

SANUM

Volumen 7 N.º 1. Noviembre 2022-Enero 2023

Revista Científico-Sanitaria

ISSN 2530-5468

LA VALÍA DEL PROFESIONAL SANITARIO

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE MÉXICO Y ESPAÑA,
QUIENES AFRONTARON UNA PANDEMIA: ESTUDIO
CUALITATIVO

EL IMPACTO DE LAS REDES SOCIALES EN LA SALUD
MENTAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MANEJO DE LA BOMBA DE INSULINA PEDIÁTRICA

PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA INVESTIGACIÓN.
ELEMENTOS PRINCIPALES

IDENTIFICACIÓN PRECOZ DEL TRASTORNO BIPOLAR
EN EL PRIMER CONTACTO Y LA ACTUACIÓN
DE LA ENFERMERÍA

EFFECTIVIDAD DEL VENDAJE MULTICAPA EN EL
TRATAMIENTO DE ÚLCERAS VENOSAS



Servicios
Públicos

Andalucía



SANUM

Revista Científico-Sanitaria

Volumen 7 N.º 1


(Noviembre 2022-Enero 2023)

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

Secretaría Técnica

Coral Tirado Padilla

Diplomada en Relaciones Laborales. 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
Certificad 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 FISUM, 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

Rafael Luque Márquez

Licenciado en Medicina. Especialista en Medicina
Interna-Enfermedades Infecciosas. Unidad de
Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina
Preventiva (UCEIMP). Hospital Universitario Virgen del
Rocío. Sevilla. 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



Base de Datos Bibliográfica
de la Fundación Index (REHIC)



Catálogo 2.0
de Latindex



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



Bajo licencia
Creative Commons



SANUM

Revista Científico-Sanitaria

Sumario

Editorial

La valía del profesional sanitario..... 4-5
Díaz-Sánchez, E.

Artículo Original/Original

Profesionales de enfermería de México y España, quienes afrontaron una pandemia: estudio cualitativo..... 6-17
Fonseca-Gutiérrez, M.J. Bueno-Ferrán, M. Quiroz-Benhumea, L. Méndez-Salazar, V. Hernández-Ortega, Y.

Artículos de Revisión/Reviews

El impacto de las redes sociales en la salud mental. Revisión bibliográfica..... 18-28
Troya-Fernández, J.C. Perrián-Sotelo, N. Sánchez-Movellan-Pérez, P.

Manejo de la bomba de insulina pediátrica..... 30-43
Bernal-Zarzuela, P. Ordoñez-Marchena, A., Vázquez-González, A.M.

Participación ciudadana en la investigación. Elementos principales 44-53
De la Oliva-Rodríguez, V. De la Oliva-Rodríguez, M. Ramos-Galindo, D. Ramos-Galindo, E.

Identificación precoz del trastorno bipolar en el primer contacto y la actuación de la enfermería..... 54-64
Sánchez-Movellan-Pérez, P. Pérez-Fernández, M. Perrián-Sotelo, N.

Efectividad del vendaje multicapa en el tratamiento de úlceras venosas 66-71
Vázquez-González, A.M. Bernal-Zarzuela, P. Ordoñez-Marchena, A.

Normas generales para la publicación de artículos 73-80

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.

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

La valía del profesional sanitario

The value of the health professional

Díaz-Sánchez, E.
SANUM 2023, 7(1) 4-5

Después de casi 30 años al servicio de personas, nosotros los llamamos pacientes, como profesional de la fisioterapia me planteo si como sociedad (y aquí meto también a las instituciones docentes) estamos haciendo las cosas bien o nos estamos desviando del camino...

Nos encontramos en un momento de la medicina, y de todas las disciplinas de la salud, en el que existe una hiper-especialización a veces no bien entendida.

Resulta con esto que ya no sólo tratamos la parte física del ser humano, primer error, sino que incluso parcelamos este para hacernos especialistas en mano, hombro o columna lumbar, segundo error.

Podría hasta incluso estar alineado en esta forma de proceder, siempre y cuando el abordaje de la persona sea global, aún con una actuación muy localizada.

Dicha especialización llevada al extremo sería algo así como si el paciente viniera a nuestra consulta como si estuviera ya en quirófano para operarse de una articulación con el campo estéril (sábanas verdes salvo la "articulación de la consulta").

Esta ficción, en ocasiones, iguala la realidad e incluso la supera...

Son muchísimas veces las que el paciente te cuenta en consulta en la primera entrevista que lo ha visto otro profesional y que éste (después de estar esperando un par de meses) ni lo ha tocado, no lo ha valorado y lo que es casi peor; no le ha dejado expresarse, contar su historia, su relato de problema o lesión....

Después de esta, podemos llamarla consulta cínica (en lugar de clínica), el paciente sale peor de cómo entra, con la derivación a un especialista que le haga una prueba de imagen, que en muchas ocasiones da menos información que una

valoración visual y palpatoria adecuada, y con un tratamiento farmacológico genérico; si tomaba AINES y no había resultado, pues lo cambia o aumenta la dosis (y metemos más protectores de estómago). Y esto por no decir de los diagnósticos tipo "tendinitis" (cajón desastre) en los que ni se dice de qué tendón esta funcionando mal, ni el por qué y además siguen estando faltos de recomendaciones específicas.

Este "palito" a un colectivo, el médico, lo va a "sentir" el que en su trabajo obre de tal forma.

Pero no debemos llevarnos al error, ver sólo la "paja en el ojo ajeno y no ver la viga en nuestro propio ojo".

Como fisioterapeuta en consulta privada atiendo a personas que ya han realizado 20 ó 30 sesiones "de mutua", ¿se podría llamar de fisioterapia?, y en los que no se ha tocado al paciente, sólo se ha aplicado electroterapia (y dicho sea de paso con unos tiempos de tratamiento ínfimos) y de ejercicios genéricos.

Estas pseudo-sesiones de fisioterapia están desprovistas de esencia: de contacto, manual y visual y sobre todo de empatía, de ese acercamiento a la persona que por otro lado es la clave en una buena relación terapéutica terapeuta-paciente y que determina en un porcentaje importante, el éxito en la terapia.

Por no decir de una práctica personal e individualizada.

Es evidente que las circunstancias en las que tenemos que desarrollar cada uno de nosotros nuestro trabajo son bien distintas y las presiones a los que están sometidos muchos profesionales son grandes y a veces estas personas hacen lo que pueden; y podríamos decir que nos es poco.

La persona que acude a consulta de fisioterapia, medicina o a cualquier profesional sanitario

es mucho más que su hombro, rodilla o mano; de hecho es mucho más que su cuerpo; es su historia personal. En esta información, en muchos casos tenemos ese “por qué” tan interesante y que debe conocer la persona para no “caer” de nuevo en el error, o en la patología. No debemos olvidar que en la persona conviven otras circunstancias, a veces casi tan importantes como la propia lesión: nos referimos a su parte emocional, cognitiva y social.

El abordaje debe ser psicossomático, y si lo prefieren integral u holístico.

Habrán compañeros de profesión que el término de holístico le suene a terapias “más de oriente” y lo rechacen tajantemente.

“Piensa globalmente y actúa localmente”... que gran verdad.

Hace tiempo escuche y también leí una forma matemática que hacía referencia al valor de cada uno, es decir, a “cuanto vales como profesional”.

$$V = A * (C + H)$$

¿Y qué representan estas variables?

V es el Valor como profesional, nuestra valía.

A es la Actitud (del terapeuta)

C representa al Conocimiento (lo que sabemos a cerca de nuestro campo científico de actuación)

H son las Habilidades, estas que se van refinando y mejorando con el paso del tiempo y una buena práctica

Es importante saber “qué hacemos y cómo lo hacemos”, el conocimiento y las habilidades son un bien preciado.

Pero si atendemos a esta fórmula y queremos mejorar nuestra valía, tenemos necesariamente que fijarnos y atender este elemento que sin dudas marca diferencias, es un elemento que multiplica (más que suma) y es nuestra Actitud con respecto al paciente, y por qué no, con respecto a nosotros mismos. Estamos hablando de trabajar desde y con el corazón, escuchando más que hablando, mirando a los ojos intentando ver en profundidad y sobre todo cuestionándonos cómo podemos mejorar más cada día.

¿Es posible hacer esto en cada una de nuestras consultas?

O me planteo otra pregunta: ¿podemos mejorar cada día nuestro desempeño en base a esta fórmula matemática?

No estamos hablando aquí de competitividad con otros compañeros.

¿Acaso no queremos convertirnos con el tiempo en la mejor versión de nosotros mismos?

Termino tirando del refranero español: fuente de sabiduría y reflexión.

Dice que “no hay mejor almohada que una buena conciencia”.

En esta conciencia descansamos cada noche y nos acurrucamos (y a veces con una sonrisa en los labios) sabiendo que hemos hecho todo lo que estaba en nuestra mano.

Somos muchos miles de personas (de profesionales de la salud) con inquietudes, con propósitos en la vida, con ganas de mejorarnos y además con la gran responsabilidad de desarrollarnos, de mejorar.

“Que nos guste lo que hacemos y que hagamos lo que nos gusta”; y si no es así, debemos intentarlo. Gran suerte la nuestra la de ayudar y servir al prójimo.”

Enrique Díaz Sánchez

Fisioterapeuta col. Nº 95 (Andalucía)

Director de la consulta **Promove Fisioterapia** en Mairena del Aljarafe. Sevilla



Profesionales de enfermería de México y España, quienes afrontaron una pandemia: estudio cualitativo

AUTORAS

María de Jesús Fonseca-Gutiérrez.

Universidad Autónoma del Estado de México; Facultad de Enfermería y Obstetricia. México.

Mercedes Bueno-Ferrán.

Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

Livia Quiroz-Benhumea

Universidad Autónoma del Estado de México; Facultad de Enfermería y Obstetricia. México.

Vianey Méndez-Salazar

Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

Yolanda Hernández-Ortega.

Universidad Autónoma del Estado de México; Facultad de Enfermería y Obstetricia. México.

Autora de Correspondencia:

María de Jesús Fonseca-Gutiérrez.

✉fonseca17_gutierrez04@hotmail.com

Tipo de artículo:

Original

Sección:

Riesgos Laborales

F. recepción: 17-10-2022

F. aceptación: 12-12-2022

Fonseca-Gutiérrez, M.J. Bueno-Ferrán, M. Quiroz-Benhumea, L. Méndez-Salazar, V. Hernández-Ortega, Y.

“Profesionales de enfermería de México y España, quienes afrontaron una pandemia: estudio cualitativo”.

SANUM 2023, 7(1) 6-17

Resumen

Objetivo: Describir experiencias, emociones y estrategias de afrontamiento, implementadas por enfermeras/os de la primera línea de acción en México y España, durante la pandemia por SARS-CoV-2.

Método: Estudio de enfoque cualitativo con ocho enfermeras/ros mexicanas/os y cuatro enfermeras/os españolas/es seleccionados mediante muestreo de casos tipo del servicio de urgencias de la primera línea de acción contra la COVID-19 con diseño fenomenológico, quienes respondieron entrevistas semiestructuradas llegando a saturación de la información, siendo transcritas literalmente para luego analizarlas de forma sistemática e inductiva mediante el software ATLAS.ti 22.

Principales resultados: El desarrollo profesional con un contacto tan estrecho y prolongado con la COVID-19 esta caracterizado por el desgaste físico, mental, la incertidumbre, el constante dinamismo de la patología, mutaciones genéticas del virus, el terror de contagiar a la familia aunado a un ambiente donde impera la muerte y la falta de recursos de protección, un fenómeno completamente desconocido y prolongado para las/os enfermeras/os que inician con técnicas de afrontamiento independientes y posterior con el gremio.

Conclusiones: La esencia de la profesión es: el cuidado de la salud, pero la incertidumbre y altas tasas de mortalidad hacen que la experiencia sea traumática para las/os profesionales de enfermería, el desarrollo profesional como espectadores del dolor ajeno durante un período de tiempo prolongado provoca fatiga por compasión, con implicaciones directas para la vida profesional y personal de las/os enfermeras/os. A pesar de la implementación de estrategias de afrontamiento; la pandemia ha revelado la necesidad de protegerlas/os, urge la intervención de expertos en salud psicológica y emocional, priorizando la atención a la angustiada salud mental y espiritual de este personal.

Palabras clave:

Enfermería;

Pandemias;

Afrontamiento;

Fatiga;

Compasión.

Nursing professionals in Mexico and Spain who faced a pandemic: a qualitative study

Abstract

Objective: *To describe experiences, emotions and coping strategies implemented by frontline nurses in Mexico and Spain during the SARS-CoV-2 pandemic.*

Method: *Qualitative study. The study included eight Mexican nurses and four Spanish nurses selected by sampling of typical cases from the emergency department of the first line of action against COVID-19 they participated in semi-structured interviews that were fully transcribed carried out to saturate the information, and were fully transcribed to be analysed systematically and inductively with software ATLAS.ti 22.*

Main results: *The professional development with such a close and prolonged contact with COVID-19 is characterized by physical and mental straining exhaustion, uncertainty of the disease, the constant dynamism of the pathology, genetic mutations of the virus, the terror of infecting the family, in addition to all that death implies, surrounds together with an environment in which death reigns and the lack or the absence for protection, of protective resources, a completely unknown and prolonged phenomenon for nurses who begin with independent coping techniques and later with the guild.*

Conclusions: *the essence of nursing is taking care to keep people healthy and health; the uncertainty and high mortality rates made the experience to become more traumatic for nurses, professional development as spectators of others' pain over a prolonged period of time causes compassion fatigue, with direct implications for nurses' professional and personal lives. Despite the implementation of coping strategies, the pandemic has revealed the need to protect nurses, with an urgent urging the intervention of psychological and emotional health experts, giving priority attention to prioritising attention to the impaired distressed mental and spiritual health of nurses..*

Key word:

Nursing;
Pandemics;
Adaptation, Psychological;
Fatigue;
Empathy.

Introducción

¿Qué se conoce?

La fehacientemente crisis de salud internacional que está originando la COVID-19 que ratificó la importancia del desarrollo profesional de las/os enfermeras/os como agentes calificados del cuidado profesional, e innovación para salvar vidas y mitigar el dolor.

El desarrollo profesional de personal prioritario en la primera línea de acción genera un riesgo en el bienestar mental de las/os profesionales de enfermería estando comprometida y afectada tanto profesional como personalmente.

¿Qué aporta?

El desconcierto emocional que presentan las/os enfermeras/os es un fenómeno variable y dependiente de múltiples factores, en el que las/os enfermeras/os han implementado estrategias de afrontamiento de forma independiente y no disponen de atención psicológica profesional, siendo inadecuada la gestión y manejo de las estrategias de afrontamiento que supone una cuestión de salud pública, además de la afectación de la esfera laboral y personal, por lo que es fundamental la salud psicoemocional de las/os profesionales de enfermería para preparar la esfera psicológica ante futuras crisis en los sistemas de salud.

La infección por el nuevo virus (nCoV-2019) de etiología desconocida fue nombrada por la Organización Mundial de la Salud el 30 de enero de 2020 como emergencia internacional de salud, originada en Hubei Wuhan, China y nombrada oficialmente el 11 de febrero del mismo año como la COVID-19 (enfermedad por coronavirus) de genoma vírico SARS-CoV-2(1,2).

El inminente riesgo en los sistemas de salud provocó cambios por la demanda asistencial, complejidad e incertidumbre durante el desarrollo, comportamiento y tratamiento de la COVID-19, lo único fehaciente las altas tasas de morbimortalidad(3–6), un ambiente tétrico desolador, imperaba entre las/os enfermeras/os de la primera línea de atención a nivel internacional.

La esencia de enfermería es el cuidado holístico(7–10), que a largo plazo condiciona fatiga por compasión(11,12) la COVID-19 ha acelerado significativamente este proceso en aquellos que se encuentran en la primera línea de acción, enfrentándose a la muerte, soledad, miedo, riesgo de contagio y sobrecargas laborales, generando impotencia, agotamiento físico y emocional situándolos en una

posición muy compleja entre la triada paciente, familiar y enfermería, tocando las fibras más sensibles como seres humanos en momentos frágiles de la vida y perpetuada durante el tiempo de pandemia, a más de dos años y al percibirse “sin salida” para expresar lo vivido exacerba esta condición que podría conllevar implicaciones sobre la vida profesional y personal, siendo el objetivo de este estudio explorar las experiencias, emociones y estrategias de afrontamiento de las/os enfermeras/os que se encuentran en primera línea de acción(13,14) en un contexto de catástrofe en los sistemas de salud, con *la máxima el cuidado de las/os enfermeras/os que se encuentran en primera línea de acción*(15), cuidar del que cuida debería de ser primicia en el sector salud, durante todo el desarrollo profesional, no solo en tiempos catastróficos.

Método

Estudio de enfoque cualitativo de diseño fenomenológico, con muestreo intencional en enfermeras/os de un hospital de tercer nivel del estado de México, México del servicio de urgencias COVID grupo mexicano (GM). El tamaño de la muestra del GM se determinó de forma progresiva durante el transcurso de la investigación, hasta alcanzar el punto de saturación: como criterio de selección se estableció el estar laborando en área de urgencias COVID mínimo un mes, sin importar el estatus de contratación y brindar cuidados asistenciales directamente a pacientes positivos o con sospecha a la COVID-19, criterio de exclusión, ejercer actividades completamente administrativas, de eliminación, presentar un estado de confinamiento el día de la entrevista. Se contactó a los actores sociales personalmente, tras comprobar que se cumplían los criterios de selección, aceptar participar voluntariamente, fueron citados para ser entrevistados con heterogeneidad grupal hubo profesionales de diferentes edades, sexos y experiencia, constituido el GM por ocho protagonistas sociales, el grupo español (GE) constituido por profesionales de enfermería de un hospital de alta especialidad del bloque de urgencias COVID de Sevilla, España integrado por cuatro profesionales de enfermería preservando el criterio de heterogeneidad, inclusión, exclusión y eliminación del GM (ver figura 1).

Recogida de datos

Implementando la entrevista individual semiestructurada, los códigos y ejes de indagación fueron contruidos fusionando la teoría fenomenológica de la percepción(16) y el metaparadigma de enfermería, (ver tabla 1) las entrevistas del GM se realizaron en noviembre y diciembre del 2021, las del GE en

febrero del 2022, respetando la disponibilidad de los protagonistas sociales; quienes dieron su consentimiento de forma escrita para participar y ser grabados en audio, con duración aproximada de 90 minutos de cada una de las entrevistas, llegando a saturación de datos.

Análisis de datos

Las entrevistas fueron transcritas literalmente realizando análisis de contenido de las narraciones de forma sistemática e inductiva, con el software ATLAS.ti 22, se codificaron línea a línea, las categorías y subcategorías surgieron de la agrupación de códigos de contenido. Los temas se crearon relacionando significados, contextos y vínculos entre categorías, reflejando el contenido de datos en la unidad hermenéutica creada por el software.

Resultados

En la codificación sistemática de las narraciones surgen cuatro categorías que comparten el GM y el GE descritas como: un mundo sin pandemia, enfermeras vs pandemia, estrategias de afrontamiento y la bondad de la pandemia, tres subcategorías: las urgencias de enfermería sin pandemia, el precio de ser enfermera/o en tiempos de pandemia (subcategoría que aventaja el GE), enfermeras/os sobrevivientes a la COVID y finalmente lo benévolo que deja la COVID a enfermería.

El servicio de urgencias siempre será dinámico, generando añoranza de un contexto pasado

El servicio de urgencias prepandemia lo describen los protagonistas sociales como un servicio dinámico, con retos físicos, intelectuales, profesionales, disfrutaban una jornada laboral, llena de adrenalina, generadora de conocimientos, autorrealización personal y profesional, trabajar era una salida a sus problemas (ver figura 2). La comunicación no verbal era alegría al describir las urgencias, se integran algunas citas textuales consideradas esenciales *"un servicio muy completo, muy dinámico"*(GM, E4); *"Mi servicio es un servicio completo, en el tema de que enfrentamos mucha variedad de patologías"*(GE, E2); *"Y el atender una fractura abierta y tienes que reponer líquido y analítica, y un tag, entonces, en ese rato, no había pandemia, estabas como no, le daba como el pause y volvía dos años atrás y bueno, ese rato no te acordabas de todo lo que pasaba y al final terminaba positivo el paciente y todo se va a la mierda y empezaba otra vez, pero ese rato sí que es verdad que sería un poquito incluso de escape de lo que estamos viviendo"* (GE,E4); llegando a la conclusión de una comparación y valoración del tiempo pasado.

Fluctuación de sentimientos, detonados por la interacción El precio de ser enfermera/ro en tiempos de la COVID

La incertidumbre que experimentan las/os protagonista sociales al estar inmersos en el ojo del huracán de la pandemia, con la fluctuación de sentimientos, perpetuándose con el avance de la misma las principales repercusiones en el hogar experimentando, miedo, desesperanza, terror, negación, incomodidad por el uso de equipos de protección personal o individual (EPP/EPI), un ambiente donde impera la muerte, obligaron a los actores sociales a generar intentos positivos por estar bien física, mental y espiritualmente. Sin embargo, la cronicidad del tiempo pandémico genera esa fluctuación de intentos positivos y otros de completa desolación, descritos como *"Me sentía en una película apocalíptica y otra ciudad...Alguna ventana abierta entre los balcones"* (GE, E4); *"...cuando salíamos el turno solo sentía miedo... es lo que más me marcó, la soledad"* (GE, E2); *"... era una parte de confusión en el momento y sobre todo por el traje que traemos..."* (GM, E2); *" impacto en mi vida personal y si fue muy desgastante...mucho temor a lo desconocido"* (GM, E8); *"no tuve miedo de que yo me fuera contagiada, sentí miedo por mi familia."* (GM, E6); *"...si enfermaban mis padres no me lo perdonaría"* ; (GM, E7); *"Éramos todo como en esa primera ola como apestados, era como no te podías acercar a la gente, no sabías cómo saludar"* (GE, E4); en la comunicación no verbal se observó angustia, dificultad para mantener fluides en la conversación y en algunos casos el llanto inminente; *"Entonces, la idea de una familia fue una tragedia total, como decía a mi hija no, no, no me beses, con solo cinco años, me mata ese, momento, podrá perdonarme, más adelante..."* (GE, E4).

