

SANUM

Volumen 5 N.º 4. Agosto 2021- Octubre 2021

Revista Científico-Sanitaria

ISSN 2530-5468

EL IMPACTO DE LA COVID-19 EN ÁREAS DE SOPORTE NO ASISTENCIALES EN CENTROS HOSPITALARIOS

IMPLICACIÓN DE LA MATRONA EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO DURANTE EL EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA HERNIA DISCAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

CASO CLÍNICO: CUIDADO DE MUJERES EMBARAZADAS DROGODEPENDIENTES

ECTASIA DURAL: REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

DEPRESIÓN POSPARTO. IMPORTANCIA DE LA ACTUACIÓN DE LA MATRONA. A PROPÓSITO DE UN CASO

CASO CLÍNICO: PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO PARA EL PACIENTE CON DEMENCIA FRONTOTEMPORAL Y SU CUIDADOR PRINCIPAL

TÉCNICAS DE BIOMECÁNICA PARA OPTIMIZAR LA POSICIÓN FETAL INTRAPARTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ENSAYOS CLÍNICOS

ESTRÉS LABORAL EN ENFERMERÍA DE CUIDADOS CRÍTICOS



Servicios
Públicos

Andalucía



SANUM

Revista Científico-Sanitaria


Volumen 5 N.º 4
(Agosto 2021 - Octubre 2021)

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

Vicerrectorado de Transferencia, Innovación y Divulgación Científica de la Universidad de Alicante.
UA Divulga, Unidad de Cultura Científica y de la Innovación (UCC+i)

Dirección Académica

José Luis de Isla Soler

Graduado en Enfermería. H.U. Virgen Macarena, 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. Secretaría 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 Certified 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 FISIUIM, 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



CUIDEN

Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index (REHIC)



DORA



Catálogo 2.0 de
Latindex



REDIB
Red Iberoamericana
de Innovación y Conocimiento Científico

Bajo licencia
Creative Commons



MENDELEY

SANUM

Revista Científico-Sanitaria

Sumario

Editorial

El impacto de la Covid-19 en áreas de soporte no asistenciales en centros hospitalarios 4-6
Medina Barrio, J.

Casos Clínicos/Clinical cases

Implicación de la matrona en la violencia de género durante el embarazo. A propósito de un caso 8-15
Falcón-Carvajal, L. Domínguez-Mejías, M. Gómez-Díaz, M.R.

Abordaje multidisciplinar de la hernia discal. A propósito de un caso..... 16-23
Laura Hernández-García, L. Pérez-Segura, M.M.

Caso clínico: cuidado de mujeres embarazadas drogodependientes 24-30
Cerezo-Barranco, B. Chica-Sánchez, A. García-Ortega, I.

Ectasia dural: reporte de dos casos y revisión de la literatura..... 32-37
Villafuerte-Delgado, D. Águila-Carbelo, M. Pérez-Restrepo, J. Perdomo-Rodríguez, N.J. González-Villafuerte, D. L.

Depresión posparto: Importancia de la actuación de la matrona. A propósito de un caso 38-46
Domínguez-Mejías, M.

Caso clínico: plan de cuidados enfermero para el paciente con demencia frontotemporal y su cuidador principal..... 50-57
González-Sánchez, A. Ocaña-García, C.E. Pedraza-Delis M.R.

Técnicas de biomecánica para optimizar la posición fetal intraparto. A propósito de un caso.. 58-64
Fátima Nogales-Lora, F. Muñoz-Galván, N. Barrera Espinar, B.

Artículos de Revisión/Reviews

Eficacia del tratamiento de fisioterapia en pacientes con fibromialgia. Una revisión sistemática de ensayos clínicos 66-73
Gámiz-Bermúdez, F.

Estrés laboral en enfermería de cuidados críticos... 74-85
Cobos-López, G. Soriano-Torres, A. Seijo-López, M.L.

Normas generales para la publicación de artículos..... 87-94

Imagen de portada: Adobe stock



Servicios Públicos

Andalucía



La Federación de 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

El impacto de la COVID-19 en áreas de soporte no asistenciales en centros hospitalarios

The impact of COVID-19 on non-welfare activities in hospitals

Medina-Barrio, J.
SANUM 2021, 5(4) 4-6

LA COVID-19 ha puesto a prueba las organizaciones sanitarias del país, siendo necesaria una enorme capacidad de adaptación y reorganización de los procesos, asistenciales y no asistenciales, tales como:

1. Adaptación de espacios a pacientes positivos-sospechosos en COVID-19 (urgencias, hospitalización, UCI, quirófanos, pruebas diagnósticas)
2. Dotación de EPIs y contenedores a los profesionales
3. Reorganización de circuitos en limpios y sucios COVID-19 (urgencias, hospitalización, UCI, traslados...)
4. Modificación o creación de nuevos protocolos de trabajo (PRL, limpieza, enfermería, Medicina preventiva...)

De forma paralela a estas cuestiones, la pandemia ha generado un enorme aumento de la carga asistencial en las unidades relacionadas con la atención a estos pacientes, especialmente en las olas posteriores a la primera, ya que fue necesario absorber dicho aumento de actividad de forma adicional a una reactivación "normal" de la actividad habitual del centro sanitario en zonas no específicas para pacientes COVID-19.

No obstante, y como ocurre con cualquier tipo de alteración (al alza o a la baja) de la actividad asistencial, la COVID-19 ha supuesto una enorme repercusión en los servicios y unidades que conforman al denominado Servicio de Soporte (o también conocido como Servicios Generales), "SSGG" en adelante.

Estos SSGG, de carácter no asistencial, están formados por una serie de departamentos en mayor o menor medida interrelacionados entre sí y, a su vez, con las áreas asistenciales del centro. Aunque la denominación, funciones concretas y dependencia orgánica a nivel directivo no pueden sentenciarse categóricamente -dado que éstas varían según el tamaño y características del centro sanitario en cuestión- podríamos afirmar con prudente certeza que, al menos, suelen incluirse las siguientes en los centros del Servicio Sanitario Público de Andalucía (SSPA en adelante):

- Servicios de limpieza y desinfección.
- Gestión ambiental.
- Mantenimiento y electromedicina.
- Proyectos y obras.
- Textil (conocido habitualmente como lencería).

OPOSICIONES

Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com



- Alimentación.
- Celadores.
- Seguridad.
- Prevención de Riesgos Laborales.

A modo de resumen, en la siguiente tabla se resumen las implicaciones de estos servicios en la gestión de la pandemia, así como de los retos más habituales que han tenido que afrontar:

SERVICIO	RETOS EN RELACIÓN A LA COVID19
Servicios de limpieza y desinfección	Limpieza de alas de hospitalización de pacientes positivos/sospechosos
Gestión ambiental	Organización de gestión de residuos infecciosos
Mantenimiento y electromedicina	Realización de trabajos en habitaciones y box UCI positivos/sospechoso Mantenimientos externos de aparataje (especialmente durante primer confinamiento)
Proyectos y obras	Ejecución de gran número de obras en tiempo récord (especialmente durante verano 2020) para mejorar/ampliar estancias relacionadas con la COVID-19 u otras mejoras estructurales
Textil (conocido habitualmente como lencería)	Absorber un aumento de actividad de determinadas prendas (almohadas y ropa plana y de paciente en general) Asegurar suministro de uniformidad desechable en las zonas en las que se utilice
Alimentación	Establecer un protocolo seguro de preparación (cocina) y distribución de alimentación en zonas de hospitalización COVID-19
Celadores	Protocolos de trabajo en traslados de pacientes sospechosos/positivos COVID-19 (especialmente en puerta de urgencias y pasas a planta)
Seguridad	Gestión de circuitos de acceso y salida para pacientes y profesionales.

Servicios de limpieza y desinfección

Limpieza de alas de hospitalización de pacientes positivos/sospechosos

Aunque no siempre es conocida, es cierto que la pandemia ha servido para visibilizar la importancia que tiene la Sanidad Pública y todos los profesionales que la conforman, tanto asistenciales como no asistenciales. En el caso del Servicio de limpieza, se ha demostrado que se trata de personal en primera línea de riesgo y que son esenciales para asegurar un óptimo nivel de seguridad y salubridad en los centros sanitarios. Así, son el personal que realiza la limpieza de las habitaciones, de los BOX de UCI o de los quirófanos donde se realizan los actos sanitarios con los pacientes COVID-19, siendo evidente el nivel de riesgo – obre el que se actúa a través de técnicas como los Equipos de Protección Individual homologados (“EPIs” en adelante), la técnica del compañero espejo, etc.– que han asumido en el desarrollo de su labor durante las distintas olas de la pandemia. Es conveniente remarcar que dichas funciones vienen contempladas legalmente en los contratos correspondientes, pero también es cierto que la incertidumbre y desconocimiento vividos especialmente en la primera ola de la pandemia a nivel global, supusieron factores importantes de riesgo y estrés para todos los profesionales que desarrollaron especialmente su actividad.

Gestión ambiental

Organización de gestión de residuos infecciosos

Los residuos generados por pacientes COVID-19 deben ser depositados según la normativa en vigor en los contenedores destinados a residuos infecciosos (en el SSPA, contenedor verde, bolsa roja interior)

El enorme consumo de EPIs por los profesionales de diversas categorías, ha supuesto un reto de gran complejidad para los responsables de Gestión ambiental de los centros, toda vez que hablamos de incrementos en el uso de contenedores de hasta un 1000% (en centros hospitalarios principalmente). Bajando a números enteros: un centro que generaba 50 contenedores verdes al día ha llegado a generar entre 300 y 350 cada día.

Como se puede imaginar con tales cifras, esto supuso varios impactos: falta de espacio físico para el almacenamiento de contenedores, problemas de los gestores de residuos peligrosos para asimilar la gestión de los residuos de los centros sanitarios -ya que estas instalaciones no pueden ampliarse fácilmente, requieren de permisos y de un proceso largo de legalización, así como importantes inversiones-, escasez de contenedores suficientes (de media un paciente ingresado necesita entre 2 y 4 contenedores por día, según si es hospitalizado en planta o en UCI; en grandes hospitales se han llegado a cifras cercanas a 80-100 ingresados COVID-19...Hagan

El impacto de la COVID-19 en áreas de soporte no asistenciales en centros hospitalarios

cuentas). Se estima en cifras cercanas a los 800.000 euros el incremento del coste de la gestión de residuos de todo el SSPA generado por la COVID-19.

Mantenimiento y electromedicina

Realización de trabajos en habitaciones y box UCI positivos/sospechosos

Mantenimientos externos de aparataje (especialmente durante primer confinamiento)

La realización de los mantenimientos (preventivos o correctivos) en áreas COVID-19 fue complejo, especialmente en la primera ola, donde los protocolos se revisaban y mejoraban a la luz de nuevos conocimientos y normativas nacionales o sectoriales. La falta o dilatación de estos mantenimientos puede redundar negativamente en la durabilidad de los equipos e instalaciones del centro.

Algunas inspecciones reglamentarias se vieron aplazadas durante el confinamiento (de hecho, se publicó normativa extendiendo de forma extraordinaria el plazo legal de las inspecciones reglamentarias por causa del primer estado de alarma, la Orden SND/325/2020, de 6 de abril), hasta 30 días naturales después del decaimiento de dicho estado de alarma. Esto supuso un importante reto de puesta al día de verificaciones una vez llegado ese momento.

Proyectos y obras

Ejecución de gran número de obras en tiempo récord (especialmente durante verano 2020) para mejorar/ampliar estancias relacionadas con la COVID-19 u otras mejoras estructurales

La llegada de fondos europeos de emergencia impulsó la realización de obras de adaptación del hospital a la pandemia (nuevos circuitos en urgencias "respiratorio" para sospechas COVID-19, nuevos BOX UCI, habitaciones de

aislamiento con esclusas, etc.). Asimismo, se han mejorado accesos y otros circuitos y estancias de unidades relacionadas con la gestión (atención al ciudadano, laboratorios, quirófanos...)

La ejecución de obras, especialmente en grandes proyectos, requiere de una gran cantidad de documentación técnico legal, proyectos de arquitectura, dirección facultativa y de obra, legalización de instalaciones, bioseguridad, etc. Lo que ha supuesto un incremento de la carga de trabajo sobre los servicios técnicos de los centros sanitarios.

Textil

(Conocido habitualmente como lencería).

Absorber un aumento de actividad de determinadas prendas (almohadas y ropa plana y de paciente en general)

Asegurar suministro de uniformidad desechable en las zonas en las que se utilice

En esta unidad ha sido necesario buscar nuevos espacios donde almacenar determinados elementos (como uniformes desechables o almohadas) ya que han visto incrementado su consumo de forma directa por la pandemia. Por otro lado, se han sufrido, especialmente en la primera y segunda ola, escasez y problemas de abastecimiento para algunas prendas.

Alimentación

Establecer un protocolo seguro de preparación (cocina) y distribución de alimentación en zonas de hospitalización COVID-19

Los pacientes ingresados positivos o sospechosos de COVID-19 han recibido regularmente las bandejas de desayuno, comida merienda y cena, como no podía ser de

OPOSICIONES

Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com



otra forma. Para ello, ha sido necesario establecer protocolos conjuntos con enfermería para desarrollar esta función con el mínimo riesgo posible. Dado que se utilizan en muchas ocasiones bandejas y material desechable en aislamientos, esto supuso también un incremento de residuos, comentado en arriba en este mismo artículo.

Celadores

Protocolos de trabajo en traslados de pacientes sospechosos/positivos COVID-19 (especialmente en puerta de urgencias y pasas a planta)

El personal celador ha sido clave igualmente a lo largo de la gestión de la pandemia. Esto es, porque son parte implicada en diversas partes del proceso: traslado de pacientes y de muestras/documentación. Asimismo, al tener un contacto relativamente estrecho con el paciente en los traslados y estrecho en las movilizaciones, han estado sometidos a incertidumbre y estrés especialmente durante las primeras fases de la pandemia.

Seguridad

Gestión de circuitos de acceso y salida para pacientes y profesionales.

Este servicio ha estado implicado en la reorganización y control de circuitos (urgencias, consultas externas o procedimientos diagnósticos), por lo que se ha visto igualmente incrementada la complejidad de las funciones y ha sido necesaria una rápida adaptación a las nuevas necesidades que han ido surgiendo con la pandemia: mayor exigencia en los controles de acceso principales, con circuitos diferenciados de entrada y salida. Especialmente relevante ha sido la necesidad de mayor control de aforo y flujos en las zonas de consultas

externas, donde antes acudían los usuarios y acompañantes de forma masiva en accesos y salas de espera, ahora era necesario que solo accediese el paciente sin acompañante, lo que implícitamente implicaba la necesidad de implantar un sistema de control de turnos de citas exigente, tanto digital (turnómetro o semejante) como con personal de seguridad para evitar accesos no autorizados.

Conclusiones

El incremento de recursos necesarios para responder a la pandemia genera impactos económicos, sociales y ambientales de gran envergadura.

Si bien la gestión asistencial suele ser de sobra conocida y visible por la ciudadanía, la gestión de los SSGG no siempre lo es. Como se ha podido comprobar durante la pandemia, estos SSGG son clave para un adecuado desarrollo de la función asistencial, como soporte a ésta, dotándole de las herramientas y medios materiales y humanos que permitan, en adecuada coordinación entre áreas asistenciales y no asistenciales, una óptima, eficaz y eficiente atención sanitaria a la ciudadanía.

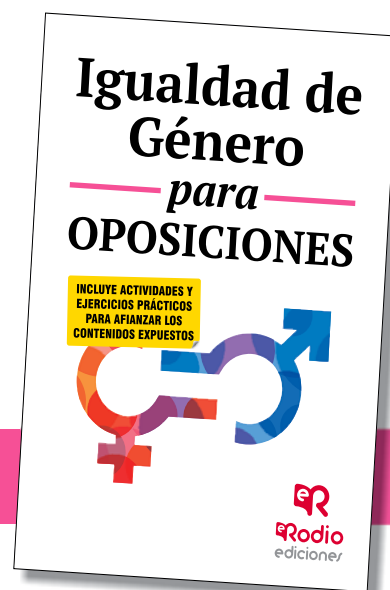
El funcionamiento de un centro sanitario depende de un gran número y variedad de servicios, internos y externos, de carácter asistencial y no asistencial, que conforman la base de nuestro sistema sanitario público.

Javier Medina Barrio.

Responsable Servicio de textil y área de Gestión ambiental. Técnico función administrativa en Subdirección Económica; Procesos de soporte. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Igualdad de Género — para — OPOSICIONES

INCLUYE ACTIVIDADES Y EJERCICIOS PRÁCTICOS PARA AFIANZAR LOS CONTENIDOS EXPUESTOS



Implicación de la matrona en la violencia de género durante el embarazo. A propósito de un caso

Falcón-Carvajal, L. Domínguez-Mejías, M. Gómez-Díaz, M.R.

"Implicación de la matrona en la violencia de género durante el embarazo. A propósito de un caso".

SANUM 2021, 5(4) 8-15

AUTORAS

Laura Falcón Carvajal

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología, área de trabajo Hospital Materno-Infantil de Málaga.

María Domínguez Mejías


Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología, área de trabajo Hospital Materno-Infantil de Málaga.

Marta Rosario Gómez Díaz

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología, C.S Estepona Oeste, distrito Costa del Sol.

Autora de correspondencia:

Laura Falcón Carvajal

 laurafalcon@gmail.com

Tipo de artículo:

Caso Clínico

Sección:

Ginecología y Obstetricia

F. recepción: 20-05-2021

F. aceptación: 11-08-2021

Resumen

Las mujeres embarazadas son particularmente vulnerables a los efectos nocivos de la violencia de género, afectando tanto la salud materna como neonatal: embarazos no deseados, abortos espontáneos, muertes fetales, partos prematuros, bebés con bajo peso al nacer y mayores ingresos hospitalarios de los recién nacidos. Además, produce mayor riesgo de lesiones y muertes maternas, atención prenatal inadecuada, tabaquismo y consumo de alcohol. Además, este tipo de violencia perjudica a largo plazo, al correcto desarrollo psicológico y físico del niño. Por todo ello, es un importante problema de salud pública y social. Mediante un caso clínico se revisan las principales consecuencias tanto físicas como psicosociales resultantes de la violencia de género sufrida por un alto porcentaje de mujeres. La valoración enfermera y recogida de datos se realizan según las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y se desarrolla un Plan de Cuidados completo. La mejora en los indicadores planteados por medio de las intervenciones llevadas a cabo por la matrona, ponen de manifiesto la importancia de esta figura a la hora de promover tanto la salud física como psicológica de la gestante dentro del sistema de salud.

Palabras clave:

Violencia de género;
Matrona;
Embarazo.

Midwife involvement in gender violence during pregnancy. About a case

Abstract

Pregnant women are particularly vulnerable to the harmful effects of gender-based violence, affecting both maternal and neonatal health: unwanted pregnancies, miscarriages, stillbirths, premature births, low-birth-weight babies, and higher hospital admissions for newborns. In addition, it leads to increased risk of maternal injury and death, inadequate prenatal care, smoking, and alcohol use. In addition, this type of violence damages in the long term, the correct psychological and physical development of the child. Therefore, it is an important public and social health problem. Through a clinical case, the main physical and psychosocial consequences resulting from gender violence suffered by a high percentage of women are reviewed. The nursing assessment and data collection are carried out according to Virginia Henderson's 14 basic needs and a complete Care Plan is developed. The improvement in the indicators raised by means of the interventions carried out by the midwife show the importance of this figure in promoting both the physical and psychological health of the pregnant woman within the health system.

Keywords:

Gender-Based Violence,
Midwifery;
Pregnancy.



¡Pon a prueba tu preparación!

SMS

SCS

SALUD

OSAKIDETZA

SESCAM

IB SALUT

SERIS

SES

SERGAS

SERMAS

SAS

SESPA

SACYL

eRodio

Introducción

Las estimaciones mundiales publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que alrededor de una de cada tres (30%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja en algún momento de su vida. Se estima que cada año ocurren 5,3 millones de violencia hacia la mujer por parte de la pareja íntima (VPI)¹.

Cada vez existe más evidencia de que, durante el periodo perinatal, la mujer experimenta los primeros episodios de violencia o aumenta la frecuencia y severidad de los mismos^{2,3}.

Se estima que entre un 3-9% de las mujeres sufren violencia de género durante este periodo⁴.

Las mujeres embarazadas son particularmente vulnerables a los efectos nocivos de la violencia de género, afectando tanto la salud materna como neonatal: embarazos no deseados, abortos espontáneos, muertes fetales, partos prematuros, bebés con bajo peso al nacer y mayores ingresos hospitalarios de los recién nacidos. Además, produce mayor riesgo de lesiones y muerte maternas, atención prenatal inadecuada, tabaquismo y consumo de alcohol^{2,5,6,7,8}.

Además, este tipo de violencia perjudica a largo plazo, al correcto desarrollo psicológico y físico del niño⁸. Por todo ello, es un importante problema de salud pública y social^{2,3}.

El sector sanitario tiene una importante función que desempeñar para proporcionar atención integral de salud a las mujeres que sufren violencia, y ser un punto de entrada para derivarlas a otros servicios de apoyo que puedan necesitar^{1,5}.

Presentación del caso

Durante el desarrollo de este caso clínico se mantendrá el anonimato de la paciente bajo la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, con el fin de no vulnerar sus derechos y proteger su confidencialidad⁹.

Exposición de un caso clínico recogido por la matrona del centro de salud al inicio del seguimiento de embarazo de manera presencial.

El proceso de recogida de datos y valoración enfermera se ha llevado a cabo mediante el modelo conceptual de Virginia Henderson, a partir del cual se ha elaborado un Plan de Cuidados.

Sra. C.O.N, 35 años, terciópara que acude a su primera consulta de embarazo acompañada por su pareja. Durante la consulta se observa que la mujer se muestra sin ilusión ante este nuevo embarazo y al hablar mira constantemente a su marido buscando su aprobación con respecto a lo que cuenta. Al revisar la historia clínica de la paciente se encuentran varias hojas de consulta con su médico de atención primaria por episodios ansioso-depresivos y una hoja de interconsulta a salud mental a cuya cita no llegó a acudir.

Al apreciar la matrona esta situación de subordinación decide citar a la gestante tras la extracción de la analítica del primer trimestre para tratar de hablar con ella a solas. La pareja insiste en cambiar la cita al no poder acudir por trabajo, la matrona le comenta que es importante realizar la analítica en esa fecha y que no se puede posponer y finalmente accede en que acuda sola.

OPOSICIONES

Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com



El día que la gestante acude a la consulta, se intenta abordar el tema preguntándole por sus emociones y sentimientos hacia este nuevo embarazo. La mujer se muestra inquieta ante la pregunta y comienza a llorar desconsoladamente. Refiere tratarse de un embarazo no deseado pero que se ha sentido presionada por su pareja para seguir adelante. Comenta que vive controlada por su pareja desde hace un tiempo «solo veo a mi familia y amigos en contadas ocasiones y por un tiempo limitado, me hace sentir culpable diciéndome que donde tengo que estar es en casa con él y mis hijos». Refiere que al principio lo dejaba pasar porque pensaba que la situación mejoraría y él cambiaría, pero últimamente se siente abrumada porque cada vez es peor. Además, cuando manifiesta delante de él su insatisfacción con la relación, recibe amenazas en relación con no volver a ver a sus hijos.

Para la elaboración del plan de cuidado, se realiza una valoración enfermera completa llevada a cabo según el modelo conceptual de Virginia Henderson, a partir del cual se realiza la valoración, diagnósticos, intervenciones, resultados y plan de cuidados, todo este conjunto nos permite detectar la situación que C.O.N vive durante su embarazo y las posibles repercusiones que pudiera ocasionar.

Valoración de la gestante

Antecedentes Obstétricos: G4P2IVE1; Fórceps en 2018 (varón, 3200gr), parto eutócico en 2019 (mujer, 2800gr), interrupción voluntaria del embarazo en 2020 y gestación actual (2021).

Mediciones analíticas: pendiente de resultados analíticos.

Signos vitales: Tensión arterial (TA): 110/70 mmHg; Frecuencia cardíaca (FC): 85 ppm; Temperatura (T^a): 36.5°C.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Farmacológicos: no ha iniciado aún tratamiento con ácido fólico y yodo. Refiere hacer uso de medicación para relajarse y conciliar el sueño.

Datos de interés: Refiere embarazo no deseado por su parte, pero se siente presionada a continuar por su pareja. Además, manifiesta aislamiento social impuesto por su pareja y constantes amenazas de perder a sus hijos en el caso de que ella decidiera finalizar la relación.

Valoración de enfermería

1. **Respirar normalmente.** Manifestaciones (m) de independencia: No fuma. Respira sin dificultad; m. dependencia no se observan.
2. **Comer y beber adecuadamente.** M. de independencia: dieta mediterránea y refiere pérdida de apetito últimamente; m. dependencia: no se observan.
3. **Eliminar por todas las vías corporales.** M. de independencia: polaquiuria; m. dependencia: no se observan.
4. **Moverse y mantener posturas adecuadas.** M. de independencia: refiere no poder salir de casa a realizar ninguna actividad si no es acompañada por su pareja por lo que está limitada a los horarios de trabajo de él; m. dependencia: no se observan.
5. **Dormir y descansar.** M. de independencia: presencia de insomnio de conciliación; m. dependencia: Toma medicación para ayudarle a conciliar y mantener el sueño; datos a considerar: refiere cansancio por no dormir bien debido a las numerables preocupaciones que le causan esta situación.
6. **Escoger la ropa adecuada.** Vestirse y desvestirse. M. de independencia: viste adecuadamente; m. dependencia: no se observan.
7. **Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente.** M. de independencia: temperatura corporal adecuada; m. dependencia: no se observan.
8. **Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.** M. de independencia: adecuada hidratación de piel y mucosas; m. dependencia: no se observan. Datos a considerar: refiere a ver descuidado su imagen desde hace un tiempo.
9. **Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.** M. de independencia: no se observan; m. dependencia: no se observan.
10. **Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.** M. de independencia: refiere no haber expresado la situación que está viviendo a sus allegados, aunque ella cree que ellos sospechan algo por el distanciamiento que ha tenido de ellos; m. de

Implicación de la matrona en la violencia de género durante el embarazo

dependencia: se muestra triste y desilusionada ante el nuevo embarazo y refiere sentirse controlada por su pareja.

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias. M. de independencia: no se observan; m. dependencia: se observa que no actúa en base a sus propios deseos y decisiones sino buscando la aprobación constante de su pareja.

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal. M. de independencia: actualmente se encuentra desempleada; m. dependencia: no se observan.

13. Participar en actividades recreativas. M. independencia: no se observan; m. dependencia: refiere no poder realizarlas si no es en compañía de su marido, lleva mucho tiempo sin ver a sus amigas.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles. M. de independencia: refiere estar abriendo los ojos ante la situación y desea que se produzca un cambio en su forma de vida; m. de dependencia: no acudió a la cita solicitada por su médico de atención primaria para valoración por el servicio de salud mental.

Plan de cuidados

En la tabla (tabla I) se recoge la planificación de los cuidados y el seguimiento/evaluación tras su ejecución. Estos han sido elaborados siguiendo la taxonomía estandarizada enfermera (*North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*)¹⁰, *Nursing Outcomes Classification (NOC)*¹¹, *Nursing Interventions Classification (NIC)*¹².



Instituto Lectura Fácil

PARA LA PROMOCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD COGNITIVA



NANDA: Procesos familiares disfuncionales [00063]

Definición: Funcionamiento familiar que no es capaz de dar apoyo a sus miembros.

R/c: estrategias de afrontamiento ineficaces

M/p: abuso verbal de la pareja, aislamiento social, búsqueda de aprobación, conflicto entre la pareja

RESULTADOS NOC

Escala tipo likert desde nunca demostrado (1) hasta totalmente demostrado (5)

Resiliencia familiar [2608]

Valoración inicial

Valoración final

Indicadores

[260806] Expresa confianza en la superación de las adversidades	2	5
[260807] Mantiene valores, objetivos y sueños	3	5
[260815] Utiliza estrategias de control de conflictos	3	5
[260820] Apoya la individualidad y la independencia entre sus miembros	3	5
[260827] Busca apoyo emocional de la familia extensa	2	4
[260828] Busca apoyo emocional de los amigos	2	4

Resolución de la culpa [1310]

Valoración inicial

Valoración final

Indicadores

[131006] Identifica una percepción realista de la causa de la culpa	3	4
[131012] Utiliza estrategias para disminuir la culpa	4	5
[131018] Expresa mayor participación en las actividades sociales	3	4
[131021] Resuelve los sentimientos de culpa	2	4
[131023] Se adapta a los cambios de la vida	2	5

INTERVENCIONES NIC

Apoyo en la protección contra abusos: pareja [6403]

Actividades

- Observar si hay signos y síntomas de abuso físico (p. ej., numerosas lesiones en distintas etapas de curación, laceraciones, hematomas o contusiones sin explicación, zonas sin cabellos en la cabeza, marcas de ataduras en las muñecas o tobillos; contusiones «defensivas» en los antebrazos y marcas de mordeduras humanas).
- Documentar la evidencia de abusos físicos o sexuales utilizando herramientas estandarizadas de valoración y fotografías.
- Animar la expresión de preocupaciones y sentimientos, incluidos el miedo, culpabilidad, vergüenza y autculpa-bilidad.
- Proporcionar apoyo para que las víctimas tomen medidas y realicen cambios para evitar represalias posteriores.
- Remitir a los individuos con riesgo de abuso o a aquellos que los hayan sufrido a especialistas y servicios apropiados (p. ej., servicios de salud pública, servicios sociales, asesoramiento, asistencia legal).
- Remitir al cónyuge que abusa a especialistas y servicios apropiados.
- Proporcionar información confidencial respecto a los albergues para personas que sufren violencia doméstica, según corresponda.
- Iniciar el desarrollo de un plan de seguridad para utilizar si la violencia se intensifica.
- Informar de cualquier situación en la que se sospeche de abuso de acuerdo con las leyes de denuncia obligatoria.

