum

twitter: @SANUMcientifica

instagram: <https://www.instagram.com/revistacientificasanum/?hl=es>

¿Quieres trabajar con nosotros?

eRodio
Formación para el empleo

**POR EXPANSIÓN DE NUESTRAS LÍNEAS
EDITORIALES SELECCIONAMOS AUTORES.**

***Cientos de convocatorias se publican cada año para cubrir
plazas en las distintas Administraciones Públicas.***

*Si tienes titulación académica específica, experiencia profesional
acreditada o dispones incluso de material formativo propio
relacionado con las áreas sanitaria, educación, jurídica, etc.,
escribenos a info@edicionesrodio.com con el asunto "EDICIÓN"
y estudiaremos tu currículum o proyecto editorial.*

www.edicionesrodio.com



¿Quieres TRABAJAR
en la ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
...o te conformas solo con opositar?

RODIO
ediciones

¡¡Ponte en contacto con nosotros!!



955 28 74 84



info@edicionesrodio.com



955 09 38 48

www.edicionesrodio.com



¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