El GE presenta una diferencia importante ya que cuenta con experiencia ante catástrofes epidemiológicas con una infraestructura hospitalaria *"adecuada"* comparada con el GM; *"El hospital es unidad de referencia de enfermedades epidemiológicas catastróficas, como ántrax, ébola y así"* (GE, E1) momento de gran relevancia ya que inician a gestionar las emociones, obligados por las circunstancias del mundo exterior y desarrollar el afrontamiento (ver figura 3) ante un fenómeno completamente desconocido.

Enfermeras/ros sobrevivientes a la pandemia

Se encuentran ensimismados en un estado complejo de fluctuación de emociones determinadas por el contexto ambiental y laboral, inician la implementación de manera empírica con estrategias de afrontamiento, para disminuir, atenuar o neutralizar las emociones causadas por el desarrollo profesional, caracterizada por iniciar de manera individual y posterior en colectividad

mediante grupos de mensajería móvil, siempre en beneficio de las/os protagonistas sociales únicamente en el GE, sin importar la afinidad o apego emocional que se pudiera tener entre colegas, la compatibilidad entre grupos fue presentar cuidados individuales con tendencia a la obsesión, la espiritualidad, charlas entre amigas, meditación, relajación, aromaterapia (ver figura 4): *"No expresaba nada porque nada más están mis niños, entonces no, no les decía nada con la saturación, pues ya me sentía segura"* (GM, E2); *"Emocionalmente todo me siento golpeada"* (GE, E2); *"Literalmente me desnudaba antes de entrar en la puerta..., el uniforme lo tiraba literalmente dentro de la lavadora... regresó desnuda y subía y a ducharme..."* (GE, E3); Algunos de los protagonistas sociales recurrieron a la desconexión de la realidad, se integran algunas citas de suma relevancia *"Yo recuerdo un par de días no podía llamar a mi familia y decirle, Oye, mira que estoy bien, que voy a pagar el teléfono. Me desconecto de redes sociales, de información, de Twitter de fuera del foco. ¿Si queréis algo, me llamas al fijo? ..."* (GE, E4); *"...mi chiquitín nació fue prematuro a término lo conocí por fotos, no tuve la oportunidad de estar con ellos fue cuando estuve contagiado..."* (GM, E1).

Redes de apoyo, cooperación y trabajo en equipo, lo positivo que deja la COVID-19 a enfermería

No se puede ser completamente negativo o totalmente positivo existe esa fluctuación entre ambas y dentro de la estructura y codificación de las entrevistas, surge un tema la benevolencia ante este fenómeno social (ver figura 5) siendo prematuro hablar sobre las bondades de esta, identificando ante la sociedad el reconocimiento de la valía de las/os enfermeras/os, humanización y trato entre colegas y la realización personal y profesional.

"Orgullosa de haber estado en primera línea, nuestra profesión. Siempre es dura porque somos primera línea, tanto para lo bueno o malo pero feliz de haber colaborado, no todo el mundo quiso colaborar en la batalla" (GE, E2); *"aprendí a valorarme, como persona, profesional y mi salud"* (GM, E4); *"super esperanzado, sé que vienen cosas buenas"* (GE, E3); *"Compañeras hermanas de profesión les mando un fuerte abrazo desde el corazón, quiero decirles que son luz para este planeta"* (GM, E8); haciendo énfasis en el gremio de enfermería no existió barra geográfica, ya que en general se observan gran similitud entre el GE y el GM.

Discusión

La covid-19 ha sido un fenómeno social y científico sin precedentes una pandemia atroz, casi un siglo después de lo que se tiene registro(17) siendo el objetivo principal de esta investigación es describir las estrategias de afrontamiento por lo que no se pretende entender o identificar si se hizo de una forma correcta o se emplearon estrategias ineficaces ya que como lo indica la corriente filosófica de Marley Ponty(16) es percibir un fenómeno desde un lienzo en blanco sin prejuicios y en un estado de consciencia siendo así un sujeto y objeto del mundo ya que como protagonistas sociales las/os enfermeras/os siendo un grupo de los más lastimados en todos los aspectos que se puedan identificar, ante este fenómeno se fusiona el metaparadigma de enfermería(7) entendiendo que para tener salud se requiere equilibrio entre el ambiente, cuidado, y la persona.

Fatiga por compasión síndrome que afecta principalmente a las/os enfermeras/os derivado de la esencia de la profesión y el continuo contacto con el dolor humano, tema poco conocido en América latina sin embargo todo lo citado no es nuevo, lo que realmente acelero el proceso patológico causante de distrés fue la pandemia, enfermería vio el lado más doloroso y vil de la humanidad con actos negligentes de la sociedad y un alto nivel de complejidad en sus funciones y un agotamiento mental derivado de la incertidumbre y el posible contagio dentro de sus centros laborales, por lo tanto se tiene una discrepancia significativamente importante con el metaanálisis realizado por Connor-Smith, Jennifer K. Flachsbar, Celeste(18) en el que clasifican las estrategias de afrontamiento por jerarquías en dos rubros uno adaptativa y desadaptativa, sin embargo a juicio de las investigadoras no se puede manejar esta postura ya que ante un fenómeno completamente desconocido en todos los contextos las estrategias que implementaron las/os enfermeras/os no se clasifican en mixtas ya que implementaron ambas, sin embargo no se pueden jerarquizar por tres factores importantes, el primero citado ya anteriormente el fenómeno de la percepción de la realidad ante un mundo desconocido que de acuerdo como se viva se tendrá que ir creando conocimiento y aprendiendo de lo vivido, dos el fenómeno se ha mantenido a través de más de dos años con etapas muy complejas y finalmente grandes colectivos de la sociedad que manejan teorías conspiracioncitas a la inmunización artificial y al propio SARS-Cov-2, resultado de los tres factores se encuentra el personal de enfermería con desgaste psicológico y emocional e inefablemente físico, por lo que las estrategias de afrontamiento que han empleado

de una forma empírica ya que ningún sistema de salud ha manejado de lleno y con compromiso al gremio de enfermería, motivo por el cual es de vital importancia esta investigación, ya que por su diseño se acerca a los profesionales de la salud e identifica las estrategias de afrontamiento experimentando episodios de ansiedad, fluctuación en los estados de ánimo, humor y manera de percibir al mundo, siendo un estudio fenomenológico que le permite expresarse a las/os enfermeras/os que se entrevistaron y experimentan un estado de catarsis ya que por la misma condición de la pandemia y la prevalencia de la misma en el mundo se continúa en un estado de agitación total.

Coincidiendo con artículos cuantitativos como el British Medical Association(19) y Workplace safety and coronavirus disease(20) es importante realizar gestiones permanentes para mejorar la seguridad en el lugar de trabajo, salvaguardar la salud, bienestar físico y psicológico de las/os enfermeras/os, teniendo profesionales protegidos de manera automática se protege a los pacientes.

Concordando con *Caring for the caregiver: The emotional impact of the coronavirus epidemic on nurses and other health professionals*(15), cuidar del las/os enfermeras/os que se encuentran en primera línea de acción durante la pandemia. Sin embargo, al realizar el análisis sistemático se identificó al gremio como personal vulnerable, comprometido con la profesión a pesar de la incertidumbre y riesgo de enfermar continuaron desarrollando de la mejor manera posible sus funciones entendiendo que la atención dio un giro de 180 grados afectando la integridad física, consecuencia de portar un equipo de protección personal (EPP/EPI) improvisado y deficiente que no garantizaba protección en el ejercicio profesional, un desborde de información carente de fundamentos y sólidos científicos, generando cuadros de ansiedad, daño cutáneo, alteraciones metabólicas, gastrointestinales y urinarias principales alteraciones físicas presentadas por las/os profesionales que se encontraban en primera línea de acción y que sin duda alguna continúan actualmente pasando factura a cada enfermera/o que se mantuvo más tiempo expuesto a la pandemia; recurriendo al auto cuidado que posteriormente se fue extendiendo en redes de ayuda y apoyo psicológico mediante herramientas tecnológicas disponibles.

El miedo que presentaron las/os enfermeras/os, que en algunas/os se convirtió en terror, derivado de la compleja postura entre ser profesional y vínculo familiar por lo que en general llamaron a sus seres queridos "víctimas colaterales" ya que abatieron al unisono la pandemia siendo la causa

de mayor controversia del desarrollo profesional que repercutió en la salud psicoemocional de dichos profesionales.

Los actores sociales que se encontraban conviviendo con familiares experimentaban mayor temor y conductas aprensivas para preservar el cuidado de su hogar aumentando la tensión si eran población de riesgo, entrando a un aislamiento mental y emocional que en algún momento se encontraban "sin salida" y expresaron llanto y experimentar autoculpa al mismo tiempo impotencia e ira por la sociedad indolente que aumenta las tasas de morbimortalidad.

Coincidiendo con estudios cuantitativos nacionales e internacionales(3,4,21–27) con la capacidad de adaptación al cambio y el desarrollo de fuentes de mejora emocional como la espiritualidad y el diálogo, sin embargo, se confirma la falta de atención psicoemocional por expertos, tanto en México como en España, noticia alarmante ya que las/os profesionales de enfermería, se encuentran en una situación de urgencia requiriendo atención ya que la pandemia ha dejado lesiones físicas pero las más importantes son las emocionales y psicológicas.

Con limitada información cualitativa respecto a enfermería y su relación con la pandemia esta investigación genera primicia en el tema desarrollado, ya que se centra en la esencia de la experiencia, como afecto en su vida personal y profesional, dándoles apertura a las emociones, para exteriorizar lo que por más de dos años estaban inhumando los protagonistas sociales, requiriendo en estos momentos de manera urgente las/os profesionales de enfermería y en general todo el equipo multidisciplinario de salud, a nivel internacional la prioridad en salud psicológica.

Discussion

Covid-19 has been an unprecedented social and scientific phenomenon, an atrocious pandemic, almost a century after what is recorded(17), the main objective of this research being to describe coping strategies for what is not intended to be understood. or to identify if it was done correctly or if ineffective strategies were used since, as indicated by the philosophical current of Marley Ponty(16), it is to perceive a phenomenon from a blank canvas without prejudices and in a state of consciousness, thus being a subject and object of the world since as social protagonists nurses are

a group of the most hurt in all aspects that can be identified, before this phenomenon the nursing metaparadigm(7) merges, understanding that to have health balance is required between the environment, care, and the person.

Compassion fatigue syndrome that mainly affects nurses derived from the essence of the profession and the continuous contact with human pain, a little-known topic in Latin America, however, everything mentioned is not new, which really accelerated the pathological process that caused distress was the pandemic, nursing saw the most painful and vile side of humanity with negligent acts of society and a high level of complexity in their functions and mental exhaustion derived from uncertainty and possible contagion within their workplaces, therefore there is a significantly important discrepancy with the meta-analysis carried out by Connor-Smith, Jennifer K. Flachsbar, Celeste(18) in which they classify coping strategies by hierarchies into two categories, one adaptive and maladaptive, however In the opinion of the researchers, this position cannot be handled since, faced with a completely unknown phenomenon in all contexts, the strategies implemented by the nurses are not classified as mixed since they implemented both, however they cannot be ranked due to three important factors, the first mentioned above the phenomenon of the perception of reality in the face of an unknown world that according to As you live, you will have to create knowledge and learn from what you have experienced, both the phenomenon has been maintained for more than two years with very complex stages and finally large groups of society that handle conspiracy theories about artificial immunization and self SARS-Cov-2, the result of the three factors, is the nursing staff with psychological and emotional exhaustion and inefably physical, so the coping strategies that they have used empirically since no health system has fully managed and with commitment to the nursing union, which is why this research is of vital importance, since due to its design it approaches the health professionals and identifies coping strategies experiencing episodes of anxiety, fluctuations in moods, humor and way of perceiving the world, being a phenomenological study that allows nurses who were interviewed and experience a state to express themselves. of catharsis since due to the very condition of the pandemic and its prevalence in the world it continues in a state of total agitation.

Coinciding with quantitative articles such as the British Medical Association(19) and Workplace safety and coronavirus disease(20) it is important to carry out permanent efforts to improve safety in the workplace, safeguard the health, physical and

psychological well-being of nurses/ For example, having professionals protected automatically protects patients.

In agreement with Caring for the caregiver: The emotional impact of the coronavirus epidemic on nurses and other health professionals(15), take care of the nurses who are in the front line of action during the pandemic. However, when carrying out the systematic analysis, the union was identified as vulnerable personnel, committed to the profession, despite the uncertainty and risk of becoming ill, they continued to carry out their functions in the best possible way, understanding that care took a 180 degree turn, affecting the physical integrity, consequence of wearing improvised and deficient personal protective equipment (PPE/PPE) that did not guarantee protection in professional practice, an overflow of information lacking scientific foundations and solidity, generating anxiety, skin damage, metabolic alterations, gastrointestinal and urinary main physical alterations presented by the professionals who were in the front line of action and who undoubtedly continue to take their toll on each nurse who was exposed to the pandemic for the longest time; resorting to self-care that later spread into help networks and psychological support through available technological tools.

The fear presented by the nurses, which in some of them became terror, derived from the complex position between being a professional and a family bond due to what they generally called their loved ones "collateral victims" since they killed the The pandemic was unified, being the cause of the greatest controversy in professional development that had an impact on the psycho-emotional health of these professionals.

The social actors who were living with relatives experienced greater fear and apprehensive behaviors to preserve the care of their home, increasing the tension if they were a population at risk, entering a mental and emotional isolation that at some point found themselves "without exit" and expressed crying and experiencing self-blame at the same time impotence and anger for the indolent society that increases morbidity and mortality rates. Coinciding with national and international quantitative studies(3,4,21-27) with the ability to adapt to change and the development of sources of emotional improvement such as spirituality and dialogue, however, the lack of psycho-emotional care by experts is confirmed. , both in Mexico and in Spain, alarming news since nursing professionals are in an urgent situation requiring attention since the pandemic has left physical injuries but the most important are emotional and psychological ones.

With limited qualitative information regarding nursing and its relationship with the pandemic, this research generates scoop on the topic developed, since it focuses on the essence of the experience, as affect in their personal and professional life, giving them openness to emotions, to externalize what the social protagonists were burying for more than two years, urgently requiring nursing professionals and in general the entire multidisciplinary health team, at an international level, priority in psychological health.

Conclusión

La pandemia ubicó a las/os profesionales de la enfermería como prioridad y reconocimientos social, derivado del cambio e inminente riesgo en los sistemas de salud generado por la demanda asistencial, complejidad e incertidumbre en el desarrollo, comportamiento y tratamiento de la COVID-19, generando fatiga por compasión, principalmente a aquellos/as de la primera línea de acción enfrentándose a la muerte, soledad, miedo, riesgo de contagio de ellos y familias, sin olvidar la sobrecarga laboral, generando impotencia, agotamiento físico y emocional situándolos en una posición muy compleja entre la triada paciente, familiar y profesión, perpetuada durante más de dos años percibiéndose "sin salida" exacerbando esta condición y al mismo tiempo se intensificó el olvido de la salud integral, de estos profesionales por lo que de manera imperiosa se deben tomar acciones en el campo de la salud mental de las/os profesionales de la salud, y gestionar mejoras para su desarrollo profesional y así estar preparados para diversas crisis que sin duda alguna experimentará la sociedad

Las autoridades en materia de salud deben brindar atención psicología durante todo el desarrollo profesional, no solo en tiempos de pandemias; cuidar del que cuida debería de ser prioridad en el sector de los/as expertos del campo de la salud, durante toda su trayectoria laboral.

Conclusion

The pandemic placed nursing professionals as a priority and social recognition, derived from the change and imminent risk in health systems generated by the demand for care, complexity and uncertainty in the development, behavior and treatment of COVID-19, generating compassion fatigue, mainly to those in the first line of action facing death, loneliness, fear, risk of contagion from them and their families, without forgetting the work overload, generating impotence, physical and emotional exhaustion, placing them in a position very complex between the triad patient, family and profession, perpetuated for more than two years perceiving "no way out" exacerbating this condition and at the same time the forgetfulness of integral health intensified, of these professionals for which they must be taken urgently actions in the field of mental health of health professionals, and manage improvements for their professional development and thus be prepared for various crises that society will undoubtedly experience

Health authorities must provide psychological care throughout professional development, not only in times of pandemics; Caring for the person who cares should be a first in the sector of experts in the field of health, throughout their careers.

Consideraciones y responsabilidades éticas

Aprobación (UEeIM 054/21) del comité de ética e investigación Centro Médico Arturo Montiel en México.

Declaración de transparencia

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

Fuentes de financiación

El trabajo de investigación no ha recibido financiación de instituciones públicas o privadas.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Publicación

Este trabajo de revisión no ha sido presentado en ninguna ponencia, comunicación oral, póster en ningún congreso o evento científico.

Centros donde se realizó el trabajo

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios Centro Médico

Arturo Montiel Rojas Toluca México.

Hospital Universitario Virgen del Rocío Sevilla, España.

Agradecimientos

De manera muy especial a las/os enfermeras de México y España sin sus aportaciones no existiría este proyecto.

Dra. Mari Carmen Navarro Navarro por su invaluable apoyo es pieza angular en la creación de este material de investigación.

Dr. Adrián Joo García por su valiosa participación.

Facultad de Enfermería Fisioterapia y Podología, por brindarme la total apertura y disposición de sus instalaciones para mi desarrollo profesional.

Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México por brindar todo el apoyo para mi desarrollo académico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lu H, Stratton W. C, Tang YW. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. *J Med Virol*. 2020;92(4):401–2.
2. Wu D, Wu T, Liu Q, Yang Z. The SARS-CoV-2 outbreak: What we know. Vol. 94, *International Journal of Infectious Diseases*. Elsevier B.V.; 2020. p. 44–8.
3. Inchausti F, Prado-abril J. La Psicología Clínica ante la Pandemia COVID-19 en España. *Clin Heal [Internet]*. 2020;31:105–7. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/clysa2020a11>
4. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun*. 2020;87(March):11–7.
5. Danet Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Med Clin (Barc)*. 2021;156(9):449–58.
6. Accinelli RA, Zhang Xu CM, Ju Wang J-D, Yachachin-Chávez JM, Cáceres-Pizarro JA, Tafur-Bances KB, et al. COVID-19: La pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(2):302–11.
7. Paravic Klijn T. Modelo y teorías de enfermería: Características generales de los modelos y principales características. *Oposiciones de Enfermería [Internet]*. 2014;1–14. Disponible en: https://www.berri.es/pdf/manual_cto_oposiciones_de_enfermeria_-_pais_vasco_Volumen_1/9788417470050
8. Raile M, Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería [Internet]. 7 ma. Modelos y teorías en enfermería. 2011. 797 p. Disponible en: https://www.academia.edu/11289973/Modelos_y_teorias_en_enfermeria_7ed_medilibros
9. Enfermagem D. Reflexión sobre la fenomenología de Merleau-Ponty y sus aportes a la investigación de enfermería. *Gaúcha Enferm*. 2021;(42):1–5.
10. De Vera Reyes JA, Guerra Palmero MJ. ¿Comprender el dolor del otro?: una aproximación filosófica a la experiencia del dolor crónico. *Rev la Soc Esp del Dolor*. 2018;25(3):178–85.
11. González Procel C, Sánchez Padilla Y, Peña Loaiza G. Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia. *Dominio las Ciencias*. 2018;4(1):483.
12. Myezyentseva O. Fatiga por compasión. *Nursing2016 [Internet]*. 2016;49. Disponible en: https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/25371/Myezyentseva_Olha_2014.pdf?sequence=3
13. Gordón L. The Analysis of Data in Research with The Phenomenological Method. *Rev Científica Enfermería*. 2017;21(17):134–41.
14. Faria MG de A, Gonçalves França KCF, Guedes FC, Soares MDS, Gallasch CH, Alves LVV. Repercussões para saúde mental de profissionais de enfermagem atuantes no enfrentamento à Covid-19: revisão integrativa. *Rev Enferm da UFSM*. 2021;11:e70.
15. Bueno Ferrán M, Barrientos-Trigo S. Caring for the caregiver: The emotional impact of the coronavirus epidemic on nurses and other health professionals. *Enferm Clin [Internet]*. 2020;31:S35–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006>
16. Merleau-Ponty M. *Phenomenology of Perception*. Routledge, editor. Taylor & Francis Group; 2012. 697 p.