Tabla I. Diagnósticos NANDA con los correspondientes NOC, NIC y actividades realizadas.

Aplicada Escala Tipo Likert:

- 1: Nunca demostrado.
- 2: Raramente demostrado.
- 3: A veces demostrado.
- 4: Frecuentemente demostrado.
- 5: Siempre demostrado.

Resultados

La matrona focaliza su actuación en el principal problema existente relacionado con el proceso familiar disfuncional, acompañándola en sus sentimientos. Se llevan a cabo intervenciones centradas en el apoyo emocional a la gestante y se tramita la derivación a los correspondientes profesionales con el objetivo de proporcionar una atención completa y de calidad a la paciente. Se realiza un seguimiento semanal para ir conociendo la situación de la gestante e ir proporcionándole las habilidades y recursos que la capaciten para afrontar la situación. Igualmente, se le ofrece la información pertinente acerca de la interrupción del embarazo, haciéndole saber que es decisión suya y no debe sentirse presionada por su pareja para seguir adelante con el embarazo si no es su deseo. Igualmente se ponen en marcha los procesos de información a las organizaciones correspondientes acerca de la situación de violencia psicológica y vicaria sufrida por la paciente para que se pongan en marcha los procesos judiciales correspondientes contra el agresor.

Aportación y limitaciones del estudio

Una de las limitaciones que se ha encontrado ha sido la escasez de diagnósticos de enfermería relacionados con este tema. Por otro lado, se ha encontrado pocos artículos donde se muestren intervenciones a realizar en este tipo de violencia durante el embarazo.

Como aportaciones, dar a conocer al profesional sanitario la importancia de una correcta anamnesis e intervenciones para ayudar a las mujeres que la están sufriendo, sobre todo las matronas ya que son la figura de referencia en esta etapa de la vida de la mujer.

Discusión

Tras la intervención, se observa una mejora en los indicadores de los objetivos planteados y por tanto resalta el papel de la enfermera especialista en obstetricia y ginecología en la detección de casos de violencia de género, al igual que cobra especial importancia la necesidad de realizar una correcta anamnesis que permita identificarlos de forma adecuada.

Discussion

After the intervention, an improvement is observed in the indicators of the objectives set and therefore highlights the role of the nurse specialist in obstetrics and gynecology in the detection of cases of gender violence, just as the need to carry out a correct anamnesis that allows them to be properly identified.

Conclusión

El profesional sanitario tiene que ser consciente y contar con herramientas para afrontar todo tipo de violencia y ser capaz de detectarla. Cabe resaltar la necesidad de contar con una mayor formación al respecto y ser considerada como un problema de salud.

Conclusion

The health professional must be aware and have the tools to face all types of violence and be able to detect it. It should be noted the need for further training in this regard and be considered a health problem.



OPOSICIONES
Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com    

TEMARIO COMÚN Y TEST
Personal Sanitario y no Sanitario
Rodio oposiciones

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

Sin financiación.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre los participantes.

Publicación

El presente no ha sido presentado como comunicación oral-escrita en ningún congreso. Autorización previa para la presentación de los datos de la gestante publicada en el caso clínico.

Agradecimientos

Agradecemos a todos/as nuestros/as compañeros/as la colaboración desinteresada y la apuesta por el aprendizaje basado en problemas como forma de acercar a los profesionales sanitarios a la realidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Violencia contra la mujer* [Internet]. [cited 2021 May 11]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. Chen PH, Rovi S, Vega ML, Barrett T, Pan KY, Johnson MS. *Birth Outcomes in Relation to Intimate Partner Violence*. *Journal of the National Medical Association* [Internet]. 2017 Feb 4 [cited 2021 May 11];109(4):238–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2757621/>
3. De-Gracia-De-Gregorio M. *Repercusiones perinatales tras violencia de género en la mujer embarazada. Una revisión bibliográfica actualizada**. *MUSAS Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad* [Internet]. 2019 Jan 31 [cited 2021 May 11];4(1):3–21. Available from: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol4.num1.1>

4. Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. *Intimate partner violence during pregnancy: Maternal and neonatal outcomes*. *Journal of Women's Health* [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2021 May 11];24(1):100–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/261157/>
5. OPS/OMS | *La violencia contra la mujer guarda relación con los problemas de la salud reproductiva* [Internet]. [cited 2021 May 11]. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10229:2014-violence-against-women-is-linked-to-reproductive-health-problems&Itemid=1926&lang=es
6. Dennis CL, Dowswell T. *Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression* [Internet]. Vol. 2013, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2013 [cited 2021 Mar 31]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23450532/>
7. Ferdos J, Rahman MM. *Maternal experience of intimate partner violence and low birth weight of children: A hospital-based study in Bangladesh*. *PLoS ONE* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2021 May 11];12(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25658163/>
8. Velasco Juez MC. *Recomendaciones para la detección precoz de la violencia en el embarazo* [Internet]. [cited 2021 May 11]. Available from: <http://www.nnvawi.org/assessment.htm>
9. BOE.es - BOE-A-2018-16673 *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. [Internet]. [cited 2021 May 4]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>
10. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. 11ª ed. Madrid: Elsevier; 2018-2020.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2018
12. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Wagner CM, editores. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.

En enero 2022, PRÓXIMO NÚMERO
Revista Científico-Sanitaria SANUM
¡Anímate a publicar!

Abordaje multidisciplinar de la hernia discal. A propósito de un caso

Laura Hernández-García, L. Pérez-Segura, M.M.

*"Abordaje multidisciplinar de la hernia discal. A propósito de un caso".
SANUM 2021, 5(4) 16-23*

AUTORAS

Laura Hernández-García

Enfermera en Hospital Universitario
Torrecárdenas, Almería.

María del Mar Pérez-Segura

Fisioterapeuta en Hospital Universitario
Torrecárdenas, Almería.

Autora de Correspondencia:

Laura Hernández García

 lauranandezgarcia@yahoo.es

Tipo de artículo:

Caso clínico

Sección:

Enfermería- Fisioterapia

F. recepción: 24-06-2021

F. aceptación: 09-09-2021

Resumen

El dolor de espalda crónico lumbar, es el problema de salud crónico más habitual en mujeres mayores de 15 años, 23.5%. La hernia discal se produce cuando se genera una rotura del anillo fibroso y por consiguiente la salida del núcleo pulposo produciendo un cuadro de dolor. Caso clínico: mujer de 60 años acude a urgencias por dolor intenso en la zona dorsolumbar que le impide deambular y continuar con su actividad habitual. Tras la exploración y pruebas complementarias se evidencia hernia discal por lo que se establece un Plan de Cuidados de Enfermería y una Tabla de Ejercicios de Fisioterapia. Discusión: La hernia discal es uno de los diagnósticos más frecuentes en la patología de la columna vertebral, sin embargo, debe de realizarse un diagnóstico diferencial con otras patologías. El ejercicio físico reduce el dolor en la lumbalgia crónica, fortalece la musculatura aumentando la funcionalidad y disminuyendo el tiempo de reincorporación a las Actividades de la Vida Diaria y laboral. Se recomiendan ejercicios que trabajen la flexión-extensión, la flexión lateral y la rotación de la región lumbar; y ejercicios isométricos de la musculatura abdominal. Conclusión: Un diagnóstico acertado y precoz junto con un tratamiento multidisciplinar que abarca desde la medicina física rehabilitadora, medicina alternativa, farmacoterapia hasta la intervención quirúrgica si fuese necesario con el fin de reducir y eliminar las dolencias del paciente y el tiempo de incorporación a su rutina habitual mejorando su calidad de vida.

Palabras clave:

Disco intervertebral;

Enfermería;

Fisioterapia;

Hernia.

Multidisciplinary approach to herniated disc. A case report

Abstract

Chronic lumbar back pain is the most common chronic health problem in women over 15 years of age, 23.5%. The herniated disc occurs when a rupture of the fibrous annulus is generated and consequently the exit of the nucleus pulposus producing a picture of pain. Clinical case: 60-year-old woman comes to the emergency room due to severe pain in the dorsolumbar area that prevents her from ambulating and continuing with her usual activity. After the exploration and complementary tests, a herniated disc is evidenced, which is why a Nursing Care Plan and a Table of Physiotherapy Exercises are established. Discussion: Herniated disc is one of the most frequent diagnoses in the pathology of the spine, however, you must make a differential diagnosis with other pathologies. Physical exercise reduces pain in chronic low back pain, strengthens the muscles, increases function and decreases the time of reincorporation to Activities of Daily and Work Life. Exercises that work flexion-extension, lateral flexion, and rotation of the lumbar region are recommended; and isometric exercises for the abdominal muscles. Conclusion: An accurate and early diagnosis together with a multidisciplinary treatment that ranges from rehabilitative physical medicine, alternative medicine, pharmacotherapy to surgical intervention if necessary in order to reduce and eliminate the patient's ailments and the time of incorporation into his routine improving their quality of life.

Keywords:

Intervertebral disc;

Nursing;

Physical therapy;

Hernia.

Test-posicion.es.net

Introducción

El dolor de espalda, concretamente el dolor de la zona lumbar, se define como el dolor que aparece sin causa conocida acompañado de limitaciones de movimiento e influenciado por la tensión y la adopción de ciertas posturas antiálgicas⁽¹⁾. Su etiopatogenia es compleja siendo una de las principales causas de baja laboral en España y en muchos países, siendo un motivo muy frecuente de incapacidad y de dolor crónico.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2017 los problemas de salud crónicos padecidos por las personas mayores de 15 años relacionados con el dolor de espalda son: el dolor de espalda crónico lumbar, 23,5% en mujeres y el 15,8% en hombres mientras que el dolor de espalda crónico cervical afecta a un 21,5% de las mujeres⁽²⁾.

La hernia discal se produce cuando se genera una rotura del anillo fibroso y por consiguiente la salida del núcleo pulposo produciendo un cuadro de dolor. Así mismo, el aumento de inervación y el proceso inflamatorio contribuyen a que se produzca en el disco intervertebral una respuesta de hipersensibilidad⁽³⁾. Éstas, pueden extenderse al foramen intervertebral o incluso en situación extraforaminal, localizándose por detrás del cuerpo vertebral y ocupando el canal raquídeo central o los recesos laterales⁽⁴⁾.

La hernia discal presenta una casusa multifactorial^(3 y 5), llegando a influir en su aparición y desarrollo:

- **Metabolismo:** diabetes, arterioesclerosis con calcificación de aorta, produciendo una degeneración discal y por consiguiente una lumbalgia.
- **Genética:** receptores de vitamina D, mutaciones de genes de colágeno, etc.
- **Edad:** con la edad el colágeno y la elastina se desorganizan y se generan fisuras.
- **Psicosociales:** se asocia un alto nivel de estrés con presencia de hernias lumbares.
- **Mecánica:** esfuerzos físicos y microtraumatismos de repetición

El tratamiento conservador pretende evitar tratamientos invasivos con intención de preservar la funcionalidad del paciente, éstos incluyen la educación para la salud abarcando desde la prevención de la enfermedad hasta el tratamiento de la misma a través de un diagnóstico precoz y un tratamiento multidisciplinar^(6 y 7).

Presentación del caso

Mujer de 60 años, acude al servicio de urgencias por presentar dolor intenso desde hace una semana en la zona lumbosacra que le impide deambular correctamente y seguir con su actividad habitual. En seguimiento por su médico de cabecera, se encuentra con tratamiento analgésico vía oral sin notar mejoría.

Antecedentes personales:

- Osteopenia.
- Anemia ferropénica.

Tratamiento habitual:

- Profer 40 mg granulado (preparado de hierro trivalente).
- Metamizol 575 mg.
- Naproxeno 550 mg.

Exploración física:

Consciente y orientada, bien perfundida e hidratada, dificultad en la deambulación y dolor a la exploración de intensidad 8 en la Escala Visual Analógica (EVA).

- **Valoración estática:** presencia de posturas antiálgicas en flexión anterior de tronco con pérdida de la lordosis fisiológica lumbar.
- **Valoración dinámica:** presenta limitación dolorosa en flexo-extensión de columna con imposibilidad de lateralización.
- **Valoración muscular:** presencia de contracturas en musculatura paravertebral lumbar bilateral, cuadrado lumbar derecho y piramidal izquierdo.
- **Valoración neurológica:** presencia de reflejos normales sin alteración de la sensibilidad sin pérdida de fuerza.

Pruebas complementarias:

- Analítica sanguínea sin hallazgos significativos salvo déficit de 25-OH Vitamina D (10.10 ng/mL)
- Radiografía (Rx) de la zona lumbosacra sin hallazgos significativos y Resonancia Magnética (RM) sin contraste de la columna lumbosacra con se-

cuencias T1, T2 sagital y T1 axial, la cual muestra disminución de la altura de la intensidad de la señal del disco intervertebral L5-S1 indicativo de cambios degenerativos discales y prolapso dis-

cal posterior y lateralizado hacia la izquierda del disco intervertebral L5-S1 que contacta y desplaza al sacro dural y la raíz nerviosa S1 izquierda. (Figura 1)

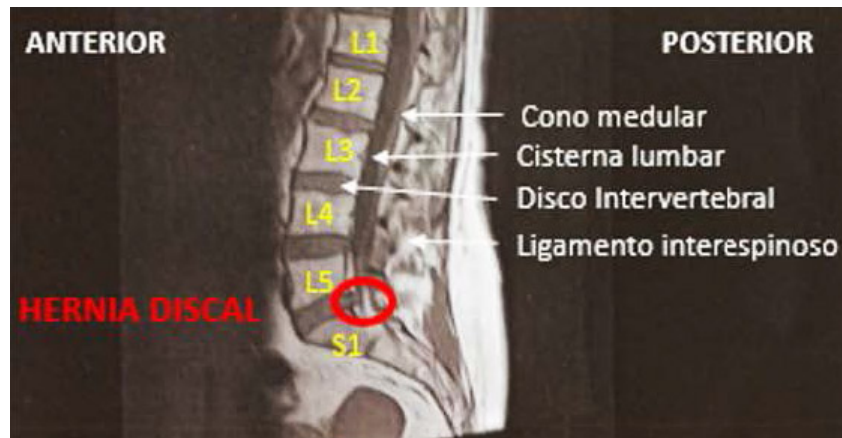


Figura 1. Imagen de resonancia magnética donde se puede apreciar la hernia discal en L5-S1.

Juicio clínico: Sospecha de Ciática.

Diagnóstico: Hernia discal.

Tratamiento: Se administra en consulta Metilprednisolona 60 mg y Metamizol 2 gr por vía intramuscular y se prescribe continuar con la analgesia vía oral para el domicilio (Naproxeno 550 mg y Metamizol 575 mg).

Resultados

Se establece un Plan de Cuidados basados en los Diagnósticos de Enfermería de la taxonomía

NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), Sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (*Nursing Interventions Classification*) y Sistema de Clasificación de Resultados NOC (*Nursing Outcomes Classification*)⁽⁸⁾ (Tabla I).

Este Plan de Cuidados, además de incluir intervenciones directamente relacionadas con el problema de salud actual como la terapia de ejercicio-actividad, manejo del dolor y tratamiento, incluye una Tabla de ejercicios específicos de fisioterapia (Tabla II), con el fin de fortalecer la musculatura de la zona, mejorar la flexibilidad de la columna lumbar y disminuir el dolor.



OPOSICIONES

Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com



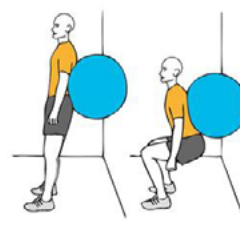
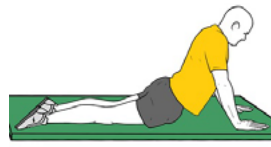






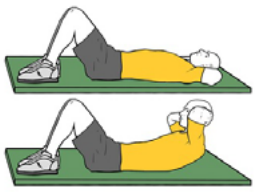

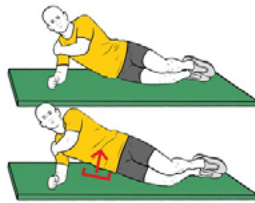
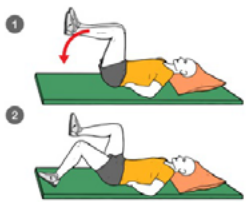
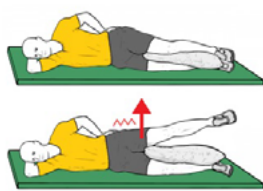
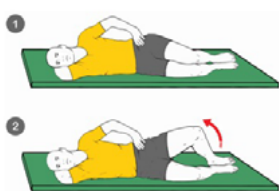
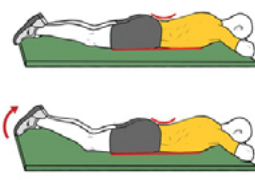


Tabla I. Plan de Cuidados⁽⁸⁾

Deterioro de la movilidad física 00085		
Relacionado con malestar y dolor manifestado por limitación de la amplitud de movimientos		
NIC Terapia de Ejercicio: ambulación 0221	<p>Enseñar al paciente a colocarse en posición correcta</p> <p>Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación</p> <p>Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de la seguridad</p>	NOC Movilidad 0208
NIC Enseñanza actividad y ejercicio prescrito 5612	<p>Evaluar el nivel actual del paciente en cuanto al conocimiento de la actividad/ejercicio prescrito</p> <p>Enseñar al paciente a realizar la actividad/ejercicio prescrito</p> <p>Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico</p>	
Conocimientos deficientes 00126		
NIC Enseñanza: Proceso de la enfermedad 5602	<p>Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, según corresponda</p> <p>Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología</p> <p>Discutir las opciones de terapia/tratamiento</p> <p>Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad</p>	NOC Conocimiento: Proceso de la enfermedad crónica 1847
NIC Enseñanza: procedimiento/tratamiento 5618	<p>Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento</p> <p>Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación</p>	NOC Conocimiento: procedimientos terapéuticos 1814
Dolor crónico 00133		
NIC Manejo del dolor 1400	<p>Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes</p> <p>Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida</p> <p>Seleccionar y desarrollar medidas que faciliten el alivio del dolor</p>	NOC Control del dolor 1605
Ansiedad 00146		
NIC Mejorar el afrontamiento 5230	<p>Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida</p> <p>Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación</p>	NOC Autocontrol de la ansiedad 1402

* Plan de Cuidados basados en los Diagnósticos de Enfermería de la taxonomía NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), Sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (*Nursing Interventions Classification*) y Sistema de Clasificación de Resultados NOC (*Nursing Outcomes Classification*)

Tabla II. Tabla de Ejercicios Específicos de Fisioterapia

<p>Andar</p> 	<p>Bicicleta estática</p> 	<p>Media sentadilla con pelota de pilates</p> 	<p>Extensión de tronco tumbado prono</p> 
<p>Flexión de tronco inclinado hacia delante</p> 	<p>Estiramiento lumbar en rotación</p> 	<p>Estiramiento de glúteo e isquiotibiales</p> 	<p>Estiramiento de piramidal con piernas cruzadas</p> 
<p>Estiramiento lumbar de rodillas</p> 	<p>Elevación alterna de brazo y pierna en cuadrupedia</p> 	<p>Estiramiento gato-camello</p> 	<p>Elevación de pelvis boca arriba con pies apoyados</p> 
<p>Contracción abdominal con elevación pierna</p> 	<p>Abdominales</p> 	<p>Plancha con apoyo de rodillas</p> 	<p>Plancha lateral con apoyo de rodillas</p> 
<p>Bajada alterna de una pierna flexionada en 90°</p> 	<p>Fortalecimiento glúteo medio y menor</p> 	<p>Fortalecimiento de glúteo en decúbito lateral</p> 	<p>Fortalecimiento multifíidus en pronación</p> 

* Tabla de Ejercicios Específicos de Fisioterapia. de elaboración propia con la herramienta "entrenamientos.com" (9)

Discusión

La hernia discal es uno de los diagnósticos más frecuentes en la patología de la columna vertebral, sin embargo, debe de realizarse un diagnóstico diferencial con otras patologías según su lugar de origen discal como por ejemplo los neurinomas (*Schwannomas*) de los forámenes intervertebrales, los quistes sinoviales de las articulaciones interapofisarias hacia los recesos laterales y el hematoma y/o absceso en el espacio epidural⁽⁴⁾. El ejercicio físico reduce el dolor en la lumbalgia crónica, fortalece la musculatura aumentando la funcionalidad y disminuyendo el tiempo de reincorporación a la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y a la vida laboral. Se recomiendan ejercicios que trabajen la flexión-extensión, la flexión lateral y la rotación de la región lumbar; y ejercicios isométricos de la musculatura abdominal⁽¹⁰⁾.

Daily Living (ABVD) and to work life. Exercises that work flexion-extension, lateral flexion, and rotation of the lumbar region are recommended; and isometric exercises for the abdominal muscles⁽¹⁰⁾.

Conclusiones

Los tratamientos conservadores incluyen educar al paciente sobre su padecimiento y las actividades que puede realizar, limitar y eliminar. Un diagnóstico acertado y precoz junto con un tratamiento multidisciplinar que abarca desde la medicina física rehabilitadora, medicina alternativa, farmacoterapia hasta la intervención quirúrgica si fuese necesario con el fin de reducir y eliminar las dolencias del paciente y el tiempo de incorporación a su rutina habitual mejorando su calidad de vida.

Discussion

Herniated disc is one of the most frequent diagnoses in the pathology of the spine, however, a differential diagnosis must be made with other pathologies according to their place of disc origin, such as neurinomas (Schwannomas) of intervertebral foramina, Synovial cysts of the facet joints towards the lateral recesses and the hematoma and / or abscess in the epidural space⁽⁴⁾. Physical exercise reduces pain in chronic low back pain, strengthens the muscles, increasing functionality and decreasing the time of reincorporation to carry out Basic Activities of

Conclusions

Conservative treatments include educating the patient about their condition and what activities they can do, limit, and eliminate. An accurate and early diagnosis together with a multidisciplinary treatment that ranges from rehabilitative physical medicine, alternative medicine, pharmacotherapy to surgical intervention if necessary in order to reduce and eliminate the patient's ailments and the time of incorporation to their usual routine improving their quality of life.

OPOSICIONES

Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com



Declaración de transparencia

Las autoras del presente trabajo (defensoras del manuscrito) aseguran 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. Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración y que todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito remitido.

Fuentes de financiación

No se ha recibido ninguna financiación de ningún tipo para la realización del presente trabajo.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Publicación

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

BIBLIOGRAFÍA

1. Gil del Real, MT, Kovacs FM, Gestoso M, Mufraggi N, Diéguez JM y Balearic Pain Group. *Evaluation of two questionnaires to determine exposure to risk factors for non-specific low back pain in Mallorcan schoolchildren and their parents*. European journal of public health. 1999; (3): 194-199.

2. Instituto Nacional de Estadística. *Estado de salud (estado de salud percibido, enfermedades crónicas, dependencia funcional)*. [02 de Abril de 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INE-Seccion_C&cid=1259926692949&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
3. Pérez Guisado J. *Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica*. Rev. Cuba Ortop Traumatol. 2006; 20 (2): 1-26.
4. Gálvez MM, Cordovez MJ, Okuma PC, Montoya MC, Asahi KT. *Diagnóstico diferencial de hernia discal*, Rev. Chilena de Radiología. 2017; 23 (2): 66-76.
5. Vicente Herrero, MT. *Lumbalgias: prevención, valoración del daño laboral y rehabilitación*. Ed. Medicina Balear. 2011; 26 (2): 58.
6. Tabares Neyra H, Díaz Quesada JM, Tabares Sáez H & Tabares Sáez L. *Hernia discal lumbar, una visión terapéutica*; Rev. Cubana de Ortopedia y Traumatología. 2016; 30 (1): 27-39.
7. Loor-Mera, LR, Sancan-Moreira MT, Vélez-Almea MD. *Consideraciones generales acerca de las hernias discales lumbares: Terapia ocupacional*; Rev. Dom. Cien. 2016; 2: 175-186.
8. NANDA NIC y NOC. NNN Consult. [2020]. [02 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
9. Entrenamientos. [2020]. [04 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.entrenamientos.com>
10. Ortega Sánchez-Pinilla, R. (2020). *¿Cuáles son los ejercicios indicados en la lumbalgia crónica y en la hernia discal?* FMC- Formación Médica Continuada en Atención Primaria; 27(1): 34-46.

OPOSICIONES

Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com



Caso Clínico: Cuidado de mujeres embarazadas drogodependientes

Cerezo-Barranco, B. Chica-Sánchez, A. García-Ortega, I.
"Caso clínico: cuidado de mujeres embarazadas drogodependientes."
SANUM 2021, 5(4) 24-30

Resumen

Introducción: Los estupefacientes son sustancias tóxicas que producen alteraciones del sistema nervioso central entre otros efectos perjudiciales. En la mujer embarazada, en concreto, pueden producir aborto, alteraciones en el curso del embarazo o afectación del feto. Debido a la doble problemática de adicción y embarazo de riesgo, suponen un grupo de especial vulnerabilidad.

Caso Clínico: V.A. de 22 años embarazada. Primigesta de 9 semanas de evolución. Sin antecedentes personales de interés. Acude a consulta de la matrona en el centro de salud. Durante la entrevista clínica comenta que es consumidora habitual de cannabis y que desea abandonarlo.

Plan de cuidados: Tras anamnesis completa, analítica sanguínea y toma de constantes. Se realiza la valoración enfermera siguiendo los patrones de Marjory Gordon y los diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía NANDA. Los diagnósticos formulados son: Afrontamiento ineficaz y Mantenimiento inefectivo de la salud. A continuación se realiza el plan de cuidados enfermeros usando las taxonomías NOC y NIC. También se realiza una derivación del caso a la trabajadora social del centro, al médico de familia y a la consulta de alto riesgo obstétrico para un seguimiento multidisciplinar

Conclusiones: Se está produciendo un aumento en el consumo de cannabis en nuestra sociedad. Esto es debido principalmente a una percepción de riesgo disminuida provocada entre otros motivos por la legalización de su consumo en ciertos países.

Una detección precoz en el consumo de cannabis mejora notablemente los resultados perinatales debido a un mejor control obstétrico y a la posibilidad de ayudar en la desintoxicación y deshabituación. Para ello es fundamental un abordaje integral y multidisciplinar del caso.

Palabras clave:

Embarazo;
Trastornos relacionados con sustancias;
Cannabis;
Enfermera obstétrica.

AUTORES

Belén Cerezo Barranco

Enfermera especialista en obstetricia y ginecología (Matrona). Complejo Hospitalario de Jaén.

Alberto Chica Sánchez


Enfermero especialista en obstetricia y ginecología (Matrón). Complejo Hospitalario de Jaén.

Irene García Ortega

Enfermera especialista en obstetricia y ginecología (Matrona). Hospital Universitario de Córdoba.

Correspondencia:

Belén Cerezo Barranco

 belencerezo91@gmail.com

Tipo de artículo:

Caso clínico

Sección:

Ginecología y Obstetricia

F. recepción: 17-06-2021

F. aceptación: 08-09-2021

Clinical Case: Healthcare in drug addict pregnant women

Abstract

Narcotics are toxic substances that produce central nervous system alterations, among other harmful effects. In pregnant women in particular, they can cause abortion, pregnancy alterations or affectation of the fetus.

Due to the twofold nature of the problem, that is, addiction and risky pregnancy, pregnant women are considerate a group of special vulnerability.

Clinical case: *V.A. is a 22 years old pregnant woman. First pregnancy of 9 weeks of evolution. No past medical history. Attends midwife consulting room in the health center. During the clinical interview, she admits being a regular cannabis user and expresses her desire to give it up.*

Care plan: *After a complete interview, blood tests and vital signs check, the nursing assessment is carried out following the Marjory Gordon patterns and the nursing diagnoses using the NANDA taxonomy: Ineffective Coping and Ineffective Health Maintenance. The nursing care plan is made using the NOC and NIC taxonomies. The case is also referred to the center's social worker, the general practitioner and the high-risk obstetric clinic for a multidisciplinary follow-up.*

Conclusions: *Nowadays, there has been an increase in the cannabis use due to a decrease in the perception of its risks, which can be attributed to the acceptance and legalisation of its consumption in certain countries.*

Early detection of cannabis use improves perinatal outcomes due to a better obstetric control and the possibility of helping with detoxification and cessation. A comprehensive and multidisciplinary approach to the case is essential.

Keywords:

*Pregnancy,
Substance-related disorders;
Cannabis;
Nurse Midwives.*

Test-posicion.es.net

Introducción

Las drogas son sustancias que se caracterizan por producir depresión o exaltación del sistema nervioso central, por lo que inducen una alteración del juicio, el comportamiento y/o el estado anímico.

Además, su consumo reiterado suele inducir dependencia y tolerancia, por lo que con el tiempo se incrementa la cantidad de sustancia necesaria para la obtención de los mismos resultados.

Existe cada vez mayor diversidad de sustancias tóxicas o drogas, por lo que abordar las características particulares de cada una de ellas resulta complejo. Sin embargo se puede decir que el tabaco, el alcohol, el cannabis, los opiáceos, y la cocaína se encuentran entre las más consumidas por la población general y por las mujeres embarazadas en particular.

Como es sabido, el tabaco y el alcohol son denominadas drogas legales, y hasta hace poco tiempo eran consideradas bien visto su consumo incluso en mujeres embarazadas¹. Entre los principales efectos que producen las drogas sobre la mujer embarazada y el feto encontramos: parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta, aborto, bajo peso al nacimiento o afectación del sistema nervioso central.