17. González Toapanta HG. Pandemics in the History: the Black Death and the Spanish Flu, Covid-19 and Capitalist Crisis. Sci Electronic Libr [Internet]. 2021; Disponible en: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1938>
18. Connor-Smith JK, Flachsbart C. Relations Between Personality and Coping: A Meta-Analysis. J Pers Soc Psychol. 2007;93(6):1080–107.
19. Association BM. Guidance for consultants working in a system under pressure. Br Med Assoc [Internet]. 2018;(March). Disponible en: https://www.bma.org.uk/media/1014/bma_consultants_raising_concerns_march_2018.pdf
20. Eliza W, Ho K, Wong S, Cheung A, Yeoh E. Workplace safety and coronavirus disease (COVID-19) pandemic: survey of employees. Bull World Health Organ. 2020;3(March):1–17.
21. Arce Guevara MG. Factores asociados a la ansiedad en personal de salud profesional de áreas covid. vol. 2017. universidad privada anterior orrego facultad de medicina humana; 2020.
22. Sales BDE, Del M, Viviana Y, Paredes G. Universidad de Lima Facultad de Ingeniería y Arquitectura Carrera de Ingeniería Industrial. 2018;
23. Crespo M. Evaluación del nivel de estrés laboral en los médicos y enfermeras de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo. Estrategias de afrontamiento adecuado. 2021.
24. Virto-Concha Cornejo, Álvarez. Estrés ansiedad y depresión con estilos de afrontamiento en enfermeras en contacto con Covid-19 Cusco Perú. Cusco Perú Rev recién Octubre-Noviembre [Internet]. 2020;9:50–60. Disponible en: <file:///C:/Users/hp/Downloads/44-Texto del artículo-189-2-10-20201030.pdf>
25. Zhang WR, Wang K, Yin L, Zhao WF, Xue Q, Peng M, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. Psychother Psychosom. 2020;89(4):242–50.
26. Mailet S, Read E. Work Environment Characteristics and Emotional Intelligence as Correlates of Nurses' Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue: A Cross-Sectional Survey Study. Nurs Reports [Internet]. el 26 de octubre de 2021;11(4):847–58. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2039-4403/11/4/79>
27. da Silva FCT, Neto MLR. Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: A systematic review with meta-analysis. Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry [Internet]. 2021;104(August 2020):110062. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110062>

ANEXOS

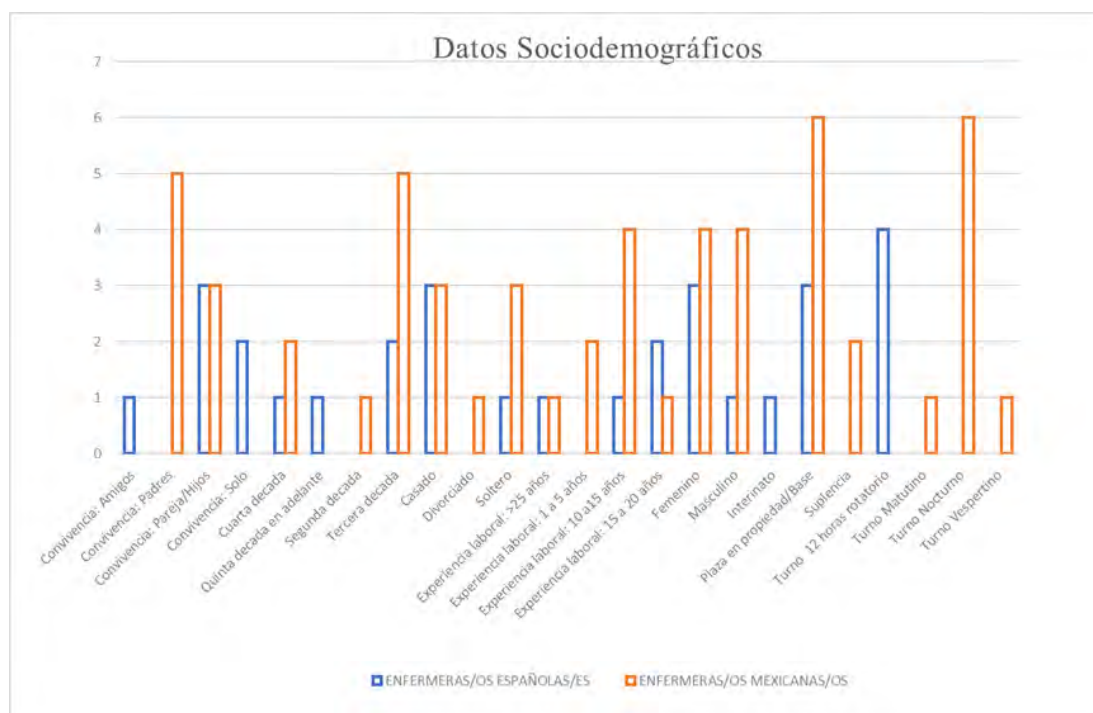


Figura 1. Datos sociodemográficos de los grupos de profesionales entrevistados. Principales datos sociodemográficos de las y los protagonistas sociales que participaron en la elaboración del manuscrito.

Tabla 1. Ejes temáticos de la entrevista

Fenomenología de la percepción	Metaparadigma de enfermería	Bloques de la entrevista,
Mundo/cosa, el ek estático y tres éxtasis.	Entorno	Bloque I
Percepción (campo fenomenal y trascendental)	Salud	Bloque II
Cuerpo (consciencia/cuerpo) conexión con el mundo	Persona	
El ser-para-si- y ser-para-el-mundo. Cogito	Cuidado	Bloque III

Nota: fusión de la fenomenología y el metaparadigma de enfermería.

Fusión del metaparadigma de enfermería con la fenomenología de Maurice Merleau-Ponty que permitió la elaboración de la de entrevista semiestructurada.

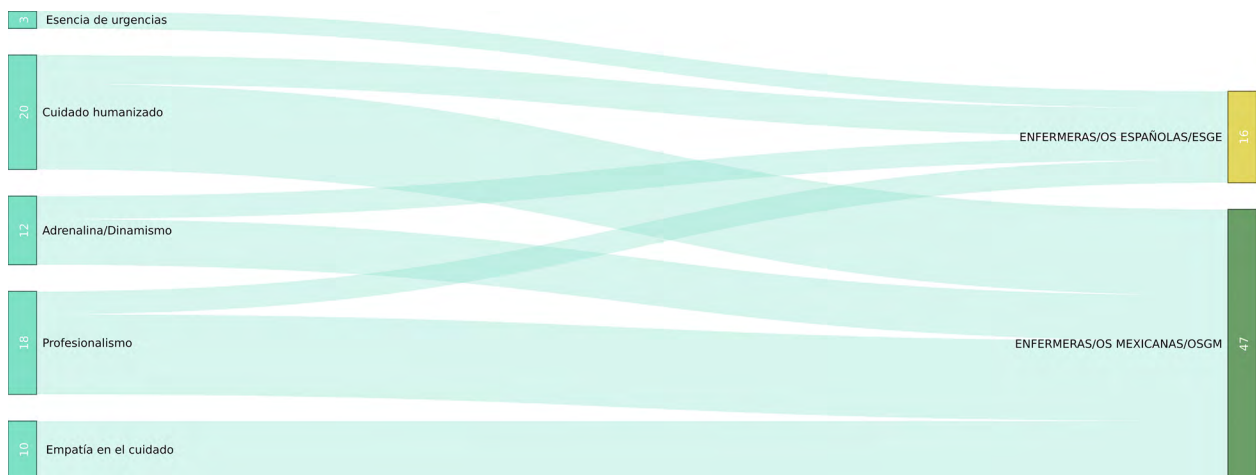


Figura 2. Las urgencias sin COVID, una mirada de añoranza

Principales códigos derivados del enraizamiento relacionados al servicio de urgencias previo a la pandemia, descripción de los servicios por las y los protagonistas sociales

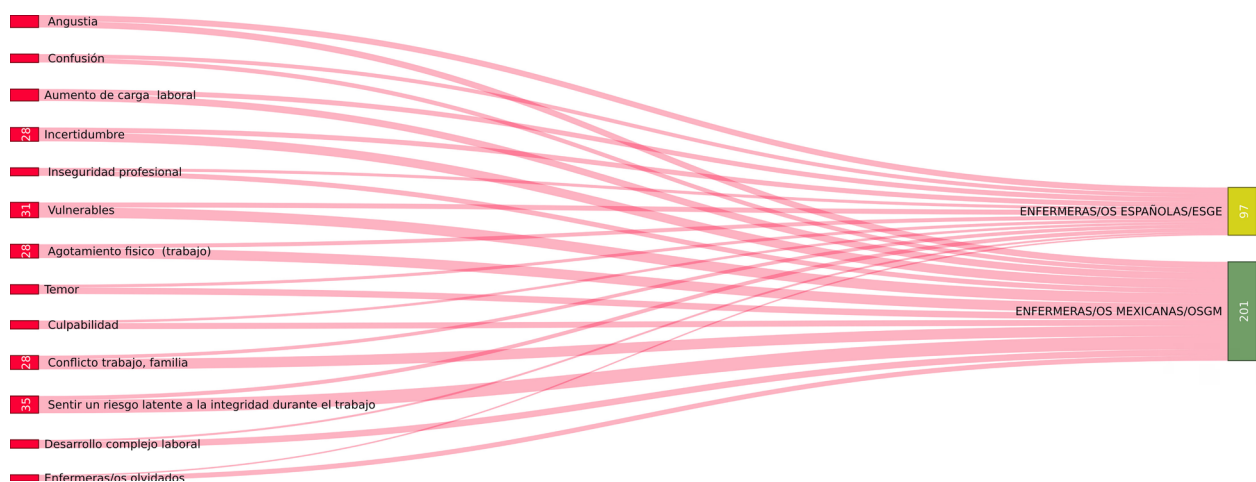


Figura 3. Sentimientos provocados por la COVID-19

Experiencia y somatización de las y los profesionales de enfermería durante su desarrollo profesional, así como percepción personal derivado de brindar atención profesional durante las diferentes oleadas de la COVID-19.

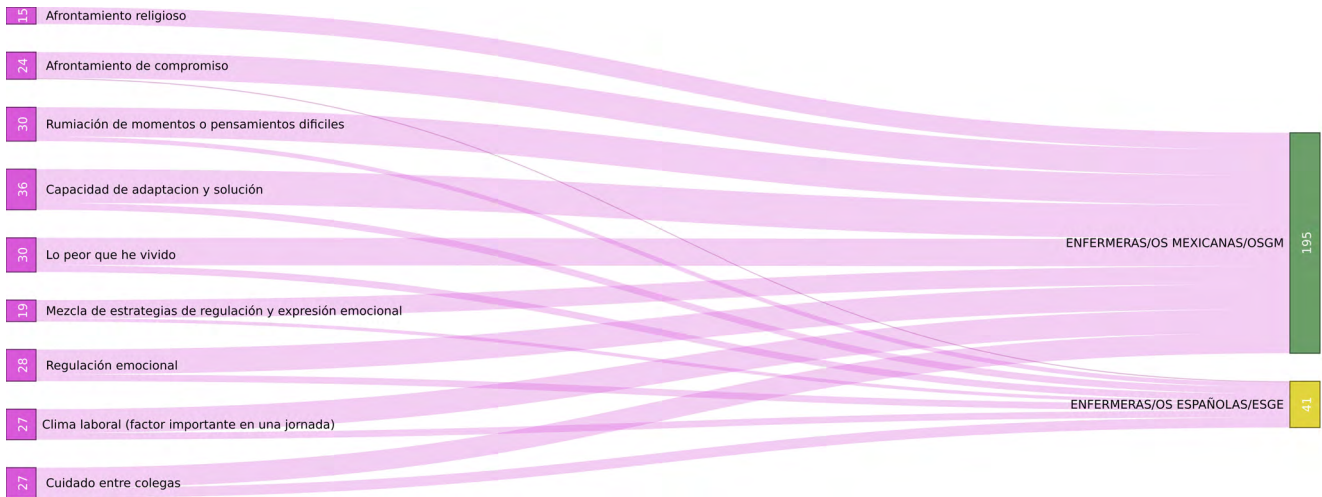


Figura 4. Estrategias de afrontamiento

Afrontamiento adaptativo y desadaptativo que emplearon las y los protagonistas sociales en el desarrollo profesional y personal durante la trayectoria que ha presentado la pandemia.

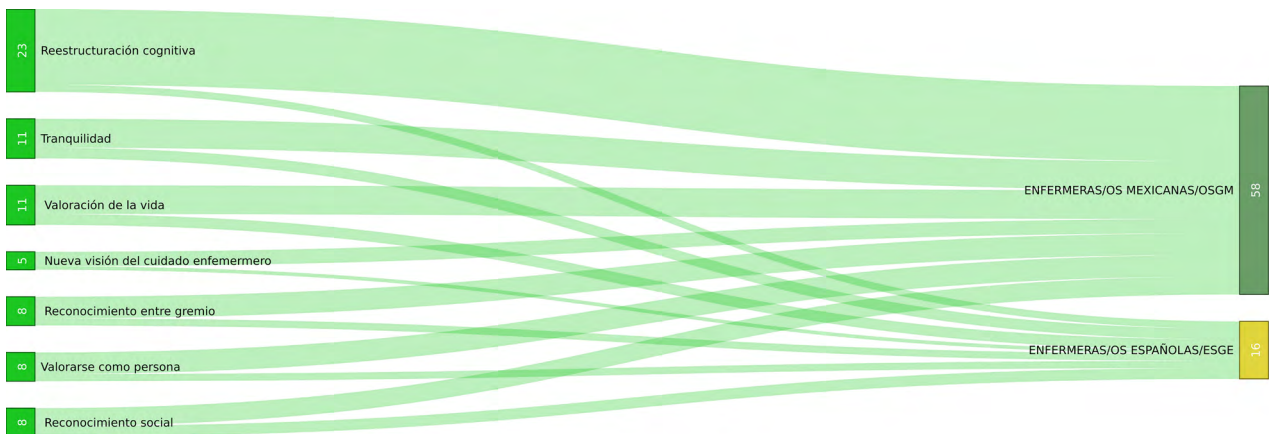


Figura 5. El lado positivo de la COVID-19

Experiencias positivas que perciben las y los protagonistas sociales durante el ejercicio profesional, así como personal.

El impacto de las redes sociales en la salud mental. Revisión bibliográfica

Troya-Fernández, J.C. Periñan-Sotelo, N. Sánchez-Movellan-Pérez, P.
"El impacto de las redes sociales en la salud mental. Revisión bibliográfica".

SANUM 2023, 7(1) 18-28

AUTORAS

Juana Cristina Troya Fernández.

Enfermera. CRUZ ROJA.
Chiclana de la Frontera.
Cádiz. España.

Noelia Periñan Sotelo.


Enfermera. Ambulancias
Paramedic. El Puerto
de Santa María, Cádiz.
España.

Paula Sánchez-Movellan Pérez.

Enfermera. Grupo HLA.
Hospital puerta del sur
Jerez. Cádiz. España

**Autora de
Correspondencia:**

Juana Cristina Troya
Fernández.

 j.cristinatroya@gmail.
com

Tipo de artículo:
Revisión.

Sección:
Salud mental.

F. recepción: 20-09-2022

F. aceptación: 17-11-2022

Resumen

INTRODUCCIÓN: Debido al gran desarrollo de las tecnologías y la gran importancia que adquieren las redes sociales en la actualidad, se desarrollan grandes trastornos en la salud mental de la población. Por ello y por medio de este proyecto se pretende prevenir situaciones que dañen la salud mental de las personas y mejorar su calidad de vida y la de los seres que le rodean resaltando las consecuencias que crean las redes sino se utilizan de forma correcta. De esta manera, se demostrará el gran papel que adquiere enfermería para que las enfermedades mentales desciendan en relación con las redes sociales.

OBJETIVO: Analizar las consecuencias de las redes sociales en la salud mental.

METODOLOGÍA: El trabajo se ha realizado mediante una revisión bibliográfica de la evidencia científica entre las redes sociales y su relación con los problemas de salud mental en el usuario.

RESULTADOS: En la actualidad el 90% de los jóvenes en España entre 16 y 24 años utiliza las redes sociales siendo Facebook la primera red social destacada y la segunda Instagram (García Puertas, 2020). Han aumentado en las últimas décadas los trastornos emocionales, como son la ansiedad y depresión. Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) constituyen la tercera enfermedad crónica más común entre los jóvenes llegando a una incidencia del 5%.

CONCLUSIONES: Las redes sociales y la enfermería son necesarias para la prevención y promoción en cuanto a los problemas de salud mental ocasionados puesto que se puede hacer ver a los pacientes lo que conlleva vivir inmersos en aplicaciones y la gran cantidad de trastornos mentales que existen en la actualidad. No solo el paciente puede obtener apoyo, sino que además puede conocer todas las enfermedades existentes y concluir si está teniendo problemas de adicción a las redes o si realmente les están afectando mucho en su desarrollo personal o tan simple como si se siente mal o bien y llegar a la conclusión de si necesita ayuda o no antes de que ocurra una tragedia. En definitiva, la investigación realizada a través de la revisión bibliográfica expone que el impacto de las redes sociales en la salud mental es un tema novedoso y muy importante en el siglo XXI puesto que actualmente afecta a la gran mayoría de personas; por lo que se debe considerar seguir estudiando sobre él para minimizar sus efectos y así ayudar a la población.

Palabras clave:

Redes sociales;
Salud mental;
Enfermería;
Ansiedad;
Depresión..

The impact of social networks on mental health. Bibliographical review

Abstract

BACKGROUND: Due to the great development of technologies and the great importance that social networks acquire today, big disorders are developed in mental health of the population. For this reason and through this project, it is intended to prevent situations that damage mental health of people and improve their life of quality and that of the beings around them, highlighting the consequences that networks create if they are not used correctly. In this way nurses demonstrate that acquire a big role for help the decrease in relation with social media. to social networks will be demonstrated.

OBJECTIVE: Analyze the consequences of social networks on mental health.

METHOD: The work has been carried out through a literature review of the scientific evidence between social networks and their relationship with mental health problems in the user.

RESULTS: Currently, 90% of young people in Spain between 16 and 24 years of age use social networks, with Facebook being the leading social network and Instagram the second (García Puertas, 2020). Emotional disorders, such as anxiety and depression, have increased in recent decades. Eating disorders (ED) are the third most common chronic disease among young people, reaching an incidence of 5%.

CONCLUSION: Social networks and nursing are necessary for the prevention and promotion of mental health problems, since patients can be made to see what it means to live immersed in applications and the large number of mental disorders that exist today. Not only can the patient get support, but they can also learn about all the existing illnesses and conclude if they are having addiction problems with the networks or if they are really affecting them a lot in their personal development or as simple as if they feel bad or good and come to the conclusion if they need help or not before a tragedy occurs. In short, the research conducted through the literature review shows that the impact of social networks on mental health is a new and very important topic in the XXI century since it currently affects the vast majority of people; therefore, further study on it should be considered to minimize its effects and thus help the population.

Key word:

Social Networking;

Mental Health;

Nursing;

Anxiety;

Depression.

Introducción

El uso de las redes sociales ha cambiado por completo la forma en que las personas interactúan, las generaciones de hoy son capaces de procesar grandes cantidades de información en un corto periodo de tiempo, independientemente de la ubicación geográfica.

“Red social” es un término utilizado para describir plataformas basadas en Internet para interactuar con personas que comparten con los usuarios intereses, metas comunes o contextos similares o que simplemente son conocidos.

Actualmente las redes sociales dan el protagonismo a los usuarios y a las comunidades que estos conforman. Esto lleva a que sea mucho más fácil la comunicación entre las personas, el intercambio de información (como fotos, videos y más) y les posibilita conocer gente nueva, aumentando aún más su red.

En definitiva, la principal función de una red social es conectar personas en el mundo virtual, crear nuevas conexiones sociales o simplemente mantener las existentes.

En la actualidad el 90% de los jóvenes en España entre 16 y 24 años utiliza las redes sociales siendo Facebook la primera red social destacada y la segunda Instagram (18).

En los tiempos actuales la persona que no esté conectada a una red parece que no existe y se le considera analfabeto ya que está aislado de la sociedad moderna. Las redes siguen aumentando y en el siglo XXI se ha considerado como una vía principal (15).

¿Cómo afecta esta revolución de redes sociales a la salud de las personas?

Según han pasado los años hemos descubierto más de cada aplicación y se ha seleccionado que cada usuario percibe una red social de una forma distinta, destacando que Facebook e Instagram son las redes más perjudiciales para la salud mental mientras que las que menos daño hacen son YouTube y Twitter ya que son redes que pueden influir menos en el individuo.

La investigación sobre la salud mental y la exposición en las redes sociales es un área de investigación relativamente nueva y en crecimiento. Sin embargo, el papel de la asunción de riesgos o el papel protector de Internet y las redes sociales no está claro.

Los problemas de salud mental son una preocupación creciente en la sociedad, causado en parte al uso inadecuado de Internet y las redes sociales, por lo que se necesitan estrategias para mejorar esta situación.

Metodología

El trabajo se ha realizado mediante una revisión bibliográfica de la evidencia científica entre las redes sociales y su relación con los problemas de salud mental en el usuario.

Las bases de datos y recursos utilizados son Google académico, SciELO, PubMed, CINAHL Complete, CUIDEN®, Dialnet.

La búsqueda comienza el 22 de diciembre de 2021, continua en enero y finaliza el 7 de febrero de 2022. Se emplean las palabras claves: “redes sociales”, “salud mental” “depresión”, “enfermería”, “autoestima”, “ansiedad”, “covid”.

Se utilizan marcadores booleanos los cuales son “AND” y “OR” combinando las palabras claves para obtener un resultado más concreto de la búsqueda.

En algunas ocasiones no se ha utilizado ningún marcador booleano y se ha obtenido una visión más amplia de la investigación.

Mediante los criterios de inclusión y exclusión y las oportunas estrategias se han seleccionado un total de 31 referencias.

Resultados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asume la salud como “el estado de pleno bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Asimismo, al definir la salud mental se reconoce que va más allá de la ausencia de enfermedad mental. Se entiende como una condición de salud mental general, que incluye la autoestima, el autoconcepto, la calidad de las relaciones con los compañeros y la capacidad de manejar las emociones y enfrentar la dificultad que ello conlleva.

Consecuencias de las redes sociales en la salud mental:

1. ANSIEDAD

La ansiedad está definida por la Asociación Estadounidense de Psicología (APA) como una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos preocupados y cambios físicos como aumento de la presión arterial.