El tabaco por sí sólo constituye la principal causa de morbilidad y mortalidad prematura evitable en el feto, por su contribución al desarrollo de numerosas enfermedades².

Si nos centramos en la repercusión del cannabis, encontramos que el consumo repetido del mismo durante el embarazo puede suponer fetos con bajo peso, prematuridad y puntuaciones más bajas en test de Apgar³.

También se relaciona el deterioro cognitivo infantil con consumo de cannabis durante el embarazo o la lactancia. Esto es debido a que el Delta-9 tetrahidrocannabinol (THC), que es la principal sustancia psicoactiva del cannabis, atraviesa la barrera placentaria y es segregado en la leche materna⁴.

Las mujeres embarazadas drogodependientes se encuentran dentro de los denominados colectivos especiales. Son consideradas un grupo de riesgo sociosanitario por dos aspectos principales, el primero por su adicción y dependencia a las drogas, y segundo por su situación de vulnerabilidad durante el embarazo que la expone tanto a ella como al feto a los efectos nocivos de estas sustancias.

Debido a la complejidad de esta situación, las mujeres embarazadas drogodependientes deben ser atendidas por un equipo multidisciplinar compuesto por trabajadores sociales, ginecólogos, matronas y médico de familia entre otros¹.

Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía y evidencia científica existentes hasta el momento. Para ello se han utilizado diversas bases de datos y revistas Cochrane, PubMed, Embase, Cinhal o Scielo.

Presentación del caso

V.A de 22 años de edad, gestante primigrávida de 9 semanas de gestación, que tras test de gestación positivo es derivada a la consulta de la matrona del centro de salud.

Tras su captación se realiza una valoración inicial, comenzando el proceso de control de embarazo. Se solicita analítica sanguínea y de orina, toma de constantes vitales así como una exhaustiva anamnesis.

En esta primera entrevista con la matrona la paciente afirma ser consumidora habitual de cannabis, refiriendo un consumo de 3-4 veces al día. V.A. refiere consumo continuo durante los últimos años pero que desea abandonarlo desde que conoce que está embarazada.

La gestante es derivada a la consulta de alto riesgo obstétrico, a la trabajadora social y de igual manera se informa a su médico de atención primaria de los hallazgos encontrados para así poder realizar un abordaje multidisciplinar del caso.

Valoración de Enfermería

Para la valoración enfermera se ha utilizado la escala por patrones de Marjory Gordon.

- 1. Patrón percepción de la salud.** Patrón alterado.
 - Consumo habitual de cannabis.
 - No alergias medicamentosas conocidas.
 - No antecedentes personales de enfermedad ni quirúrgicos.
- 2. Patrón nutricional-metabólico.** Patrón no alterado. La paciente presenta un peso de 60 kg y una

talla de 1,62 cm, su IMC es de 22,86 kg/m², por lo que se encuentra dentro de la normalidad.

La paciente presenta un estado de piel y mucosas adecuado, hidratación óptima. Y realiza una ingesta calórica e hídrica adecuados.

Su temperatura corporal es de 36,2 °C.

3. **Patrón eliminación.** Patrón no alterado. La paciente presenta un número, consistencia y color de deposiciones normal (una al día). No presenta dolor al defecar ni al miccionar, es totalmente continente.
4. **Patrón actividad-ejercicio.** Patrón no alterado. Las constantes que presenta son las siguientes:
 - Tensión Arterial: 110/72 mmHg
 - Frecuencia cardíaca: 82 ppm
 - Temperatura: 36,8 °C
 - Frecuencia respiratoria: 15 rpm
 - Saturación: 98%Con respecto a la deambulaci3n no presenta ninguna alteraci3n. La paciente tiene una situaci3n laboral activa.
5. **Patr3n sue1o-descanso.** Patr3n alterado. V.A refiere dificultad para conciliar el sue1o ya que le preocupa el hecho de consumir cannabis y el embarazo.
6. **Patr3n cognitivo-perceptivo.** Patr3n no alterado. La paciente no presenta alteraci3n de ning3n sentido (vista, o3do, olfato, gusto y tacto).
La paciente se encuentra consciente y orientada, Escala de Glasgow = 15.
7. **Patr3n autopercepci3n-autoconcepto.** Patr3n alterado. La paciente presenta un nivel de ansiedad considerable. Se realiza el cuestionario de

ansiedad de Hamilton con resultado de ansiedad ps3quica = 12 (nivel medio) y ansiedad somática = 9 (nivel medio-bajo).

A pesar de esto se puede conversar con ella, no mantiene el contacto visual permanentemente, y su expresi3n facial es de preocupaci3n.

8. **Patr3n rol-relaciones.** Patr3n no alterado. La paciente presenta un apoyo familiar adecuado y unas relaciones sociales tambi3n adecuadas. Convive en familia con sus padres y mantiene una relaci3n sentimental estable desde hace 4 a1os.
9. **Patr3n sexualidad-reproducci3n.** Patr3n no alterado. La paciente afirma tener una vida sexual satisfactoria.
Tubo la menarquía a los 12 a1os, no tiene ni ha tenido problemas menstruales, solo leve dismenorrea que cede con analgesia, no utiliza ning3n m3todo anticonceptivo. Su f3rmula obst3trica es 1.0.0.0. Aceptaci3n del embarazo positiva.
10. **Patr3n tolerancia al estr3s.** Patr3n alterado. La paciente presenta cierto nivel de estr3s debido al embarazo.
11. **Patr3n valores-creencias.** Patr3n no alterado. La paciente no presenta ning3n conflicto en cuanto a valores y/o creencias, es una persona religiosa aunque no practicante.

Plan de cuidados

En la elaboraci3n del plan de cuidados de enfermería se han usado las taxonomías NANDA-NOC-NIC para el desarrollo de los diagn3sticos, objetivos e intervenciones respectivamente.

OPOSICIONES

Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administraci3n p3blica es ahora m3s f3cil!

www.edicionesrodio.com



Diagnóstico	Objetivos e indicadores <i>Escala 1-5</i>	Intervenciones	Actividades
<p>00069 Afrontamiento ineficaz</p> <p>r/c falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación</p> <p>m/p Solución inadecuada de los problemas.</p>	<p>1405 Autocontrol de impulsos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 140502 Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas. <i>Inicio: 2/Fin: 4</i> 140506 Evita ambientes y situaciones de alto riesgo. <i>Inicio: 1/Fin: 4</i> <p>1302 Afrontamiento de problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> 130203 verbaliza sensación de control. <i>Inicio: 1/Fin:4</i> 130218 Refiere aumento del bienestar psicológico. <i>Inicio: 2/Fin: 4</i> 	<p>4920 Escucha activa: Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.</p> <p>5270 Apoyo emocional: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación Comentar la experiencia emocional con el paciente Proporcionar ayuda en la toma de decisiones
<p>00099 Mantenimiento inefectivo de la salud</p> <p>r/c Afrontamiento individual ineficaz</p> <p>m/p Antecedentes de falta de conducta de búsqueda de salud</p>	<p>1504 Soporte social</p> <ul style="list-style-type: none"> 150410 Refiere contactos sociales de soporte adecuados. <i>Inicio: 3/ Fin: 5</i> <p>1904 Control del riesgo: consumo de drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> 190405 Desarrolla estrategias efectivas para el control del consumo de drogas. <i>Inicio: 1/Fin: 4</i> 	<p>5440 Aumentar los sistemas de apoyo</p> <p>5240 Asesoramiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes. Determinar el grado de apoyo familiar. Remitir a programas comunitarios de fomento/prevencción/tratamiento/rehabilitación, según proceda. Proporcionar información objetiva, según sea necesario y si procede.

Tabla 1. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) 13, NOC (Nursing Outcomes Classification) 14, NIC (Nursing Interventions Classification) 15 y actividades realizadas.

Discusión

En la población en general se está produciendo un aumento en el consumo de cannabis debido a una disminución en la percepción del riesgo del mismo. Esto se debe entre otras cosas a la aceptación y legalización de su consumo en ciertos países como algunos estados de Norteamérica o Canadá⁵.

En España, la sustancia ilegal más consumida es el cannabis, y el grupo de edad que consume mayor cantidad de cannabinoides es el comprendido entre 19 y 24 años. La prevalencia en el consumo de esta sustancia es bastante mayor al resto de drogas y va en aumento⁶.

Sin embargo, conocer la prevalencia en el consumo de cannabis durante el embarazo es complicado debido a la reticencia que presentan las mujeres a

notificarlo por miedo a las posibles represalias. Un estudio realizado en España en 2007 mostró una incidencia del 5,3% del total de embarazos al analizar el meconio de los recién nacidos⁷.

La mayoría de las mujeres afirman que la ansiedad y el estrés son los principales motivos que le incitan al consumo de cannabis tanto en antes como después del embarazo. Algunas gestantes a su vez sostienen que les ayuda a controlar las náuseas producidas por el embarazo⁸.

Cómo hemos comentado con anterioridad, el consumo de sustancias tóxicas como el cannabis producen diversos problemas de salud tanto en la gestante como en el feto. Por ello resulta prioritaria una detección precoz, ya que así se consigue un mejor control obstétrico con mejores resultados perinatales⁹.

Discussion

Nowadays, there has been an increase of cannabis use due to a decrease in the perception of its risks. This, in turn, can be attributed to the acceptance and legalization of its consumption in certain countries such as some states of North America or Canada⁵.

In Spain, the most widely used illegal substance is cannabis, and the population group consuming the highest amount of cannabinoids is that ranging from 19 to 24 years of age. The prevalence of cannabis consumption is noticeable when compared with the rest of drugs, and it is growing⁶.

However, knowing the prevalence of cannabis use during pregnancy is highly complex because of women's reluctance to report it for fear of possible reprisals. A study carried out in Spain in 2007 showed an incidence of 5.3% of the total number of pregnancies when the newborns' meconium were analysed⁷.

Most women point at anxiety and stress as the main reasons for cannabis abuse, either before and after pregnancy. Some even claim it helps with pregnancy nausea control⁸.

As mentioned above, the consumption of toxic substances such as cannabis produces different health problems in both pregnant woman and the fetus. For this reason, early detection is a priority, as this achieves better obstetric control with better perinatal results⁹.

Conclusiones

El abuso de sustancias estupefacientes es un problema común en la sociedad actual, principalmente en la población más joven. El cannabis es una de las sustancias más consumidas y sus efectos pueden ser muy diversos, como alteración del juicio, del comportamiento o del estado anímico. Su consumo reiterado puede producir tolerancia y dependencia. Todo ello supone un problema añadido si la persona consumidora está embarazada, ya que los efectos adversos repercuten a su vez en el embrión o feto.

Para un correcto cuidado y seguimiento de una mujer embarazada consumidora habitual de cannabis se requiere un trabajo multidisciplinar, en el que participen la matrona, el médico de familia, el tra-

bajador social y el ginecólogo de la consulta de alto riesgo obstétrico.

En muchas ocasiones las mujeres niegan el consumo de sustancias estupefacientes durante el embarazo por miedo a posibles represalias, y son pocos los casos en los que se confirman y se les puede ayudar a superar dicha adicción. Por ello es importante exponer casos clínicos como ejemplo para otros profesionales.

Una vez detectado el consumo de estupefacientes en gestantes, el objetivo a perseguir será conseguir la desintoxicación y la deshabituación, o por lo menos reducir el consumo todo lo posible. Para ello es fundamental concienciar acerca de los efectos perjudiciales y motivar a la gestante para el abandono.

Además de un correcto asesoramiento y seguimiento sociosanitario, un aspecto fundamental en el proceso de deshabituación es el apoyo familiar de la mujer, por lo que es muy importante realizar una valoración integral teniendo en cuenta su situación social.

Conclusions

Nowadays the abuse of narcotic substances is a common issue in the society, mainly among teenagers and young adults. Cannabis is one of the most widely used substances and its effects can be very diverse, such as altered judgment, behavior or mood. Repeated consumption can produce tolerance and dependence. This is a major problem if the consumer is pregnant, since adverse effects affect also harm the embryo or fetus.

A multidisciplinary approach is required for a correct follow-up of a pregnant women who are also regular cannabis user; midwife, general practitioner, social worker and gynecologist of the high-risk obstetric clinic must collaborate.

Women often deny the consumption of narcotic substances during pregnancy for fear of possible reprisals, and just a few cases are confirmed and consequently be helped in their process of overcoming the addiction. This is why it is vital to present clinical cases as examples to other professionals.

Once the consumption of narcotic drugs has been detected in pregnant women, the main

goal must be detoxification and cessation, or at least, the reduction of consumption to the greater possible extent.

For this reason, is essential to raise awareness about the harmful effects and motivate the pregnant women to abandon the abuse.

Besides the correct counselling and socio-sanitary monitoring, women's family support is a fundamental aspect in the cessation process, that is why we should carry out a comprehensive assessment that includes her social situation.

Declaración de transparencia

Los autores del presente trabajo declaran que es original en su totalidad. Además afirman que el mismo no ha sido publicado o presentado para revisión en ningún congreso o revista en ninguna de sus partes.

Fuentes de financiación

Sin financiación.

Conflicto de Intereses

No existe conflicto de intereses.

Publicación

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

BIBLIOGRAFÍA

1. López Zamora M.J., Ortega Expósito T. *Atención integral a mujeres drogodependientes embarazadas. Propuesta de protocolo de actuación sociosanitaria*. Trabajo Social Global. [Internet] 2019 [Acceso el 28 de Abril de 2021]; 9(16): 248-267. Disponible en: <http://revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/article/view/9180/pdf>
2. López-Granados LM, Cruz-Cortés C de J. *Factores psicosociales y sociodemográficos vinculados al uso de sustancias psicoactivas en mujeres durante el embarazo*. Una revisión narrativa. RIIAD [Internet]. 2017 [acceso el 7 de mayo 2021]; 3(2):45-6. Disponible en:

<http://riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad.2017.2.06>

3. Bailey B.A, Wood D.L., Shah D. *Impact of pregnancy marijuana use on birth outcomes: results from two matched population-based cohorts*. J Perinatol. [Internet] 2020 [Acceso el 10 de Mayo de 2021]; 40: 1477–1482. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41372-020-0643-z>
4. Skelton, K.R, Hecht, A.A, Benjamin-Neelon, S.E. *Women's cannabis use before, during and after pregnancy in New Hampshire*. Preventive Medicine Reports. [Internet] 2020 [Acceso el 14 de Mayo de 2021]; 20. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101262>
5. Volkow N.D., Han B., Compton W.M., McCance-Katz E.F. *Self-reported medical and nonmedical cannabis use among pregnant women in the United States*. JAMA [Internet] 2019 [Acceso el 12 de Mayo de 2021]; 322: pp. 167. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2736582>
6. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES 2019/20*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 93p. [Acceso el 2 de Mayo de 2021] Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf
7. Lozano J, García-Algar O, Marchei E, Vall O, Monleon T, Giovannandrea RD, et al. *Prevalencia de exposición gestacional al cannabis en una ciudad mediterránea por análisis de meconio*. Acta Paediatr [Internet]. 2007 [Acceso el 5 de Marzo de 2021]; 96 (12): 1734–7. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1651-2227.2007.00535.x>
8. Chang J.C., Tarr J.A., Holland C.L., De Genna N.M., Richardson G.A., Rodriguez K.L., et al. *Beliefs and attitudes regarding prenatal marijuana use: Perspectives of pregnant women who report use*. Drug Alcohol Depend. [Internet] 2019 [Acceso el 23 de Mayo de 2021]; 196: pp. 14-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.11.028>
9. Maya Enero S., Guarddon Pueyo C., Mur Sierra A., López Vélchez MA. *Abuso de drogas durante el embarazo y su impacto neonatal*. Análisis de los períodos 2002-2008 y 2009-2017. Med Clin [Internet].2020 [Acceso el 20 Mayo de 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.05.065>

¡Emprende!

Ahora es el momento de emprender
una **carrera profesional**
en la **Administración Pública**

Miles de plazas
se **convocan** cada
año para **cubrir**
distintos puestos
de empleo en el
Estado, Cabildos,
Diputaciones,
Ayuntamientos,
Comunidades
Autónomas...

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com



Ectasia dural: reporte de dos casos y revisión de la literatura

Villafuerte-Delgado, D. Águila-Carbelo, M. Pérez-Restrepo, J. Perdomo-Rodríguez, N.J. González-Villafuerte, D. L. "Ectasia dural: reporte de dos casos y revisión de la literatura." SANUM 2021, 5(4) 32-37

AUTORES

Dianarelys Villafuerte-Delgado
Departamento de Radiología. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima; Cienfuegos, Cuba

Madyaret Águila-Carbelo
Departamento de Radiología. Hospital Clínico Quirúrgico Arnaldo Millán Castro; Cienfuegos, Cuba

Jonathan Pérez-Restrepo
Departamento de Radiología. Clínica Cartagena del Mar, Universidad del Sinú- Elías Bechara Zainúm; Cartagena de Indias, Colombia

Nery J. Perdomo-Rodríguez
Departamento de Radiología. Centro Diagnóstico Clínico y Análisis Especializado CCDAE; San Pedro Sula, Honduras

Diana L. González-Villafuerte
Departamento de Medicina Familiar. Doctor's Pain Management Group. Tampa, Florida, USA

Autor de correspondencia:

Jonathan Pérez Restrepo
 jperezrmd@gmail.com

Tipo de artículo:

Caso clínico

Sección:

Radiología

F. recepción: 19/07/2021

F. aceptación: 13/09/2021

Resumen

Introducción

La ectasia dural es un hallazgo infrecuente en la población general. Se puede ver en entidades como lo son: El síndrome de Marfan, Ehlers-Danlos, Loeys-Dietz, neurofibromatosis, espondilitis anquilosante, osteogénesis imperfecta, postquirúrgicas o traumatismos en la columna.

Objetivo

Se reportan dos casos con sus respectivos hallazgos mediante imágenes por resonancia magnética y revisión de la literatura.

Conclusión

El diagnóstico de ectasia dural se orienta mediante hallazgos por resonancia magnética, para el adecuado abordaje terapéutico en este tipo de pacientes.

Palabras clave:

Ectasia;
Imagen por resonancia magnética;
Columna vertebral.

Dural ectasia: report of two cases and review of the literature

Abstract

Introduction

Dural ectasia is an uncommon finding in the general population. It can be seen in entities such as: Marfan syndrome, Ehlers-Danlos, Loeys-Dietz, neurofibromatosis, ankylosing spondylitis, osteogenesis imperfecta, postsurgical or trauma to the spine.

Objective

Two cases are reported with their respective findings through magnetic resonance imaging and literature review.

Conclusion

The diagnosis of dural ectasia is guided by magnetic resonance findings, for the adequate therapeutic approach in this type of patients.

Keywords:

Ectasia;

Magnetic resonance imaging;

Spine.

Test-posicionen.net

Introducción

Ahn *et al.* describen por primera vez los hallazgos imágenes por resonancia magnética (IRM)⁽¹⁾. La ectasia dural (ED) es la distensión del conducto vertebral con aspecto festoneado (scalloping) del cuerpo vertebral en su porción posterior concomitante a la reducción en la cortical de los pedículos sus láminas y ampliación de los agujeros nerviosos. Es un hallazgo infrecuente en la población general, de etiología desconocida, sin prevalencia por edad o sexo⁽²⁻⁷⁾. Se asocia a diversas entidades como lo son: el síndrome de Marfan, Ehlers-Danlos, Loeys-Dietz, neurofibromatosis, espondilitis anquilosante, osteogénesis imperfecta o postquirúrgicas o traumatismos en la columna⁽²⁻⁶⁾.

En la mayoría de los casos, la dilatación del saco dural ocurre en la región lumbosacra, cuya clínica se caracteriza por dorsalgia baja y ciática, aunque en algunos casos cursan con incontinencia urinaria y constipación⁽⁹⁻¹²⁾.

Presentación del primer caso

Masculino, raza negra, de 44 años, recluso, con antecedente de hipertensión arterial en manejo con beta bloqueador con adecuada adherencia al tratamiento; presentó lumbalgia crónica sin claudicación,

de características mecánicas, con Lasegue negativo. Se realiza IRM donde se observó desplazamiento de la cauda equina hacia el aspecto dorsal del saco dural ensanchado; Divertículos aracnoideos que producen scalloping tanto de la cara anterior de las láminas como de las apófisis espinosas, desplazamiento posterior de las raíces de la cauda equina en un saco dural ectásico (Figura 1).

Presentación del segundo caso

Femenina, raza negra, de 58 años, con antecedentes de Escoliosis idiopática, no asociada a Neurofibromatosis, con dolor lumbar bajo de larga data que evoluciona por crisis, múltiples tratamientos ortopédicos desde la infancia. La IRM constató escoliosis con ensanchamiento del canal espinal y ectasia del saco dural, desplazamiento de la cauda equina con desplazamiento posterior, dilatación saco dural dilatado y divertículo aracnoideo (Figura 2).

Discusión

El mecanismo por el que se produce la ectasia dural es aún desconocida^(11,12). No obstante, la teoría más aceptada, se debe a un aumento continuo y pulsátil del líquido cefalorraquídeo sobre la dura-

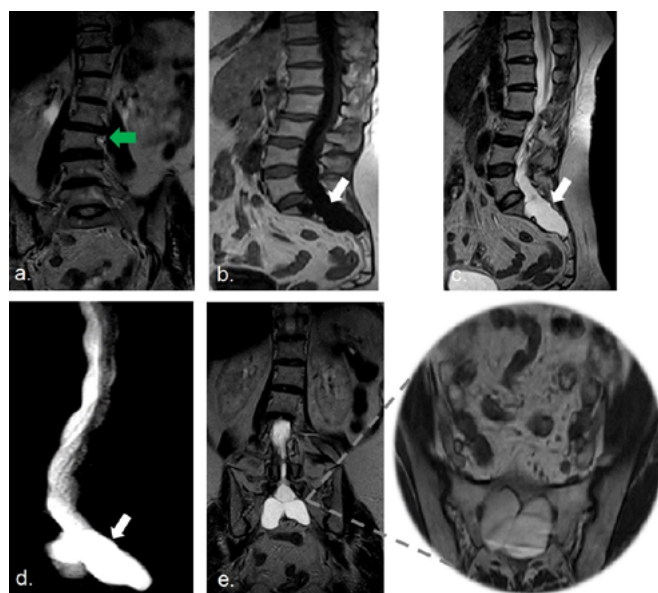
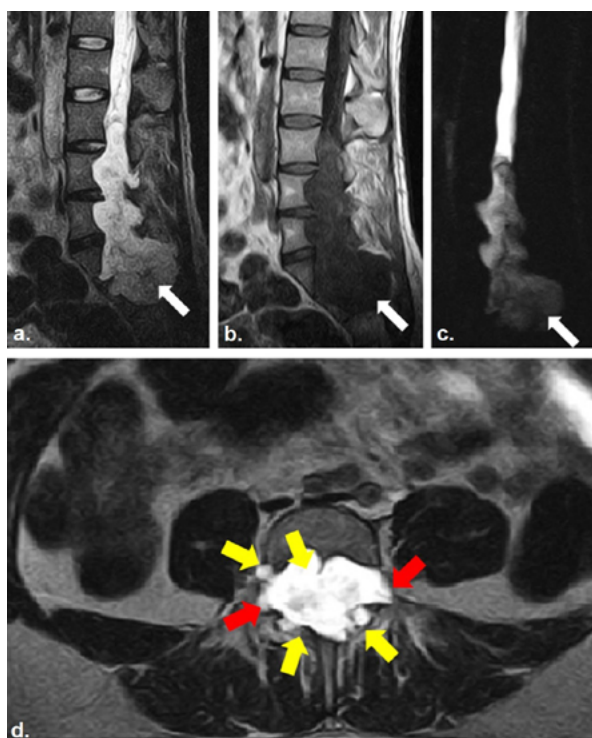


Figura 1

Figura 2

madre anormal la cual produce su dilatación. Dicho fenómeno de presión sobre el saco dural, contribuye a la erosión gradual de los cuerpos vertebrales y el adelgazamiento de los pedículos y las láminas, con el posterior aumento de los agujeros de conjunción. En ocasiones, la duramadre protruye a través de estos agujeros lo que produce la fuga de líquido cefalorraquídeo, lo que da a la formación de quistes aracnoideos y meningoceles^(2,13,14).

En radiografía, se aprecia ensanchamiento de la distancia interpeduncular en la proyección anteroposterior y scalloping posterior de los cuerpos vertebrales en proyección lateral^(2,15).

La tomografía computarizada, se observa remodelación de la pared posterior de los cuerpos vertebrales, dilatación del saco tecal con la remodelación posterior de los cuerpos vertebrales; el ensanchamiento es más significativo por lo general a nivel del sacro, criterio mayor de ectasia dural⁽²⁾.

El estudio por IRM, se considera el estudio ideal para el diagnóstico de ED^(2,13,14), en el cual se puede constatar: **(a)** Expansión del canal espinal, ectasia del saco dural a diferentes niveles de la columna, con formación de divertículos aracnoideos con la misma intensidad de señal a la del LCR (líquido cefalorraquídeo) y comunicados con el saco dural; **(b)** Acúmulo de las raíces nerviosas dentro de los divertículos con adhesión y convergencia de la cauda equina dentro del saco aracnoideo, causando una imagen de saco dural vacío, más apreciable en imágenes potenciadas en T2; **(c)** Scalloping de los elementos posteriores vertebrales (pedículos, laminas y apófisis espinosas) lo que es característico de un proceso de larga evolución y **(d)** erosiones posteriores de los cuerpos vertebrales (infrecuente).

Ahn *et al.* describieron en IRM que la ED está presente si existe un criterio mayor o dos menores. **Criterios mayores:** **(a)** Ancho del saco dural por debajo de S1 mayor que en L4 o sobre L4; **(b)** Presencia de un meningocele sacro anterior. **Criterios menores:**

(a) Scalloping en aspecto posterior del cuerpo vertebral S1 > 3,5 mm; **(b)** Diámetro de la vaina de la raíz nerviosa > 6,5 mm a nivel de L5⁽²⁾.

Oosterhof, *et al.*, también describe criterios cuantitativos para ectasia dural en IRM, en quien se calcula la relación del diámetro del saco dural dividido por el ancho de los cuerpos vertebrales en el plano sagital medio en los niveles L1 a S1 o DSR (dural sac ratio), tienen que ser mayores que 0.64 en L1, 0.55 en L2, 0.47 en L3, 0.48 en L4, 0.48 en L5 y 0.57 en S1 en pacientes adultos⁽²⁾. En niños no hay criterios establecidos⁽²⁾.

En la actualidad se propone el sistema de clasificación de Fattori⁽¹⁴⁾ que determina el grado severidad de ED^(Tabla).

Como diagnósticos diferenciales se incluyen: los quistes aracnoideos congénitos, tumores intrarraquídeos, herniación idiopática del cordón, avulsión de raíz nerviosa (trauma), mielopatía crónica, quistes de Tarlov^(11,14).

Discussion

The mechanism by which dural ectasia occurs is still unknown^(11,12). However, the most accepted theory is due to a continuous and pulsatile increase in cerebrospinal fluid over the abnormal dura mater which produces its dilation. This phenomenon of pressure on dural sac contributes to gradual erosion of the vertebral bodies and thinning of the pedicles and laminae, with the subsequent increase in intervertebral foramen. Sometimes the dura protrudes through these foramina, causing cerebrospinal fluid to leak, leading to the formation of arachnoid cysts and meningoceles.

X-Ray, see widening of interpeduncular distance in anteroposterior projection and posterior scalloping of the vertebral bodies in lateral projection^(2,15).



OPOSICIONES

Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com



Computed tomography see remodeling of posterior wall of the vertebral bodies, dilation of thecal sac with subsequent remodeling of vertebral bodies; the widening is more significant, usually at level of the sacrum, a major criterion for dural ectasia⁽²⁾.

MRI is considered the ideal study for its diagnosis of DE^(2,13,14), in which it can be verified: **(a)** Expansion of the spinal canal, ectasia of the dural sac at different levels of the spine, with formation of arachnoid diverticula with same signal intensity as that of the CSF and communicated with dural sac; **(b)** Accumulation of nerve roots within diverticula with adhesion and convergence of equine tail within the arachnoid sac, causing an image of an empty dural sac, more noticeable in T2-weighted images; **(c)** Festoon of the posterior vertebral elements (pedicles, laminae and spinous processes) which is characteristic of a long evolution process and **(d)** posterior erosions of the vertebral bodies (infrequent).

Ahn et al. described in MRI that DE, is present if there is one major or two minor criteria. **Major criteria:** **(a)** Width of the dural sac below S1 greater than at L4 or above L4; **(b)** Presence of an anterior sacral meningocele. **Minor criteria:** **(a)** Scalloping in posterior aspect of the vertebral body S1 > 3.5 mm; **(b)** Nerve root sheath diameter > 6.5 mm at the level of L5⁽²⁾.

Differential diagnoses include: congenital arachnoid cysts, intra-spinal tumors, idiopathic cord herniation, nerve root avulsion (trauma), chronic myelopathy, Tarlov cysts^(11,14).

Conclusión

La ED es una entidad infrecuente y multifactorial, su diagnóstico depende de los hallazgos por imagen, en especial los estudios por resonancia magnética permiten caracterizar y clasificar esta anomalía, para así orientar un adecuado abordaje terapéutico en estos pacientes.

Conclusion

DE is a rare and multifactorial entity, its diagnosis depends on the imaging findings, especially MRI studies allow characterizing and classifying this anomaly, in order to guide an adequate therapeutic approach in these patients.

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.

Conflicto de Intereses

No existen.

Fuentes de Financiación

Ninguna.