En el caso de las redes sociales se observa un incremento de trastornos por ataques de pánico, trastornos de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo.

Bajo una revisión bibliográfica se encontró que las personas que navegan más tiempo en redes son más propensas a padecer ansiedad por lo

que en diversos estudios se encuentran una relación directa entre el tiempo que establece un individuo conectado a las redes y sus síntomas de ansiedad.

2. DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad mental que está aumentando a nivel mundial y de forma muy rápida.

Ante la depresión, las redes sociales pueden constituir un riesgo muy importante; destacamos Instagram ya que gran cantidad de estudios demuestran que cuanto más tiempo se pasa en esta aplicación más propenso es el individuo a padecer una depresión o bien a aumentar ésta de forma drástica si ya la padece.

3. AUTOESTIMA

La OMS destaca que la autoestima es un estado completo de bienestar y que tiene en cuenta el aspecto social, físico y psicológico. Destaca que no solo es que no existan problemas o enfermedades, sino que va más allá.

Dependiendo de si nuestra autoestima es alta o es baja, vamos a obtener triunfos o fracasos, ya que se cree que es la responsable de potenciar a la persona dándole seguridad y desarrollando sus habilidades.

Las redes sociales han desarrollado un papel muy importante con respecto a la autoestima, ya que se ven afectados componentes como el autoconcepto, autoevaluación, autoaceptación y el auto-respeto. De toda la población destacan en este apartado los jóvenes en los que se ha visto como la autoestima descendía por Instagram debido a los likes y comentarios de esta aplicación ya que subir una publicación y no recibir la interacción esperada lleva a desarrollar sentimientos negativos con respecto a ellos mismos como puede ser el rechazo. Otro aspecto de la red que afecta en este caso a la población en general es el número de seguidores, es decir comienzan a valorarse dependiendo de si tienen más o menos seguidores y ello ocasiona que por tanto una persona con pocos seguidores comience a cuestionarse y a plantearse su aspecto físico considerándolo como problema por el que no aumenta su aplicación y por consiguiente baja la autoestima.

Muchas investigaciones aclaran que debido a las redes sociales se ha producido un incremento de jóvenes extrovertidos y con muy baja autoestima, teniendo problemas para aceptar su físico.

4. IMAGEN CORPORAL

La población intenta crear una imagen en redes sociales para que los demás se hagan una idea de cómo son, pero no cualquier imagen es válida

y así lo afirman jóvenes que buscan destacar en Instagram, Facebook u otra red social.

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) constituyen la tercera enfermedad crónica más común entre los jóvenes llegando a una incidencia del 5%. Destacan entre ellos las mujeres, aunque 1 de cada 10 hombres se ven perjudicados por este problema. (12).

Las mujeres buscan tener medidas ejemplares como son 90-60-90 según los estándares establecidos por la sociedad lo que lleva a que la anorexia aumente en jóvenes. Pero no solo afecta a ellas, sino también a los hombres, los cuales consideran que si no tienen músculos formados o un rostro perfecto son menos que otros.

Los comentarios en redes sociales juegan en esta área un papel muy importante ya que se establece una relación directa con la insatisfacción corporal. Un ejemplo es la modelo Alexis Ren, quien comenta que su anorexia se vio intensificada por la red social Instagram.

5. SUEÑO

Varios estudios publicados en los últimos años (1) demuestran una fuerte asociación entre el uso de las redes sociales y las alteraciones del sueño. Las personas que se pasan la mayoría del tiempo en redes sociales tienden a tener dificultades para dormir y además despertares muy tempranos.

La población (más frecuentemente jóvenes y adolescentes) utiliza cualquier aplicación antes de dormirse como modo de distracción y ello a veces lleva a que se pasen las horas de manera muy deprisa y no se den cuenta del gran tiempo que están invirtiendo en redes, que a su vez les va a perjudicar en el sueño, ya que no duermen las horas necesarias para poder descansar lo suficiente.

También existen personas (en este caso cómo hemos dicho sobre todo jóvenes) que afirman usan las redes sociales porque no pueden dormir y ello les calma la ansiedad que sienten en el momento; lo que no se dan cuenta es que están construyendo un círculo vicioso ya que cada vez que no puedan dormir van a ir a las redes sociales y ello les quita horas de sueños originando al final un gran trastorno en éste y unas consecuencias terriblemente graves para la salud.

Nos encontramos con jóvenes y adolescentes exhaustos debido al gran tiempo dedicado a las redes sociales y los problemas anteriores comienzan a ascender con rapidez por lo cual se tiene en cuenta la gran afectación que causan las redes sociales a la población.

Afectación de las redes sociales en la salud mental en la población:

Se destacan a los adolescentes y jóvenes puesto que son las personas que actualmente más tiempo pasan en ellas y más relación tienen al respecto.

El aumento del tiempo que se dedica a redes sociales está relacionado con la sensación de aislamiento del mundo real, lo que puede llevar a trastornos mentales. (2).

1. Adolescentes

El adolescente experimenta enormes cambios emocionales y conforme crece ello puede afectar de manera muy amplia a su alrededor, es decir, su relación con la familia, con los amigos, sus tareas diarias, sus proyectos a largo plazo, sus decisiones; las redes pueden tener gran parte de influencia en estos cambios y generar comportamientos que puedan derivar en conflictos para el desarrollo social y personal que experimenta el usuario.

La forma en la que las redes sociales afectan a los adolescentes se ven reflejadas cuando éste comienza a tener una personalidad frágil, no se relaciona tanto con los familiares o en general sus relaciones se ven perjudicadas. Cuando estos patrones se ven afectados confirmamos que el adolescente ha desarrollado cierta adicción a las redes sociales que la gran mayoría proviene de haber recibido recompensas.

Las redes sociales son las responsables de que el adolescente pierda su interacción con el entorno y que estos comiencen a perder su estímulo de relacionarse con personas en la realidad.

La salud mental se ve perjudicada en este sector de la población debido a que no son conscientes de la gran información que comparten a través de sus redes y en lo que ello puede desembocar, por ello es necesario hacer hincapié en este tema para que el adolescente pueda cursar con soluciones ante diversos aspectos.

2. Jóvenes

Existen estudios que muestran que los síntomas de la depresión padecida por jóvenes se relacionan con la adicción a las redes sociales. Como justificación a ello se obtienen datos en los que se resalta que la autoestima baja de los jóvenes se debe a que tienen una percepción negativa de sí mismos, un gran aislamiento social y muy pocos recursos para interactuar socialmente.

El efecto que causa las redes sociales en las personas jóvenes puede llegar a influir en su vida trágicamente ya que aparte de sufrir una depresión como se

visualiza anteriormente también comienzan a no dormir bien debido a su adicción por estas; inician hábitos alimentarios poco saludables como omitir el desayuno o tomar bebidas energéticas (ya que es el comportamiento que observan en otras personas en las redes y supuestamente les va muy bien), también se ve aumentado el sedentarismo puesto que pasan muchas horas delante de la pantalla sentados o bien tumbados si se trata de un dispositivo móvil; comienzan las inseguridades y el "qué pensarán de mí si subo esto o publico esto otro" y por supuesto juega un papel importante derivando de ello la ansiedad. Fernández (2013) afirma que la alteración de estados emocionales viene de una adicción a internet lo que deriva en la ansiedad y enfado debido a estar todo el tiempo pensando en su uso y en el tiempo que se pasa en ella.

Morrison & Gore (2010) aclara que los individuos que persuaden de que son adictos a las redes sociales, son los que en gran parte van a generar agresividad y van a cursar con una depresión mayor lo que va a dar lugar a que su ámbito social se vea perjudicado.

Puesto a lo que se ha resaltado en este sector de la población, se destaca que, tanto en adolescentes como en jóvenes, experimentan etapas de grandes cambios en las cuales sus emociones están a "a flor de piel", son nuevas y ello lleva a que el usuario se realice preguntas y no obtenga respuestas de lo que está sintiendo.

Ventajas y desventajas de las redes sociales

Actualmente las personas se mantienen conectadas a través de la red y están en constante comunicación todo el tiempo, sin que sea necesario un contacto directo lo que puede llegar a resultar bueno en ciertos aspectos, pero malo en muchos otros.

1. Ventajas

- Establecer relaciones al momento y reforzar lazos ya existentes con otras personas que ayudan a sentirse mejor con uno mismo debido al apoyo que recibe.
- Se fomenta la educación y la formación de las personas lo que puede llevar a que el individuo se siente autorrealizado, ya que no solo se pueden realizar actividades de entretenimiento lo que incluiría a una red social como Instagram, sino que además se pueden hacer cursos interactivos y estudios a distancia que ayudan al desarrollo y crecimiento personal. (Lozano Álvaro, 2021).
- Permiten que contactemos con personas que tienen los mismos intereses o que pasan por situaciones semejantes y ayuda al individuo a

no sentirse solo en quizás ese aspecto de su vida.

- Informan de la prevención y promoción de la salud en diversos aspectos al igual que de la enfermedad y mantiene alerta al usuario para buscar una red social de apoyo u cualquier otra ayuda necesaria.
- Ayuda a aumentar el nivel de creatividad del usuario lo que le va a suponer tener más inspiración y sentirse un poco más realizado.
- Incrementa el entretenimiento y ocio del usuario, lo que le permite al individuo mantenerse dentro de una actividad y desarrollarse en aspectos sociales, culturales y 40 personas que van a repercutir en la realización del individuo, como indican Lazcano y Madariaga.
- Facilita la autonomía del individuo puesto que él decide con quien quiere comunicarse y con quién no y eso le va a ser sentirse independiente.
- Ayuda a los usuarios a expresar sus sentimientos, lo que les puede resultar muy beneficioso ya que así no los guarda.
- Se encuentran apoyados por usuarios semejantes a ellos, es decir, si un individuo tiene o a tenido una depresión y éste se expresa en redes y cuenta su trayectoria ante ésta, al usuario que lo observa le va a ayudar a no sentirse solo y observar que pueden ser capaces de salir hacia delante si otros lo han conseguido y así con diversos problemas de salud.

2. Desventajas

- El uso de las redes sociales, en especial de aplicaciones como Instagram, Facebook o Twitter pueden hacer que la persona permanezca aislada de la sociedad; entrando en un mundo virtual el cual puede llegar a hacerlo esclavo.
 - Las personas debido al deseo que tienen de comunicarse con los demás se van a encerrar en sí mismas esperando cualquier señal de otros usuarios para estar en contacto con ellos, lo que les va a crear una dependencia de la red -Se generan sentimientos de miedo, como puede ser "miedo a perderse algo relacionado con la red", ansiedad, angustia, preocupación cuando los usuarios no están conectados.
 - Se crea la adicción a redes puesto que el usuario no se imagina sin estar conectado mediante su teléfono móvil o cualquier otra tecnología ya que cree que así siempre estará en contacto con alguien y no se siente solo.

- Se puede generar envidia puesto que los usuarios ven en otras personas una vida que creen que no pueden alcanzar y comienzan a plantearse la suya, afectando a su autoconcepto, su autoestima, su situación actual; las personas se comparan frecuentemente con una vida que no es real y es una de las razones que más afecta al individuo.
- Se facilita información del individuo a otros usuarios lo cual puede ser usado para dañar a éste mediante comentarios u opiniones sobre su vida personal que los puede llevar a perjudicar la salud mental.
- Se llegan a dar los "robos de identidad" lo que indica que un usuario se adueña de la identidad de otro y ello genera un conflicto lo que desemboca en estrés, irritación e incluso ansiedad y depresión ante dicha situación, en el caso de que el individuo no sepa manejarla y gestionar tal problema.
 - Estar conectados a la red todo el tiempo puede hacer que el usuario decaiga en sus obligaciones o que no rinda tanto en su trabajo, estudios; puesto que su mente se encuentra en otro lado.
 - Se destaca la baja autoestima ya que la mayor parte del tiempo las personas ven a otras de su alrededor "mejores que ellas".
 - La mayor parte del tiempo aparecen sentimientos de negatividad puesto que el usuario se piensa que no va a obtener ciertos objetivos debido a las comparaciones que ejerce en las redes sociales.
 - Se generan problemas familiares y sobre todo de parejas, puesto que entra en juego los celos, sentimientos de rabia, inseguridad, debido a las comparaciones anteriores mencionadas y sobre todo el miedo persistente de la persona de que su pareja le deje por alguien "más guapo, fuerte, con mejor trabajo, con mejor coche, casa".

ENFERMERÍA Y LAS REDES SOCIALES:

Las redes sociales han comenzado a tener gran repercusión en el ámbito sanitario, puesto que son necesarias tanto para los pacientes como para los profesionales de salud.

Tener tanta información acerca de la salud ha generado grandes polémicas puesto que existen personas con más ansiedad, angustiadas, con miedo; que conforme ven una noticia en la red social piensan que les pasa a ellos y acuden en seguida a la atención sanitaria, lo que ocasiona colapso en la actualidad.

El impacto de las redes sociales en la salud mental

El papel de la enfermería es esencial, puesto que el objeto de estudio de las enfermeras son los cuidados en la salud de individuos, familia y comunidades, por tanto, ésta podría centrar investigaciones sobre aspectos relacionales y destacar las redes sociales.

El conjunto de los profesionales de la salud y las redes sociales puede resultar beneficioso para el cuidado del paciente ya que se puede lograr que éste mejore su comportamiento respecto a la salud. La enfermería podría desempeñar un papel motivador, orientativo y comunicativo.

En la actualidad ya existen redes que forman parte del ámbito de la salud; las que son para médicos, o bien de médicos para pacientes, de enfermería, o bien de enfermería para pacientes, de farmacéuticos y otros. Todas ellas ayudan a divulgar información, compartirlas con el paciente, promover la salud, educar al paciente y prevenir.

En el V Congreso de Deontología Médica que tuvo lugar en mayo de 2018, el Dr. Jacinto Bátiz, secretario de la Comisión Central de Deontología de la OMC, dijo que "puede ser recomendable aprovechar el poder amplificador de las redes sociales para realizar una labor divulgadora, siempre que el uso y la participación conlleven un comportamiento acorde con los principios del profesionalismo médico".

Así resultaría de interés que desde la atención primaria se desarrollaran programas de prevención que engloben la información de los individuos que se encuentran en riesgo y de sus familias.

Las redes sociales también forman parte de la investigación en el área de salud pública, gracias a ello la actuación ante enfermedades es mucho más rápida.

Por otro lado, la enfermería ha desempeñado un papel muy importante frente a la actuación del Covid-19 y las redes sociales no han sido menos ya que se han llevado a cabo 45 estrategias de cómo llevar esta enfermedad y como tratar los trastornos de salud mental derivados de ella.

El poder acceder fácilmente a las redes sociales y consultar cualquier síntoma en este caso relacionado con la Covid-19, aumenta la desesperación puesto que se genera la incertidumbre de sí se padece la enfermedad o no. Por otro lado, hay variedad de noticias que no son ciertas que el paciente al no tener conocimientos suficientes de la enfermedad puede llegar a creerse y ello aumenta el miedo y la angustia.

El ámbito sanitario en este caso se ha visto obligado a interactuar en las redes sociales para desmentir muchos bulos y han estado implicados en ofertar información a través de aplicaciones como Facebook,

Tiktok, Instagram, twitter y otras aplicaciones para que la población estuviese tranquila e informada ante la enfermedad, sus síntomas, cómo actuar si el usuario es positivo y mucha más información que ha sido de mucha utilidad-

Discusión

El objetivo primordial de esta revisión bibliográfica es conocer el impacto de las redes sociales en la salud mental.

Como podemos contemplar en la actualidad existen numerosos jóvenes y adolescentes con problemas derivados del desarrollo existente en redes sociales.

Los artículos estudiados revelan que existen una relación directa entre redes sociales y problemas de salud mental como son, ansiedad y depresión.

Cabe destacar que las redes han sido partícipe de agravar diversas situaciones en la pandemia del COVID-19 y que hemos sufrido consecuencias relacionadas directamente con la salud debido a diversos bulos en redes.

Todos los autores pertenecientes a este estudio concluyen que lo primordial es realizar una prevención y promoción cuanto antes por parte de enfermería, ya que así lograríamos educar a las nuevas generaciones para no derivar en los problemas de salud mental descritos en la revisión bibliográfica.

Discussion

The main objective of this literature review is to know the impact of social networks on mental health.

As we can see, there are currently many young people and adolescents with problems derived from the existing development of social networks.

The articles studied reveal that there is a direct relationship between social networks and mental health problems such as anxiety and depression.

It should be noted that the networks have been involved in aggravating various situations in the COVID-19 pandemic and that we have suffered

consequences directly related to health due to various hoaxes on networks.

All the authors belonging to this study conclude that the most important thing is to carry out prevention and promotion as soon as possible by nursing, since this way we would be able to educate the new generations in order to avoid the mental health problems described in the bibliographic review.

Conclusiones

Este Trabajo Fin de Grado, ha pretendido en todo momento demostrar la importancia que actualmente tienen las redes sociales y cómo influyen en la salud mental de las personas.

La ansiedad y la depresión son los trastornos que más desarrolla la población, y los cuales pueden llegar a causar grandes problemas llegando al extremo de causar un suicidio.

Los trastornos de conductas alimentarias juegan un papel importante puesto que las redes sociales como indica la revisión bibliográfica realizada son partícipes del crecimiento de esta enfermedad y de agravar la causa existente en muchos casos.

La autoestima del individuo baja a gran escala y se observan casos de jóvenes que no cursan con ella, debido al cuerpo y vida perfecta que observan en las redes.

La adicción a vivir delante de una pantalla se ha vuelto extrema a tal punto que se deterioran las relaciones de contacto directo y solo se interactúan a través de las redes, lo que aumenta el aislamiento de las personas.

Los adolescentes y los jóvenes son la población que más sufren los efectos negativos de las redes sociales y a su vez son los más perjudicados puesto que están creciendo en un mundo virtual y que no se asemeja a la realidad.

El impacto que concluimos es más negativo que positivo ya que observamos que existen tanto desventajas como ventajas en las redes, pero el daño causado que se valora en las desventajas ocasionadas es mucho mayor.

El impacto que concluimos es más negativo que positivo ya que observamos que existen tanto desventajas como ventajas en las redes, pero el daño causado que se valora en las desventajas ocasionadas es mucho mayor.

Las redes sociales y la enfermería son necesarias para la prevención y promoción en cuanto a los problemas de salud mental ocasionados puesto que se puede hacer ver a los pacientes lo que conlleva vivir inmersos en aplicaciones y la gran cantidad de trastornos mentales que existen en la actualidad. No solo el paciente puede obtener apoyo, sino que además puede conocer todas las enfermedades existentes y concluir si está teniendo problemas de adicción a las redes o si realmente les están afectando mucho en su desarrollo personal o tan simple como si se siente mal o bien y llegar a la conclusión de si necesita ayuda o no antes de que ocurra una tragedia.

En definitiva, la investigación realizada a través de la revisión bibliográfica expone que el impacto de las redes sociales en la salud mental es un tema novedoso y muy importante en el siglo XXI puesto que actualmente afecta a la gran mayoría de personas; por lo que se debe considerar seguir estudiando sobre él para minimizar sus efectos y así ayudar a la población.

Conclusions

This Final Degree Project has tried at all times to demonstrate the importance that social networks currently have and how they influence the mental health of people.

Anxiety and depression are the disorders that most people develop, and which can cause major problems reaching the extreme of causing suicide.

Eating disorders play an important role since social networks, as indicated in the literature review, are involved in the growth of this disease and aggravate the existing cause in many cases.

The self-esteem of the individual drops on a large scale and there are cases of young people who do not have it, due to the perfect body and life they see in the networks.

The addiction to live in front of a screen has become extreme to such an extent that direct contact relationships deteriorate and they only interact through the networks, which increases the isolation of people.

Adolescents and young people are the population that suffer the most from the negative effects of social networks and in turn are the most harmed since they are growing up in a virtual world that does not resemble reality.

The impact we conclude is more negative than positive since we observe that there are both disadvantages and advantages in the networks, but the damage caused that is valued in the disadvantages caused is much greater.

The impact we conclude is more negative than positive since we observe that there are both disadvantages and advantages in the networks, but the damage caused that is valued in the disadvantages caused is much greater.

Social networks and nursing are necessary for the prevention and promotion of mental health problems, since patients can be made to see what it means to live immersed in applications and the large number of mental disorders that exist today. Not only can the patient get support, but they can also learn about all the existing illnesses and conclude if they are having addiction problems with the networks or if they are really affecting them a lot in their personal development or as simple as if they feel bad or good and come to the conclusion if they need help or not before a tragedy occurs.

In short, the research conducted through the literature review shows that the impact of social networks on mental health is a new and very important topic in the XXI century since it currently affects the vast majority of people; therefore, further study on it should be considered to minimize its effects and thus help the population.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) declara 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

No se ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre las participantes.

Publicación

Este trabajo de revisión no ha sido presentado en ninguna ponencia, comunicación oral, póster en ningún congreso o evento científico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arias, N., Díaz, E., Fernández, R., Márques, P., Serrano, N. & Quiroga, E. (2019). El Análisis de las Redes Sociales desde la perspectiva Enfermera: una aproximación teóricoempírica. *Index de Enfermería*. 28(4), 1-5. Recuperado en <http://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e32140>
2. Avila-Toscano, J.H. (2009). Redes sociales, generación de apoyo social ante la pobreza y calidad de vida. *Revista iberoamericana De Psicología*. 2(2), 65-74. Recuperado en <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.2207>
3. Barboza, M., Borgues, L., Leira, R., & Rodriguez, S.A. (2020). ¿Cómo influyen las redes sociales en la salud mental? *SMAD, Rev Electrónica Saúde Mental Álcool Drog*. 16(1), 1-3. Recuperado en: <https://revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/182>
4. Barrón, M., & Mejía, C., (2021). Redes sociales y salud mental: vivencias digitales de alumnos de la Fesi Unam. *CuidArte*, 10, 00-00. Recuperado en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98559>
5. Basterra Olives, M. & Cabrera Hernández, L. (2021). Las Redes sociales y su influencia en trastornos como la depresión en los jóvenes. [Tesis de pregrado, Universidad de La Laguna]. Recuperado en <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/23966>
6. Betzabeth Bahamonde, V. (2020). Instagram y la baja autoestima por el consumo masivo de jóvenes de una Facultad de comunicaciones de una Universidad Privada de La Molina. [Tesis de pregrado, Universidad de Ciencias y Arte de América Latina]. Recuperado en <http://repositorio.ucal.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12637/327/Instagram%20y%20la%20baja%20autoestima.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Bruna Barranco, I., Castel Feded, S., Navarrete Villanueva, D., & Romanos Calvo, B. (2017). Influencia negativa de las redes sociales en la salud de adolescentes y adultos jóvenes: una revisión bibliográfica. *Psicología y Salud*. 27(2), 255-267. Recuperado en <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2531>
8. Calderón Calvo, G. (2018). Enfermería y Redes Sociales: un futuro para la salud de la población. [Tesis de pregrado, Universidad de Valladolid, Diputación de Palencia]. Recuperado en <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/31569>

9. Campos Soto, N., Gómez García, G. & Romero Rodríguez, J.M. (2019). Follow me y dame like: Hábitos de uso de Instagram de los futuros maestros. *Revista interuniversitaria de formación de profesorado*. 94(33.1), 83-96. Recuperado en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6986245>
10. Carvalho, T., Do Vale e Silva, J., Fontes, S., Lopes de Melo, J., Moreira de Freitas, R. & Oliveira e Melo, K. (2021). Percepciones de los adolescentes sobre el uso de las redes sociales y su influencia en la salud mental. *Enfermería Global*. 20(4), 324-364. Recuperado en <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.462631>
11. Chuquitoma Cruz, L.G. (2017). Redes sociales y su influencia en el autoestima de adolescentes del nivel secundaria en la institución educativa Manuel Muñoz Najar, Arequipa-2016. [Tesis pregrado, Universidad de Medicina Humana y Ciencias de La Salud Escuela Profesional Enfermería]. Recuperado en <https://hdl.handle.net/20.500.12990/340>
12. Colás-Bravo, P., González Ramírez, T., & De Pablos-Pons. (2013). Juventud y redes sociales: Motivaciones y usos preferentes. *Comunicar*. 40, 15-23. Recuperado de <https://doi.org/10.3916/C40-2013-02-01>
13. Corrales Pérez, A., García Mendoza, F., Moo Estrella, J.A., Quijano León, N.K. & Tamayo Pérez, W.A. (2012). Redes sociales en Internet, Patrones de sueño y depresión. *Enseñanza e investigación en Psicología*. 17(2), 427-436. Recuperado en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29224159005>
14. Cuevas MN, S., Martínez-Castillo, BA., Delgado Quiñones & EG., Salamanca- Rodríguez, CG. (2015). Adicción a redes sociales y su relación con problemas de autoestima en la población de 15 a 19 años en población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica*. 6(4), 285-289. Recuperado en <https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60331>
15. De la Fuente, J.R., (2012). Impactos de la globalización en la salud mental. *Gaceta Médica de México*, 148, 586-90. Recuperado en http://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_586-590.pdf
16. Durán Rodríguez, E., & Basabe de Quintana, M.C. (2013). Salud mental y expresión de las emociones en el Facebook. *Anuario Electrónico De Estudios En Comunicación Social "Disertaciones"*. 6 (2), 88-111. Recuperado en <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/disertaciones/article/view/3852>
17. Fernández, A., & Rodríguez, A. (2014). Relación entre el tiempo de uso de las redes sociales en internet y la salud mental en adolescentes colombianos. *Acta colombiana de Psicología*, 17(1), 131-140. Recuperado en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552014000100013
18. García Puertas, D. (2020). Influencia del uso de Instagram sobre la conducta alimentaria y trastornos emocionales. *Revisión sistemática. Revista Española de comunicación en salud*. 11(2), 244-254. Recuperado en <https://doi.org/10.20318/recs.2020/5223>
19. Gil Vera, V.D., & Quintero López, C. (2021). La ansiedad y la depresión derivadas del abuso de las redes sociales: un análisis relacional. [Tesis pregrado, Universidad Católica]
20. Luis Amigó, Medellín, Colombia]. Recuperado en <https://www.cibersalud.es/la-ansiedad-y-la-depresion-derivadas-del-abuso-de-las-redes-sociales/>
21. Gómez, Key., & Marín, Jazmín., (2017). Impacto que generan las redes sociales en la conducta del adolescente y en sus relaciones interpersonales en Iberoamérica los últimos 10 años. Bucaramanga: Universidad Cooperativa de Colombia. Recuperado en <https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/747/1/Impacto%20que%20generan%20las%20redes%20sociales%20en%20la%20conducta%20del%20adolescente%20y%20en%20sus%20relaciones%20interpersonales%20en%20Iberoam%c3%a9rica%20los%20%20%c3%baltimos%2010%20a%c3%b1os.pdf>
22. Guerrero García, C., Solanilla Salameo, E., & Trucharte Álvarez, C. (2022). El impacto de la COVID-19 en la salud mental de los adolescentes y su relación con las redes sociales. *Elsevier*. 54(1). Recuperado en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721001839?via%3Dihub>
23. Guerrero García, C., Solanilla Salameo, E., & Trucharte Álvarez, C. (2022). El impacto de la COVID-19 en la salud mental de los adolescentes y su relación con las redes sociales. *Elsevier*. 54(1). Recuperado en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721001839?via%3Dihub>
24. Huanca Baez, J. (2016). Asociación entre las redes sociales de internet y trastorno de ansiedad en adolescentes de dos academias preuniversitarias de la ciudad de Arequipa. [Tesis 52 de doctorado, Universidad Nacional de San Agustín]. Recuperado en <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/3464>

25. Martel Cabrera, I. (2021). Impacto de las redes sociales en la salud mental y bienestar de las personas. [Tesis de pregrado, Universidad Ciencias Médicas Cienfuegos (Cuba)]. Recuperado en <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/view/710>

26. Meana, R.J. & De la Piedra, S.M., (2017). Redes sociales y fenómeno influencer. Reflexiones desde una perspectiva psicológica. *Miscelánea Comillas*. 75(147), 443-469. Recuperado en <https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/8433>

27. Oliveros Calvo, S. (2018). El impacto de las redes sociales en nuestra salud y bienestar mental. Grupo Doctor Oliveros. Recuperado en <https://www.grupodoctoroliveros.com/el-impacto-de-las-redes-sociales-en-nuestra-salud-y-bienestar-mental>

28. Ortega, J., & Padilla, C. (2017). Adicción a las redes sociales y sintomatología depresiva en universitarios. *CASUS*, 2, 47-53. Recuperado en <http://repositorio.ucss.edu.pe/handle/UCSS/252>

29. Paige, C. (2019). 140 estadísticas de las redes sociales que son importantes para los merca-

dólogos en 2020. Hootsuite. Recuperado en <https://blog.hootsuite.com/>

30. Portero Alférez, N. (2020). Las redes sociales y la COVID-19: herramientas para la infodemia. *Boletín IEEE*. 20, 831-853. Recuperado en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7772855>

31. Portillo Reyes, V., Ávila-Amaya, J.A, Capps, J.W. (2021). Relación del uso de redes sociales con la autoestima y la ansiedad en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 3(1), 139-149. Recuperado en <https://revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/182/117>

32. Tangarife Arias, H. (2021). Niveles de depresión en estudiantes de Psicología de la Universidad Católica de Pereira y su relación con el Uso problemático de las Redes Sociales. [Tesis pregrado, Universidad Católica de Pereira]. Recuperado en <http://hdl.hanle.net/10785/8269>

33. Tortella-Feliu, M.T., (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 62-69. Recuperado en <https://dialnet.unirioja.es>



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 una nueva WEB de la REVISTA, que puede consultarse desde cualquier ordenador o dispositivo móvil.

New web scientific magazine SANUM

As a new advance in the modernization process of the scientific magazine SANUM and as an essential element of its indexing process in international databases, a new WEB of the MAGAZINE is born, which can be consulted from any computer or mobile device.



¡AVANZANDO
CON LA REVISTA
CIENTIFICA
SANUM!

www.revistacientificasanum.com/new/

Manejo de la bomba de insulina pediátrica

Bernal-Zarzuela, P. Ordoñez-Marchena, A. Vázquez-González, A.M.
"Manejo de la bomba pediátrica".

SANUM 2023, 7(1) 30-43

AUTORAS

Paola Bernal Zarzuela.
Enfermera. Hospital de Día Pediátrico. Hospital Universitario Jerez de la Frontera. Cádiz, España.

Ana Ordóñez Marchena.
Enfermera. UGC Medicina Interna.


Hospital General Santa María del Puerto, José Manuel Pascual Pascual S.A. Cádiz, España.

Ana María Vázquez González.

Enfermera. CS Barrio Alto. Dispositivo de Apoyo Jerez Costa Noroeste. Cádiz, España

Autora de Correspondencia:

Paola Bernal Zarzuela

 paolabernalzr@gmail.com

Tipo de artículo:

Revisión.

Sección:

Enfermería pediátrica.

F. recepción: 05-09-2022

F. aceptación: 28-11-2022

Resumen

Objetivo: Examinar la intervención enfermera en el manejo de la bomba de insulina pediátrica dirigida a los padres.

Método: Revisión Narrativa

Resultados: La bomba de insulina evidencia la capacidad de alcanzar unos niveles de glucemia y hemoglobina glicosilada disminuidos. Esto favorece un descenso de la manifestación de complicaciones como la hipoglucemia. En cuanto a la educación diabetológica es fundamental para establecer un control preciso de la enfermedad y en esta educación el rol de los profesionales de enfermería es primordial, ya que sus intervenciones deben ir dirigidas a educar a los niños y a sus padres.

Conclusiones: El papel enfermero es fundamental en la educación diabetológica tanto en niños como en sus padres, para conseguir un adecuado manejo de la bomba de Insulina y con ello una mejora en los valores metabólicos.

Palabras clave:

Diabetes Mellitus Tipo 1;

Insulina;

Bombas de infusión;

Educación;

Niño.

Pump handling of pediatric insulin

Abstract

Background: Objective: Analyze nurse intervention with the use of pediatric insulin pump directed towards parents.

Method: Narrative review

Results: There is an evidence about the capacity of decrease of the blood glucose and glycosylated hemoglobin by the insulin pump. This effect gives an advantage to avoid the manifestation of complications such as hypoglycemia. Talking about diabetic education it is essential that the interventions of the nurses are destined to educate both parents and children.

Conclusions: Nurse roll at diabetes education is essential, especially aimed at parents. Diabetes education is basic for the correct use of the treatment with insulin pump and as a result achieve better metabolic values.

Key word:

Diabetes Mellitus, Type 1;
Insulin;
Infusion Pumps;
Education;
Child.

Introducción

La diabetes afecta de manera amenazante la salud mundial, sin considerar la situación socioeconómica y menos aún las fronteras entre países. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define esta patología del siguiente modo, "La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce". (1) (2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que actualmente existe una prevalencia de diabetes de 0,03% en todo el mundo del cual un 0,15% corresponde a países desarrollados. En total se calcula que 78.000 niños poseen diabetes Mellitus. En España la incidencia de diabetes en menores de 15 años es de 38,7 por cada 1000000 habitantes. (2)

Cuando hablamos de diabetes, podemos hacer referencia a tres tipos distintos: La Diabetes tipo I, Diabetes tipo II y Diabetes Gestacional. (1)(2)

La Diabetes insulino dependiente o Diabetes mellitus tipo I (DMI), se manifiesta cuando el páncreas es incapaz de sintetizar la cantidad precisa de insulina. No existen datos que certifiquen la causa, pero se relaciona con la combinación de factores tanto genéticos como ambientales. Esta enfermedad endocrinológica crónica, constituye uno de los problemas primordiales en edad pediátrica. (2)

La Diabetes mellitus tipo II (DM2) o también conocida como no insulino dependiente, aparece cuando el organismo no tiene capacidad para utilizar la insulina que produce. Este tipo de diabetes suele originarse en edad adulta y frecuentemente puede evitarse. Se relacionan como causas de esta enfermedad el sobrepeso, ausencia de actividad física y una posible predisposición genética. (2)(3)

La Diabetes Gestacional, enfermedad metabólica que se presenta por primera vez durante el segundo o tercer trimestre del embarazo, en mujeres que anteriormente no eran diabéticas. El Lactógeno placentario es la hormona vinculada con la diabetes gestacional. Por lo general, es entre la semana 24-28 de embarazo cuando esta hormona se encuentra elevada y por ello se realiza entonces a las gestantes el Test de O'Sullivan. Este tipo de enfermedad puede ocasionar modificaciones en la gestante, variaciones en el crecimiento y desarrollo tanto fetal como placentario. Un correcto control metabólico puede evitar complicaciones en ambos. (3)

La insulina es una hormona que es segregada por las células beta pancreáticas como respuesta a niveles altos de nutrientes en sangre, dominando funciones energéticas como la glucosa y el metabolismo

lipídico. Siendo una hormona de producción endógena, se puede sintetizar y utilizar con fines terapéuticos, comenzando en el tratamiento de DM1 en torno a 1922. Desde entonces, se ha evolucionado de manera cuantiosa, contando actualmente de un extenso abanico de tipos de Insulina ajustado a cada paciente en función de sus necesidades. Concretamente, teniendo en cuenta el tipo de ingesta, su actividad física y siguiendo sus horarios habituales. (4)

En condiciones fisiológicas la insulina es segregada siguiendo dos patrones: De forma continua, siguiendo entonces el patrón basal o bien como respuesta a la ingesta, siguiendo el denominado patrón prandial. Aproximadamente el 50% de la fabricación de insulina en 24 horas es insulina basal. (3)(4)

DEFINICIÓN DE DIABETES INFANTOJUVENIL

La Diabetes insulino dependiente o DMI, se trata de la enfermedad endocrinológica crónica más común en niños. Este tipo de diabetes también recibe el nombre de diabetes insulino dependiente o infantojuvenil. Se manifiesta como consecuencia de la destrucción de los islotes de Langerhans, provocando la incapacidad del páncreas para sintetizar la cantidad precisa de insulina. Esta hormona es necesaria para el correcto metabolismo de la glucosa, monosacárido fundamental para el desarrollo, cauterización de heridas, como almacenamiento de lípidos y para un adecuado funcionamiento cerebral. (3)

No existen datos que certifiquen la causa, pero se relaciona con la combinación de factores tanto genéticos como ambientales. En cuanto al momento de evaluar a una persona con diabetes tipo I es conveniente concentrar cinco principios: Inyecciones de insulina, control de la hipoglucemia, monitorización de la glucosa, la actividad física y la dieta. (3)

Hoy en día no existe cura para esta enfermedad, aunque se ha logrado favorablemente una calidad de vida mediante un oportuno manejo de la afección. Para ello es primordial mantener los niveles de glucosa, considerándose inferior a 100 mg/dl valores normales. (3)

SÍNTOMAS

Los enfermos con diabetes pueden desarrollar un debut típico con manifestaciones como: Poliuria, Polidipsia, polifagia y bajo peso. Existen casos en los que progresan de forma veloz y presentan además vómitos, deshidratación y pérdida de conciencia. El diagnóstico se establece en un periodo de entre dos y seis semanas. Identificar los síntomas de diabetes en niños resulta en ocasiones complejo debido a su edad y la dificultad para expresar sus dolencias (10)

Las personas que manifiestan diabetes infantojuvenil, los síntomas suelen aparecer en la mayoría de los casos de forma repentina. Sin embargo, cuando hablamos de la diabetes tipo 2, los síntomas se manifiestan gradualmente. Identificar los síntomas de diabetes en niños resulta en ocasiones complejo debido a su edad y la dificultad para expresar sus dolencias (10) (11)

DIAGNÓSTICO. FASES

En la diabetes DMI se diferencian 4 fases:

La primera es la Diabetes pre clínica, fase que corresponde con la presentación clínica. En la diabetes pre clínica se elaboran anticuerpos que actúan frente a las células beta pancreáticas y podemos localizarlos en suero. Esta perpetua destrucción conlleva a la pérdida sucesiva de reserva de insulina. (12)

Ante la aparición de alguna alteración de la glucosa en sangre en la juventud y no cumpliendo criterios de diabetes, se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Fase incipiente (Diabetes infanto-juvenil)
- Diabetes no insulino dependiente, asociada a la obesidad.
- Diabetes Monogénica
- Hiperglucemia de estrés

En la diabetes Mellitus de tipo 1 no se suele recurrir a un incremento oral de glucosa para determinar su diagnóstico. Independientemente del acrecentamiento de la incidencia de DM2 en niños, sigue siendo la DM1 la principal causa en niños por excelencia. (13)

La segunda fase, se trata del Debut diabético. La manera en la que se presenta esta fase puede cambiar, desde urgente a deshidratación severa, desencadenando en shock. La clínica principal se basa en la presencia gradual de síntomas como poliuria, polidipsia, polifagia y disminución de peso. Siempre que se desencadene una cetoacidosis, estos síntomas se agregaran síntomas como, dolor abdominal, vómitos, deshidratación, aumento de la frecuencia y profundidad respiratoria incluso llegando a progresar en shock y el coma. No obstante, el debut diabético se manifiesta de forma atípica. En casos como este el uso de las tiras reactivas de orina tienen un papel fundamental. Se trata de un procedimiento elemental, delicado y no invasivo. Para confirmar el diagnóstico de este modo, debe aparecer glucosuria, cetonuria y una glucemia capilar por encima de 200 mg/dl. (12)

En el momento que se establezca un diagnóstico con síntomas de diabetes en niños, urgentemente se debe mandar a un hospital para iniciar el tratamiento. (12)

La tercera fase es la denominada luna de miel. La demanda de insulina después de comenzar la insulino terapia disminuye. Los requerimientos de insulina normales son 0,5 U/Kg en niños pre adolescentes y 1,5 U/kg en adolescentes. Este periodo de luna de miel suele surgir tras días o incluso semanas del comienzo del tratamiento y persiste aproximadamente entre diez y 12 meses pudiendo alcanzar una duración de hasta dos años en algunas ocasiones. (12)

En esta etapa es primordial tener en cuenta varios aspectos. Se debe de advertir sobre la transitoriedad de esta fase y vigilar los requerimientos de insulina, ya que en determinados momentos es imprescindible mermar las unidades del tratamiento o concluir el tratamiento en algún momento. (13)

La fase Crónica es la última y cuarta fase. Consiste en un procedimiento escalonado de debilitación de las células beta pancreáticas. No debemos descuidar que la diabetes insulino dependiente se trata de una enfermedad autoinmune y por tanto se debe vincular con otros procesos autoinmunitarios. (13)

Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión de la evidencia científica actual para ello he

recopilado, seleccionado, leído y analizado documentos específicos sobre el tema.

He introducido palabras claves como Diabetes, Bomba de Insulina, Pediatría, Autocontrol glucemia, Manejo, Enfermería, Diabetes, Insulin pump, Pediatrics, Blood glucose self-monitoring, Management and Nursing combinadas mediante los operadores booleanos "and", "or" y "not" en los descriptores DecS y Mesh.

Para la búsqueda he utilizado las siguientes fuentes de información y bases de datos:

Trip, PubMed, Elsevier, Scielo, NICE y Medline. Respecto a los criterios de inclusión he utilizado estudios de carácter científico, acordes a los objetivos, escritos en español o en inglés, con un límite temporal de los 10 últimos años.

Resultados

INSULINA. TIPOS. CONSERVACIÓN. ADMINISTRACIÓN.

El tipo de diabetes que frecuentemente afecta a niños y jóvenes es la diabetes infanto-juvenil. El

tratamiento se basa en adquirir un control glucémico adecuado para, de ese modo, prevenir complicaciones a largo plazo. En cuanto a la terapéutica, la insulinoterapia vía subcutánea es la principal opción. No obstante, existen distintos tipos de insulina, ya que cada niño precisa tipo y dosis individuales. (7)

Las complicaciones a largo plazo se agrupan al valor de la hemoglobina glicosilada (HBA1C). Hoy en día, se trata de la prueba disponible más óptima para el control de glucemia en pacientes diabéticos. La glucosilación consiste en un suceso definitivo, no enzimático y dependiente de la concentración y tiempo de exposición de eritrocito al azúcar o glucosa. (6)

Las Insulinas basales, son aquellas capaces de cubrir las demandas continuas entre comidas. Se distinguen según el inicio de acción, pico máximo y en la versatilidad de su absorción. Este tipo de Insulinas se pueden clasificar en dos grupos. Siendo estos, los de acción intermedia o acción prolongada.

Neutral Protamine Hagedorn (NPH), este tipo de insulina se adquiere añadiendo protamina a la Insulina Humana Regular. Su acción es intermedia, iniciándose el pico de acción en un intervalo de 4-6 horas tras su administración y alcanzando una duración máxima de 12 horas. En cuanto a su administración las mejores condiciones corresponden a la hora de dormir, ya que disminuye el riesgo a sufrir hipoglucemias nocturnas.

Detemir, pertenece al grupo de las prolongadas, se trata de un Análogo soluble de insulina. La duración de la acción depende de la dosis. Se estima que 12 horas equivaldría a 0,2 UI/kg y 20 h a 0,4 UI/kg.