Publicación

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

BIBLIOGRAFÍA

1. Ahn NU, Sponseller PD, Ahn UM, Nallamshetty L, Rose PS, Buchowski JM, et al. *Dural ectasia in the Marfan syndrome: MR and CT findings and criteria*. Genet Med. 2000; 2(3):173-9. DOI: 10.1097/00125817-200005000-00003.
2. Pichott A, Guzmán G, Aguirre D, Bernstein T, Fariña Guillermo, Espinoza A. *Ectasia dural e hipotensión endocraneal en síndrome de Marfán*. Rev Chil Pediatr. 2020; 91(4):591-596. DOI: 10.32641/rchped.v91i4.1233.
3. Boker T, Vanem TT, Pripp AH, Hendriksen SR, Paus B, Jorgen H, et al. *Dural ectasia in Marfan syndrome and other hereditary connective tissue disorders: a 10-year follow-up study*. Clinical Study. The Spine Journal. 2019:1412-1421.
4. Jain VV, Anadio JM, Chan G, Sturm PF, Crawford AH. *Dural ectasia in a child with Larsen syndrome*. J Pediatr Orthop. 2014; 34:44-49.
5. Huang ZX, Deng WM, Guo X, Lin CL, Li TW. *Lumbar bone erosion with anterior dural ectasia in ankylosing spondylitis: a case report*. J Int Med Res. 2019;47(3):1395-1400. DOI:10.1177/0300060519827701.

6. Hoon O, Gyun S, Hun J, Hwi D, Hoon K, Won K, et al. *A Case of Dural Ectasia with Low Back Pain and Sciatica Treated with Integrative Korean Medical Treatment*. J Acupunct Res 2019; 36(3):182-185. DOI: 10.13045/jar.2019.00164.

7. Maksymowych WP. *Imaging in Axial Spondyloarthritis: Evaluation of Inflammatory and Structural Changes*. Rheum Dis Clin North Am, 2016, 42(4): 645-662.

8. Plais N, Connolly PH, Lafage R, Jacobs D, Lafage V, Schwab F. *Dystrophic Lumbar Kyphoscoliosis Associated with Giant Dural Ectasia in a 19-Year-Old Patient with Neurofibromatosis Type 1*. Case Report. SN Compr. Clin. Med. 21 .2020. DOI: 10.1007/s42399-020-00458-y.

9. Nallamshetty L, Ahn NU, Ahn UM, Nallamshetty HS, Rose PS, Buchowski J et al. *Dural ectasia and back pain: Review of the literature and case report*. J Spinal Disord Tech 2002; 15; 326-329.

10. Bachhav VD, Dua SG, Jhaveri MD. *Dural Ectasia and Cauda Equina Syndrome: A Rare Complication of Long-standing Fusion*. Asian J Neurosurg. 2018;13(2):465-467. DOI: 10.4103/ajns.AJNS_113_16.

11. De La Hoz M, Corbella C, Pasetto S, Caiazzo F, Dolz JL, Elías A. *Ectasia Dural con divertículos aracnoideales como causa de Síndrome de Cauda Equina en pacientes con Espondilitis Anquilosante [poster]*.2012. DOI: 10.1594/seram2012/S-0647.

12. Sheikhzadeh S, Sondermann C, Rybczynski M, Habermann CR, Brockstaedt L, Keyser B, et al. *Com-*

prehensive analysis of dural ectasia in 150 patients with a causative FBN1 mutation. Clin Genet 2014; 86: 238–45.

13. Ahn NU, Nallamshetty L, Ahn UM, et al. *Dural ectasia and conventional radiography in the Marfan lumbosacral spine*. Skeletal Radiol. 2001; 30:338-45.

14. Fattori R, Nienaber CA, Descovich B, et al. *Importance of dural ectasia in phenotypic assessment of Marfan's syndrome*. Lancet. 1999; 354:910–3.

15. A. Mesfin, Ahn NU, Carrino JA, Sponseller PD. *The Spine Journal*. 2013: 62–67. DOI: 10.1016/j.spinee.2012.10.021.

Leyendas de imágenes

Figura 1: IRM de columna lumbosacra. (a) Sagital T2, (b) Sagital T1, (c) Mielografía: saco dural ectásico (flechas blancas); (d) axial T2: Divertículos aracnoideos con scalloping anterior de las láminas y de las apófisis espinosas (flechas amarillas) además, desplazamiento posterior de las raíces de la cauda (flechas rojas).

Figura 2: IRM de columna lumbosacra. (a) Coronal T1, escoliosis dextro-convexa (flecha verde); (b) Sagital T1, (c) Sagital T2 (d) Mielografía: saco dural ectásico (flechas blancas); (e) Coronal y aproximación en axial T2: Divertículos aracnoideos con scalloping y desplazamiento de la cauda.

Tabla: Clasificación de ectasia dural según Fattori.

Grado	Ectasia dural	Características
0	Normal	Saco dural rectilíneo y regular.
1	Leve	<ul style="list-style-type: none"> Abombamiento del saco dural Ausencia de grasa epidural a nivel de la pared posterior de un cuerpo vertebral. Presencia de pequeños quistes radiculares, o ambas características.
2	Moderada	<ul style="list-style-type: none"> Abombamiento del saco dural. Ausencia de grasa epidural a nivel de la pared posterior de dos o más cuerpos vertebrales. Presencia de quiste radicular grande.
3	Severa	Presencia de meningocele anterior sacro.

Tabla: sistema de clasificación de Fattori⁽¹⁴⁾ que determina el grado severidad de ED.

Depresión posparto: Importancia de la actuación de la matrona. A propósito de un caso

Domínguez-Mejías, M.

"Depresión posparto. Importancia de la actuación de la matrona. A propósito de un caso."
SANUM 2021, 5(4) 38-46

AUTORA

María Domínguez Mejías

Enfermera Especialista en
Obstetricia y Ginecología. Centro
de trabajo: Área de Parto.
Hospital de Cruces

Correspondencia:

 mariamatronamalaga@gmail.com

Tipo de artículo:

Caso clínico

Sección:

Obstetricia y ginecología

F. recepción: 24/06/2021

F. aceptación: 09/09/2021

Resumen

El posparto es el periodo de tiempo que abarca las primeras seis u ocho semanas después del parto. Se trata de un periodo de gran vulnerabilidad biopsicosocial para la mujer debido a todos los cambios que conlleva. La depresión posparto es un trastorno que conlleva importantes consecuencias de por vida para las mujeres y sus hijos. Es una de las enfermedades maternas más comunes que puede aparecer semanas después del parto o durante los primeros 12 meses posparto. Se caracteriza por la presencia de un estado mantenido de tristeza, pérdida de interés por las cosas, ganas de llorar, disminución de la energía, alteraciones del apetito y el sueño, sentimientos de culpa por no ser una buena madre. Actualmente se estima que su prevalencia es de aproximadamente del 10 al 20%.

Palabras clave:

Depresión posparto;
Puerperio;
Matrona.

Postpartum depression. Importance of the performance of the midwife. About a case

Abstract

Postpartum is the period of time that covers the first six to eight weeks after delivery. This is a period of great biopsychosocial vulnerability for women due to all the changes that it entails. Postpartum depression is a disorder with significant lifelong consequences for women and their children. It is one of the most common maternal illnesses that can appear weeks after delivery or during the first 12 months postpartum. It is characterized by the presence of a sustained state of sadness, loss of interest in things, the urge to cry, decreased energy, altered appetite and sleep, feelings of guilt for not being a good mother. Currently it is estimated that its prevalence is approximately 10 to 20%.

Keywords:

*Depression, Postpartum;
Puerperium;
Midwifery.*

Test-posiciones.net

Introducción

El nacimiento de un hijo/a representa un cambio importante en varios aspectos de la vida de la mujer. Supone un reto que puede generar diferentes estados emocionales, sentimientos y percepciones. El posparto es el periodo de tiempo que abarca las primeras seis u ocho semanas después del parto convirtiéndose en un tiempo de adaptación a la nueva situación en que se encuentra la mujer. Se trata de un periodo de gran vulnerabilidad biopsicosocial para la mujer debido a todos los cambios que conlleva. Las emociones que experimenta la mujer se ven potenciadas por la inseguridad en el cuidado del bebé, las molestias posparto, el exceso de visitas y la discrepancia entre la información que la mujer recibe de profesionales y personas cercanas¹.

La depresión posparto (DPP) es un trastorno que conlleva importantes consecuencias de por vida para las mujeres y sus hijos. Además del sufrimiento y el deterioro asociados con la depresión posparto, existen riesgos a largo plazo asociados con la enfermedad².

Es una de las enfermedades maternas más comunes que puede aparecer semanas después del parto o durante los primeros 12 meses posparto³.

La DPP ha sido descrita hace siglos, pero ha tenido poco interés por la comunidad científica hasta hace unas décadas. Actualmente, está descrita como un episodio depresión mayor de inicio en el periparto³.

Se caracteriza por la presencia de un estado mantenido de tristeza, pérdida de interés por las cosas, ganas de llorar, disminución de la energía, alteraciones del apetito y el sueño, sentimientos de culpa por no ser una buena madre. Este estado se acompaña de ansiedad, con afectación de las funciones maternas de autocuidado, lactancia, vinculación y crianza.

Actualmente se estima que la prevalencia de DPP es de aproximadamente del 10 al 20%⁴.

Su inicio es variable, siendo el periodo de mayor riesgo las primeras semanas, continuando hasta los tres primeros meses después de dar a luz. Un 25% de las mujeres ya inician el episodio depresivo en el tercer trimestre del embarazo, mientras que un 20% desarrolla la sintomatología pasada la sexta semana del parto³.

Diferentes estudios indican que el desarrollo del bebé puede verse afectado por la enfermedad psíquica de la madre, pudiendo provocar mayor incidencia de llanto o cólicos infantiles excesivos, problemas de sueño y dificultades de temperamento^{5,6}.

A pesar de la prevalencia y de la importancia de la depresión posparto en muchos casos no es diagnosticada ni por lo tanto tratada⁶.

Hay numerosos factores que pueden influir en la aparición de DPP:

Estrés psicosocial en los últimos 6 meses. ansiedad prenatal, disforia premenstrual previa, acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo o el posparto, apoyo social deficiente, conflicto conyugal, rasgos de personalidad extremos como una elevada inestabilidad emocional y tendencia a la preocupación, a la baja autoestima o excesivo perfeccionismo, ingresos bajos, condición de inmigrante, edad materna joven, embarazo no deseado, antecedentes de adicciones, escasos recursos sociales.^{3,4,5,7}

También se han identificado como factores de riesgo las complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto o después del mismo, principalmente en aquellos de alto riesgo, así como la satisfacción y experiencias del parto⁷.

Un estudio reciente identificó la depresión previa, la depresión y ansiedad actuales y el escaso apoyo de la pareja como factores de riesgo clave⁵.

Se encontró que las mujeres que experimentaron múltiples eventos adversos en la vida, incluido el abuso sexual infantil o el abuso sexual en la edad adulta, tenían un mayor riesgo de depresión posparto y tenían tres veces más probabilidades de tener depresión posparto en comparación con aquellas que no experimentaron ningún evento adverso en la vida^{4,7,8}.

Actualmente, el factor que ha demostrado mayor riesgo de desarrollar DPP es la historia de enfermedad previa: depresión prenatal, depresión en pospartos previos, trastorno depresivo mayor previo al embarazo, historia familiar de enfermedad previa (en especial madre o hermana)³.

Presentación del caso

Durante el desarrollo de este caso clínico se mantendrá el anonimato de la paciente mediante la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, con el fin de no vulnerar sus derechos y proteger su confidencialidad⁹.

A continuación, se expone un caso clínico recogido de manera presencial, por la matrona del centro de salud.

Sra. T.P.R, 32 años. Madre de un hijo que nació hace 7 semanas. Acude a la consulta de la matrona con su pareja y su hijo Daniel.

Su pareja nos comenta que han pedido la cita con la matrona porque ha estado con ellos en todo el proceso del embarazo y considera que es el profesional que les puede ayudar. Él nos comenta que su esposa está más desanimada y no tiene ganas de nada, "cuida a nuestro hijo sin ilusión, triste y a veces dice que no se siente capacitada para quedarse a solas con él." Ella refiere que se está dando cuenta de que ha cambiado, "no soy la misma que antes" "yo era alegre y habladora y ahora no tengo ganas de nada".

La matrona le hace una serie de preguntas para saber cómo se encuentra ella y cómo se ha adaptado a su nuevo rol de madre. Ella refiere "quiero a mi hijo, pero me siento sin fuerzas para cuidarlo y a veces no se ni como vestirlo" "soy una mala madre porque no se cuidarlo, ni consolarlo cuando llora".

Valoración de la paciente

Para realizar un adecuado plan de cuidados, se desarrolla en primer lugar una valoración completa a partir de la recogida de datos. Esta se lleva a cabo mediante los datos obtenidos durante la consulta y los datos obtenidos en las anteriores consultas durante el seguimiento del embarazo con la matrona.

Antecedentes Obstétricos: G2A1P1; Fórceps en 2021 (varón, 3500 gr).

Mediciones analíticas: valores dentro de los rangos de normalidad.

Signos vitales: tensión arterial: 110/65 mmHg; frecuencia cardíaca (FC): 75 latidos por minuto; temperatura: 36,3 °C.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. No toma ninguna medicación.

Antecedentes familiares: su padre falleció por cáncer de pulmón hace 1 año.

Datos de interés: Ella misma comenta que se siente cansada y sin ánimo. "Cuando llora mi hijo me siento bloqueada no sé qué hacer", "me da miedo quedarme a solas con él".

Pruebas complementarias: en la consulta, la matrona le pasa el cuestionario *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). La versión validada en español por García-Esteve en 2003: obteniendo una puntuación de 12 puntos.

Este cuestionario se realiza para ayudar al profesional a saber manejar con mejor criterio esta alteración psicológica que padece la madre. En el caso de salir una puntuación mayor o igual a 10 muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. En nuestro caso, ha salido una puntuación de 12 puntos, por lo tanto, se requiere la evaluación de un especialista en salud mental¹⁰.

Valoración de enfermería

Tras la recogida de datos se realiza la valoración enfermera mediante el modelo conceptual de Virginia Henderson. (Tabla I)

Plan de cuidados

A partir de la valoración se ha elaborado un Plan de Cuidados con el respectivo seguimiento/evaluación de su ejecución. Todo ello ha sido diseñado siguiendo la taxonomía estandarizada enfermera (NANDA, 11 NOC, 12 NIC13) (Tabla II)



OPOSICIONES
Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com    

Depresión posparto. Importancia de la actuación de la matrona. A propósito de un caso

Tabla I. Valoración de enfermería según modelo conceptual de Virginia Henderson.

1º. Respirar normalmente. Manifestaciones (m) de independencia y m. dependencia: no se observan.
2º. Comer y beber adecuadamente. M. de independencia: realiza dieta equilibrada pero actualmente se encuentra sin mucho apetito; m. dependencia: no se observan.
3º. Eliminar por todas las vías corporales. M. de independencia y m. dependencia: no se observan.
4º. Moverse y mantener posturas adecuadas. M. de independencia: refiere no realizar ningún ejercicio físico; m. dependencia: no se observan.
5º. Dormir y descansar. M. de independencia: M. de independencia: últimamente le cuesta más conciliar el sueño; m. dependencia: no se observan.
6º. Escoger la ropa adecuada. Vestirse y desvestirse. M. de independencia: viste adecuadamente; m. dependencia: no se observan.
7º. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente. M. de independencia: temperatura corporal adecuada; m. dependencia: no se observan.
8º. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. M. de independencia: adecuada hidratación de piel y mucosas; m. dependencia: no se observan. Datos a considerar: refiere a ver descuidado su imagen porque no se encuentra con energías para arreglarse.
9º. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas. M. de independencia: no se observan; m. dependencia: no se observan.
10º. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. M. de independencia: refiere no haber expresado cómo se siente a nadie, solo a su pareja, ya que le da vergüenza.
11º. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias. M. de independencia: no se observan; m. dependencia: no se observan.
12º. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal. M. de independencia: actualmente está de baja por maternidad; m. dependencia: no se observan.
13º. Participar en actividades recreativas. M. independencia: no se observan; m. dependencia: refiere no haber visto a sus amigas desde hace tiempo, mantiene conversaciones telefónicas cortas con alguna amiga ya que le insiste en hablar con ella
14º. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles. M. de independencia: refiere que se ha dado cuenta que necesita ayuda para poder ser la que era antes y manejar esta situación.



OPOSICIONES

Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com



Tabla II. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)¹¹, NOC (Nursing Outcomes Classification)¹², NIC (Nursing Interventions Classification)¹³ y actividades realizadas.

<p>NANDA: [00056] Deterioro parental</p> <p>Definición: Incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.</p> <p>Manifestado por: Disminución de la habilidad para manejar al niño</p> <p>Relacionado con: Depresión</p>			
<p>NOC [1409] Autocontrol de la depresión</p>	<p>Indicadores</p>	<p>Puntuación inicial/final</p>	<p>NIC [4470] Ayuda en la modificación de sí mismo</p>
	<p>[140905] Ausencia de manifestaciones de una conducta depresiva</p>	<p>2/4</p>	<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar las razones del paciente para desear cambiar. • Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado. • Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.
	<p>[140915] Refiere cambios en los síntomas</p>	<p>2/4</p>	
	<p>[140918] Mantiene el aseo y la higiene personal</p>	<p>3/5</p>	
<p>[140926] Participa en actividades placenteras</p>	<p>2/4</p>		
<p>NANDA [00125] Impotencia</p> <p>Definición: Experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado.</p> <p>Manifestado por: depresión</p> <p>Relacionado con: Rol de cuidador</p>			
<p>NOC: [1501] Desempeño del rol</p>	<p>Indicadores</p>	<p>Puntuación inicial/final</p>	<p>NIC: [5240] Asesoramiento</p>
	<p>[150115] Desempeño de las conductas del rol parental</p>	<p>2/5</p>	<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer metas. • Favorecer la expresión de sentimientos. • Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad. • Reforzar nuevas habilidades. • Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables. • Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos.

Aplicada Escala Tipo Likert:

- 1: Nunca demostrado.
- 2: Raramente demostrado.
- 3: A veces demostrado.
- 4: Frecuentemente demostrado.
- 5: Siempre demostrado.

Resultados

Se habla con la paciente y se toma la decisión de hablar con su médico de familia para que este la derive a los profesionales de salud mental. Mientras y durante este proceso, la matrona se encargará de realizarle un seguimiento. Para ello se ejecutará el plan de cuidados. Se pautan unos objetivos, al igual que una serie de habilidades para que las vaya ejecutando. Cada semana realizaremos una visita presencial, para ir viendo los avances, hasta que se puedan hacer vía telefónica y cada 2 semanas, la fecha fin de seguimiento dependerá del tiempo que tarde en adquirir habilidades y destreza para desenvolverse en esta nueva etapa de su vida y tener un estado de ánimo normalizado.

Discusión

Dentro de los profesionales más adecuados para tratar la DPP, encontramos a las matronas.^{14,15} Estos profesionales están durante todo el proceso del embarazo, parto y puerperio, realizando un vínculo afectivo con la mujer y de esta manera puede llegar a detectar una alteración psicológica. Pudiendo, por lo tanto, alertar, asesorar y aconsejar a la mujer que pueda estar desarrollando o padeciendo una DPP.

Aparte de los signos y síntomas que manifiesta una mujer al tener un estado depresivo, también nos encontramos ante algunas manifestaciones que puede tener la mujer en el periodo puerperal relacionados con el recién nacido: 3.

La matrona, está familiarizada con esta sintomatología por lo que consideramos que es un colectivo idóneo para prevenir y tratar una DPP.

Para ello se recomienda realizar grupos pospartos en Atención Primaria que ofrecen apoyo psicoló-

gico durante el puerperio y refuercen la adquisición de los conocimientos y habilidades que ya se han trabajado en los grupos de preparación al nacimiento durante el embarazo.

Ante una DPP que requiera tratamiento o una evaluación más exhaustiva, como es este caso, la matrona puede derivar el caso al médico ya sea de atención primaria o especialista en ginecología/obstetricia.

Discussion

Among the most appropriate professionals to treat PPD, we find midwives.^{14,15} These professionals are throughout the process of pregnancy, childbirth and the puerperium, making an affective bond with the woman and in this way they can detect an alteration psychological. Being able, therefore, to alert, advise and advise women who may be developing or suffering from PPD.

Apart from the signs and symptoms that a woman manifests when having a depressive state, we are also faced with some manifestations that a woman may have in the puerperal period related to the newborn: 3

The midwife is familiar with this symptomatology, so we consider that it is an ideal group to prevent and treat PPD.

For this, it is recommended to carry out postpartum groups in Primary Care that offer psychological support during the puerperium and reinforce the acquisition of knowledge and skills that have already been worked on in the preparation groups for birth during pregnancy.

Faced with a PPD that requires treatment or a more thorough evaluation, as in this case, the midwife may refer the case to either a primary care physician or a specialist in OB / GYN.



OPOSICIONES

Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com





Depresión posparto¹⁶

Conclusión

La DPP sigue siendo actualmente un problema frecuente en el periodo puerperal de la mujer. Los profesionales sanitarios, tratan este periodo con las vulnerables emocionales que conlleva el adaptarse al nuevo rol y el inicio de la crianza. Dando por normal, algunos comportamientos en los cuales habría que indagar más. De esta manera, seguimos sin tratar un número considerable de DPP.

Es necesario realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento específico, el no realizarlo puede tener consecuencias tanto para la madre como para el hijo. Siendo la matrona, uno de los profesionales que mejor puede abordar este trastorno, ya que desde el embarazo son atendidas por este colectivo. Posteriormente, la enfermera en las plantas de púerperas y en posteriores visitas en atención primaria puede realizar una valoración para detec-

tar una posible depresión puerperal. Por lo tanto, es necesario ser conscientes desde el ámbito enfermera de la importancia que tiene manejar esta sintomatología y evitar que cada año, un número considerable de mujeres sufran esta patología y no se les ayude.

Conclusion

PPD continues to be a frequent problem in the puerperal period of women today. Health professionals treat this period with the emotionally vulnerable that adapting to the new role and the beginning of parenting entails. Assuming normal, some behaviors in which it would be necessary to investigate more. In this way, a considerable number of PPDs remain untreated.

It is necessary to carry out an early diagnosis and a specific treatment, failure to do so can have consequences for both the mother and the child. Being the midwife, one of the professionals who can best address this disorder, since from pregnancy they are cared for by this group. Subsequently, the nurse in the puerperal floors and in subsequent visits in primary care can carry out an evaluation to detect possible puerperal depression. Therefore, it is necessary to be aware from the nursing field of the importance of managing this symptomatology and avoid that each year, a considerable number of women suffer from this pathology and are not helped.

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.

OPOSICIONES
Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com

Facebook, Twitter, Instagram icons and QR code.

Fuentes de Financiación

Ninguna.

Conflicto de Intereses

No existen.

Publicación

El presente artículo no ha sido presentado como comunicación oral-escrita en ningún congreso. Autorización previa para la presentación de los datos de la gestante publicados en el caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión posparto | Marmi Camps | MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad [Internet]. [cited 2021 June 17]. Available from: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num1.4/20368> <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6427664>
2. Guille C, Newman R, Fryml LD, Lifton CK, Epperson CN. *Management of postpartum depression* [Internet]. Vol. 58, Journal of Midwifery and Women's Health. John Wiley and Sons Inc.; 2013 [cited 2021 June 17]. p. 643–53. Available from: [/pmc/articles/PMC4101986/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24101986/)
3. ¿Qué es la Depresión Posparto? | Hospital Clínic Barcelona [Internet]. [cited 2021 June 17]. Available from: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresion-posparto/definicion>
4. Payne JL, Maguire J. *Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression* [Internet]. Vol. 52, Frontiers in Neuroendocrinology. Academic Press Inc.; 2019 [cited 2021 June 17]. p. 165–80. Available from: [/pmc/articles/PMC6370514/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3370514/)
5. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. *Postpartum depression* [Internet]. Vol. 200, American Journal of Obstetrics and Gynecology. NIH Public Access; 2009 [cited 2021 June 17]. p. 357–64. Available from: [/pmc/articles/PMC3918890/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18890/)
6. Moreno M, García B, Rodríguez AM, Rodríguez Villar AM; *Depresión posparto. Trances: Transmisión del conocimiento educativo y de la salud*, ISSN-e 1989-6247, Vol 7, No 3 (MAY-JUN), 2015, págs 499-508 [Internet]. 2015 [cited 2021 June 17];7(3):24–8. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6427664&info=resumen&idioma=ENG>
7. González RA, Tello VL, Salán MM, Fernández PF, Hernández V del CA del R, Díaz MNF. *Actualización en depresión posparto* [Internet]. Vol. 1, TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD. 2017 Dec [cited 2021 June 18]. Available from: <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/50>
8. Guintivano J, Sullivan PF, Stuebe AM, Penders T, Thorp J, Rubinow DR, et al. *Adverse life events, psychiatric history, and biological predictors of postpartum depression in an ethnically diverse sample of postpartum women*. Psychological Medicine [Internet]. 2018 May 1 [cited 2021 June 18];48(7):1190–200. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28950923/>
9. BOE.es - BOE-A-2018-16673 *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. [Internet]. [cited 2021 June 18]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>
10. *Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo - ISAME* [Internet]. [cited 2021 June 19]. Available from: <https://soysame.com/escala-depresion-post-parto-edinburgo/>
11. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. 11ª ed. Madrid: Elsevier; 2018-2020.
12. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2018
13. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Wagner CM, editores. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.
14. Alderdice F, McNeill J, Lynn F. *A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being*. Midwifery. 2013 Apr 1;29(4):389–99.
15. Dennis CL, Dowswell T. *Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression* [Internet]. Vol. 2013, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2013 [cited 2021 June 19]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23450532/>
16. *Inicio - Canva* [Internet]. [cited 2021 June 20]. Available from: <https://www.canva.com/>

¡Una plaza te espera!

O P O S I C I O N E S

2021

Te ofrecemos el mejor material para superar con éxito las pruebas selectivas:

Cuerpos y Fuerzas de Seguridad Servicios de Salud

Comunidades Autónomas Administración del Estado

Corporaciones Locales Temarios Generales

erodiodio

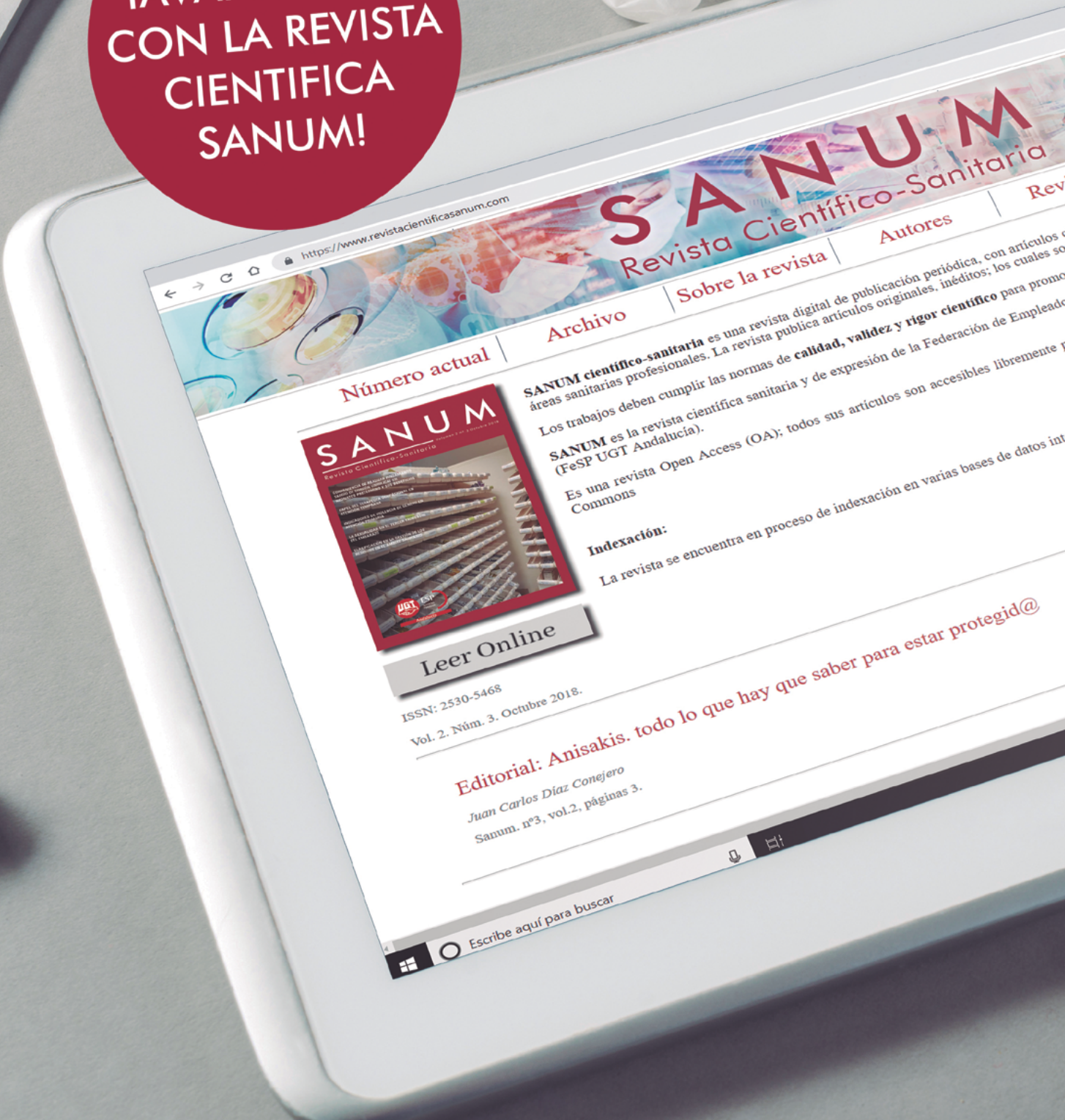
**#EL
MOMENTO
ES AHORA**

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com



¡AVANZANDO
CON LA REVISTA
CIENTIFICA
SANUM!





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](http://www.tificasanum.com)

Caso clínico: plan de cuidados enfermero para el paciente con demencia frontotemporal y su cuidador principal

González-Sánchez, A. Ocaña-García, C.E. Pedraza-Delis M.R.

“Caso clínico: plan de cuidados enfermero para el paciente con demencia frontotemporal y su cuidador principal”. SANUM 2021, 5(4) 50-57

AUTORAS

Adoración González Sánchez

Enfermera. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Clara Esperanza Ocaña García

Enfermera. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

María del Rocío Pedraza Delis

Enfermera. Hospital Público Comarcal de la Merced. Sevilla.

Autora de correspondencia:

Adoración González Sánchez

 dory_gs89@hotmail.com

Tipo de artículo:

Caso Clínico

Sección:

Enfermería. Neurología

F. recepción: 20-07-2021

F. aceptación: 13-09-2021

Resumen

La demencia frontotemporal (DFT) es una forma rara y permanente de demencia similar al Alzheimer, excepto que tiende a afectar únicamente ciertas áreas del cerebro.

Produce un deterioro progresivo e irreversible del conjunto de las funciones cognitivas y trae asociada una serie de trastornos de conducta, cambios en la personalidad y afectación del lenguaje. Según la Ley de Dependencia produce una dependencia de grado III, por lo que necesita de un cuidador principal.

En este caso clínico se presenta a J.R.R (diagnosticada de DFT) y a su cuidador principal, su hijo, R.S.R; se lleva a cabo un plan de cuidados de enfermería para ambos, teniendo en cuenta las necesidades básicas que propone Virginia Henderson y la puesta en práctica de las taxonomías de diagnósticos (NANDA), de resultados (NOC) y de intervenciones (NIC).

Palabras clave:

Demencia frontotemporal;

Cuidadores;

Atención de enfermería;

Clinical case: nursing care plan for the patient with temporary front dementia and their primary caregiver

Abstract

The lumbar puncture (LP) technique consists of the introduction of a needle into the subarachnoid space of the spinal column, at the level of the lumbar region, normally in spaces L3-L4, L4-L5. The performance may be indicated for diagnostic or therapeutic purposes.

It is carried out in a hospital setting, with an auxiliary nursing care technician (TCAE), a nurse and a specialist physician intervening as professionals.

To perform the technique, it is necessary for the patient or legal representative to sign the informed consent after having been informed of the entire procedure.

The nursing staff should be in charge of informing the patient together with the doctor of the purpose, the technique and complications of the LP, labeling and listing the samples obtained, control of vital signs, assessment of the pre and post technique neurological status, pain and sensations. During the procedure, record the procedure in the medical history, notify the doctor of complications in the short, medium or long term.

In this article we will develop the role of nursing in the lumbar puncture technique.

Keywords:

Frontotemporal
Dementia;

Caregivers;

Nursing care;



¡Pon a prueba
tu preparación!

SMS

SCS

SALUD

OSAKIDETZA

SESCAM

IB SALUT

SERIS

SES

SERGAS

SERMAS

SAS

SESPA

SACYL

Introducción

La demencia frontotemporal (DFT) es una enfermedad neurodegenerativa difícil de diagnosticar, poco común y que aparece de forma extraña. Esta enfermedad produce en la persona enferma déficits a nivel funcional, cognitivo y emocional; lo cual hace que dependa de un cuidador principal para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria. La media de supervivencia en pacientes con DFT es de 6 a 11 años desde el inicio de los síntomas y de 3 a 4 años desde el diagnóstico¹.

La demencia frontotemporal presenta tres variantes principales:

Variante frontal:

- **Enfermedad de Pick.** Produce alteración de la conducta y la personalidad. Da lugar a síndrome disejecutivo y déficit de memoria declarativa.
- **Demencia Frontal.** Da lugar a cambios de conducta y de personalidad.

Variante temporal:

- **Afasia progresiva primaria.** Se caracteriza por el deterioro progresivo de la producción del lenguaje. En la variante fluente se ve afectado el procesamiento semántico y en la no fluente predominan errores gramaticales y parafasias fonológicas.
- **Demencia semántica.** Produce deterioro de la memoria semántica. Se producen parafasias semánticas. Existe un lenguaje espontáneo fluente pero sin contenido.

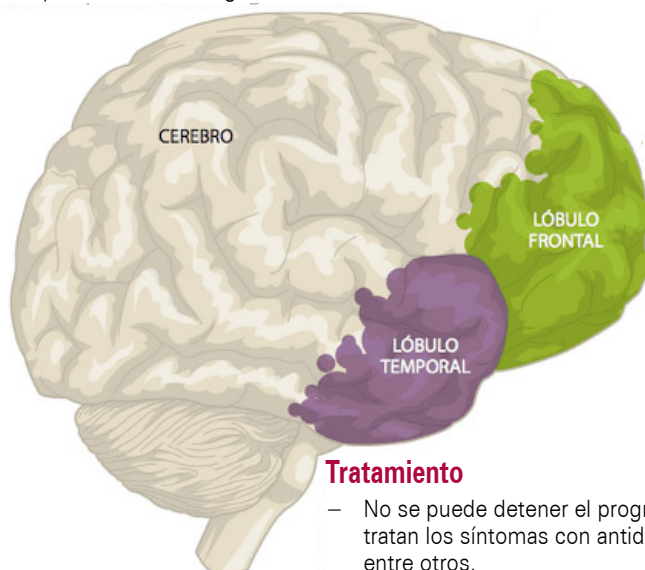
Otras:

- **Degeneración Córtrico-Basal.** Se caracteriza por el síndrome rígido-acinético asimétrico y apraxia ideo-motora asimétrica.
- **Gliosis Subcortical Progresiva.** Produce desorientación, afasia, agnosia y posible clínica psicótico-depresiva.

Aproximadamente el 20-30% de las personas con DFT también desarrollan un trastorno motor, antes o después del inicio de la enfermedad^{2,3}.

Demencia fronto-temporal

- Afecta predominantemente al lenguaje o la conducta dependiendo de la región afectada



Síntomas

- **Daño lóbulo frontal:**
 - Aparecen alteraciones de conducta y cambios de personalidad. También desinhibición, apatía y obsesiones.
- **Daño lóbulo temporal:**
 - Aparecen alteraciones predominantemente en el lenguaje: dificultad para encontrar palabras, frases incorrectas, etc.

Tratamiento

- No se puede detener el progreso de la enfermedad. Se tratan los síntomas con antidepresivos o neurolepticos, entre otros.
- Terapia del lenguaje, logopedia y técnicas de modificación conductual.

Afectación demencia fronto-temporal

Presentación del caso

La paciente J.R.R tiene 59 años. Vive con su hijo R.S.R el cual tiene 39 años. Todo empezó en el año 2017 cuando su hijo empezó a notar comportamientos extraños en ella: olvidos (olvidaba hacer de comer, apagar la calefacción y la vitrocerámica, no recordaba fechas importantes...), pasó de los olvidos a episodios de agresividad tanto con familiares como con personas ajenas, dejó de hacer las tareas del hogar, fue perdiendo la higiene personal evitando también que lo hicieran por ella, hablaba sola, estaba la mayor parte del tiempo andando por casa y no descansaba y pasaba de la risa al llanto sin motivos. Tras un tiempo con estos comportamientos su hijo la llevó al centro de salud, se diagnosticó de depresión y de allí fue derivada a Salud Mental.

Su hijo, al ver que la paciente no presentaba respuesta al tratamiento antidepressivo, insistió y a final del año 2017 le diagnosticaron demencia frontotemporal 4 y en 2019 le fue reconocida la dependencia de grado III, según la Ley de Dependencia.⁵

Su hijo y cuidador principal pasó por diferentes etapas tras el diagnóstico pues aparte de cuidar de su madre tenía que trabajar y ocuparse de las tareas del hogar, refería sentirse desbordado en ocasiones debido al estrés.

Valoración del caso

Recogida de datos y validación

J.R.R padece deterioro cognitivo de tipo frontotemporal con alteraciones conductuales y del lenguaje.

Antecedentes

- Familiares: Su madre murió de Alzheimer y padecía Parkinson.
- Personales: No alergias medicamentosas conocidas (NAMC). Sufrió dos ataques epilépticos.
- TA: 110/60 mmHg. Peso: 64 kg. Talla: 1,62 m. Tª: 36,2 °C.

Tratamiento actual

- Levetiracetam 250 mg. Alprazolam 2 mg. En caso de agitación: 0,5 mg de lorazepam.

Escalas y cuestionarios de enfermería

- **Barthel** (30 puntos): Dependencia severa para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria⁶.
- **Pfeiffer** (10 errores): Deterioro cognitivo grave⁷.
- **MEC** (Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo) (3 puntos): Deterioro cognitivo severo en cuanto a orientación, fijación, concentración, cálculo, memoria y lenguaje⁸.

Valoración inicial de enfermería según necesidades básicas de Virginia Henderson

1. Necesidad de respirar normalmente: Respiración normal sin secreciones, ni expectoración, no sensación de ahogo, sofocos ni disnea.
2. Necesidad de comer y beber adecuadamente: No puede comer sola, desde hace tiempo sólo come comida triturada por tener dificultades para tragar. Test de volumen/viscosidad: Positivo. Disfagia. Solo tolera viscosidad pudding en cantidades medias.
3. Necesidad de eliminar por todas las vías corporales: Incontinencia urinaria y fecal, usa pañales.
4. Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas: actualmente en silla de ruedas.
5. Necesidad de dormir y descansar. No tiene un sueño reparador debido a su nivel de agitación.
6. Necesidad de escoger ropas adecuadas, vestirse y desvestirse. No es capaz de vestirse y desvestirse sola.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites: Necesita ayuda para adecuar la vestimenta a la estación del año.
8. Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: Necesita ayuda para el aseo personal. Mantiene la piel íntegra e hidratada con ayuda.
9. Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas: No presenta hábitos tóxicos. No presenta alergias.
10. Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones: La paciente presenta afasia. No reconoce a sus familiares.

11. Necesidad de vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias. La paciente siempre ha sido creyente pero ahora no lo manifiesta.
12. Necesidad de ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal: La paciente muestra confusión y desorientación.
13. Necesidad de participar en actividades recreativas. Le gusta la música pero solo la escucha si su hijo se la pone, ella no lo pide.
14. Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles: No tiene capacidad para conocer el proceso de su salud debido a su patología.

Resultados

Plan de cuidados de enfermería para la paciente^{11,12,13}

(00102) Déficit de autocuidados: alimentación relacionado con deterioro cognitivo (falta de voluntad) y manifestado por incapacidad para alimentarse

Criterio de resultado (NOC): (1004) Estado nutricional.

Intervención (NIC): (1803) Ayuda con autocuidados: alimentación.

Actividades: Ayuda para la toma de alimentos.

Necesita que le preparen la comida en textura pudding, ella no es capaz de prepararla ni de alimentarse por sí sola. Para la ingesta de líquidos necesita que se le preparen con espesantes pues de no ser así sufre episodios de tos, además su cuidador tiene que estar pendiente de la ingesta diaria para evitar la deshidratación.

(00108) Déficit de autocuidado: baño relacionado con deterioro cognitivo (falta de voluntad) y manifestado por incapacidad para lavar totalmente el cuerpo

Criterio de resultado (NOC): (0301) Autocuidados: baño.

Intervención (NIC): (1801) Ayuda con autocuidado: baño/higiene.

Actividades: La paciente necesita que la bañen y que le hidraten la piel, ella no es capaz por sí sola.

(00110) Déficit de autocuidado: uso del inodoro relacionado con deterioro cognitivo (falta de voluntad) y manifestado por incapacidad para llegar hasta el inodoro

Criterio de resultado (NOC): (0310) Uso del inodoro.

Intervención (NIC): (1804) Ayuda con los autocuidados: aseo.

Actividades: Ayuda para la eliminación. Utiliza pañal por incontinencia fecal y urinaria.

(00109) Déficit de autocuidado: vestido relacionado con deterioro cognitivo (falta de voluntad) y manifestado por incapacidad para mantener buen aspecto

Criterio de resultado (NOC): (0302) Autocuidados: vestir.

Intervención (NIC): (1802) Ayuda con los autocuidados: Vestir/ Arreglo personal.

Actividades: Ayuda para vestirse y acicalarse. Necesita que la ayuden a vestirse y desvestirse, además siempre debe de hacerse en el mismo orden para intentar que las veces posteriores pueda colaborar.

(00096) Deprivación del sueño relacionada con la demencia (falta de voluntad) y manifestada por la agitación

Criterio de resultado (NOC): (1214) Nivel de agitación.

Intervención: (5880) Técnica de relajación.

Actividades:

- Llevar a cabo medidas agradables y rutinarias: baños de agua caliente antes de irse a la cama, tomar un vaso de leche o infusión...
- Controlar o evitar ruidos indeseables
- Ajustar el ambiente para favorecer el sueño (luz tenue, temperatura ambiental adecuada, colchón y cama cómoda).
- Tranquilizar a la paciente: favorecer una respiración lenta y profunda, reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.

- Valorar los efectos que tiene la medicación de la paciente en el esquema del sueño.

(00015) Riesgo de estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente (falta de fuerza física) y debilidad de los músculos abdominales

Criterio de resultado (NOC): (0501) Eliminación intestinal.

Intervención: (0450) Manejo del estreñimiento/impactación.

Actividades:

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Vigilar si existen sonidos intestinales.
- Instruir a la familia en el proceso de hidratación de la paciente y el beneficio de dietas ricas en fibras.

(00085) Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro musculo-esquelético (falta de fuerza psíquica) y manifestado por la limitación de la habilidad para las actividades motoras

Criterio de resultado (NOC): (0201) Ambular: silla de ruedas.

Intervención: (0846) Cambio de posición: silla de ruedas.

Actividades:

- Comprobar la posición del paciente en la silla de ruedas mientras se sienta en el cojín seleccionado y con el calzado adecuado.
- Determinar el tiempo que permanece el paciente sentado en la silla de ruedas, en función de su estado de salud.

(00129) Confusión crónica manifestada por el deterioro cognitivo progresivo (falta de voluntad) y relacionada con la demencia

Criterio de resultado (NOC): (0900) Cognición.

Intervención (NIC): (5360) Terapia de entretenimiento. (6460) Manejo de la demencia.

Actividades:

- Introducir estímulos: utilizar álbumes de fotos de la paciente para estimular los recuerdos de forma visual, utilizar música para el sentido

auditivo, utilizar perfumes para estimular el sentido olfativo, etc.

- Utilizar colores y números para que la paciente pueda identificarlos.
- Proporcionar ánimo, apoyo y empatía.

Plan de cuidados de enfermería para el cuidador principal^{11,12,13}

Escalas de enfermería administradas al cuidador principal

ISC (Índice de Esfuerzo del Cuidador) (11 puntos): Nivel elevado de esfuerzo.

Goldberg (ansiedad y depresión). Ansiedad (4 puntos): sí presenta.

Depresión (2 puntos): sí presenta 9,10

Tras los cuestionarios administrados al cuidador y valorando los resultados obtenidos se obtienen los siguientes diagnósticos: Cansancio del rol del cuidador, ansiedad, estrés y baja autoestima situacional. Para abordar estos diagnósticos se emplea el modelo AREA:

El estrés por sobrecarga es el diagnóstico enfermero que provoca los anteriores, abordando este diagnóstico los otros desaparecerían. Por tanto, las intervenciones irán dirigidas al cuidador para controlar su nivel de estrés.

Si las intervenciones funcionan no se producirá cansancio del rol del cuidador pues éste tendría conocimientos para poder afrontar la situación en la que se encuentra, tampoco se produciría baja autoestima situacional porque se sentiría satisfecho con aquello que realiza, de la misma forma que no se produciría ansiedad. Por tanto, se mostrarán los objetivos para este diagnóstico y un plan de cuidados específico.

(00177) Estrés por sobrecarga manifestado por la sensación de presión (falta de conocimientos) y relacionado con la coexistencia de múltiples agentes estresantes

Criterios de resultado (NOC): (1402) Autocontrol de la ansiedad. (2508) Bienestar del cuidador principal. (1205) Autoestima.

Intervención (NIC): (5230) Aumentar el afrontamiento.

Actividades:

- Alentar al paciente para encontrar una descripción realista del cambio de papel.
- Valorar la comprensión del paciente sobre la enfermedad que padece su madre.
- Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
- Disponer un ambiente de aceptación.
- Proporcionar información objetiva al cuidador sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad que padece su madre.
- Proporcionar al cuidador elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Desalentar la toma de decisiones por parte del cuidador cuando se encuentre bajo un fuerte estrés.
- Establecer metas.
- Ayudar al cuidador a identificar sistemas de apoyo.
- Fomentar las actividades sociales del paciente.
- Confrontar los sentimientos ambivalentes del cuidador (enfado o depresión).
- Facilitar la expresión de preocupaciones y ayudarle a buscar soluciones de forma constructiva.
- Presentar al paciente personas o grupos que hayan pasado por la misma situación con éxito.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados por parte del paciente mediante técnicas como las de relajación.
- Animarle a que exprese sus sentimientos, percepciones y miedos.
- Animar al paciente para identificar sus puntos fuertes y reforzarlos.

Discusión

Actualmente no existe un tratamiento farmacológico para frenar la evolución progresiva de esta enfermedad, esto ha llevado a multitud de profesionales (enfermeros, neurólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, psicólogos, etc.) a estudiar, establecer y realizar intervenciones no farmacológicas con el objetivo de ayudar a mantener la capacidad funcional del individuo, disminuir su situación de dependencia y evitar un progreso rápido del deterioro cognitivo. Con ello, se logra disminuir

los trastornos de conducta del sujeto y la sobrecarga asociada al cuidador.

Cuidar de un familiar con DFT es complejo y depende de diversos factores. Cuando el cuidado se prolonga en el tiempo supone un desgaste físico y psíquico evidente por lo que es necesario aportar apoyo emocional al cuidador y soluciones para mejorar la adaptación a esta situación.

Discussion

Currently there is no pharmacological treatment to stop the progressive evolution of this disease, this has led a multitude of professionals (nurses, neurologists, occupational therapists, physiotherapists, psychologists, etc.) to study, establish and carry out non-pharmacological interventions with the aim of help maintain the functional capacity of the individual, reduce their dependency situation and prevent rapid progress of cognitive decline. With this, it is possible to reduce the behavior disorders of the subject and the burden associated with the caregiver.

Caring for a family member with FTD is complex and depends on a number of factors. When care is prolonged over time, it involves obvious physical and mental wear and tear, so it is necessary to provide emotional support to the caregiver and solutions to improve adaptation to this situation.

Conclusiones

Destacar que el papel de la enfermería es esencial para establecer y aplicar planes de cuidados individualizados para este tipo de pacientes y su familiar, es muy beneficioso para el paciente porque recibe cuidados de calidad por parte de su cuidador al tener conocimientos basados en la evidencia científica y que podrá aplicar en la práctica.

El saber proporciona seguridad y en este caso clínico se facilita bastante información sobre la patología, la evolución así como los planes de cuidados para la paciente y el cuidador.

Con este caso vemos que no solo tiene importancia el paciente que padece la enfermedad sino también su cuidador porque es necesario que éste disfrute de un nivel óptimo de salud para poder ofrecer cuidados de calidad a la persona que cuida.

Conclusions

Emphasize that the role of nursing is essential to establish and apply individualized care plans for this type of patients and their family members, it is very beneficial for the patient because they receive quality care from their caregiver by having knowledge based on scientific evidence and that you can apply in practice.

Knowledge provides security and in this clinical case, a lot of information is provided about the pathology, the evolution as well as the care plans for the patient and the caregiver.

With this case we see that not only the patient suffering from the disease is important, but also the caregiver of it because it is necessary for him to enjoy an optimal level of health in order to offer quality care to the person he cares for.

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

Artículo 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). Centro dónde se ha realizado el trabajo: Planta de Neurología. Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla).

Agradecimientos

Agradecemos en primer lugar la entrega, dedicación y amabilidad que nos ha brindado el entorno familiar, cuidador principal y la paciente de dicho caso, sin ellos no hubiera sido posible. Así mismo mención al equipo del servicio de Neurología del Hospital de Valme que nos han facilitado y apoyado en la labor de aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nadal Arbona R. *Demencia Frontotemporal*. Máster. Instituto Superior de Estudios Psicológicos, ISEP Formación; 2013-2015.
2. Iragorri A. *Demencia Frontotemporal*. Revista Colombia. 2007; XXXVI(1).
3. González Guerrero L, Fernández Guinea S. *Demencia frontotemporal: Manifestaciones clínicas y repercusiones forenses*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Departamento de psicología clínica; 2005.
4. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención a las Personas con Alzheimer y otras Demencias. *Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud*. Barcelona: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Departamento de Salud.
5. *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. BOE núm. 299, páginas 44142 a 44156. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-2006-21990.
6. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. [Online]. Citado 3 Enero 2016. Disponible en: <http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel.pdf?pag>.
7. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. [Online]. [cited 2016 Enero 3]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT6_DetCognitivoPfeiffer.pdf.
8. [Online]. Citado 3 Enero 2016. Disponible en: http://www.infoferontologia.com/documents/vgi/escalas/mini_mental.pdf.
9. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. [Online]. Citado 3 Enero 2016. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/indice_de_esfuerzo_del_cuidador.pdf.
10. Junta de Andalucía. *Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente*. Salud Mental. [Online]. Disponible en: [http://www.centrodesaluddebollulos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indice%20s/Cuestionarios%20valoracion%20\(salud%20mental\)%20Test%20e%20indices.pdf](http://www.centrodesaluddebollulos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indice%20s/Cuestionarios%20valoracion%20(salud%20mental)%20Test%20e%20indices.pdf).
11. TH. H. NANDA Internacional. *Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación* Barcelona: Elsevier; 2012-2014.
12. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de Resultado en la Salud*. Quinta ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
13. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. *Clasificación Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Sexta ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

Imágenes

Imagen 1: Afectación demencia fronto-temporal <https://www.josefinaarregui.com/es/enfermedades-y-tratamientos/demencia-fronto-temporal/>

Técnicas de biomecánica para optimizar la posición fetal intraparto. A propósito de un caso

Fátima Nogales-Lora, F. Muñoz-Galván, N. Barrera Espinar, B.
"Técnicas de biomecánica para optimizar la posición fetal intraparto. A propósito de un caso".
SANUM 2021, 5(4) 58-64

AUTORES

Fátima Nogales Lora

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Nuria Muñoz Galván

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Blanca Barrera Espinar

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno- Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.

Autora de correspondencia:

Fátima Nogales Lora

✉ fatima.nl90@gmail.com

Tipo de artículo:

Caso Clínico

Sección:

Ginecología y obstetricia

F. recepción: 09-09-2021

F. aceptación: 18-10-2021

Resumen

Introducción. La posición occípito posterior es la malposición más frecuente, lo que se traduce en partos prolongados y más medicalizados. Los estudios realizados sobre cómo ayudar al feto a colocarse en una posición óptima mediante técnicas de biomecánica han sido clave para conseguir el adecuado progreso del parto.

Presentación del caso. Gestante de 39 años (40+1 semanas de gestación) que ingresa en la unidad de paritorio en fase activa de parto. Antecedente obstétrico: cesárea anterior por fallo de inducción. Tras analgesia epidural sigue refiriendo dolor localizado en zona sacra lo que nos hace sospechar que el feto se encuentra en una posición menos óptima para el progreso del parto (occípito posterior).

Plan de cuidados y resultados. La planificación de cuidados se ha llevado a cabo siguiendo la taxonomía enfermera, seleccionando dos diagnósticos: "Dolor de parto" y "Disposición para mejorar el dolor". Tras las intervenciones realizadas se observa en ambos una mejora en la escala Likert de los indicadores seleccionados para su seguimiento y evaluación.

Discusión. En el caso tratado encontramos dos bloques fundamentales de trabajo: limitación del movimiento natural por analgesia epidural y dolor persistente en zona sacra, lo que nos hace sospechar una posición fetal posterior.

En base a ello, aplicamos técnicas de biomecánica para aliviar el dolor y ayudar a la correcta colocación del feto: liberación lateral del suelo pélvico y maniobra de Froggy Walchers.

Conclusiones. El movimiento durante el parto es fundamental para el apoyo del nacimiento fisiológico. Las técnicas de biomecánica favorecen la consecución de una posición fetal óptima para su adecuado progreso, siendo las matronas profesionales fundamentales para llevarlas a cabo.

Palabras clave:

Parto obstétrico;
Dilatación;
Presentación en trabajo de parto;
Anestesia epidural.

Biomechanical techniques to optimize the intrapal fetal position. About a case

Abstract

Introduction. The occipital posterior position is the most frequent malposition, which translates into prolonged and more medicalized deliveries. The studies carried out on how to help the fetus to get into an optimal position using biomechanical techniques have been key to achieving the proper progress of labor.

Presentation of the case. 39-year-old pregnant woman (40 + 1 weeks of gestation) admitted to the delivery unit in the active phase of labor. Obstetric history: previous cesarean section due to failure of induction. After epidural analgesia, she continues to report localized pain in the sacral area, which makes us suspect that the fetus is in a less optimal position for the progress of labor (posterior occiput).

Care plan and results. Care planning has been carried out following the nursing taxonomy, selecting two diagnoses: "Labor pain" and "Willingness to improve pain". After the interventions carried out, an improvement in the Likert scale of the indicators selected for monitoring and evaluation is observed in both.

Discussion. In the case treated, we found two fundamental work blocks: limitation of natural movement due to epidural analgesia and persistent pain in the sacral area, which makes us suspect a posterior fetal position.

Based on this, we apply biomechanical techniques to relieve pain and help the correct positioning of the fetus: lateral release of the pelvic floor and the Froggy Walchersmaneuver.

Conclusions. Movement during labor is essential to support physiological birth. Biomechanical techniques favor the achievement of an optimal fetal position for its adequate progress, being the professional midwives fundamental to carry them out.

Keywords:

Delivery, Obstetric;
Dilatation;
Labor presentation;
Anesthesia, Epidural.



¡Pon a prueba tu preparación!

SMS

SCS

SALUD

OSAKIDETZA

SESCAM

IB SALUT

SERIS

SES

SERGAS

SERMAS

SAS

SESPA

SACYL

Introducción

Es un hecho para muchas mujeres (especialmente primíparas) que las expectativas de un parto eutócico y fácil se desvanecen cuando se descubre durante este proceso que el feto se encuentra en una posición occipito posterior.

La posición occipito posterior no es un evento raro. En muchas ocasiones, esta se traduce en partos prolongados en los que la analgesia habitual no logra paliar el recurrente dolor de espalda y zona sacra¹.

Habitualmente, el cuidado por parte de las matronas se limitaba a ofrecer alivio del dolor y esperar pacientemente el resultado, que recurrentemente consistía en un parto instrumental o la finalización por cesárea.

En respuesta a lo anterior, numerosas autoras han estado estudiando cómo ayudar al feto a colocarse en una óptima posición mediante técnicas de biomecánica materno fetal que favorecen el equilibrio entre las distintas estructuras corporales y así, la posibilidad de consecución de un parto eutócico.

Entre las distintas aproximaciones, cabe destacar el método *Spinning Babies*². Su fundamento consiste en equilibrar estructuras corporales (especialmente las que conforman la pelvis materna) para que junto con las hormonas que desencadenan el parto y la activación del sistema parasimpático, el feto logre colocarse en una óptima posición para el nacimiento.

En el caso clínico presentado, se incluye dentro de plan de cuidados la utilización de dos técnicas descritas (liberación lateral del suelo pélvico y posición de Walcher modificada) para favorecer el equilibrio corporal materno y, mediante la colocación fetal en una posición óptima, la consecución de un parto eutócico.

Durante el desarrollo de este caso clínico se mantendrá el anonimato de la gestante en todo momento bajo la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, con el fin de no vulnerar sus derechos y proteger su confidencialidad³.

Para elaborar un plan de cuidados, se realiza una valoración enfermera completa mediante la utilización de un sistema estandarizado de recogida de información que nos permitirá detectar las dificultades presentadas durante el proceso de parto de M.M.F y planificar las acciones a seguir.

Presentación del caso

Gestante de 40+1 semanas de gestación, 39 años

Antecedentes obstétricos: 2 gestaciones y una cesárea anterior por fallo de inducción (G2C1)

Gestación actual normoevolutiva.

Datos de interés: Grupo y Rh 0 positivo, serologías negativas, rubeóla inmune, antígeno hepatitis b negativo (AgHbs), Estreptococo Agalactiae negativo. No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos.

Medicación actual: suplementación embarazo, ferrotterapia.

Ingresa en paritorio a las 9:30 horas en parto activo (cérvix borrado, centrado, blando, 4 cm de dilatación, presentación cefálica sobre estrecho superior de la pelvis, bolsa amniótica íntegra). Desea analgesia epidural. Tras comprobar bienestar fetal en registro cardiotocográfico, se le coloca el catéter y perfusión analgésica por parte del equipo de anestesia.