Insulina Gargalina, este análogo de insulina es de inicio lento y sin picos en comparación con la NPH. No obstante, su duración de acción se considera prolongada con una duración de entre 18-24 horas. Este tipo de Insulina debe aplicarse 1 vez cada 24 horas, administrándose siempre a la misma hora y preferentemente por la mañana.

Por otro lado, se encuentran las Insulinas Pradiales cuya duración de acción es escasa, suelen usarse como añadido a las Insulinas Basales. Dentro de este grupo encontramos la Insulina rápida conocida como Insulina Regular. Comienza su acción a los 30 minutos de su administración y alcanza su pico máximo entre las próximas 2-4 horas. Este tipo de insulina posee una duración de 6 horas.

Las insulinas Lispro, aspart y glulisina son análogos de insulina que comienzan su acción tras 5-10 minutos de ser administradas. Su duración máxima es de aproximadamente 4 horas.

Por último, existe otro grupo de insulinas, las insulinas pre mezcladas, una composición entre ambas

anteriores. Por lo general, suponen un mayor riesgo a sufrir hipoglucemias. Además, es necesario un suplemento de hidratos de carbono entre comidas por lo que conlleva un aumento de peso en las personas que las tienen pautadas.

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN NIÑOS CON DIABETES TIPO 1

La DM1 conforma uno de los problemas primordiales en la infancia, tratándose de la enfermedad endocrina crónica más habitual en el ámbito pediátrico. Los niños son un sector vulnerable ante esta enfermedad debido a que el debut puede originarse desde muy temprana edad y además por la complicación que supone un adecuado control. (47)

Después de que se produzca el debut diabético, la importancia reside en saber asumir la enfermedad, que la familia se adapte a la nueva situación, compromiso terapéutico y adquirir un favorable manejo de los elementos que influyen. No obstante, tanto padres como el niño enfermo, deben tener un tiempo de enseñanza. Esta enseñanza es lo que se conoce como educación diabetológica y debe inaugurarse desde el diagnóstico de la enfermedad, continuando hasta su alta del hospital. Asimismo, fortaleciéndose a lo largo de toda la etapa infantil. (48)

La sociedad Internacional de Niños y Adolescentes con Diabetes (ISPAD) subraya que es fundamental el mantenimiento de un adecuado control metabólico en edades precoces y para ello es necesario una apropiada formación diabetológica. Un equipo multidisciplinar, en el que el papel de la enfermera es primordial, es el encargado de proporcionar cuidados desde el inicio de la enfermedad, pautas sobre la nutrición y tratamiento de la diabetes, ayuda psicológica y tácticas para afrontar la enfermedad. (49)

La enfermera debe aportar un sostén educativo, útil y emocional para conseguir ayudar a la adhesión al tratamiento, incluso desempeñan un papel influyente, ya que son aquellas que presentan un contacto más inmediato desde el principio de la enfermedad. Por ello, es de vital importancia una correcta cualificación por parte del personal enfermero. (48)

Con la educación diabetológica lo que se pretende es que el niño alcance sobre todo un adecuado control metabólico, pero, además, es fundamental que el joven tenga independencia y calidad de vida. Es necesario prestar atención a las características individuales del paciente a la hora de establecer esta formación. Se debe tener en cuenta: edad, madurez, cultura y estilo de vida. También se debe tener en cuenta que los padres presentan una función importante en la educación de sus hijos con diabetes

los primeros años, luego los hijos van siendo más protagonista. (50)

La ISPAD propone una serie de objetivos que se deben cumplir en la educación diabetológica:

- Preservar los niveles de glucemia normales para prevenir las hipoglucemias.
- Eludir y posponer las complicaciones diabéticas
- Lograr la participación completa del entorno social.
- Garantizar un correcto crecimiento y progreso tanto físico como psíquico.
- Alcanzar una autonomía por parte del paciente.

Para lograr estos objetivos se deben establecer programas de educación para favorecer la didáctica. Estos programas deben ser prolongados en el tiempo, valorados y reformularlos cada año, ya que pueden variar tanto el tratamiento como posibles nuevas técnicas médicas y educativas. (48)

Recibir educación diabetológica inmediatamente desde que se produce el debut, entre los primeros 2 o 5 días, reduce la aparición de complicaciones como la cetoacidosis. En la infancia es complicado manejar la diabetes debido a que existen diversas particularidades que influyen como por ejemplo el consumo de chucherías, el temor a sufrir dolor y la el inconveniente que supone percibir la manifestación de alguna de las complicaciones de la diabetes. (51)

La ADA establece que los niños deben ir adquiriendo autonomía, pero continuamente vigilado por un adulto. Por ello, los padres representan un pilar fundamental en el tratamiento de los niños. (52)

Hasta los dos años los niños asimilan los conocimientos mediante la simulación. Es fundamental intentar que los niños asuman las inyecciones de insulina como una práctica rutinaria en su día a día. La formación diabetológica tiene que ir orientada hacia los padres completamente. (52)

Desde los dos a los cuatro años los niños colaboran y participan en las distintas labores. En esta etapa es bastante beneficioso que los padres y los niños se repartan las obligaciones y eludir el exceso de protección de los padres a los hijos. Esta etapa será idéntica a la anterior encauzada a los padres. (50)

Entre los cuatro y los seis años el niño ya acepta la enfermedad y comienza a hacer preguntas y verse como distinto al resto de niños. En esta etapa los niños son capaces de reconocer la manifestación de hipoglucemias e incluso son capaces de entender que cuando aparece algún síntoma de hipoglucemia deben comunicarlo a sus padres de inmediato o incluso ingerir un zumo. La educación diabetológica

por parte del personal enfermero irá orientado a que el niño capte los conceptos fundamentales sobre la enfermedad. En esta etapa entra además en juego la importancia de que los profesores adquieran conceptos básicos sobre su cuidado, ya que pasan bastantes horas separados de los padres en la escuela. (51) (52)

A los seis u ocho años, los niños incrementan su independencia, son capaces de medir la glucosa, obtener las pautas adecuadas e incluso inyectarse la insulina ellos mismos. La enfermera en esta etapa debe educar al niño para que sea capaz de entender cuando la glucemia esta o no elevada, las pautas de insulina, capacidad para saber cuales son los alimentos que debe consumir, fomentando el autocontrol de los niños. Igualmente, la enfermera de proporcionar las herramientas imprescindibles para alcanzar los objetivos. (50)

MANEJO DE LA TERAPIA CON BOMBA DE INSULINA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

Mientras el paciente diabético se encuentra hospitalizado, es fundamental educar para obtener los beneficios esperados del tratamiento. Esto se intensifica sobre todo en el momento que se aproxima el alta, ya que es necesaria la autonomía del paciente para sus autocuidados. (62)

El rol de los profesionales enfermeros supone una labor fundamental para el correcto uso del tratamiento. En el ámbito hospitalario el papel enfermero tiene como propósito fomentar la sensibilidad al autocuidado y en este caso la responsabilidad de los padres en la salud de sus hijos. (63)

La enfermera debe poseer habilidades para el correcto funcionamiento de la bomba de insulina, además, debe ser capaz de aportar sus conocimientos de su uso a los padres de los niños para cumplir con su apropiado funcionamiento. También es importante, que el personal de enfermería indique tanto al niño como a sus padres cuáles son los valores adecuados de glucemia, como se debe de monitorizar la glucosa y como se realiza el cálculo de la cantidad de insulina necesaria, teniendo en cuenta el consumo de hidratos de carbono. Siempre y cuando la edad del niño lo permita, el enfermero debe intentar enseñarle a él como es el manejo de la bomba para favorecer el autocuidado. (63) (64)

Es importante que conozcan cuáles son las ventajas e inconvenientes acerca del manejo de la bomba de Insulina, ya que de ese modo puede favorecer las perspectivas tanto del paciente como de sus padres. (64)

El punto de punción supone un gran riesgo de posibles infecciones, por tanto, los cuidados enfermeros son primordiales en esta zona. Debe estar alerta, a la aparición de lipodistrofia, rojez o dolor. El catéter debe ser sustituido aproximadamente cada tres días. (63)

La adecuada alimentación y actividad física suponen una práctica esencial para aquellos pacientes diabéticos. Sobre todo, durante la etapa de la infancia y la adolescencia suelen aparecer numerosas alteraciones en cuanto al patrón alimenticio. Los profesionales enfermeros junto con el resto de personal sanitario, deben proporcionar una dieta y un plan de actividad física para que el niño cumpla. (65)

Otra de las competencias importantes que debe cumplir el personal enfermero, es aportar sostén y motivación para intentar reducir el estrés que supone la enfermedad. La diabetes supone un estrés para los niños y para sus padres, ya que conlleva la adquisición de numerosas habilidades para controlar la enfermedad. (64)

Los profesionales de enfermería deberán establecer un plan de cuidados individualizado en cada paciente, aportando un cuidado ininterrumpido en el que se desarrolle una interacción enfermera-paciente. Asimismo, es conveniente tener en cuenta entender los distintos aspectos psicológicos que pueden influir en el manejo de la diabetes. (65)

INFUSIÓN CONTINUADA DE INSULINA SUBCUTÁNEA EN EL CONTROL DE DIABETES TIPO 1 EN EDAD PEDIÁTRICA.

Al comienzo de los 60, en Estados Unidos se empezó a usar un método de infusión subcutánea continua de insulina (ISCI), el cual el enfermo debía cargar en la espalda y con un tamaño mayor que el de una mochila del colegio. Poco a poco se ha ido evolucionando y actualmente contamos con bombas de insulina de menor tamaño y mejor seguridad. Además, cuentan con distintas pautas tanto basales como bolos de insulina. (53)

El tratamiento con ISCI este compuesto por dos partes. Una primera parte, que es la etapa infusora, artilugio encargado del control de la distribución de insulina y además incluye como una especie de cartucho que contiene insulina, con espacio para aproximadamente 300 UI y luego una segunda parte que presenta un catéter a través del cual se enlaza la infusora con el botón de distribución subcutánea. (54)

Es importante que un paciente diabético tenga en cuenta que una bomba de insulina no es capaz de tomar determinaciones por sí misma, por lo que es fundamental que tanto el niño como sus padres

reciban la educación diabetológica adecuada para su correcta utilización. Existencialmente, el método de Infusión subcutánea continua de insulina pretende imitar la secreción endógena de insulina, a base de conservar la administración continua veinticuatro horas y además la administración de los bolos de insulina se dan al mismo tiempo que las ingestas. (54) (55)

En cuanto a la pauta basal, se trata de una dosis que se administra indistintamente de la ingesta. Aquellos enfermos que no tienen como método de tratamiento la ISCI, usan insulinas que tienen una vida media alargada. (55)

Asiduamente, la insulina que se carga en la bomba de insulina suele ser de tipo ultrarrápido y además se suministra un microbolo de insulina aproximadamente cada tres minutos para de ese modo alcanzar la pauta basal requerida en esa hora. Las insulinas basales presentan una gran ventaja, ya que es posible cambiar la dosis cada hora, posibilitando de ese modo el hecho de incrementar la dosis por la noche para compensar el fenómeno de alba o también aquellas horas en la que la actividad es más intensa para evitar hipoglucemias. Además, en este tipo de pautas, existen las denominadas dosis temporales que se usan en momentos específicos como por ejemplo una excursión. (56)

Los bolos de Insulina corresponden a la dosis que se administra previamente a la ingesta. Previamente el paciente tiene que hacer un cálculo de la ración de HC que va a comer y también medir la glucemia. Dependiendo de ambos resultados se establece el bolo de insulina que se debe administrar. Las bombas de hoy en día posibilitan la administración de bolos estándar, aunque cuentan con otros tipos que la administración de insulina es más gradual y así se ajusta mejor a las distintas ingestas en las diferentes situaciones. (55) (56)

Actualmente hay varias aplicaciones, glucómetros e incluso bombas de insulina que ofrecen un software para poder calcular el bolo de insulina que se necesita. Siempre se debe prestar especial atención al vínculo CH/Insulina. (56)

Las bombas de insulina suelen ser bastante fiables a la hora de administrar un tratamiento, aunque existen momentos particulares donde la administración no es la adecuada y esto puede provocar complicaciones de la diabetes. El principal motivo por el que puede surgir una incorrecta actividad de la bomba de insulina es por la oclusión del catéter. En el caso de que ocurra esta situación será necesario reemplazarlo e intentar elegir otro lugar de punción. (54) (55) (56)

La infusión continua subcutánea de insulina supone unas ventajas e inconvenientes. En cuanto a

las ventajas, se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Impide que se produzca una variación desorbitada de los niveles glucémicos, favoreciendo de este modo que no se produzcan complicaciones diabéticas.
- Es posible la planificación de perfusiones basales durante 24 horas.
- Es beneficioso para el niño ya que se disminuye el número de punciones.
- Existe menor variabilidad en cuanto a la absorción, ya que suele ser un lugar de punción prolongado.
- La dosis de insulina se administra según los requerimientos del paciente de manera individual. (56)

Sin embargo, como en todo, existen también una serie de desventajas:

- La cetoacidosis diabética supone uno de los mayores riesgos con el uso de este tratamiento, debido a la administración única de insulinas de acción rápida. Se debe tener especial precaución con el buen funcionamiento de la bomba infusora, para evitar este riesgo.
- Los costes de este tratamiento son superiores al del tratamiento habitual.
- Mayor riesgo de que se produzca una infección en el lugar de punción del catéter. Para ello es necesario un buen cuidado enfermero de la zona.
- Puede suponer un complejo sobre todo en edad adolescente debido a que a esa edad el aspecto físico es muy importante.
- Es primordial un buen aprendizaje y obtención de habilidades para un correcto funcionamiento de la bomba de insulina. (56) (57)

En ocasiones, contamos con una falsa leyenda tanto por parte de los enfermos como por el personal enfermero en la que se considera que esta terapia es recomendable entre aquellos pacientes que no cuentan con un correcto dominio de la diabetes. Esto no es correcto, ya que como bien he mencionado anteriormente, la bomba de insulina necesita participación para calcular aquellos parámetros que pudieran contribuir a su mal funcionamiento. Asimismo, es totalmente errónea la creencia de que la administración continuada de insulina es comprometida. La pauta basal de insulina se asemeja a la insulina basal por lo que, en caso de una complicación como la hipoglucemia, no existe disparidad entre los dos procedimientos. (57)

AUTOCONTROL. MONITORIZACIÓN DE LA GLUCOSA.

El paciente diabético es capaz de conocer la cantidad de glucosa que contiene en sangre, gracias a las tiras reactivas, que aparecieron por primera vez hace aproximadamente 40 años. Actualmente, son un instrumento esencial para el propio autocontrol de estos pacientes. (8)

Además, existen sensores que se implantan en tejido subcutáneo para una monitorización constante de la glucosa. Estos dispositivos mantienen alerta ante el riesgo de una posible hipoglucemia o hiperglucemia. (8)

Diabetes control and complications trial facilito evidencias científicas de la importancia de un buen control metabólico conlleva una disminución de posibles complicaciones. Se estableció un parámetro que indica que cuanto inferior fuese la HbA1c, inferior sería el posible riesgo de sufrir complicaciones. Se debe obtener un nivel normal de HbA1c librándose de hipoglucemias y ciclos alargados de hiperglucemia. (14)

Estudios realizados, decretan la importancia de la monitorización de la glucemia capilar y administración de la dosis de insulina idónea, siempre teniendo en consideración la ingesta de hidratos de carbono y la actividad física. (14)

Un componente clave del autocontrol en personas con esta enfermedad crónica, es la educación terapéutica. Se han realizado programas educativos demostrando ser útil para el perfeccionamiento del control, cohesión y habitabilidad. El inapropiado control de la diabetes puede provocar el riesgo de sufrir complicaciones crónicas o agudas. (9)

ALIMENTACIÓN.

La alimentación es uno de los componentes más importantes para garantizar un buen control metabólico. Se establecen una serie de puntos básicos a tener en cuenta para un adecuado manejo nutricional en niños con diabetes. Estos objetivos deben basarse en las necesidades particulares de cada niño. (17)

La dieta tiene que otorgar tanto la energía como los nutrientes imprescindibles en el desarrollo adecuado, siempre preservando un IMC óptimo. (15) (17)

La manifestación de complicaciones como la hipoglucemia y las hiperglucemias deben prevenirse. La insulina tiene que ajustarse a la apetencia del niño y al modelo de alimentación. No se debe forzar a comer o eludir una comida para vigilar los niveles de glucemia. (17)

Manejo de la bomba de insulina pediátrica

La dieta debe establecerse en tres comidas primordiales además de los tentempiés, de ese modo, se evitan las comidas fuera de horas y los abusos. Esto también posibilita un horario para la monitorización de la glucosa en sangre. El consumo de piscobollos es conveniente antes del almuerzo, en la merienda y precedentemente a acostarse. (15) (17)

En la diabetes no se discute sobre alimentos vetados, ciertas pueden ser consumidas de forma inusual. Se debe considerar que tanto grasas como proteínas producen un vaciamiento gástrico enlentecido. (17)

En cuanto al aporte energético asiduamente se evalúan los requerimientos en función de la edad. Diversos estudios estiman que las niñas con frecuencia suelen tener una dieta de una 2000 kcal diarias, sin embargo, los varones suelen incrementar sus requerimientos con 3000 kcal diarias. Siempre hay que ajustarse a la particularidad de cada niño. (15)

La pirámide de NAOS se publicó en España el año 2005, la finalidad de la misma es promover una alimentación saludable y la realización de actividad física con regularidad.



Imagen 1.

https://www.aesan.gob.es/AESCOSAN/web/nutricion/subsección/piramide_NAOS.htm

En esta pirámide se exponen las sugerencias diarias, semanales y de forma ocasional con la que se deben comer los diferentes alimentos. Asimismo, muestra las posibles actividades físicas que se deberían ejecutar.

La agrupación de nutrientes para un niño diabético es la aconsejable para cualquier criatura.

- Los Hidratos de carbono deben suponer el entre el 50-55% de la energía total de la dieta.

- Las Grasas deben constituir el 30-35% de la energía total. Tanto grasas saturadas, poliinsaturadas, monoinsaturadas y los ácidos grasos denominados Trans no deben superar el 10% del aporte energético.
- Las Proteínas corresponden a un 10-15% del aporte energético total.
- El aporte de fibra diario debe ser entre 15-30 gramos.
- Los requerimientos vitamínicos son equivalentes a los de un niño sin diabetes. No es indispensable suplementos excepto que exista algún déficit.

La base de la dieta es una alimentación saludable. La sacarosa debe ser de consumo medido. El consumo de frutas es excesivamente importante, por lo que es aconsejable comer cinco piezas de fruta regularmente. (15)

La ADA (Asociación de Diabetes Americana), plantean un método para elaborar platos saludables que favorezcan el control de la glucosa en sangre. El método que desarrollaron recibe el nombre de "Diabetes Plate Method" y en él aseguran que la importancia de una alimentación sana se basa en el tamaño del plato. Las sugerencias que se proponen es hacer uso de platos que midan 9 pulgadas de ancho. Las dimensiones del plato habitualmente señalan la cantidad de raciones. (13)

1) La mitad del plato debe incluir vegetales sin almidón.

Este tipo de vegetales son bajos en hidratos de carbono por lo tanto no aumentan de forma desmedida el azúcar en sangre. Son ricos en vitaminas, minerales y fibras. Los espárragos, brócoli, zanahorias, tomates, champiñones son ejemplos de este tipo de vegetales. Como se puede observar en la Imagen 2. (16)

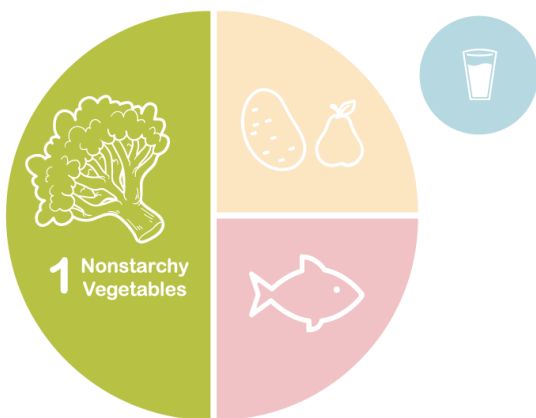


Imagen 2.

<https://www.diabetesfoodhub.org/articles/what-is-the-diabetes-plate-method.html#:~:text=The%20Diabetes%20Plate%20Method%20is,-you%20need%20is%20a%20plate!>

2) Una cuarta parte del plato debe contener Comida rica en proteína Magra.

Los alimentos ricos en proteína magra contienen menor proporción de grasas saturadas por lo tanto disminuyen el riesgo a sufrir enfermedades cardiovasculares. Ejemplos de estos alimentos serían: el pollo, el huevo, el salmón, moluscos, calamares y el tofu. Esto podemos observarlo en la imagen 3. (16)

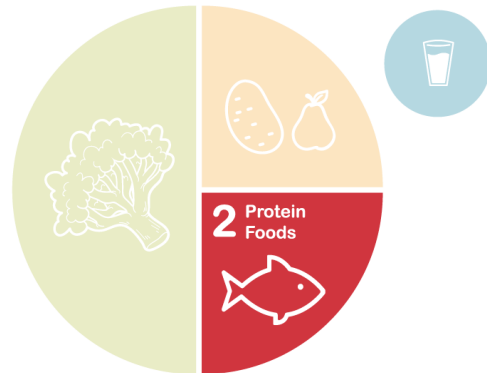


Imagen 3.