Una vez que la gestante percibe el efecto analgésico de la epidural, se le administra la escala verbal numérica (EVN) para valoración del grado de dolor obteniendo un 3, al preguntar por la naturaleza y localización del dolor, nos refiere notarlo a nivel de zona sacra. Junto con maniobras de Leopold y mapeo del vientre⁴ sospechamos que la posición fetal se encuentra en occipito ilíaca derecha posterior. Para aliviar las posibles molestias y estancamiento del progreso de parto que puede ocasionar este tipo de posición fetal, se realiza la técnica de liberación lateral de suelo pélvico⁵, para facilitar rotación y descenso de la presentación, 10 minutos en cada decúbito lateral. Tras ésta, se deja a la gestante en reposo en posición de Sims modificada.

A las 12:00 horas la mujer nos avisa de que se ha producido rotura espontánea de membranas, comprobamos que la dilatación ha avanzado hasta los 7 cm, la posición fetal es occipito iliaca transversa derecha, y la presentación aún se encuentra sobre estrecho superior de la pelvis materna. El dolor en la zona sacra ha remitido sustancialmente. Para favorecer el descenso de la misma, proponemos a la mujer la posición de Walcher modificado⁶ durante 20 minutos, consiente y acepta. La colocamos en la citada postura durante el tiempo prescrito. Se observa deceleración variable en registro cardiotocográfico, que se recupera de forma espontánea, exceptuando esta, el registro muestra patrón tranquilizador en todo momento.

Dos horas después, y tras observar en el registro cardiotocográfico deceleraciones variables coincidentes con contracción, acudimos a valorar a la gestante y nos refiere notar sensación de pujo. En la exploración vaginal hallamos que la presentación ha descendido hasta II-III plano de Hodge, ha completado la dilatación y la posición es una occipito iliaca anterior. Tras una hora de expulsivo pasivo, se inician pujos activos. A los 20 minutos nace un varón vivo, Apgar 9/10, 3300 gramos. Alumbramiento dirigido. Desgarro de segundo grado que reparamos.

miento dirigido. Desgarro de segundo grado que reparamos.

Plan de cuidados

En la siguiente tabla (tabla 1) se recoge la planificación de los cuidados y el seguimiento o evaluación tras su ejecución. Estos han sido elaborados siguiendo la taxonomía estandarizada enfermera⁷.

Tabla 1. Diagnóstico con los correspondientes , y actividades realizadas

Diagnóstico de independencia			
00132 Dolor de parto r/c dilatación cervical y expulsivo m/p expresión facial y verbal de dolor			
	Indicadores	Puntuación inicial/final	NIC 1400 Manejo del dolor
NOC 1843 Conocimiento: manejo del dolor Escala desde "ningún conocimiento(1)" a "conocimiento extenso (5)"	(184301) Causas y factores que contribuyen al dolor	2/4	Explorar con la gestante posiciones que alivian dolor
	(184302) Signos y síntomas del dolor	2/4	Proporcionar información acerca del dolor, explicando el momento del parto en el que se encuentra
	(184303) Estrategias para controlar el dolor	2/4	Seleccionar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor (bolos de epidural, masajes, cambios posturales)
	(184322) Técnicas de posicionamiento efectivo	2/4	Evaluar eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa
Diagnóstico de independencia			
00183 Disposición para mejorar el confort m/p manifiesta deseos de aumentar el confort			
	Indicadores	Puntuación inicial/final	NIC 6482 Manejo ambiental: confort
NOC 2510 Estado materno durante el parto Escala desde "desviación grave del rango normal (1)" a "sin desviación del rango normal (5)"	251003 Uso de técnicas para facilitar el parto	2/5	Crear un ambiente tranquilo y de apoyo Proporcionar un ambiente limpio y seguro Determinar las fuentes de incomodidad, como posturas dolorosas, temperatura de la habitación, ruidos, falta de intimidad
	251004 Frecuencia de las contracciones uterinas	2/5	
	251006 Intensidad de las contracciones uterinas	2/5	
	251007 Progresión de la dilatación cervical	2/5	
NOC 2008 Estado de comodidad Escala desde "gravemente comprometido (1)" a "No comprometido (5)"	200801 Bienestar físico	2/5	Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad
	200802 Control de síntomas	2/4	Ajustar la iluminación, proporcionando intimidad
	200804 Entorno físico	2/4	

NANDA⁷: North American Nursing Diagnosis Association

NOC⁸: Nursing Outcomes Classification

NIC⁹: Nursing Interventions Classification

Resultados

Tras las intervenciones realizada por la matrona durante la estancia de la gestante en paritorio, se observa una mejora en la puntuación de la escala de Likert de los indicadores mencionados.

Respecto al diagnóstico "Dolor de parto", se observa un aumento en los indicadores, de la puntuación 2 a 4, mejorando el conocimiento de la mujer sobre su proceso de parto, y los signos y síntomas que lo acompañan.

En relación al diagnóstico "Disposición para mejorar el confort", observamos un aumento de los indicadores desde la puntuación 2 a 5, regularizándose la dinámica uterina y aumentando la intensidad de las contracciones, lo que conlleva a su vez avance en la dilatación. También observamos un aumento del bienestar físico, mejor control de síntomas y confort con el entorno, al percibir mejora de dolor y posturas más acordes con la fisiología del parto.

Discusión

Las posturas adoptadas por la mujer a lo largo de la historia durante el proceso del parto han sido diversas, primando actualmente las actitudes pasivas y posturas horizontales, las cuales van de la mano de la medicalización del mismo. Sabemos que el nacimiento depende, fundamentalmente, del descenso y rotación fetal a través de la pelvis materna, por lo que la biomecánica adaptada al parto no sólo nos ayuda a crear mayor espacio pélvico sino también a que este sea más fluido mediante la regularización de la dinámica uterina¹⁰.

En referencia al caso clínico tratado, nos encontramos con dos bloques fundamentales de trabajo:

En primer lugar, la limitación de movimiento natural por el uso de la analgesia epidural, que puede dificultar el correcto descenso y rotación del bebé.

Otra cuestión a tratar es el dolor que sigue refiriendo la gestante en zona sacra, lo cual puede hacernos sospechar que el bebé se encuentra en una posición menos óptima (posición fetal posterior).

En base a ello las técnicas de biomecánica aplicadas han sido:

- **Liberación lateral del suelo pélvico** (Imagen 1): Situamos a la mujer en decúbito lateral al borde

de la cama. Los hombros y caderas han de estar paralelos entre sí. La pierna que queda abajo ha de estar extendida con el pie en flexión y la pierna de arriba ha de caer fuera de la cama. Con esto realizamos un estiramiento de la musculatura del suelo pélvico, psoas, piramidal, rotadores, abductores, isquiotibiales, ilirotibiales y ligamento redondo, entre otros. El profesional coloca sus manos en la cresta ilíaca de la gestante cuidando la correcta alineación de cuello, hombros y cadera. Se llevará a cabo esta técnica durante 3 contracciones o 10 minutos y se repetirá el mismo procedimiento en el lado contrario⁵.

El propósito de esta técnica es relajar los ligamentos y musculatura del suelo pélvico, así como dejar el sacro libre. Esto reducirá el dolor materno en dicha zona y permitirá conseguir mayor espacio para el bebé, mejorando así su posición, flexión y descenso por la pelvis materna.

- **Maniobra de Froggy Walchers** (Imagen 2): Está indicada su utilización cuando la presentación fetal está fuera de la pelvis o situada en estrecho superior sin que se produzca descenso de la misma a pesar de la presencia de dinámica uterina. Mediante su realización se consigue una abertura máxima del diámetro anteroposterior del estrecho superior, ayudando al encajamiento de la presentación fetal, así como a la rotación de la misma hacia posiciones más óptimas. Para que sea efectiva, debe realizarse con dinámica uterina regular y efectiva. Mantener posición durante un mínimo de 3 contracciones seguidas y un máximo de 20 minutos⁶.

Discussion

The positions adopted by women throughout history during the childbirth process have been diverse, currently prevailing passive attitudes and horizontal positions, which go hand in hand with the medicalization of the same. We know that birth depends, fundamentally, on fetal descent and rotation through the maternal pelvis, so biomechanics adapted to childbirth not only help us to create more pelvic space but also to make it more fluid by regularizing the uterine dynamics¹⁰.

In reference to the clinical case treated, we find two fundamental blocks of work:

In the first place, the limitation of natural movement due to the use of epidural analgesia, which can hinder the correct descent and rotation of the baby.



Imagen 1



Imagen 2

Another issue to be addressed is the pain that the pregnant woman continues to report in the sacral area, which may make us suspect that the baby is in a less optimal position (posterior fetal position).

Based on this, the applied biomechanical techniques have been:

- **Lateral release of the pelvic floor** (Photo 1): We place the woman in lateral decubitus at the edge of the bed. The shoulders and hips must be parallel to each other. The lower leg must be extended with the foot flexed and the upper leg must fall off the bed. With this, we stretch the muscles of the pelvic floor, psoas, pyramidal, rotators, abductors, hamstrings, ileotibials and round ligament, among others.

The professional places his hands on the iliac crest of the pregnant woman, taking care of the correct alignment of the neck, shoulders and hips. This technique will be carried out for 3 contractions or 10 minutes and the same procedure will be repeated on the opposite side⁵.

The purpose of this technique is to relax the ligaments and muscles of the pelvic floor, as well as to free the sacrum. This will reduce maternal pain in this area and allow more space for the baby, thus improving its position, flexion and descent through the maternal.

- **Froggy Walchers maneuver** (photo 2): Its use is indicated when the fetal presentation is outside the pelvis or situated in the superior strait

without producing a descent despite the presence of uterine dynamics. By carrying it out, a maximum opening of the anteroposterior diameter of the superior strait is achieved, helping to fit the fetal presentation, as well as to rotate it towards more optimal positions. To be effective, it must be done with regular and effective uterine dynamics. Maintain position for a minimum of 3 consecutive contractions and a maximum of 20 minutes⁶.

Conclusiones

Como se ha podido observar tras la exposición del caso clínico, la utilización de técnicas de biomecánica intraparto favorece la consecución de una posición fetal óptima para el adecuado progreso del parto.

Podemos afirmar que el movimiento durante el parto aporta innumerables beneficios para obtener resultados obstétricos y neonatales favorables como son: la disminución del dolor, el aumento de la satisfacción materna, la disminución de la tasa de partos instrumentados y/o cesáreas, así como la reducción de la duración del proceso del parto y la necesidad de analgesia farmacológica durante el mismo.

La libertad de movimiento también se considera un recurso fundamental para el apoyo de un nacimiento fisiológico.

Por todo lo anteriormente expuesto, y a pesar de que son necesarios más estudios científicos que de-

muestren su eficacia. las matronas tenemos el deber de formarnos en técnicas de biomecánica, así como de alentar a las mujeres al movimiento libre durante el parto y cambios de posición en función de los requerimientos de cada momento.

Conclusions

As has been observed after the presentation of the clinical case, the use of intrapartum biomechanical techniques favors the achievement of an optimal fetal position for the adequate progress of labor.

We can affirm that movement during childbirth provides innumerable benefits to obtain favorable obstetric and neonatal results such as: the reduction of pain, the increase in maternal satisfaction, the decrease in the rate of instrumented deliveries and / or cesarean sections, as well as the reduction the duration of the labor process and the need for pharmacological analgesia during it.

Freedom of movement is also considered a fundamental resource for the support of a physiological birth.

For all the above, and despite the need for more scientific studies to demonstrate its effectiveness. Midwives have a duty to train ourselves in biomechanical techniques, as well as to encourage women to move freely during childbirth and changes in position depending on the requirements of each moment.

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

Ninguna.

Conflicto de Intereses

No existen.

Publicación

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

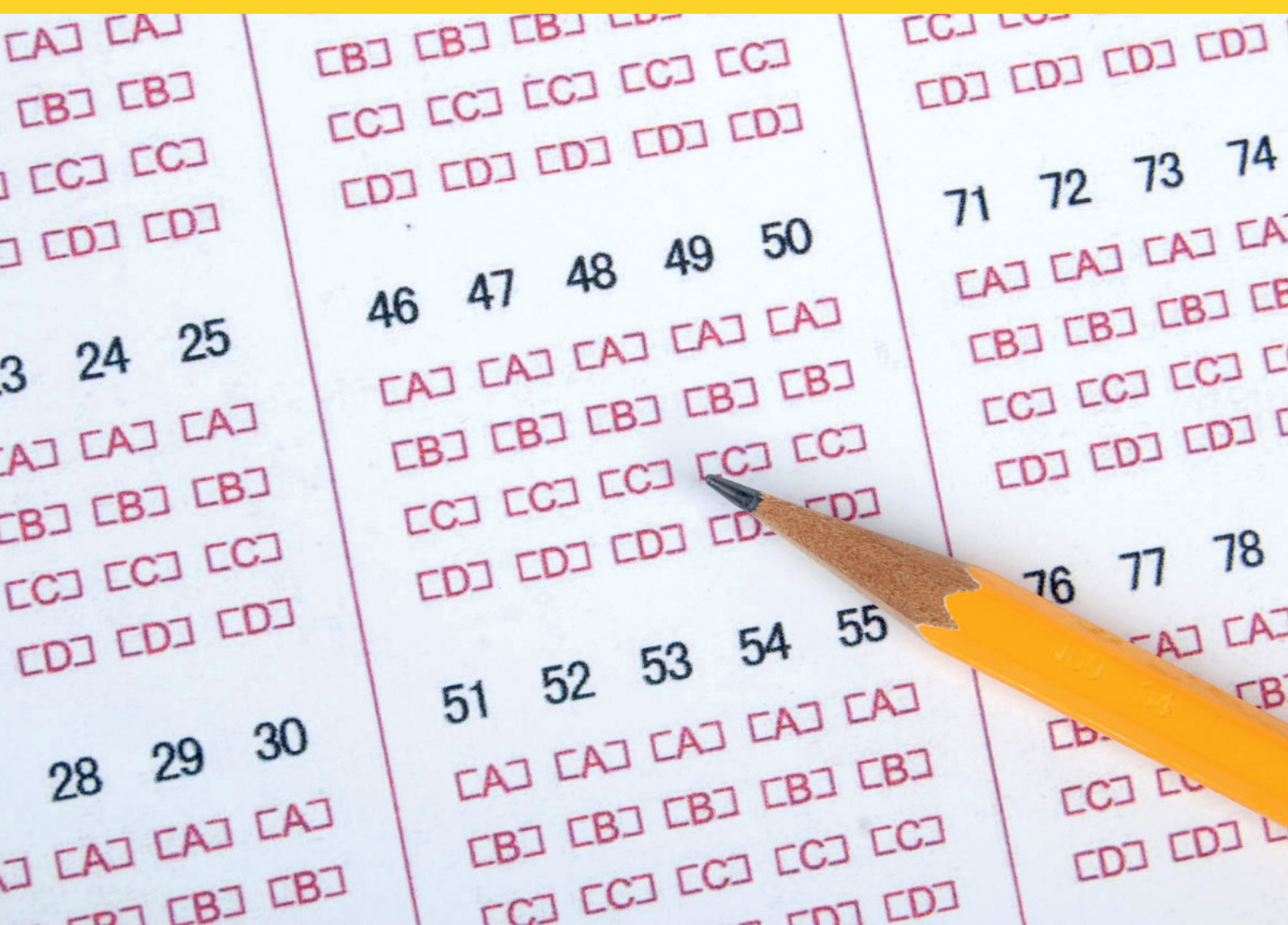
BIBLIOGRAFÍA

1. Sutton, J. Scott, P. *Understanding and teaching optimal foetal positioning*. 2ª edición. Ed BirthConcepts (New Zealand) 1996.
2. Tully, G. *Changing birth on earth*. 1º edición. Ed Maternity House Publishing (USA) 2020.
3. *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal*. BOE número 298, de 14 de diciembre de 1999, páginas 43088 a 43099 (consultado el 11 de Agosto de 2021).
4. *Mapeo del vientre* (Belly Mapping). Web de Spinning Babies. 2021. Disponible en <https://www.spinningbabies.com/pregnancy-birth/baby-position/belly-mapping/>
5. *Liberación lateral del suelo pélvico* (Sidelying-release). Web de Spinning Babies. 2021. Disponible en <https://www.spinningbabies.com/pregnancy-birth/techniques/side-lying-release/>
6. *Posición de Walcher modificada* (FroggieWalcher's). Web de Spinning Babies. 2021. Disponible en <https://www.spinningbabies.com/pregnancy-birth/techniques/other-techniques/walchers-open-the-brim/>
7. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. 11ª ed. Madrid: Elsevier; 2018-2020.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.
9. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Wagner CM, editores. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2018
10. Gupta JK, Hofmeyr GJ. *Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/pdf/CD002006.pdf>

Test-posiciones.net

Top

La mejor forma de preparar tu oposición.



Eficacia del tratamiento de fisioterapia en pacientes con fibromialgia. Una revisión sistemática de ensayos clínicos

Gámiz-Bermúdez, F. "Eficacia del tratamiento de fisioterapia en pacientes con fibromialgia. Una revisión sistemática de ensayos clínicos." SANUM 2021, 5(4) 66-73

AUTORA

Francisca Gámiz Bermúdez

Fisioterapeuta en Distrito Sanitario Almería. Servicio Andaluz de Salud

Correspondencia:

 fgamizbermudez@gmail.com

Tipo de artículo:

Artículo de revisión

Sección:

Fisioterapia

F. recepción: 12/07/2021

F. aceptación: 09/09/2021

Resumen

Introducción. La fibromialgia (FM) es una enfermedad reumática de etiología desconocida que cursa con dolor musculoesquelético crónico y difuso, sensación dolorosa a la presión en puntos específicos y otras manifestaciones como fatiga, trastornos del sueño, sensación de rigidez o alteraciones psicológicas. Estos síntomas producen una disminución en la calidad de vida (CDV) de las personas que la padecen. El ejercicio terapéutico es una de las herramientas más utilizadas en el tratamiento de pacientes con FM.

Objetivo. El objetivo de este trabajo fue localizar la mejor evidencia disponible hasta la fecha para analizar, mediante revisión sistemática, la eficacia del ET en la mejora del dolor y la CDV en pacientes con FM.

Metodología. En la presente revisión sistemática se han seguido los criterios de la declaración PRISMA y se ha llevado a cabo una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Scopus, Web of Science, PEDro, Scielo y CINAHL; así como un proceso de búsqueda inversa. Las palabras clave empleadas han sido "fibromyalgia", "treatment", "physical therapy" y "therapeutic exercise".

Resultados. La búsqueda arrojó un total de 207 artículos, de los que 9 fueron incluidos en la revisión. Las variables de medida registradas fueron el dolor y la CDV. El ET ofreció mejores resultados que la no intervención, mientras que al comparar diferentes modalidades de ejercicio los resultados generalmente no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones. El ET es un tratamiento eficaz para mejorar el dolor y la CDV en pacientes con FM. El ET se muestra favorable frente a la no intervención en pacientes con FM. Al enfrentar distintos tipos de ET no se obtienen resultados concluyentes que demuestren una clara efectividad de un método sobre otro en el abordaje de la FM.

Palabras clave:

Fibromialgia;
Tratamiento;
Fisioterapia;
Ejercicio terapéutico.

Effectiveness of physiotherapy treatment in patients with fibromyalgia. A systematic review of clinical trials

Abstract

Introduction. Fibromyalgia (FM) is a rheumatic disease of unknown etiology that presents with chronic and diffuse musculoskeletal pain, painful sensation on pressure at specific points and other manifestations such as fatigue, sleep disorders, stiffness or psychological alterations. These symptoms lead to a decrease in the quality of life (QOL) of sufferers. Therapeutic exercise (TE) is one of the most widely used tools in the treatment of patients with FM.

Objective. The aim of this study was to locate the best evidence available to date to analyse, by means of a systematic review, the efficacy of TE in improving pain and QOL in patients with FM.

Methodology. In this systematic review, the criteria of the PRISMA declaration were followed and a search was carried out in the Pubmed, Scopus, Web of Science, PEDro, Scielo and CINAHL databases, as well as a reverse search process. The keywords used were "fibromyalgia", "treatment", "physiotherapy" y "therapeutic exercise".

Results. The search yielded a total of 207 articles, of which 9 were included in the review. The endpoints recorded were pain and QOL. TE provided better results than no intervention, while when comparing different exercise modalities the results generally showed no statistically significant differences.

Conclusions. TE is an effective treatment for improving pain and QOL in patients with FM. TE is favorable compared to no intervention in patients with FM. When confronted with different types of TE, no conclusive results are obtained that demonstrate a clear effectiveness of one method over another in the management of FM.

Keywords:

Fibromyalgia;
Therapeutic;
Physiotherapy;
Exercise Therapy.



¡Pon a prueba tu preparación!

SMS

SCS

SALUD

OSAKIDETZA

SESCAM

IB SALUT

SERIS

SES

SERGAS

SERMAS

SAS

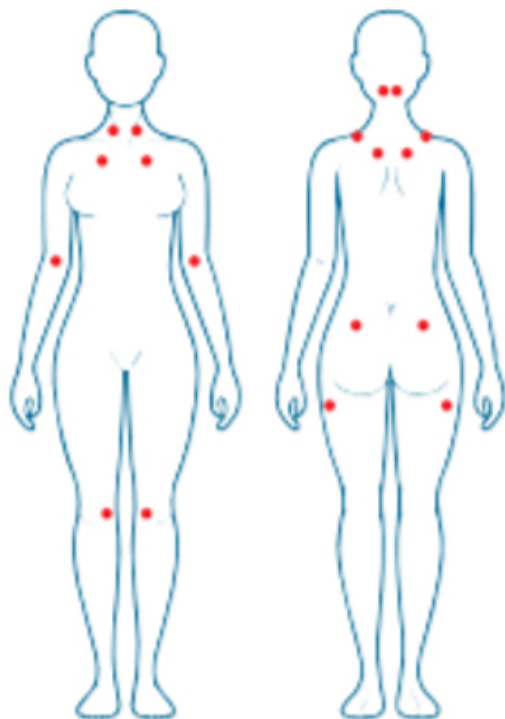
SESPA

SACYL

Introducción

La fibromialgia (FM) es una enfermedad reumática de etiología desconocida que cursa con dolor músculo esquelético crónico y difuso¹, así como sensación dolorosa a la presión en puntos específicos^{1,2}. Otras manifestaciones clínicas importantes de la FM son fatiga, trastornos del sueño, sensación de rigidez generalizada y, en algunos pacientes, alteraciones psicológicas como ansiedad o depresión^{2,3}. Este conjunto de síntomas produce una disminución en la calidad de vida (CDV) de las personas que padecen esta patología al incidir directamente en el desempeño de sus actividades de la vida diaria⁴. La prevalencia de la FM en España se estima en torno al 2,4%; afectando en mayor proporción a mujeres, 4,2%, que a hombres, 0,2 %⁵. Esta patología tiene repercusiones a nivel biológico, psicológico y social y conlleva un alto consumo de recursos sanitarios, por lo que constituye un problema de salud pública de primer orden^{5,6}.

Imagen 1. Puntos dolorosos para el diagnóstico de la FM según el *American College of Rheumatology*. Extraída Web Fundación Española de Reumatología. 09/06/2021, 13:49 p.m.



En cuanto al tratamiento, no existe en la actualidad un criterio unánime. En el tratamiento farmacológico destacan los antidepresivos tricíclicos, los in-

hibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los analgésicos como el paracetamol⁷. La fisioterapia, por su parte, dispone de numerosas herramientas terapéuticas en el abordaje de la FM entre las que cabe destacar el ejercicio terapéutico (ET) por su importancia en la mejora del dolor y la fatiga⁸⁻¹⁰. El ejercicio es una práctica muy habitual en las sesiones de tratamiento, realizándose a veces en piscinas de hidroterapia para aprovechar las ventajas mecánicas que ofrece el medio acuático¹¹. En definitiva, el objetivo de las distintas alternativas de tratamiento de la FM es aliviar sus manifestaciones clínicas para mejorar la CDV del paciente^{10,12}.

Justificación y objetivo

Durante los últimos años se ha encontrado un incremento del interés por la efectividad del ET en la mejora de los síntomas de la FM. Por ello, el objetivo de este trabajo fue localizar la mejor evidencia disponible hasta la fecha para analizar, mediante revisión sistemática, la eficacia del ET en la mejora del dolor y la CDV en pacientes con FM.

Metodología

En la presente revisión sistemática se han seguido los criterios de la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-analysis*), propuesta por Moher et al.¹³ y las recomendaciones de la Colaboración Cochrane propuestas por Higgins et al. en el *Manual Cochrane para la Elaboración de revisiones sistemáticas de Intervenciones*¹⁴.

Se ha llevado a cabo una búsqueda en las bases de datos *Pubmed*, *Scopus*, *Web of Science*, *PEdro*, *Scielo* y *CINAHL*, así como un proceso de búsqueda inversa, basándose la estrategia de búsqueda en la utilización del sistema PICO propuesto por la biblioteca Cochrane¹⁴. Las palabras clave utilizadas en la estrategia de búsqueda; *"fibromyalgia"*, *"treatment"*, *"physical therapy"* y *"therapeutic exercise"*; fueron obtenidas a partir de términos estandarizados según los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y *Medical Subject Headings (MeSH)*.

Los criterios de inclusión fueron **1.** estudios de ensayo clínico aleatorizado (ECA) **2.** cuyos participantes recibiesen ET en al menos uno de los grupos de intervención, **3.** estudios que usaran variables de resultado relacionadas con la efectividad clínica como dolor y CDV.

Resultados

La búsqueda arrojó un total de 207 artículos y, por otra parte, 2 artículos se obtuvieron de las referencias bibliográficas de otras publicaciones. De estos, fueron finalmente seleccionados 9 ECAs¹⁵⁻²³. Las variables de medida registradas fueron el dolor registrado mediante la Escala Visual Analógica (EVA)²⁴, algometría por presión²⁵ o el cuestionario McGill²⁶ y la CDV registrada con los cuestionarios *Short Form-36 Health Survey* (SF-36)²⁷ y *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ)²⁸.

Ejercicio vs no intervención en pacientes con FM

Algunos de los estudios incluidos¹⁵⁻¹⁸ analizaron la eficacia de un programa de ejercicio comparada con la ausencia de intervención. En todos ellos se distribuyeron de forma aleatoria a pacientes con FM en dos grupos, un grupo experimental de ET y otro control de no intervención.

En el estudio de Latorre et al. 2013¹⁵, fueron evaluados el dolor y la CDV. La primera de estas variables fue evaluada mediante la escala visual analógica (EVA) y algometría por presión. Para la evaluación de la CDV se emplearon los cuestionarios SF-36 y FIQ. Sus resultados reflejan diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de ejercicio en todas las variables, siendo $p < 0.001$ para el dolor y $p < 0,05$ para la CDV en la comparación entre grupos post-intervención.

El trabajo de Martín Noguerras et al. 2012¹⁶ evaluó también las variables dolor y CDV. El dolor fue registrado con la EVA, obteniendo una diferencia de 2,81 puntos, $p = 0,001$, a favor del grupo de ET. Estos autores obtuvieron también diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de ejercicio para la CDV en el SF-36, $p < 0,05$.

Andrade et al. en 2019¹⁷, evaluaron el dolor, con la EVA y algometría, y la CDV con el cuestionario FIQ. Sus resultados reflejaron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo experimental en la medida de ambas variables $p < 0,05$.

En el estudio de Mannerkorpi et al. 2009¹⁸, las variables evaluadas fueron también el dolor con la EVA y la CDV mediante los cuestionarios SF36 y FIQ; obteniendo diferencias significativas para todas estas variables a favor del grupo de ET. Su análisis de subgrupos reflejó que el dolor y la CDV de los pa-

cientes de este grupo mejoró significativamente en comparación con el grupo control, con un tamaño del efecto $> 0,50$ y $p < 0,05$.

Diferentes modalidades de et en pacientes con FM.

El resto de los estudios incluidos en esta revisión comparan la eficacia de distintos programas de ET en pacientes con FM. Algunos autores analizan el ejercicio en función de la intensidad a la que se realice referencias^{19,23}, mientras que otros incluyen otras variantes entre sus distintos grupos de ejercicio como el uso de medio acuático²⁰⁻²² o el trabajo de diferentes capacidades físicas²²; con el objetivo de encontrar la modalidad de ejercicio más adecuada para la mejora de las manifestaciones clínicas en pacientes con FM.

El estudio de Mannerkorpi 2010¹⁹ comparó la eficacia de un programa de ejercicio aeróbico a intensidad baja frente al mismo programa realizado a intensidad moderada-alta. Se evaluaron el dolor con la EVA y la CVD con el FIQ. Sus resultados reflejan una ausencia de diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre grupos para la medida del dolor, $p = 0.626$, y la CDV, $p > 0,05$. Si bien, se obtuvieron mejores resultados clínicos en el grupo de ejercicio a mayor intensidad.

Sousa et al, 2019²⁰ enfrentaron la eficacia de un programa de ejercicio aeróbico pautado frente al mismo programa realizado en medio acuático. En este trabajo se valoró el dolor con el cuestionario McGill y la CDV con el FIQ. Sus resultados reflejaron una mejora en la CDV en ambos grupos y una ausencia de diferencias significativas en la comparación entre grupos, $p > 0,05$. No se obtuvieron diferencias en la medida del dolor en ninguno de los grupos.

De la misma manera, de Melo Vitorino et al. 2006²¹ distribuyeron aleatoriamente en dos grupos a mujeres con FM, asignando a las participantes de un grupo un programa de ejercicio pautado que las participantes del otro grupo realizaron en medio acuático. En este estudio la variable evaluada fue la CDV con el SF-36, obteniéndose una mejora de esta variable para ambos grupos en la comparación pre/post-intervención intragrupo y una ausencia de diferencias significativas entre grupos en la comparación post-intervención, $p > 0,05$.