<https://www.diabetesfoodhub.org/articles/what-is-the-diabetes-plate-method.html#:~:text=The%20Diabetes%20Plate%20Method%20is,-you%20need%20is%20a%20plate!>

3) Rellenar una cuarta parte con comida rica en Hidratos de Carbono

La comida rica en hidratos de carbono contiene grano, verduras con almidón, legumbres, fruta, yogur y leche. El limitar la proporción de este tipo de alimento, favorece evitar que suba el azúcar después de las comidas. Tal y como está representado en la Imagen 4. (16)

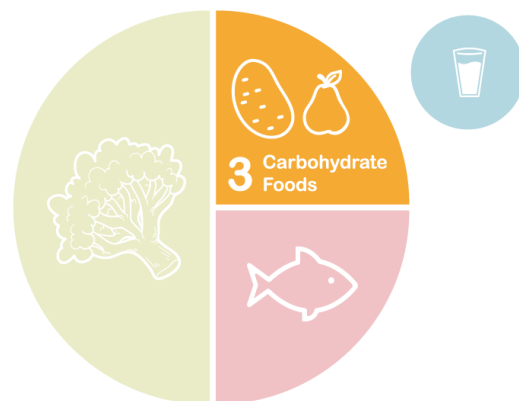


Imagen 4.

<https://www.diabetesfoodhub.org/articles/what-is-the-diabetes-plate-method.html#:~:text=The%20Diabetes%20Plate%20Method%20is,-you%20need%20is%20a%20plate!>

4) Escoger como bebida Agua o una bebida baja en calorías

El consumo de agua durante las comidas es la mejor opción para las personas que sufren diabetes, ya que carece de calorías y de hidratos de carbono por lo cuál no incrementa los efectos de glucosa en sangre. El té o el café sin azúcar también son recomendados. (16)

Discusión

La educación diabetológica, junto con la precisa implantación de la bomba infusora de insulina, constituyen un papel determinante en cuanto a un adecuado autocontrol y un avance en los resultados metabólicos del niño diabético.

La enfermería representa una pieza fundamental en esta educación. Debe facilitar información de calidad, un correcto control metabólico, planificar actividades físicas y encargarse de los posibles cambios en la dieta. Además, debe asegurarse de motivar al niño como a sus padres ya que esta enfermedad supone estrés para ellos.

Indistintamente que existen diversos protocolos y sugerencias sobre el manejo de la bomba de insulina, siguen existiendo innumerables problemas con su uso. Continúa habiendo un déficit en las cualidades del personal enfermero sobre este tema y como consecuencia una desinformación de la familia.

Discussion

Diabetes education, together with the precise implantation of the insulin infusion pump, play a determining role in terms of adequate self-control and progress in the metabolic results of diabetic children.

Nursing represents a fundamental piece in this education. You must provide quality information, correct metabolic control, plan physical activities and take care of possible changes in diet. In addition, you must make sure to motivate the child as well as their parents, since this disease is stressful for them.

Regardless of the various protocols and suggestions for managing the insulin pump, there are still countless problems with its use. There continues to be a deficit in the qualities of the nursing staff on this subject and as a consequence a misinformation of the family. Proper training of the nursing

staff would be advisable, together with surveys carried out by primary care nursing, aimed at parents of diabetic children, in order to be aware of the possible errors that occur in treatment. carried out by primary care nursing, aimed at parents of diabetic children, in order to be aware of the possible errors that occur in treatment.

Conclusiones

El personal enfermero debe encontrarse altamente cualificado para responder de forma efectiva ante una situación de emergencia, como pueden ser cualquiera de las posibles complicaciones diabéticas. También deben comprometerse a ofrecer tanto a los pacientes como a sus padres, una educación continuada desde el debut de la enfermedad.

Además, sería conveniente una correcta formación del personal enfermero junto con la realización de encuestas por parte de la enfermería de atención primaria, dirigida a los padres de niños diabéticos, con el fin de ser conscientes de los posibles errores que se dan en el tratamiento.

Conclusions

Nursing staff must be highly qualified to respond effectively to an emergency situation, such as any of the possible diabetic complications. They must also commit to offering both patients and their parents continuing education from the onset of the disease.

It would be necessary that the nursing staff has the correct knowledge and training with the use of survey lead to parents and diabetic children in order to make them be conscious about the possible mistakes that the could appear during the treatment.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) declara 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

No se ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre los participantes.

Publicación

Este trabajo de revisión no ha sido presentado en ninguna ponencia, comunicación oral, póster en ningún congreso o evento científico.

BIBLIOGRAFÍA

1. FID: Federación Internacional de Diabetes [Internet]. Bruselas, Bélgica: Professor Rhys Williams; c2019[citado el 2 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.diabetesatlas.org/en/introduction/>
2. VILLACORTA MARTÍN D, VILLACORTA MARTÍN A Enfermería Integral, (2017),117 (Diciembre) 77-82
3. Materno O., Desarrollo E.L., Placentario F.Y. CIBAMANZ 2020; I Congreso virtual de Ciencias Básicas Biomédicas de Granma (2020)
4. Peters A.L., Ahmann A.J., Battelino T., Evert A., Hirsch I.B., Murad M.H., et. al.: Diabetes Technology-Continuous Subcutaneous Insulin Infusion Therapy and Continuous Glucose Monitoring in Adults: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016; 101: pp. 3922-3937.
5. González Suárez RM, Perich Amador P, Valdés Ramos E, Arranz Calzado C. Factores metabólicos asociados con la progresión hacia la diabetes mellitus en sujetos con tolerancia a la glucosa alterada. *Rev Cubana Endocrinol.* 2007[citado 8 Oct 2013];18(3)
6. AmericanDiabetesAssociation.Standardsofmedicalcareindiabetes.*Diabetes Care.* 2010; 31:S12-S54.
7. Menéndez Torre, E. (2010). Monitorización de la glucemia en la diabetes. Perspectiva histórica y evolución tecnológica. *Avances En Diabetología*, 26(Supl.1), 1–4.
8. Rubio M.G.*Diabetes Práctica* (2016)
9. ASENJO S., MUZZO B. S.,PEREZ M,UGARTE P.F., WILLSHAW M.*Revista chilena de pediatría*, (2007),78 (5)
10. American Diabetes Association.Diagnosis and classification. *Diabetes care* 2005; 28: 37-42.
11. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2006–2007. Definition, epidemiology and classification. *Pediatric Diabetes.* 2006;7:343-51.
12. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2009;32:s62-s67.
13. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care.* 2009;32: s13-s61.
14. National Institute for Clinical Excellence UK (NICE). Type 1 diabetes: diagnosis and management of type 1 diabetes in children, young people and adults [en línea]. 2004. Disponible en <http://www.nice.org.uk/pdf/CG015NICEguideline.pdf>
15. American Diabetes Association.Diabetes Food Hub.*Diabetes care.*2020.Disponible en <https://www.diabetesfoodhub.org/articles/what-is-the-diabetes-plate-method.html#:~:text=The%20Diabetes%20Plate%20Method%20is,you%20need%20is%20a%20plate!>
16. Brink, SJ. Diabetic ketoacidosis: prevention, treatment and complications in children and adolescents. *Diabetes Nutr Metab.* 1999;12:122-35.
17. Naula Carabajo A, Rivera Mera M,Ronquillo Guachamin D *RECIAMUC*,(2020), 4(3).
18. American Diabetes Association.Diabetes Food Hub. *Diabetes care.*2020.Disponible en: <https://www.diabetes.org/diabetes/complications/dka-ketoacidosis-ketones>
20. Coll M, Durán P, Mejía L. Enfoque práctico de la cetoacidosis diabética en pediatría. *CCAP* 2008. Volumen 7 Número 3: 1 – 9.
21. McFarlane K. An overview of diabetic ketoacidosis in children. *Paediatr Nurs.* 2011 Feb; 23(1):14-9.
22. Wolfsdorf J, Craig ME, Daneman D, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2009 Compendium Diabetic ketoacidosis in children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes.* 2009; 10(Suppl. 12): 118–133. doi: 10.1111/j.1399- 5448.2009.00569.x
23. David B. Dunger, Mark A. Sperling, Carlo L. Acerini, et al. European Society for Paediatric Endocrinology/Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society Consensus Statement on Diabetic Ketoacidosis in Children and Adolescents. *Pediatrics.* 2004; Vol. 113 No. 2.
24. Cryer P.E.: Hypoglycemia in Diabetes: Pathophysiology, Prevalence and Prevention. Alexandria, VA: American Diabetes Association, 2012.

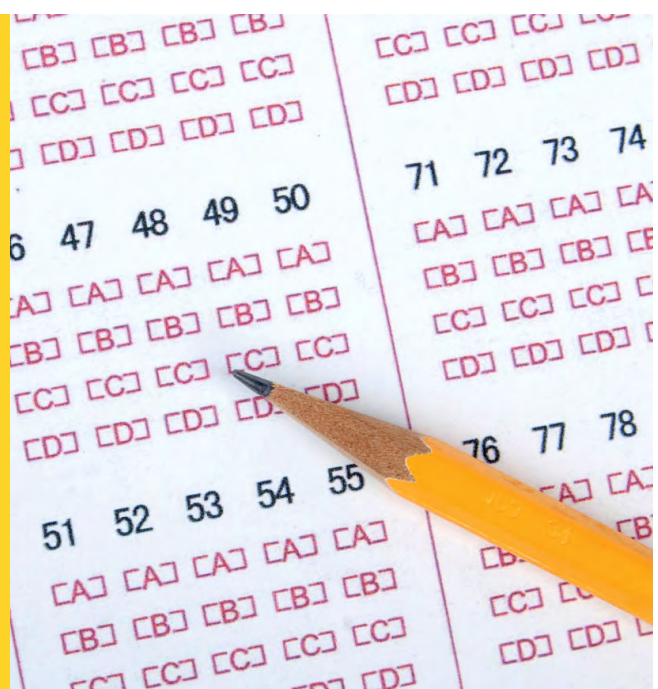
25. Cryer P.E.: Glycemic goals in diabetes: the trade-off between glycemic control and iatrogenic hypoglycemia. *Diabetes* 2014; 63:pp. 2188-2195
26. Towler D.A., Havlin C.E., Craft S., et al: Mechanism of awareness of hypoglycemia. Perception of neurogenic (predominantly cholinergic) rather than neuroglycopenic symptoms. *Diabetes* 1993; 42:pp. 1791-1798
27. DeRosa M.A., and Cryer P.E.: Hypoglycemia and the sympathoadrenal system: neurogenic symptoms are largely the result of sympathetic neural, rather than adrenomedullary, activation. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2004; 287:pp. E32-E41
28. Cryer P.E.: The prevention and correction of hypoglycemia. In Jefferson L.S., and Cherrington A.D. (eds): *Handbook of Physiology. Section 7: The Endocrine System. Volume II: The Endocrine Pancreas and Regulation of Metabolism.* New York, NY: Oxford University Press, 2001. pp. 1057-1092
29. Cryer P.E.: Glycemic goals in diabetes: the trade-off between glycemic control and iatrogenic hypoglycemia. *Diabetes* 2014; 63:pp. 2188-2195
30. Hypoglycemia in diabetes. *Diabetes Care* 2013; 36:pp. 1384-1395
31. Wiethop B.V., and Cryer P.E.: Alanine and terbutaline in treatment of hypoglycemia in IDDM. *Diabetes Care* 1993; 16:pp. 1131-1136
32. Haymond M.W., Karl I.E., and Pagliara A.S.: Increased gluconeogenic substrates in the small-for-gestational-age infant. *N Engl J Med* 1974; 291:pp. 322-328
33. haymond M.W., Karl I.E., and Pagliara A.S.: Ketotic hypoglycemia: an amino acid substrate limited disorder. *J Clin Endocrinol Metab* 1974; 38:pp. 521-530
34. Hoe F.M.: Hypoglycemia in infants and children. *Adv Pediatr* 2008; 55:pp. 367-384
35. Weghuber D., Mandl M., Krssák M., et al: Characterization of hepatic and brain metabolism in young adults with glycogen storage disease type 1: a magnetic resonance spectroscopy study. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2007; 293:pp. E1378-E1384
36. Hoe F.M.: Hypoglycemia in infants and children. *Adv Pediatr* 2008; 55: pp. 367-384
37. Greenlee C, Hill J, Umpierrez G. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, (2008),93(6).
38. Galassetti P, Riddell MC. Exercise and type 1 diabetes. *Comprehensive Physiology* 2013; 3: 1309-36.
39. Ridell MC. The impact of type 1 diabetes on the physiological responses to exercise. *Type 1 Diabetes Clinical Management of the Athlete* 2012; chapter 2. Doi: 10.1007/978-0-85729-754-9.
40. Riddell MC, Perkins BA. Type 1 diabetes and vigorous exercise: applications of exercise physiology to patient management. *Canadian Journal of Diabetes*. 2006; 30, 1: 63-71.
41. Lifestyle Management. *American Diabetes Association. Diabetes Care* Jan 2017; 40 (Supplement 1) S33-S43. doi: 10.2337/dc17-S007.
42. Martínez-Ramonde T, Alonso N, Cordido F, et al. Importance of exercise in the control of metabolic and inflammatory parameters at the moment of onset in type 1 diabetic subjects. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2014; 122: 334-340.
43. Riddell MC, Gallen IW, Carmel E, Smart CE, et al. Exercise management in type 1 diabetes: a consensus statement. *Lancet Diabetes Endocrinology* 2017; 1-3.
44. Pivovarov JA, Taplin CE, Riddell MC. Current perspectives on physical activity and exercise for youth with diabetes. *Rev. Pediatric Diabetes* 2015; 16:4. 42-55.
45. Mutlu EK, Mutlu C, Taskiran H, et al. Association of physical activity level with depression, anxiety, and quality of life in children with type 1 diabetes mellitus. *Rev. Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism* 2015, 28:11-12. 1273-8.
46. Colberg SR, Sigal RJ, Yardley JE, et al. Physical activity/exercise and diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2016; 39:2065-2079.
47. Pastor Rodríguez JD. Predictores de adherencia al tratamiento en niños con Diabetes Mellitus tipo 1. *Enferm Clin*. 2007; 17(6):331-3
48. Mayoral Gonzalez B, Menendez Torre E, Riaño Galan I, Suárez Gil P. Epidemiología de la Diabetes Mellitus tipo 1 en el Principado de Asturias. *Avances en Diabetología*. 2015; 31(Espec Congr):21
49. Moreno Villares JM. Diabetes mellitus tipo I en niños y adolescentes. *Nutricion hospitalaria. Suplementos*. 2010; 3(1):14-22.
50. Barnard K, Thomas S, Royle P, Noyes K, Waugh N. Fear of hypoglycaemia in parents of young children with type 1 diabetes: a systematic review. *BMC Pediatr*. 2010; 10(1):50.

51. De Cássia Sparapani V, Castanheira Nascimento L. Crianças com Diabetes Mellitus tipo 1: fortalezas e fragilidades no manejo da doença. *Ciência, cuidado e saúde*. 2009; 8(2):274-279.
52. Libman IM, Libman AM. Epidemiología de la diabetes tipo 1 en la infancia y adolescencia. *Rev Med Rosario*. 2014; 80:56-58.
53. Peters A.L., Ahmann A.J., Battelino T., Evert A., Hirsch I.B., Murad M.H., et al: Diabetes Technology-Continuous Subcutaneous Insulin Infusion Therapy and Continuous Glucose Monitoring in Adults: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016; 101: pp. 3922-3937
54. Misso M.L., Egberts K.J., Page M., O'Connor D., Shaw J.: Continuous subcutaneous insulin infusion (CSII) versus multiple insulin injections for type 1 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 1: pp. CD005103.
55. Peters A.L., Ahmann A.J., Battelino T., Evert A., Hirsch I.B., Murad M.H., et. al.: Diabetes Technology-Continuous Subcutaneous Insulin Infusion Therapy and Continuous Glucose Monitoring in Adults: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016; 101: pp. 3922-3937.
56. Sora N.D., Shashpal F., Bond E.A., Jenkins A.J.: Insulin Pumps: Review of Technological Advancement in Diabetes Management. *Am J Med Sci*. 2019; 358: pp. 326-331.
57. Brown S.A., Kovatchev B.P., Raghinaru D., Lum J.W., Buckingham B.A., Kudva Y.C., et. al.: Six-Month Randomized, Multicenter Trial of Closed-Loop Control in Type 1 Diabetes. *N Engl J Med*. 2019; 381: pp. 1707-1717.
58. American Diabetes Association. Clinical practice recommendations 2011. *Diabetes Care* 2011; 34:1-96.
59. Bilkis, Manuel D. Archivos argentinos de pediatría, (2015), 63-65,113 (1)
60. O.Y. Oumeish Skin disorders in patients with diabetes *Clin Dermatol*, 26 (2008), pp. 235-242
61. L. Levy, J.A. Zeichner Dermatologic manifestation of diabetes *J Diabetes*, 4 (2012), pp. 68-76
62. McGraw MP. La planificación de los cuidados enfermeros. Un sistema integrado y personalizado. México: Interamericana de México; 2004.
63. Parrado Y, Caro CV. Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería. *Av Enferm*. 2008; 26:116-25.
64. Aponte-Garzón LH, Hernández-Paéz RF. Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre diabetes mellitus tipo 2, Villavicencio, Meta, 2010. *ORINOQUIA*. 2012;16:93-109.
65. Raile AM, Marriner TA. Modelos y teorías en enfermería. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2011.

Test-posiciones.net

Test-posiciones.net

La mejor forma de preparar tu oposición



Participación ciudadana en la investigación. Elementos principales

De la Oliva-Rodríguez, V. De la Oliva-Rodríguez, M. Ramos-Galindo, D. Ramos-Galindo, E.
"Participación ciudadana en la investigación. Elementos principales"

SANUM 2023, 7(1) 44-53

AUTORES

Víctor de la Oliva

Rodríguez. Enfermero.
Hospital Universitario
Vall d'Hebron. Barcelona.
España.

Miguel de la Oliva

Rodríguez. Enfermero.
Hospital Universitario Vall
d' Hebron. Barcelona.
España.

Diego José Ramos

Galindo. Enfermero.
Hospital Universitario Vall
d' Hebron. Barcelona.
España.

Eva Ramos Galindo.

Enfermera. Hospital Uni-
versitario Vall d' Hebron.
Barcelona. España.

Autora de correspondencia:

Eva Ramos Galindo

Correspondencia:

✉ eramosgalindo@hotmail.com

Tipo de artículo:

Revisión.

Sección:

Salud Pública.

F. recepción: 15-09-2022

F. aceptación: 14-11-2022

Resumen

La participación ciudadana en la investigación (PPI) es un derecho fundamental basado en la participación bidireccional entre el público y el investigador en el diseño de un estudio. Con la inclusión de PPI se consiguen estudios de mayor calidad y credibilidad. Además, existen entidades a nivel internacional que defienden el papel del público en la investigación, entre las que destacan EUPATI (European patients academy on therapeutic innovation), EURORDIS (Rare diseases Europe) y EPF (The European patients Forum).

En nuestro estudio se usaron un total de 11 artículos, 2 revisiones bibliográficas de estudios cualitativos y 9 estudios cualitativos originales. Tras analizar los estudios, se pudo ver que la participación de PPI fue más frecuente en Reino Unido y en investigaciones sobre salud mental. Los participantes debían tener una serie de requisitos para poder participar y no se encontró ninguna evidencia de mayor participación en función de la edad y el sexo. Se diferenciaron tres tipos de niveles de participación:

- Participación de bajo nivel, informada o consultada.
- Participación de nivel medio, involucrada, de colaboración o coproducción.
- Participación de alto nivel, influyente o de control.

El papel que tuvo PPI en los estudios se basó en el asesoramiento, en ayudar a la mejora de alguna técnica a través de sus perspectivas sobre el tema tratado, en el diseño del estudio y en la implicación en el cuidado de su propia patología en el caso de trabajar con pacientes.

Palabras clave:

Participación ciudadana;

Investigación;

Empoderamiento;

Asesoramiento.

Citizen participation in research. Main elements

Abstract

Citizen participation in research (PPI) is a fundamental right based on two-way participation between the public and the researcher in the design of a study. The inclusion of PPI results in higher quality and credibility studies. In addition, there are entities at international level that defend the role of the public in research, among them EUPATI (European patients academy on therapeutic innovation), EURORDIS (Rare diseases Europe) and EPF (The European patients Forum).

A total of 11 articles, 2 literature reviews of qualitative studies and 9 original qualitative studies were used in our study. Analysis of the studies showed that PPI participation was more frequent in the UK and in mental health research. Participants had to have a number of requirements to be able to participate and no evidence of greater participation was found based on age and sex. Three types of participation levels were differentiated:

- Low-level, informed or consulted participation.*
- Medium level participation, involved, collaborative or co-production.*
- High-level, influential or controlling participation.*

The role of PPI in the studies was based on counseling, helping to improve some technique through its perspectives on the subject, in the design of the study and in the involvement in the care of its own pathology in the case of working with patients..

Key word:

Community Participation;

Research;

Empowerment;

Mentoring.

Introducción

La participación de la ciudadanía en la investigación (PPI) es un derecho fundamental basado en la justicia social, el empoderamiento y la autonomía de las personas en el diseño de la investigación (1). Consiste en garantizar que la voz de los pacientes, el público y otros usuarios, contribuya a la investigación no solo como sujetos sobre los que se realiza la investigación. De hecho, la PPI también forma parte de una agenda más amplia, la del compromiso público. Se basa en la participación bidireccional entre las partes, cada una de las cuales aprenden y se benefician del diálogo (2).

Entre las ventajas que aporta la inclusión de los pacientes y la población en la investigación destacan las siguientes (1,2):

- Proporciona mayor sensibilidad social y cultural, integrando las aportaciones, los conocimientos y los puntos de vista de los propios protagonistas.
- Fortalece la voz del público en la investigación.
- Mejora la calidad y credibilidad de la investigación.
- Consigue un enfoque más holístico, lo que garantizaría mayor aplicabilidad.
- Puede mejorar la calidad, la viabilidad, la validez externa y el coste-efectividad de la investigación.
- Contribuye a mejorar los conocimientos de la ciudadanía sobre investigación y su empoderamiento.
- Ayuda a mejorar la interacción paciente-profesional de la salud y a construir una relación de colaboración.
- Mejora el diseño del ensayo.
- Permite identificar debilidades y barreras.