En la investigación de Sevimli et al. 2015²², las participantes fueron distribuidas al azar en 3 gru-

pos. A cada grupo se le aplicó un programa de ejercicio diferente en cuanto al tipo y dosis. El **grupo 1** realizó ejercicios isométricos de fuerza y de estiramiento, el **grupo 2** realizó ejercicios aeróbicos y el **grupo 3** realizó ejercicios aeróbicos en medio acuático. Se evaluaron el dolor con la escala EVA y la CDV con el FIQ. Los resultados reflejaron que todos los grupos obtuvieron una mejora en las variables contempladas, si bien se observaron mejores resultados clínicos en el grupo 3. La comparación intergrupos reflejó una ausencia de significación estadística en las diferencias obtenidas para el dolor. Sí se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo 3 en la CDV, $p < 0,05$.

El último de nuestros estudios incluidos, Atan et al. 2020²³, distribuyó de manera aleatoria mujeres con fibromialgia en tres grupos: un grupo de ejercicio aeróbico realizado a intensidad baja-moderada, un grupo de ejercicio aeróbico a intensidad alta y un grupo control de no intervención. Este estudio registró el dolor y la CDV. Sus resultados muestran, para ambas variables, una ausencia de diferencias significativas entre los grupos de ejercicio, así como diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de ejercicio y el grupo control, $p < 0,001$. Las participantes de los grupos de ejercicio obtuvieron una mejoría estadísticamente significativa en su comparativa pre/post-intervención, si bien no se produjeron diferencias en las participantes del grupo control.

Tabla 1. Resultados.

ESTUDIO	INTERVENCIÓN	VARIABLES	RESULTADOS
Latorre et al. 2013 ¹⁵	Grupo 1: ET Grupo 2: no intervención	Dolor y CDV	Diferencias estadísticamente significativas en ambas variables ($p < 0,05$) a favor del grupo ET
Martín Nogueras et al. 2012 ¹⁶	Grupo 1: ET Grupo 2: no intervención	Dolor y CDV	Diferencias estadísticamente significativas en ambas variables ($p < 0,05$) a favor del grupo ET
Andrade et al. 2019 ¹⁷	Grupo 1: ET Grupo 2: no intervención	Dolor y CDV	Diferencias estadísticamente significativas en ambas variables ($p < 0,05$) a favor del grupo ET
Mannerkorpi et al. 2009 ¹⁸	Grupo 1: ET Grupo 2: no intervención	Dolor y CDV	Diferencias estadísticamente significativas en ambas variables ($p < 0,05$) a favor del grupo ET
Mannerkorpi et al. 2010 ¹⁹	Grupo 1: ET intensidad baja Grupo 1: ET intensidad alta	Dolor y CDV	Ausencia de diferencias significativas en la comparación entre grupos ($p > 0,05$) en ambas variables
Sousa et al. 2019 ²⁰	Grupo 1: ET Grupo 2: ET acuático	Dolor y CDV	Ausencia de diferencias significativas en la comparación entre grupos ($p > 0,05$) en ambas variables
Melo Vitorino et al. 2006 ²¹	Grupo 1: ET Grupo 2: ET acuático	CDV	Ausencia de diferencias significativas en la comparación entre grupos ($p > 0,05$)
Sevimli et al. 2015 ²²	Grupo 1: ET fuerza y estiramiento Grupo 2: ET aeróbico Grupo 3: ET acuático	Dolor y CDV	Ausencia de diferencias significativas para el dolor ($p > 0,05$). Diferencias significativas para la CDV a favor grupo 3 ($< 0,05$)
Atan et al. 2020 ²³	Grupo 1: ET intensidad baja-moderada Grupo 2: ET intensidad alta Grupo 3: no intervención	Dolor y CDV	Ausencia de diferencias significativas en la comparación entre grupos ($p > 0,05$) en ambas variables

Discusión

El único de los estudios incluidos que no obtiene diferencias significativas post-intervención a favor del ET para alguna de las variables registradas es el estudio de Sousa et al.²⁰, en el que la mejoría clínica mostrada por el grupo de ET no llegó a tener significación estadística en la comparación intergrupos. Los resultados de este estudio sí reflejaron diferencias estadísticamente significativas post-intervención en su grupo de ejercicio para la CDV. El resto de estudios demostraron que el ET produce mejoras significativas en todas las variables registradas y que el ejercicio comparado con la no intervención ofrece mejoras estadísticamente significativas en la medida del dolor y la CDV^{15-19,21-23}. Las comparaciones entre diferentes modalidades de ejercicio son más controvertidas, encontrándose una apuesta por el ejercicio a valores de intensidad moderada a alta en el estudio de Mannerkorpi et al.¹⁹ para la mejora de todas las variables. En discordancia, Atan et al.²³ obtuvieron que con ambas intensidades se producían mejoras significativas en la CDV y el dolor en pacientes con FM, hallando una ausencia de diferencias significativas entre sus grupos de ejercicio a diferente intensidad. Estos autores²³ concluyen que la intensidad a la que se realiza el ejercicio no es un factor determinante en la mejora de las manifestaciones clínicas en pacientes con FM. En cuanto al medio en el que se realiza el ejercicio, Sevimli et al.²² concluyen que el ejercicio acuático es el más efectivo para la mejora de la calidad de vida, sin mostrar diferencias significativas la comparación entre diferentes medios en la medida del dolor; mientras que Sousa et al.²⁰ y de Melo Vitorino et al.²¹ obtuvieron una ausencia de diferencias significativas al enfrentar programas de ET convencionales contra la realización de dichos programas de ET en medio acuático.

Discussion

The only one of the included studies that did not obtain significant post-intervention differences in favor of TE for any of the variables recorded is the study by Sousa et al.²⁰, in which the clinical improvement shown by the TE group did not reach statistical significance in the intergroup comparison. The results of this study did show statistically significant post-intervention differences in their exercise group for QOL. The remaining studies demonstrated that TE produces significant improvements in all recorded variables and that exercise compared to no intervention offers statistically significant improvements in the measurement of

pain and QOL^{15-19,21-23}. Comparisons between different exercise modalities are more controversial, with a preference for exercise at moderate to high intensity values in the study by Mannerkorpi et al.¹⁹ for improvement in all variables. In disagreement, Atan et al.²³ found that both intensities produced significant improvements in QOL and pain in FM patients, finding no significant differences between their exercise groups at different intensities. These authors²³ conclude that the intensity at which exercise is performed is not a determining factor in the improvement of clinical manifestations in patients with FM. With regard to the medium in which the exercise is performed, Sevimli et al.²² concluded that aquatic exercise is the most effective for improving quality of life, with no significant differences in the comparison between different mediums in the measurement of pain; while Sousa et al.²⁰ and de Melo Vitorino et al.²¹ found no significant differences when comparing conventional TE programmes with the performance of TE programmes in an aquatic medium.

Conclusiones

Todos los hallazgos encontrados indican que el ET es un tratamiento eficaz para mejorar el dolor y la CDV en pacientes con FM, disminuyendo el impacto de esta enfermedad en sus vidas.

El ET se muestra favorable frente a la no intervención en pacientes con FM.

Al enfrentar distintos tipos de ejercicio no se obtienen resultados concluyentes que demuestren una clara efectividad de un método sobre otro en el abordaje de la FM.

La falta de estudios en los que comparen el ET con otro tipo de técnicas para poder dilucidar su alcance real, así como la escasez de trabajos de mayor muestra cuyas conclusiones sean generalizables, hacen necesaria una mayor apuesta por la investigación en este campo.

Conclusions

All findings indicate that TE is an effective treatment to improve pain and QOL in patients with FM, decreasing the impact of FM on their lives.

TE is favorable compared to no intervention in patients with FM.

When confronted with different types of exercise, there are no conclusive results that demonstrate a clear effectiveness of one method over another in the management of FM.

The lack of studies comparing TE with other types of techniques to be able to elucidate its real scope, as well as the scarcity of studies with a larger sample whose conclusions are generalizable, make a greater commitment to research in this field necessary.

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

Ninguna.

Conflicto de Intereses

No existen.

Publicación

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

BIBLIOGRAFÍA

1. Clauw D. J. *Fibromyalgia: a clinical review*. *Jama* 2014;311(15): 1547-1555.
2. Sañudo B, Galiano D, Carrasco L, de Hoyo M. *Evidencias para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con fibromialgia*. *Med del Deport*. 2010; 3(4): 159-69.
3. Mannerkorpi K, Gard G. *Physiotherapy group treatment for patients with fibromyalgia—an embodied learning process*. *Disability and rehabilitation* 2003; 25(24): 1372-1380.

4. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. *The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population*. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology* 1995; 38(1): 19-28.
5. Marques AP, Santo AD, Berssaneti AA, Matsutani LA, Yuan SLK. *Prevalence of fibromyalgia: literature review update*. *Revista brasileira de reumatología* 2017; 57(4):356-363.
6. Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Carbonell J A, Blotman F, Matucci-Cerinic M. *Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries*. In *Seminars in arthritis and rheumatism* 2010; 39(6): 448-453.
7. Bernardi L, Bertuccelli M, Formaggio E, Rubega M, Bosco G, Tenconi E, Del Felice A. *Beyond physiotherapy and pharmacological treatment for fibromyalgia syndrome: tailored tACS as a new therapeutic tool*. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 2021; 271(1): 199-210.
8. Cuesta-Vargas AI, Adams N. *A pragmatic community-based intervention of multimodal physiotherapy plus deep water running (DWR) for fibromyalgia syndrome: a pilot study*. *Clinical rheumatology* 2011; 30(11): 1455.
9. Valencia M, Alonso B, Alvarez M J, Barrientos M J, Ayán C, Sánchez V M. *Effects of 2 physiotherapy programs on pain perception, muscular flexibility, and illness impact in women with fibromyalgia: a pilot study*. *Journal of manipulative and physiological therapeutics* 2009; 32(1): 84-92.
10. Winkelmann A, Bork H, Brückle W, Dextl C, Heldmann P, Henningsen P, Häuser W. *Physiotherapy, occupational therapy and physical therapy in fibromyalgia syndrome: Updated guidelines 2017 and overview of systematic review articles*. *Schmerz* 2017; 31(3): 255-265.
11. Fonseca A C S, Faria P C, Alcântara M A, Pinto W. D, De Carvalho L G. *Effects of aquatic physiotherapy or health education program in women with fibromyalgia: a randomized clinical trial*. *Physiotherapy theory and practice* 2021; 37(5): 620-632.
12. Stucki, MOG. *Physical therapy in the treatment of fibromyalgia*. *Scandinavian journal of rheumatology* 2000; 29(113): 78-85.
13. Moher D, Tetzlaff J, Tricco AC, Sampson MA. *Epidemiology and reporting characteristics of systematic reviews*. *PLoS Med*. 2007; 4: 78.

14. Higgins JPT GS. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Cochrane Collab 2011;Version 5.:1–639.
15. Latorre PÁ, Santos MA, Heredia-Jiménez JM, Delgado-Fernández M, Soto VM, Mañas A, Carbonell-Baeza A. *Effect of a 24-week physical training programme (in water and on land) on pain, functional capacity, body composition and quality of life in women with fibromyalgia*. Clin Exp Rheumatol. 2013; 31(6): 72-80.
16. Martín Noguerras AM, Calvo Arenillas JI. *Eficacia del tratamiento de fisioterapia en la mejora del dolor y la calidad de vida en pacientes con fibromialgia*. Rehabilitación. 2012; 46(3): 199-206.
17. Andrade CP, Zamunér AR, Forti M, Tamburús NY, Silva E. *Effects of aquatic training and detraining on women with fibromyalgia: controlled randomized clinical trial*. Eur J Phys Rehabil Med. 2019;55(1): 79-88.
18. Mannerkorpi K, Nordeman L, Ericsson A, Arndorff M; GAU Study Group. *Pool exercise for patients with fibromyalgia or chronic widespread pain: a randomized controlled trial and subgroup analyses*. J Rehabil Med. 2009; 41(9): 751-60.
19. Mannerkorpi K, Nordeman L, Cider A, Jonsson G. *Does moderate-to-high intensity Nordic walking improve functional capacity and pain in fibromyalgia? A prospective randomized controlled trial*. Arthritis Res Ther. 2010; 12(5): 189.
20. Sousa Fonseca AC, Faria PC, De Alcântara MA, Dias Pinto W, De Carvalho LG, Lopes FG, Pereira Pernambuco A. *Effects of aquatic physiotherapy or health education program in women with fibromyalgia: a randomized clinical trial, Physiotherapy Theory and Practice*. 2019, DOI: 10.1080/09593985.2019.1639229.
21. Melo Vitorino D, Coin LB, Fernandes do Prado G. *Hydrotherapy and conventional physiotherapy improve total sleep time and quality of life of fibromyalgia patients: Randomized clinical trial*. Sleep Medicine. 2006; 7: 293–296
22. Sevimli D, Kozanoglu E, Guzel R, Doganay A. *The effects of aquatic, isometric strength-stretching and aerobic exercise on physical and psychological parameters of female patients with fibromyalgia syndrome*. J Phys Ther Sci. 2015;27(6): 1781-6.
23. Atan T, Karavelioğlu Y. *Effectiveness of High-Intensity Interval Training vs Moderate-Intensity Continuous Training in Patients With Fibromyalgia: A Pilot Randomized Controlled Trial*. Arch Phys Med Rehabil. 2020;101(11):1865-1876.
24. Langley GB, Sheppard H. *The visual analogue scale: its use in pain measurement*. Rheumatology international 1985; 5(4): 145-148.
25. Maquet D, Croisier JL, Demoulin C, Crielaard J M. *Pressure pain thresholds of tender point sites in patients with fibromyalgia and in healthy controls*. European Journal of Pain 2004; 8(2): 111-117.
26. Burckhardt C S, Jones K D. *Adult Measures of Pain: The McGill Pain Questionnaire (MPQ)*. Arthritis & Rheumatism: Arthritis Care & Research 2003.
27. Neumann L, Berzak A, Buskila D. *Measuring health status in Israeli patients with fibromyalgia syndrome and widespread pain and healthy individuals: Utility of the Short Form 36-item health survey (SF-36)*. In Seminars in arthritis and rheumatism 2000; 29(6): 400-408).
28. Rivera J, González T. *The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia*. Clinical and experimental rheumatology 2004; 22: 554-560.

OPOSICIONES
Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com

Facebook, Twitter, Instagram icons and QR code.

Estrés laboral en Enfermería de Cuidados Críticos

Cobos-López, G. Soriano-Torres, A. Seijo-López, M.L.
"Estrés laboral en enfermería de cuidados críticos".
SANUM 2021, 5(4) 74-85

AUTORES

Gonzalo Cobos López.
Enfermero

Hospital Virgen de las Nieves (Granada).

Álvaro Soriano Torres


Enfermero. Hospital Virgen de las Nieves (Granada).

María Luisa Seijo López

Enfermera. Hospital Virgen de las Nieves (Granada).

Autor de correspondencia:

Gonzalo Cobos López

 gonzalocobos97@gmail.com

Tipo de artículo:

Artículo de revisión

Sección:

Salud laboral

F. recepción: 14-09-2021

F. aceptación: 18-10-2021

Resumen

Introducción: El estrés laboral es una condición física y emocional desfavorable para cualquier trabajador. Las profesiones sanitarias están muy afectadas por este, observándose prevalencias muy elevadas en los últimos años en el sector de la enfermería. El estrés en enfermería está causado principalmente por sobrecarga laboral, largas jornadas, cuidados muy específicos de los pacientes o la elevada cantidad de protocolos a seguir; causando en última instancia una mala asistencia a los pacientes.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scopus y Cinahl. Se incluyeron artículos de estudios primarios cuantitativos acerca del estrés en UCI (unidad de cuidados intensivos), en inglés o español y sin restricción de año de publicación. Para la recogida de datos se realizó una tabla descriptiva con el primer autor y año de publicación, país de publicación, el diseño del estudio, la muestra, la medida de estrés de los enfermeros, resultados principales del artículo, nivel de evidencia y grado de recomendación.

Resultados: Tras la lectura a texto completo de los 1287 artículos iniciales de la búsqueda se incluyeron un total de 10. En dichos artículos se resalta la prevalencia del estrés laboral entre las enfermeras de UCI con diferentes niveles desde leve a intenso. Una serie de escalas para cuantificar dicho estrés, como la escala de estrés percibido. Por último, los diferentes factores que causan el descrito estrés como son la falta de profesionales, el ambiente ruidoso, la personalidad, la meticulosidad o la falta de personal.

Conclusiones: El estrés laboral afecta a un gran número de enfermeras de UCI por lo que es necesaria la implementación de programas de intervención para ellas, lo cual les ayudará a lidiar con el estrés y por tanto mejorará mucho la calidad de los cuidados brindados a los pacientes.

Palabras clave:

Estrés laboral;
Enfermería;
Unidades de cuidados intensivos;
Factores de riesgo;
Prevalencia.

Occupational stress in Critical Care Nursing

Abstract

Introduction: Occupational stress is an unfavorable physical and emotional condition for any worker. The health professions are highly affected by it, with very high prevalences in recent years in the nursing sector. Nursing stress is mainly caused by work overload, long hours, very specific patient care or the high number of protocols to follow; ultimately causing poor patient care.

Methodology: A bibliographic search was carried out in the following databases: Pubmed, Scopus and Cinahl. Articles from quantitative primary studies on stress in ICU (intensive care unit) were included, in English or Spanish and without restriction of year of publication. For data collection, a descriptive table was made with the first author and year of publication, country of publication, study design, sample, measure of nurses' stress, main results of the article, level of evidence and degree of recommendation.

Results: After reading the full text of the 1287 initial articles of the search, 10 of them were included. These articles highlight the prevalence of work stress among ICU nurses with different levels from mild to intense. A series of scales to quantify such stress, such as the perceived stress scale. Finally, the different factors that cause the stress described, such as the lack of professionals, the noisy environment, the personality, the meticulousness or the lack of personnel.

Conclusions: Work-related stress affects a large number of ICU nurses, so it is necessary to implement intervention programs for them, which will help them deal with stress and therefore greatly improve the quality of care provided to patients.

Keywords:

Occupational Stress;
Nursing,
Intensive Care Units,
Risk factors,
Prevalence.

Test-posicionenes.net

Introducción

El estrés laboral se define como una condición tanto física como emocional debido en gran parte de las ocasiones a la carga de trabajo elevada o sobrecarga laboral, una larga jornada o condiciones adversas en el ámbito de trabajo u organizacional¹.

Las profesiones sanitarias son de las más afectadas por el estrés², un ejemplo claro de esta situación se encuentra en Canadá donde según la Federación de Enfermería Canadiense un 86% de enfermeras padecían estrés laboral³, en Australia encontramos una incidencia de estrés y ansiedad entre enfermeras de un 41,2%⁴. Si estas cifras ya eran alarmantes, durante este último año de pandemia con el COVID-19 se han visto incrementadas a prevalencias del 45%⁵ o incluso hasta 56,4%⁶ en todos los profesionales ya no solo enfermeras. Aunque no solo las profesiones sanitarias están expuestas a este tipo de estrés, como se puede observar en ciertos artículos la cual llega a afectar al 40% de los trabajadores de los sectores públicos tanto en España como fuera del país⁷.

Debido a estas cifras, es necesario poder cuantificar cómo de afectado se encuentra el personal mediante el uso de escalas. Una de las principales escalas usadas para medir el estrés es la escala del estrés percibido (PSS) inicialmente usada por Cohen et al; la cual consiste en un cuestionario auto-administrado que consta de 10 preguntas para el usuario evaluadas con una escala Likert de 5 puntos donde se pueden obtener resultados desde estrés bajo (puntuación de 0 a 13), estrés moderado (puntuación de 14 a 26) y estrés alto (puntuación de 27-40)⁸.

En especial, este estrés generado en los trabajadores puede tener efectos muy negativos a nivel psicológico como una disminución del rendimiento en el trabajo, intención de dejar el susodicho, menor satisfacción con el desempeño laboral, una disminución de la calidad de vida del trabajador, e incluso puede llegar a afectar a la concentración y a la toma de decisiones¹.

Otros aspectos negativos a nivel físico pueden llegar a ser algunos tales como un incremento de enfermedades cardíacas crónicas, problemas gas-

trointestinales derivados de la ansiedad y trastornos a nivel musculoesquelético⁹.

Además, este estrés está muy presente en los profesionales de la Salud y más concretamente en los de enfermería, los cuales no están exentos del padecimiento del mismo como anteriormente mencionábamos, y menos aún desde finales de 2019 con la aparición del Sars-CoV-2. Las enfermeras son más susceptibles de padecer este tipo de estrés debido al alto riesgo y la elevada presión a la que se enfrentan a diario en cada turno.

El número de enfermeras con altos índices de estrés se ha visto incrementado en los últimos años, además entre estas se encuentran enfermeras más veteranas, las cuales en numerosas ocasiones tienen un doble papel: cuidar de los pacientes a su cargo en cada jornada laboral y enseñar a las enfermeras más jóvenes o inexpertas.

La pérdida de estas enfermeras puede llegar a disminuir la calidad de los cuidados que se le dan a los pacientes¹⁰. Diversos estudios muestran que enfermeras con un elevado estrés laboral conlleva una peor calidad de cuidados, empeoramiento del sistema de salud e incluso mayor riesgo de padecer ansiedad, depresión y dolencias físicas como por ejemplo lumbalgia, dorsalgia o cefaleas¹¹.

Por otra parte, se encuentran las enfermeras que trabajan en Unidades Hospitalarias de Cuidados Intensivos o Urgencias, las cuales están expuestas a un mayor estrés laboral, con una incidencia de hasta un 40% en muchas ocasiones. Esto se debe a factores tales como que los pacientes necesitan una gran cantidad de cuidados y sobre todo muy específicos, junto con una gran cantidad de protocolos a seguir relacionados con el uso de medicación intravenosa, aislamiento del personal y del propio paciente, cuidados relacionados con la higiene de los pacientes o de soporte vital, entre otros^{12,13}.

Objetivo: Describir el estrés laboral al que se ven sometidas las enfermeras de Unidades de Cuidados Críticos.

Metodología

Diseño

La búsqueda bibliográfica fue realizada a través de las bases de datos a continuación descritas: Pubmed, Scopus y Cinahl. La ecuación de búsqueda usada fue la siguiente: "Occupational stress AND

En enero 2022, PRÓXIMO NÚMERO
Revista Científico-Sanitaria SANUM
¡Anímate a publicar!

nurs* AND Intensive Care Unit". Los descriptores de dicha ecuación fueron tomados del tesoro Medical Subject Headings (MeSH).

Criterios de elegibilidad

Los criterios de inclusión de los artículos a analizar en esta revisión son: estudios primarios cuantitativos a texto completo acerca del estrés en las UCIs, que estuvieran en idioma inglés y/o español, sin restricción en el año de publicación y que estén relacionados con la temática de la búsqueda.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: excluir tesis doctorales, artículos de muestras mixtas, estudios duplicados en la búsqueda.

Proceso de selección de la información

Los artículos se seleccionaron siguiendo una serie de pasos: en primer lugar, una lectura de título y resumen de los resultados, seguida de una lectura a texto completo una vez depurados los primeros resultados de la búsqueda. También se realizó una búsqueda inversa a partir de los estudios incluidos en esta revisión para así obtener una mayor cantidad de estudios para su análisis.

La recogida de datos se realizó mediante una tabla descriptiva que incluye: el primer autor y año de publicación, país de publicación, el diseño del estudio, la muestra, la medida del estrés de los profesionales de enfermería en UCI, resultados principales, nivel de evidencia y grado de recomendación.

A continuación, se realizó una lectura crítica de los estudios para evaluar su nivel de evidencia y recomendación.

Calidad de los estudios seleccionados

La calidad de los estudios de esta revisión se ha evaluado con las directrices de niveles de evidencia y grados de recomendación del Oxford Center for Evidence-Based Medicine (OCEBM)¹⁴.

Resultados

Al comienzo, tras realizar la primera búsqueda bibliográfica se encontraron 1287 estudios entre las

diferentes bases de datos, de los cuales se eliminaron 563 duplicados y otros por una criba por título y resumen quedando para lectura a texto completo 22 artículos.

Tras esta lectura a texto completo se incluyeron en esta revisión un total de n=10 estudios (los 11 restantes fueron excluidos por tener muestras mixtas, por idioma, y temática principalmente). Diagrama de flujo del proceso en Figura 1.

La mayoría de los estudios son transversales, también encontramos ECA (ensayo clínico aleatorizado) o estudios cuasi-experimentales.

La mayoría de los artículos son llevados a cabo en otros países salvo uno en España. Se puede observar con más detenimiento el resto de características de los estudios en las diferentes columnas que componen la Tabla 1.

1. Prevalencia de estrés

Cabe destacar el alto porcentaje de enfermeras de UCI que sufren síntomas de estrés, obteniéndose datos como por ejemplo un estrés moderado de un 47,3%; elevados niveles de estrés en un 23,2%¹⁵; además se encuentran los datos de Moura et al¹⁶ resaltando un 70,8% de síntomas de estrés moderado en las enfermeras hasta un 18,1% de estrés intenso. En otros casos dichos niveles de estrés llegan a producir incluso síntomas depresivos en las profesionales (hasta un 22% de las enfermeras)¹⁷.

2. Escalas para medir el estrés en los profesionales de enfermería

Se administran diferentes escalas acerca del estrés que sufren los profesionales ya sean enfermeros o médicos. Uno de ellos es por ejemplo el caso del estudio de Karabulut et al¹⁸ en el que usa una escala de estrés percibido (PSS) viéndose como las enfermeras presentan una mayor puntuación de estrés que otros profesionales como los médicos, 29,98 y 28,92 respectivamente.

Otro estudio que usa este tipo de mediciones es el de Barbanatai et al¹⁹, el cual usa la escala *Expanded Nursing Stress Scale (ENSS)*, observándose una media de estrés en Enfermería de 149,33 de un máximo de 228 puntos en esta escala en concreto. Esta diferencia también es vista por Johnson-Coyle et al²⁰ el cual usa dos escalas, una de estrés moral (MDS-R) y la MBI del burnout. Otros usan la PQLS,

una escala referida a la calidad de vida profesional de las enfermeras^{17,21}. Y por último Moura et al¹⁶ usan dos escalas: el test de Baccaro y la escala de estrés laboral OSS.

3. Factores que ocasionan estrés a las enfermeras

Tras la revisión de los diferentes artículos que componen la tabla de resultados se resaltan algunos de los diferentes factores que han influido en los niveles de estrés de los profesionales.

Estos factores son la falta de profesionales en los centros hospitalarios, un ambiente ruidoso de trabajo debido a todo el aparataje de las UCI²², también pueden influir la personalidad de las enfermeras y su capacidad para lidiar con el estrés, como por ejemplo la extroversión de las enfermeras o los años de experiencia en la UCI pueden favorecer un menor estrés en estos profesionales, sin embargo una alta meticulosidad a la hora de trabajar puede favorecer un mayor estrés percibido por los profesionales²³.

Con Henrich et al²⁴ se observa resultados similares a los anteriores mencionados, unas enfermeras de cuidados intensivos que se encuentran estresadas, frustradas por su duro trabajo y las situaciones que afrontan diariamente, dolidas por "no poder hacer más por el paciente" e incluso algunas incluso llegando a dimitir de su puesto de trabajo.

4. Otros efectos del estrés

El estudio de Casado et al²⁵ destaca el problema de este estrés laboral en los profesionales de una manera más bioquímica en el cual se tomaron muestras de sangre a los diferentes participantes del estudio para determinar valores de diferentes enzimas oxidativas y de posibles radicales libres en sangre.

Se vio que en aquellas enfermeras que trabajaban en turnos nocturnos tenían más elevados estos factores.

Algunas de estas enzimas denominadas ROS (especies reactivas de oxígeno en inglés) junto con los radicales libres pueden influir a nivel macromolecular llegando incluso a provocar modificaciones en algunas cadenas del ADN (ácido desoxirribonucleico) celular, lo cual tiene múltiples efectos negativos en nuestro cuerpo, el más común es el envejecimiento.

Discusión

El objetivo de esta revisión bibliográfica acerca del estrés laboral de profesionales de enfermería en UCI era el de determinar el grado de estrés al que están expuestas a día de hoy e incluso en algunos casos durante la pandemia de COVID-19.

Las cifras de estrés laboral son un dato preocupante, tanto para la salud de los propios trabajadores como para los pacientes. Dentro de la profesión enfermera esto es algo que lleva observándose con más detenimiento en los últimos años. Dentro de las UCI prácticamente la mitad de las enfermeras padecen síntomas de estrés ya sean leves, moderados o intensos. Estas cifras no sólo se dan en UCI, sino que afecta a muchas especialidades, destacando el servicio de Urgencias. Éste último presenta cifras similares de estrés en sus profesionales en torno al 60-70% se puede llegar a ver en otros estudios²⁶. Esta variación en las cifras puede deberse a factores como la falta de personal; ocasionada en su mayoría por la pandemia de COVID-19 la cual provocó en prácticamente todo el mundo el colapso de numerosos hospitales y una reestructuración de los mismos. Se transformaron en hospitales COVID-19, que junto con la falta de material de protección necesario provocaba contagios ya no solo entre los pacientes sino entre los propios profesionales, los cuales debían de permanecer aislados el tiempo necesario dejando su puesto de trabajo muchas veces sin poder cubrirse aumentando de gran manera la carga de trabajo en el hospital. Ahora bien, todo este aumento de la carga de trabajo llevaba consigo un aumento del número de turnos que los profesionales debían de realizar, lo cual les exponía aún más a un ambiente peligroso durante más tiempo aumentando su estrés de forma exponencial^{26,27}. La falta de protocolos y los cambios rápidos de tecnología son otros factores que han influido en el estrés de las enfermeras, en el primer caso no sólo es aplicable a la pandemia de COVID-19, una falta de protocolos bien definidos a la hora de los cuidados hospitalarios de un paciente crítico puede determinar la mejoría o empeoramiento del mismo²⁸. En otros estudios similares las cifras de estrés vienen dadas por factores como el hecho de ser hijo único; este factor se ha visto incrementado además por el COVID-19, ya que muchas enfermeras temían contagiarse y padecer síntomas letales dejando a sus familiares sin ese único hijo²⁹.

Asimismo, los diferentes problemas que puedan surgir con los compañeros de trabajo ya sean también enfermeras, auxiliares de enfermería o médicos junto con los supervisores de la unidad; se ha obser-

vado que influye con un aumento del estrés en los profesionales que llegan incluso a plantearse el dejar el trabajo o trasladarse a otros hospitales o unidades. Por último, en algunos casos los conflictos dentro del matrimonio y estar al cuidado de niños pequeños afecta a las enfermeras con un aumento del estrés³⁰.

Como se ha visto, el estrés laboral puede conllevar consigo un envejecimiento más rápido junto con otros problemas a nivel celular dentro del organismo de las personas. Esto se debe a la liberación de radicales libres por el estrés. Estos radicales libres no sólo llevan consigo el envejecimiento, sino que pueden llegar a causar patologías como Alzheimer, asma, algunas cardiopatías, problemas gastrointestinales, etc.³¹.

Una de las maneras de prevenir la aparición de este tipo de moléculas en el organismo es mediante una buena calidad y cantidad de sueño, ya que la falta de éste puede conllevar a un aumento tanto de radicales libres como de especies reactivas de oxígeno en el medio celular³². Con los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica se puede indicar que sería necesario en un futuro realizar intervenciones acerca del sueño en las enfermeras y ver exactamente la relación entre los diferentes radicales libres en sangre, la cantidad y calidad del sueño de cada profesional y su nivel de estrés.

Esta revisión bibliográfica presenta algunas limitaciones. Debido a que la mayoría de los estudios revisados son descriptivos, su nivel de evidencia es bajo, pero adecuado para observar las prevalencias de estrés y relacionarlas con las diferentes variables y factores que influyen en él. Con respecto a los países de realización de los estudios y su año de publicación han sido tenidos en cuenta en la interpretación de los resultados. Por último, indicar la falta de estudios que midan íntegramente el estrés laboral como tal, ya que la gran mayoría de la literatura se centra en burnout; algo también tenido en cuenta en la interpretación.

Discussion

The objective of this systematic review about the work stress of ICU nursing professionals was to determine the degree of stress to which they are exposed nowadays and even in some cases during the COVID-19 pandemic.

The work-related stress figures are a worrying fact, both for the health of the workers themselves and for the patients. Within the nursing profession

this is something that has been observed more closely in recent years. Within ICUs, almost half of nurses suffer from mild, moderate or severe stress symptoms. These numbers are not only given in the ICU, but also affect many specialties, highlighting the Emergency service. The latter presents similar figures of stress in its professionals, around 60-70%, which can be seen in other studies²⁶. This variation in the figures may be due to factors such as lack of personnel; caused mostly by the COVID-19 pandemic, which caused the collapse of many hospitals in practically the entire world and a restructuring of them. They changed into COVID-19 hospitals, which together with the lack of necessary protective material caused contagion not only among patients but also among the professionals themselves, who had to remain isolated for the necessary time, leaving their job many times without being covered and greatly increasing the workload in the hospital. However, all this increased workload led to an increase in the number of shifts that professionals had to perform, which exposed them even more to a dangerous environment for a longer time, increasing their stress exponentially^{26,27}. The lack of protocols and rapid changes in technology are other factors that have influenced the stress of nurses, in the first case it is not only applicable to the COVID-19 pandemic, a lack of well-defined protocols when it comes to hospital care of a critical patient can determine its improvement or worsening²⁸. In other similar studies, the stress numbers are exposed by factors such as being an only child; this factor has also been increased by COVID-19, since many nurses feared becoming infected and suffering lethal symptoms, leaving their family members without that only child²⁹.

Likewise, the different problems that may arise with co-workers, whether they are also nurses, nursing assistants or doctors, together with the unit supervisors; It has been observed that it influences with an increase in stress in professionals who even consider leaving work or moving to other hospitals or units. Finally, in some cases, conflicts within marriage and being in the care of young children affect nurses with increased stress³⁰.

As has been seen, work stress can lead to faster aging along with other problems at the cellular level within people's bodies. This is due to the release of free radicals from stress. These free radicals not only lead to aging, but can also cause diseases such as Alzheimer's, asthma, some heart diseases, gastrointestinal problems, etc.³¹.

One of the ways to prevent the appearance of this type of molecules in the body is through a

good quality and quantity of sleep, since the lack of it can lead to an increase in both free radicals and reactive oxygen species in the environment. *cell*³². With the studies included in this bibliographic review, it would be necessary in the future to carry out sleep interventions in nurses and see exactly the relationship between the different free radicals in the blood, the quantity and quality of sleep of each professional and their level of stress.

This literature review has some limitations. Since most of the studies reviewed are descriptive, their level of evidence is low, but adequate to observe the prevalence of stress and relate them to the different variables and factors that influence it. Regarding the countries where the studies were carried out and their year of publication, they have been taken into account in the interpretation of the results. Finally, indicate the lack of studies that fully measure work stress as such, since the vast majority of the literature focuses on burnout, something also taken into account in the interpretation.

Conclusiones

El estrés laboral es un problema real que afecta a la gran mayoría de los profesionales de enfermería en el ámbito de UCI, ya sea por la carga de trabajo elevada, las diferentes jornadas laborales rotatorias, el instrumental de la unidad, etc.

Es fundamental la implementación en estas unidades de programas de intervención para reducir el estrés laboral, ya que en muchas ocasiones se ha visto que ayuda a las enfermeras, y por tanto se ayudará a que los pacientes reciban unos mejores cuidados dentro de la situación tan delicada en la que se encuentran.

Conclusion

Occupational stress is a real problem that affects the vast majority of nursing professionals in the ICU environment, due to the high workload, the different rotating working hours, the unit's instruments, etc.

It is essential to implement intervention programs in these units to reduce work stress, since on many occasions it has been proved that it helps nurses, and therefore it will help patients receive better care within such a delicate situation in which they are.

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

Ninguna.

Conflicto de Intereses

No existen.

Publicación

Presentado como póster en: VIII Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento (15-16 de septiembre 2021).

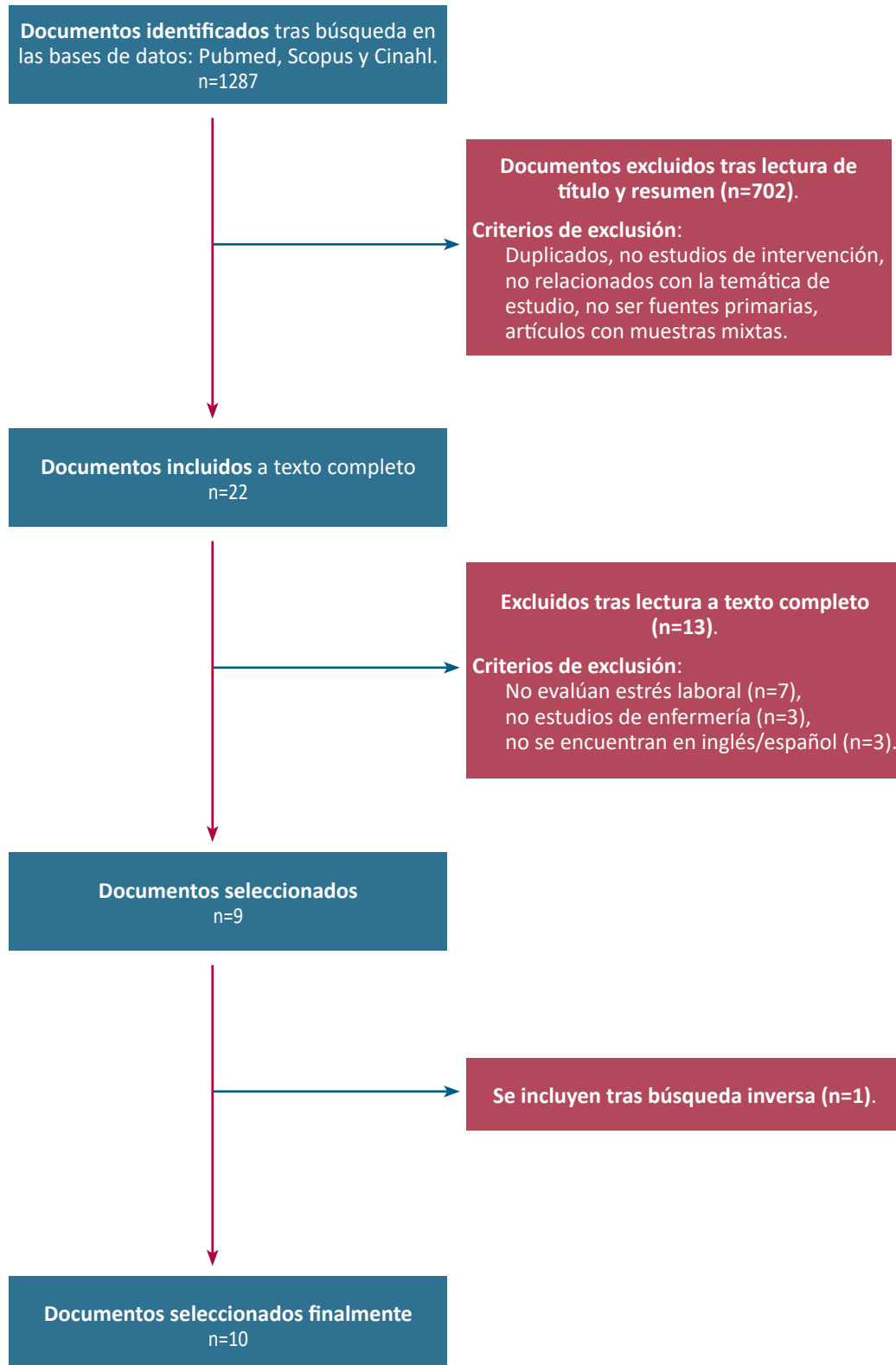
BIBLIOGRAFÍA

1. Kakemam E, Raeissi P, Raoofi S, Soltani A, Sokhanvar M, Visentin D, et al. *Occupational stress and associated risk factors among nurses: a cross-sectional study*. *Contemp Nurse*. 2019;55(2-3):237-49.
2. Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. *Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession*. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):240-9.
3. Nowrouzi B, Lightfoot N, Larivière M, Carter L, Rukholm E, Schinke R, et al. *Occupational stress management and burnout interventions in nursing and their implications for healthy work environments: A literature review*. *Work Heal Saf*. 2015;63(7):308-15.
4. Maharaj S, Lees T, Lal S. *Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses*. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(1).
5. Salari N, Khazaie H, Hosseini-Far A, Khaleidi-Paveh B, Kazemini M, Mohammadi M, et al. *The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression*. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):1-14.
6. Badahdah A, Khamis F, Al Mahiyjari N, Al Balushi M, Al Hatmi H, Al Salmi I, et al. *The mental health of health care workers in Oman during the COVID-19 pandemic*. *Int J Soc Psychiatry*. 2021;67(1):90-5.

7. Macías Morón JJ, Valero-Aguayo L, Bond FW, Blanca MJ. *The efficacy of functional-analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy (FACT) for public employees*. *Psicothema*. 2019;31(1):24-9.
8. Lee EH. *Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale*. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2012;6(4):121-7.
9. Chirico F. *Job stress models for predicting burn-out syndrome: a review*. *Ann Ist Super Sanità*. 2016;52(4):443-56.
10. Luan X, Wang P, Hou W, Chen L, Lou F. *Job stress and burnout: A comparative study of senior and head nurses in China*. *Nurs Heal Sci*. 2017;19(2):163-9.
11. Gu B, Tan Q, Zhao S. *The association between occupational stress and psychosomatic wellbeing among Chinese nurses: A cross-sectional survey*. *Med (United States)*. 2019;98(22):1-6.
12. Pich J. *Preventing occupational stress in healthcare workers*. *Res Nurs Heal*. 2018;41(4):408-9.
13. Da Silva AM, Guimarães LAM. *Occupational stress and quality of life in nursing*. *Paideia*. 2016;26(63):63-70.
14. J.Primo. *Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II)*. *Enferm Inflamatoria Intest al día*. 2003;2:39-42.
15. Amin AA, Vankar JR, Nimbalkar SM, Phatak AG. *Perceived stress and professional quality of life in neonatal intensive care unit nurses in gujarat, india*. *Indian J Pediatr*. 2015;82(11):1001-5.
16. Moura R dos S, Saraiva FJC, Santos RM dos, Rocha KR da SL, Barbosa VM da S, Calles AC do N, et al. *Nursing stress levels in intensive care units*. *J Nurs UFPE / Rev Enferm UFPE*. 2019;13(3):569-77.
17. Moore BM, Schellinger K. *An examination of the moderating effect of proactive coping in NICU nurses*. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2018;32(3):275-85.
18. Karabulut N, Gürçayır D, Yaman Aktaş Y, Kara A, Kızıloğlu B, Arslan B, et al. *The effect of perceived stress on anxiety and sleep quality among healthcare professionals in intensive care units during the coronavirus pandemic*. *Psychol Health Med*. 2021;26(1):119-30.
19. Babanataj R, Mazdarani S, Hesamzadeh A, Gorji MH, Cherati JY. *Resilience training: Effects on occupational stress and resilience of critical care nurses*. *Int J Nurs Pract*. 2019;25(1).
20. Johnson-Coyle L, Opgenorth D, Bellows M, Dhaliwal J, Richardson-Carr S, Bagshaw SM. *Moral distress and burnout among cardiovascular surgery intensive care unit healthcare professionals: A prospective cross-sectional survey*. *Can J Crit Care Nurs*. 2016;27(4):27-36.
21. Amin AA, Vankar JR, Nimbalkar SM, Phatak AG, Amin AA, Vankar JR, et al. *Perceived Stress and Professional Quality of Life in Neonatal Intensive Care Unit Nurses in Gujarat, India*. *Indian J Pediatr*. 2015;82(11):1001-5.
22. Hays MA, All AC, Mannahan C, Cuaderes E, Wallace D. *Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses*. *Dimens Crit Care Nurs*. 2006;25(4):185-93.
23. Burgess L, Irvine F, Wallymahmed A. *Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study*. *Nurs Crit Care*. 2010;15(3):129-40.
24. Henrich NJ, Dodek PM, Gladstone E, Alden L, Keenan SP, Reynolds S, et al. *Consequences of moral distress in the intensive care unit: a qualitative study*. *Am J Crit Care*. 2017;26(4):48-57.
25. Casado Á, Castellanos A, López-Fernández ME, Ruíz R, García Aroca C, Noriega F. *Relationship between oxidative and occupational stress and aging in nurses of an intensive care unit*. *Age (Omaha)*. 2008;30(4):229-36.
26. Kim JS, Choi JS. *Factors Influencing Emergency Nurses' Burnout During an Outbreak of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus in Korea*. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2016;(295-299).
27. Portero de la Cruz S, Cebrino J, Herruzo J, Vaqueiro-Abellán M. *A Multicenter Study into Burnout, Perceived Stress, Job Satisfaction, Coping Strategies, and General Health among Emergency Department Nursing Staff*. *J Clin Med*. 2020;9(4):1007.
28. González-Gil MT, González-Blázquez C, Parro-Moreno AI, Pedraz-Marcos A, Palmar-Santos A, Otero-García L, et al. *Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services*. *Intensive Crit care Nurs*. 2021;62:102966.
29. Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N, et al. *Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic*. *J Nurs Manag*. 2020;28(5):1002-9.
30. Lee EK, Kim JS. *Nursing stress factors affecting turnover intention among hospital nurses*. *Int J Nurs Pract*. 2020;26(6):1-7.
31. Sharma GN, Gupta G, Sharma P. *A comprehensive review of free radicals, antioxidants, and their relationship with human aliments*. 2018;28(2):139-54.
32. Vaccaro A, Kaplan Dor Y, Nambara K, Pollina EA, Lin C, Greenberg ME, et al. *Sleep loss can cause death through accumulation of reactive oxygen species in the gut*. *Cell*. 2020;181(6):1307-1328.

ANEXOS

Figura 1.



— Test de — Autoevaluación

**¡Con más de
2.000 preguntas!**

ENFERMEROS
— Test de —
Autoevaluación



PARTE SANITARIA POR TEMÁTICAS

- Calidad en el Sistema Sanitario
- Planificación Sanitaria
- Urgencia y Emergencia
- Administración de Medicamentos
- Valoración Enfermera
- Biología...

ER
Rodio
ediciones

**AUXILIARES DE
ENFERMERÍA**
— Test de —
Autoevaluación



ABORDA ENTRE OTRAS TEMÁTICAS

- Documentación sanitaria
- Relación profesional sanitario-enfermo
- Higiene y aseo del paciente
- Necesidades de movimiento del paciente
- Limpieza, desinfección y esterilización
- Recogida de muestras biológicas...

ER
Rodio
ediciones

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com



Tabla 1.

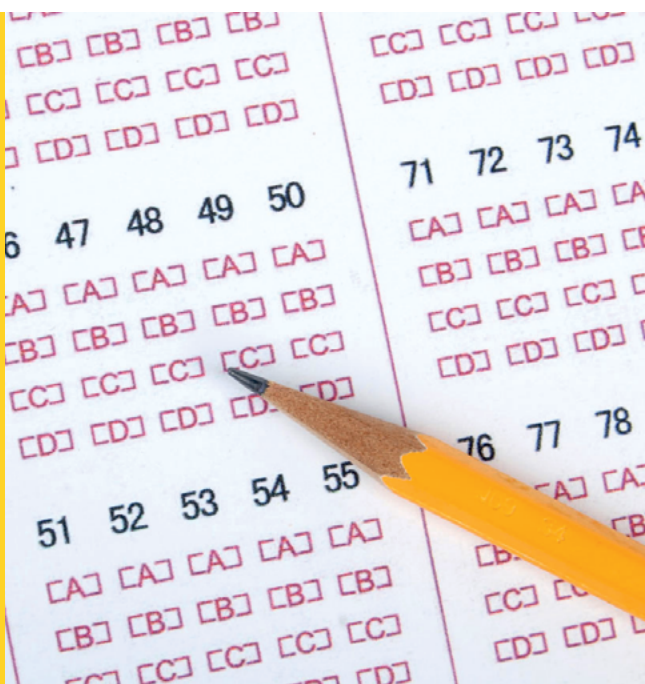
Autor y año (País)	Diseño	Muestra	Prevalencia	Resultados	Nivel evidencia	Grado de recomendación
Hays, Margaret A, 2006 (Estados Unidos)	Estudio descriptivo	135 enfermeras de 7 Hospitales diferentes(excluyendo a aquellas que trabajaban menos de 30 horas en UCI, con menos de un año de experiencia en esa unidad y enfermeras de UCI pediátrica).	Frecuencias en % de los distintos factores que influyen en el estrés de las enfermeras. El más frecuente relacionado con estrés elevado con un 49.6% es la falta de profesionales y el más frecuente relacionado con un estrés menor es un ambiente de trabajo ruidoso con un 67.4%.	Muestra una serie de figuras en las que se analizan los diferentes factores estresantes en la UCI medidos con una escala numérica de 0-10. Una puntuación de 0-3 indicaba estrés bajo, de 4 a 7 moderado y de 8 a 10 alto. Los más frecuentes fueron la falta de personal (49.6%), problemas con los familiares de los pacientes (30.3%). Los factores que causaban menor estrés en los profesionales fueron un ambiente ruidoso de trabajo (67.4%); la exposición a la muerte del paciente (53.4%) y sentimientos de ineficacia (52.6%).	2c	B
Burgess L, 2010. Inglaterra.	Estudio transversal	83 enfermeras de un mismo Hospital a las que se les da un cuestionario (Nurse Stress Index) con 5 niveles de puntuación en una escala Likert.	Se realizó una correlación mediante el coeficiente de correlación de Spearman con un nivel de significación $p < 0.05$	No se obtuvo una correlación positiva entre el estrés laboral y la personalidad de las enfermeras. Se obtuvieron correlaciones negativas entre la extroversión de las enfermeras y la capacidad de lidiar con el estrés laboral; entre la meticulosidad y el nivel de estrés percibido; y los años de experiencia con el estrés en la unidad.	2c	B
Karabulut Neziha, 2020. Turquía.	Estudio descriptivo	Todos los profesionales de UCI que aceptasen participar en el estudio. Medido el estrés mediante la escala de estrés percibido (PSS)	Medias y correlaciones de los diferentes profesionales implicados (médicos, enfermeras, otros). En el caso de enfermería con una media de 29.98 en la PSS y de 42.67 en la escala de ansiedad.	Las medias de estrés en enfermería y en general en el resto de trabajadores no tienen relación estadísticamente significativa con ciertas características demográficas medidas (edad, género, nº de hijos, etc). La media de la puntuación obtenida en una escala acerca de la calidad del sueño es menor en los profesionales de enfermería (490.76) lo cual se relaciona con su puntuación mayor en la escala de PSS.	2c	B
Casado A. 2008. España.	ECA	Enfermeras de UCI de un Hospital de Madrid.	Medias de Burnout en las enfermeras en los diferentes turnos. TM: 42.67 TT: 52.08 TN: 43.00	El estrés laboral supone una elevación de del estrés oxidativo y de las enzimas que estoy conlleva, junto con un aumento de radicales libres que promueven el envejecimiento. Sobre todo se observa un aumento de los niveles de SOD y MDA en enfermeras de turno de tarde y de noche, en enfermeras con más años de experiencia (de 4.39 en la SOD en enfermeras con menos experiencia a 4.40 en aquellas con más o cifras de MDA de 282.60 y 376.63, respectivamente).	1a	A
Moore M. Brian, 2018. Estados Unidos.	Estudio descriptivo	Enfermeras del Hospital de Loma Linda que hayan trabajado mínimo un mes en UCI.	Medias y desviación estándar de estrés y burnout medidas mediante una escala de calidad de vida profesional (PQLS) (21.60 ± 4.80 y 20.15 ± 5.01 respectivamente).	La gran mayoría de los profesionales afirmaron tener síntomas de estrés, algunos desde más graves llegando incluso a sintomatología depresiva (22%), sin embargo, el 100% de las enfermeras afirmaron tener leves síntomas tanto de estrés como burnout (puntuación < 43). Por tanto, los resultados indican una correlación positiva entre los síntomas de estrés/burnout y de depresión.	2c	B
Amin A. 2015. India.	Estudio transversal	Enfermeras de UCI de diferentes Hospitales (n=129).	Medias de estrés mediante la escala PSS y PQLS. La media de estrés fue de 22.19. La mayoría de enfermeras (70.5%) se identificaron desde estrés moderado a elevado.	Un 47.3% de las enfermeras obtuvieron una puntuación de estrés moderado; el 29.5% como estrés leve y un 23.2% como elevado. Los resultados de la PSS se observó una correlación positiva con síntomas de burnout.	2c	B

Autor y año (País)	Diseño	Muestra	Prevalencia	Resultados	Nivel evidencia	Grado de recomendación
Henrich N. 2017. Canadá.	Estudio transversal	Enfermeras de diferentes UCIs de tres Hospitales.	Cuestionario administrado para mediciones cuantitativas en primer lugar y posteriormente se realizaron reuniones entre profesionales.	Mediante grupos las enfermeras exponían sentimientos tales como estrés, frustración, etc.	2c	B
Moura R. 2019. Brasil.	Estudio transversal	Enfermeras de cuatro UCIs diferentes.	Porcentaje de enfermeras con distintos niveles de estrés según las escalas usadas en el estudio (el test de Baccaro y la escala de estrés laboral OSS). Se observó que el 100% de las enfermeras participantes desarrollaban estrés con ambas escalas.	Destacar que la mayoría de las enfermeras presentan síntomas de estrés desde moderados (un 70.8%) hasta intenso (un 18.1%) según el test de Baccaro; según la OSS destacar un 66.7% de profesionales con estrés leve y un 5.6% con estrés elevado.	2c	B
Johnson-Coyle L. 2016. Estados Unidos.	Estudio transversal	Profesionales de la UCI de cardiología.	Medianas del estrés de las diferentes categorías de profesionales de la UCI mediante la escala de estrés moral (MDS-R) y una escala de burnout (MBI). Se obtiene un valor de 80 para las enfermeras en la MDS-R.	Los niveles de estrés son mayores entre los profesionales de enfermería (80 de mediana según la MDS-R), salvo en el caso de los neumólogos con 5 puntos más que las enfermeras. Sin embargo, las enfermeras sí obtienen puntuaciones mayores en las puntuaciones de la escala MBI.	2c	B
Barbanataj R. 2019. Irán.	Estudio cuasi-experimental	Enfermeras con puestos de trabajo en UCIs de Irán.	Entrenamiento sobre resiliencia y estrés a las enfermeras. Medidas de estrés llevadas a cabo con el cuestionario <i>Expanded Nursing Stress Scale (ENSS)</i> . Las enfermeras comenzaron el estudio con valores de estrés de 149.33 (siendo el máximo 228) de media según la escala.	Niveles de estrés antes y después del entrenamiento a las enfermeras sobre cómo sobrellevar ese estrés. Se pasó de un valor de 149.33 a uno de 129.22 pasadas 5 sesiones de entrenamiento.	2c	B

Test-posiciones.net

T p

La mejor forma de preparar tu oposición



Rodio
ediciones

Colección
JURÍDICA



¡PÍDELOS EN TU LIBRERÍA!

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

www.edicionesrodio.com



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 "Descriptores 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, constandingo 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

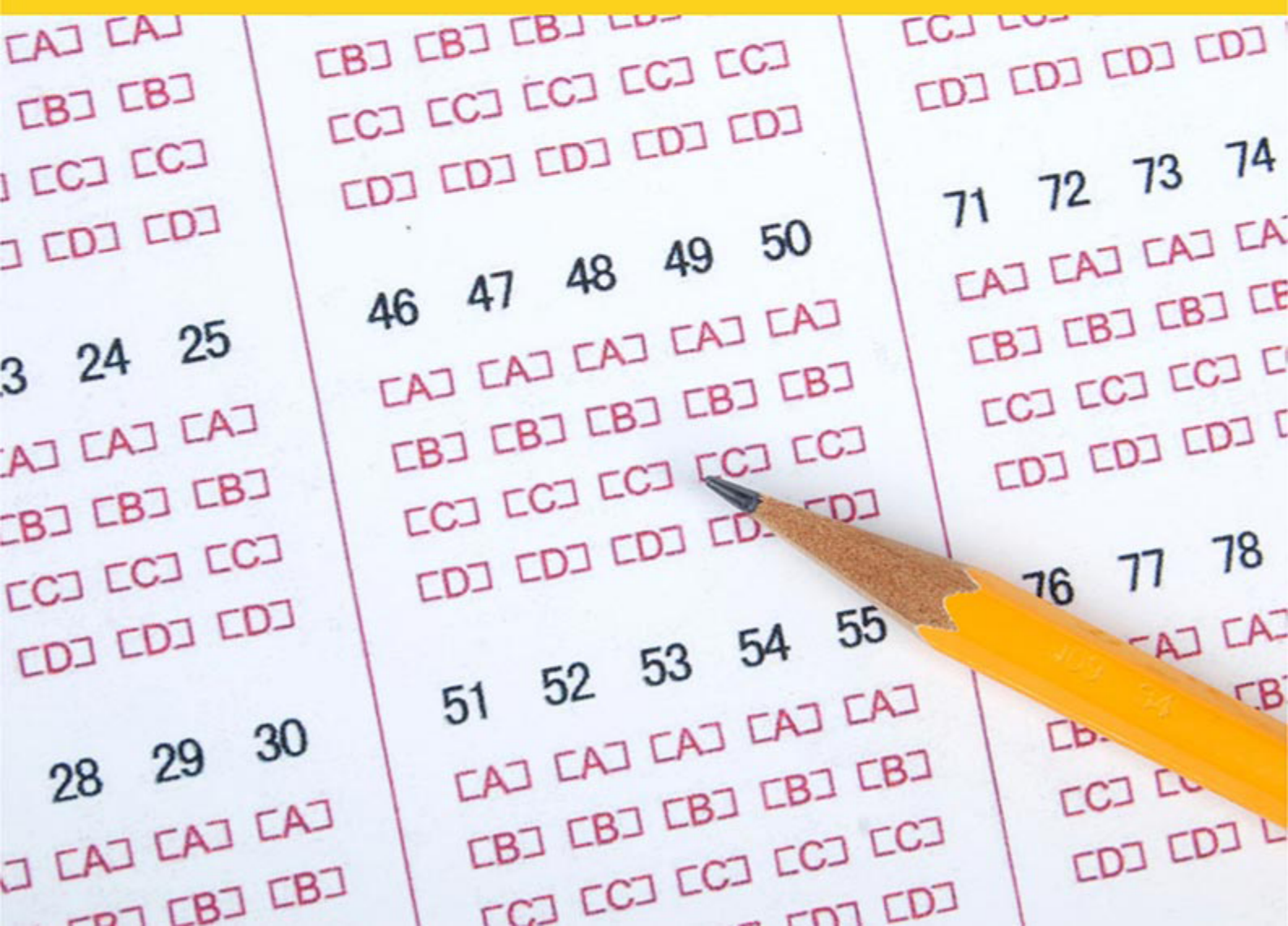
twitter: @SANUMcientifica

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

Test-posiciones.net

Top

La mejor forma de preparar tu oposición.



¿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!