La PPI ha tenido cada vez más influencia dentro de la investigación, y su presencia en ella ha ido en aumento a lo largo de los años, especialmente en países como Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y Australia. Dentro de nuestro país, se trata de una técnica de investigación innovadora y emergente que está empezando a estar presente en nuestros estudios tras valorar los resultados obtenidos en otros países de la Unión Europea (1).

Existen numerosas entidades a nivel internacional que defienden el papel del público y los pacientes en la población. Entre los que fomentan la PPI por Europa destacan EUPATI (European patients academy on therapeutic innovation), EURORDIS (Rare diseases Europe) y EPF (The European patients Forum).

EUPATI (3)

Iniciativa conformada por 30 organizaciones de 12 países de Europa que persigue fomentar y aumentar la capacidad del paciente informado para participar e incidir en la investigación y el desarrollo de medicamentos, y convertir a los pacientes en consejeros y asesores de las autoridades regulatorias en estos procesos.

EURORDIS (4)

Alianza no gubernamental de organizaciones de pacientes dirigida por pacientes que representa a 949 organizaciones de pacientes de enfermedades raras en 73 países, dando cobertura a más de 4.000 enfermedades.

EPF (5)

Tiene por misión promocionar los derechos y deberes de las personas afectadas por la enfermedad, a nivel local, regional, nacional y europeo, colaborando con las más de 40 organizaciones y más de 1.000 asociaciones de pacientes.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO

Hemos considerado pertinente realizar este estudio sobre el tema tratado debido a que la participación ciudadana en la investigación ha tenido una importancia creciente a lo largo de los últimos 5 años. El objetivo fue analizar si el propio paciente o ciudadano era participe dentro de la investigación o simplemente era parte del estudio como muestra y conocer si realmente favorece al estudio la inclusión del paciente y su participación como miembro de la investigación.

Metodología

Revisión bibliográfica de artículos científicos consultando las bases de datos Pubmed y Cinahl. Se utilizó como ecuación de búsqueda: (Patient and Public Involvement) OR (PPI) AND (qualitative research).

En cuanto a las restricciones empleadas, se limitó la búsqueda a artículos de los últimos 5 años, estudios de tipo cualitativo y participantes de entre 18-65 años. Los idiomas empleados fueron inglés y español. Tras la realización de una primera búsqueda, se revisaron los resúmenes y se tuvieron en cuenta finalmente aquellos artículos en los que los pacientes tuvieron un papel importante y participativo dentro del estudio.

Revisiones de estudios cualitativos					
Autor y cita	Fecha	País	Tamaño	Criterios de selección	Elementos principales
Chambers (7)	2019	Reino Unido	93 artículos	<ul style="list-style-type: none"> - Estudios sobre cuidados paliativos. - Cualquier año de publicación. - Idioma: inglés. - Cualquier diseño. - Existencia de PPI. 	<p>Poca claridad en los roles de participación. No se concreta en que participan y muestra el gran número de limitaciones que tiene PPI en las investigaciones de cuidados paliativos.</p> <p>Utilización de métodos de participación de consulta.</p>
Jennings (6)	2018	Reino Unido	10 artículos	<ul style="list-style-type: none"> - Estudios sobre cuidados paliativos. - Cualquier año de publicación. - Idioma: inglés. - Cualquier diseño. - Existencia de PPI. 	<p>Tres niveles de participación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación de bajo nivel. • Participación de nivel medio. • Participación de alto nivel.

OPOSICIONES

Servicio Andaluz de Salud

¡Una plaza te espera!

#EL
MOMENTO
ES AHORA



oposiciones

www.edicionesrodio.com

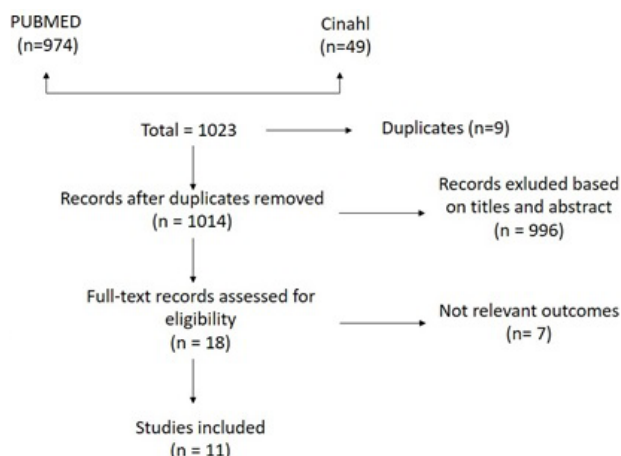
Estudio cualitativos originales								
Autor y cita	Fecha	País	Tamaño	Características de la muestra	Criterios de selección	Patología	Elementos principales	
Birkelan d (14)	2020	Dinamarca	N= 30	Edad media 54 (24-71).	-Intervalo de edad: 45- 70 años.	Población sana	Participación del público y del paciente en el desarrollo de una encuesta para estudiar la opinión de los hombres sobre la participación en la toma de decisiones sobre la detección del PSA.	
Luna (11)	2019	Singapur	N= 46	9 hombres y 11 mujeres. Años de experiencia: 1 N= 3 1-5 N= 5 6-10 N= 2 > 10 N= 10	-Capacidad de comunicarse en inglés -Debían estar participando en investigaciones de salud en Singapur.	Población sana	-Ayuda en el reclutamiento. -Traducir los hallazgos de la investigación a la práctica.	
Årestedt (12)	2019	Suecia	N= 15	-Mujeres N= 5 -Hombres N= 10	-Los pacientes debían haber tenido al menos cinco sesiones de diálisis. -El personal debería haber realizado diálisis al menos durante seis meses. -Los gerentes de las unidades debían estar a cargo de los problemas de primera línea.	Fallo renal	-Compartir información y conocimientos. -Aprender sobre la atención y planificarla. -Participación en la toma de decisiones comparadas con respecto al tratamiento y la gestión. -Participar en la gestión del propio tratamiento de atención médica y / o autocuidado.	
Taylor (16)	2018	Reino Unido	N=7	-Personas con experiencia vivida del sistema de justicia penal. - Edad entre 25-26 años.	-	Población con experiencia vivida en el sistema de justicia penal.	-Recopilación y el análisis de datos de investigación. -Refinaron los documentos del estudio, como cartas de invitación, formularios de consentimiento y horarios de entrevistas. -Editaron la idoneidad del lenguaje. -Destacaron dónde los materiales eran demasiado largos o complicados; esto es importante cuando se trabaja con poblaciones con altos niveles de dificultades de aprendizaje.	

Estudio cualitativos originales									
Autor y cita	Fecha	País	Tamaño	Características de la muestra	Criterios de selección	Patología	Elementos principales		
Chen (13)	2018	Estados Unidos	N=225	-Edad media de 34,7 años. -73,8% eran blancos/caucásicos. -36,4% tenían licenciatura o título superior.	-Las mujeres eran elegibles si eran mayores de 18 años. -Habían experimentado síntomas de dismenorrea en los últimos 6 meses. -Podían leer y escribir en inglés. -Vivían en los Estados Unidos.	Dismenorrea	Las perspectivas de las mujeres son esenciales para mejorar la atención y el cuidado de la dismenorrea. Se logró obtener nueva información sobre la naturaleza compleja y heterogénea de la dismenorrea. -Recopilación y gestión de datos.		
Price (8)	2017	Reino Unido	N= 26	-Edad: 18-30 N= 8; 31-43 N= 11 44-60 N= 6; > 61 N=1 -Género: Mujer N= 18; Hombre N= 8 -Diagnóstico (trastornos): Psicóticos N= 12 Del estado de ánimo N= 8 De ansiedad N= 6 De la personalidad N= 7 Disociativo N= 2	-Paciente habla inglesa. -Admisión en salud mental de pacientes adultos en el último año. -Participación en un incidente de comportamiento que requirió la intervención del personal. -Admisión de pacientes adultos por salud mental aguda en el último año. -Consentimiento informado.	Enfermedad mental	Se utilizan las perspectivas de los pacientes para mejorar las barreras y los facilitadores del uso y la efectividad de las técnicas de desescalada para el manejo de la violencia y la agresión en entornos de salud mental.		
Maguire (9)	2017	Reino Unido	N= 31	-Mujeres. -La mayoría tenían más de 50 años. -Todos los participantes tenían al menos un título de grado.	-	Población sana	-Servir como miembros laicos en las juntas directivas de instituciones de investigación, comités de ética, facultades de profesiones médicas etc. -Asesorar sobre las prioridades de investigación, los protocolos de investigación y el reclutamiento. Recopilación y gestión de datos.		
Beighton (10)	2017	Reino Unido	N= 9	4 madres cuidadoras. 2 mujeres y 3 hombres adultos con discapacidad intelectual de entre 27-40 años.	-Adultos con discapacidades intelectuales. -Padres cuidadores.	Discapacidad intelectual	Su participación contribuyó a cambios en el diseño del estudio en términos de elección de resultados, examen de posibles factores modificadores y ayuda para interpretar y difundir los hallazgos.		
Carlton (15)	2017	Reino Unido	N=32	DMT1 n = 16, DMT2 n = 16 -Mayores de 18 a. con DM.	-Consentimiento informado.	Diabetes mellitus	El público participó en el desarrollo de un cuestionario destinado a medir el impacto del autocuidado en la diabetes.		

Resultados

El diagrama de flujo muestra el número de artículos encontrados en cada base de datos y el total que se han empleado para la realización del trabajo. Se encontró un total de 1023 artículos, 974 en Pubmed y 49 en Cinahl. Tras la exclusión de 9 artículos duplicados, se llevó a cabo la lectura de los títulos y resúmenes de los 1014 artículos restantes, obteniendo 18 artículos relevantes, que tras profundizar en ellos se acabaron seleccionando 11 artículos aptos para el estudio.

Diagrama de flujo



Se seleccionaron 2 revisiones bibliográficas de estudios cualitativos y 9 estudios cualitativos originales. Tras llevar a cabo la tabulación de los artículos a estudiar, se valoraron los datos. Todos aportaron información completa, precisa y relevante para alcanzar el objetivo del trabajo, que se basó en conocer en qué participa el público y los pacientes en una investigación.

En la tabla se puede apreciar como la participación de la ciudadanía en la investigación está presente con mayor frecuencia en Reino Unido, concretamente, 7 de los 11 artículos seleccionados se llevaron a cabo en este país. Existen numerosas organizaciones de financiación pública en países de ingresos económicos altos que solicitan la presencia de PPI en el proceso de investigación, entre ellas la más conocida en Reino Unido es INVOLVE (16). En cuanto a los temas tratados, cabe destacar una mayor prevalencia de PPI en artículos relacionados con salud mental (6,8).

Al analizar los criterios de inclusión de los estudios cualitativos originales, quedaron reflejadas la importancia de una serie de requisitos para poder participar en el estudio:

1. Dependiendo del estudio, se trató con personas sanas o con pacientes con la enfermedad abordada en el estudio.
2. Podían participar también los cuidadores de personas con la enfermedad (10).
3. En algunos casos se requería experiencia previa como partícipe en una investigación (11).
4. Debían ser mayores de 18 años.
5. Los participantes debían dominar el inglés.
6. Entregar y firmar el consentimiento informado.

No se encontró ninguna evidencia de mayor participación en función de la edad y el sexo. Prácticamente en todos los artículos participaron tanto hombres como mujeres, exceptuando aquellos en los que la afección era específica de un sexo u otro (13,14). Además, de los 9 estudios cualitativos, 6 trabajaron con pacientes, mientras que los 3 restantes lo hicieron con personas sanas.

- El nivel de participación puede diferir en función de la implicación del usuario (6):
- Participación de bajo nivel, denominada "informada" o "consultada". Se utilizan las opiniones de los participantes del PPI para informar la toma de decisiones.
- Participación de nivel medio, denominada 'involucrada', 'colaboración' o 'coproducción'. Los participantes del PPI y los investigadores trabajan de forma conjunta con el mismo grado de importancia, existe una asociación continua en la toma de decisiones.
- La participación de alto nivel, denominada "influyente", "control" o "dirigida por el usuario del servicio". Los participantes del PPI está formado por personas con experiencia en el problema de salud abordado, y son los que se encargan de la realización y la gestión de la investigación. Es muy común en aquellos estudios relacionados con la salud mental.

Discusión

Tras valorar de manera concreta el papel de los participantes en cada investigación, se pudo ver los diferentes niveles de participación. En primer lugar, en gran parte de las investigaciones el público tenía una función de asesoramiento, bien sobre la prioridad en la que debía ir encaminada

la investigación (9), sobre lo que pensaban que podría ser importante para estudios futuros (10), o dando su perspectiva para mejorar en alguna técnica de salud concreta (8).

Por otro lado, se pudo observar la gran importancia que tenía PPI a la hora de la elección de los resultados, su interpretación y difusión (9) y su traducción a la práctica clínica (11). Además, aquellos estudios que trabajaron con pacientes que tenían la patología tratada usaron las perspectivas de estos para mejorar así la atención y el cuidado, compartiendo información y conocimientos y haciendo participe al propio paciente en la toma de decisiones durante el tratamiento de la enfermedad (13,12).

Por último, los sujetos participaron en el diseño de la investigación, concretamente en el desarrollo de un cuestionario destinado a medir el impacto del autocuidado en la diabetes mellitus (15), y en la creación de una encuesta para medir la opinión de los hombres sobre la participación en las decisiones sobre la detección del antígeno prostático específico (PSA) (14).

En cuanto a las limitaciones encontradas cabe destacar la importancia del compromiso por parte de los ciudadanos involucrados en la investigación. Carole Beighton (10), en su estudio llevado a cabo en Reino Unido sobre la participación de adultos con discapacidad intelectual y sus cuidadores, señala que parte de la muestra no asistió a la entrevista grupal. Por otro lado, Soren Birkeland (14), quien llevó a cabo una investigación en Dinamarca sobre la participación en la toma de decisiones sobre la detección del PSA (antígeno prostático específico), deja reflejada la negativa de algunos hombres de participar en el estudio, los cuales podrían haber proporcionado comentarios relevantes. Otro aspecto muy a tener en cuenta es evaluar el nivel de alfabetización de los pacientes, importante cuando hay participación del propio público en la toma de decisiones en una investigación. Esto no se tuvo en cuenta en la investigación de Soren Birkeland. Además, Chen (13), en su estudio realizado en Estados Unidos, debido al gran tamaño de la muestra, no pudo obtener experiencias de mujeres con dismenorrea de un subgrupo específico, como pueden ser mujeres con endometriosis o fibromas. Por último, en muchos estudios se utiliza al público con el único objetivo de lograr la financiación que se obtiene en numerosos países al incorporar a PPI en la investigación, por lo que su participación fue en ocasiones irrelevante (6).

Discussion

After evaluating in a concrete way the role of the participants in each research, it was possible to see the different levels of participation. First, in much of the research the public had an advisory role, either on the priority in which the research should be directed (9), on what they thought might be important for future studies (10) or giving your perspective to improve on some particular health technique (8).

On the other hand, it was possible to observe the great importance of PPI when choosing the results, their interpretation and dissemination (9) and their translation into clinical practice (11). In addition, those studies that worked with patients who had the treated pathology used their perspectives to improve care and care, sharing information and knowledge and involving the patient in decision-making during the treatment of the disease (13,12).

Finally, the subjects participated in the design of the research, specifically in the development of a questionnaire to measure the impact of self-care on diabetes mellitus (15), and in the creation of a survey to measure men's views on participation in decisions on prostate-specific antigen (PSA) detection (14).

In terms of the limitations encountered, it is important to highlight the importance of the commitment of the citizens involved in the investigation. Carole Beighton (10), in her UK study on the participation of adults with intellectual disabilities and their caregivers, points out that part of the sample did not attend the group interview. On the other hand, Soren Birkeland (14), who carried out research in Denmark on participation in decision-making on the detection of PSA (prostate-specific antigen), reflects the refusal of some men to participate in the study, which could have provided relevant comments. Another important aspect to consider is assessing the literacy level of patients, which is important when there is public participation in decision-making in an investigation. This was not taken into account in the Soren Birkeland investigation. In addition, Chen (13), in his study in the United States, due to the large sample size, could not obtain experiences of women with dysmenorrhea from a specific subgroup, such as women with endometriosis or fibroids. Finally, many studies use the public for the sole purpose of achieving the funding that is obtained in many countries by incorporating PPI into research, and their involvement was sometimes irrelevant (6).

Conclusión

La participación ciudadana o de los pacientes en estudios cualitativos se basó en el asesoramiento a los investigadores. Proporcionaron su perspectiva personal para la mejora de alguna técnica o protocolo de salud y colaboraron en la elección, interpretación, difusión de resultados y desarrollo del diseño del estudio. También tuvieron una implicación práctica en el cuidado de su propia patología.

Conclusion

Citizen or patient participation in qualitative studies was based on advice to researchers. They provided their personal perspective for the improvement of some health technique or protocol and collaborated in the selection, interpretation, dissemination of results and development of the study design. They also had a practical involvement in the care of their own pathology.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) declara 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

No se ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre los participantes.

Publicación

Este trabajo de revisión no ha sido presentado en ninguna ponencia, comunicación oral, póster en ningún congreso o evento científico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pons-Vigués M, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Violán C, Mahtani-Chugani V. La participación ciudadana en la investigación desde la perspectiva de investigadores de atención primaria. Gaceta Sanitaria. 1 de noviembre de 2019;33(6):536-46. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118301651?via%3Dihub>
2. Needleman I. Involving the public in research. British Dental Journal. octubre de 2014;217(8):421-4. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2014.906>
3. EUPATI: Patient Engagement Through Education - EUPATI [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://eupati.eu/?lang=es>
4. Eurordis.org [Internet]. EURORDIS. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.eurordis.org/es>
5. About Us [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.eu-patient.eu/about-epf/about-us>
6. Jennings H, Slade M, Bates P, Munday E, Toney R. Best practice framework for Patient and Public Involvement (PPI) in collaborative data analysis of qualitative mental health research: methodology development and refinement. BMC Psychiatry. 28 de junio de 2018;18(1):213. Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1794-8>
7. Chambers E, Gardiner C, Thompson J, Seymour J. Patient and carer involvement in palliative care research: An integrative qualitative evidence synthesis review. Palliat Med. 2019 Sep;33(8):969-984. doi: 10.1177/0269216319858247. Epub 2019 Jun 28. PMID: 31250702; PMCID: PMC6691598. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216319858247?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
8. Price O, Baker J, Bee P, Grundy A, Scott A, Butler D et al. Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. J Adv Nurs. 2018 Mar;74(3):614-625. doi: 10.1111/jan.13488. Epub 2017 Nov 24. PMID: 29082552. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6528003/>

9. Maguire, K. and Britten, N. (2018), 'You're there because you are unprofessional': patient and public involvement as liminal knowledge spaces. *Sociol Health Illn*, 40: z463-477. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12655>
10. Beighton C, Victor C, Carey IM, Hosking F, DeWilde S, Cook DG et al. 'I'm sure we made it a better study...': Experiences of adults with intellectual disabilities and parent carers of patient and public involvement in a health research study. *J Intellect Disabil*. 2019 Mar;23(1):78-96. doi: 10.1177/1744629517723485. Epub 2017 Aug 16. PMID: 28812949; PMCID: PMC6383106. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1744629517723485?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=crpub%20%20pubmed
11. Luna Puerta L, Bartlam B, Smith HE. Researchers' perspectives on public involvement in health research in Singapore: The argument for a community-based approach. *Health Expect*. 2019 Aug;22(4):666-675. doi: 10.1111/hex.12915. Epub 2019 Jul 19. PMID: 31322811; PMCID: PMC6737771. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hex.12915>
12. Årestedt L, Martinsson C, Hjelm C, Uhlin F, Eldh AC. Patient participation in dialysis care-A qualitative study of patients' and health professionals' perspectives. *Health Expect*. 2019 Dec;22(6):1285-1293. doi: 10.1111/hex.12966. Epub 2019 Sep 27. PMID: 31560830; PMCID: PMC6882253. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12966>
13. Price O, Baker J, Bee P, Grundy A, Scott A, Butler D et al. Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *J Adv Nurs*. 2018 Mar;74(3):614-625. doi: 10.1111/jan.13488. Epub 2017 Nov 24. PMID: 29082552. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6528003/>
14. Maguire, K. and Britten, N. (2018), 'You're there because you are unprofessional': patient and public involvement as liminal knowledge spaces. *Sociol Health Illn*, 40: z463-477. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12655>
15. Beighton C, Victor C, Carey IM, Hosking F, DeWilde S, Cook DG et al. 'I'm sure we made it a better study...': Experiences of adults with intellectual disabilities and parent carers of patient and public involvement in a health research study. *J Intellect Disabil*. 2019 Mar;23(1):78-96. doi: 10.1177/1744629517723485. Epub 2017 Aug 16. PMID: 28812949; PMCID: PMC6383106. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1744629517723485?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=crpub%20%20pubmed
16. Luna Puerta L, Bartlam B, Smith HE. Researchers' perspectives on public involvement in health research in Singapore: The argument for a community-based approach. *Health Expect*. 2019 Aug;22(4):666-675. doi: 10.1111/hex.12915. Epub 2019 Jul 19. PMID: 31322811; PMCID: PMC6737771. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hex.12915>
17. Årestedt L, Martinsson C, Hjelm C, Uhlin F, Eldh AC. Patient participation in dialysis care-A qualitative study of patients' and health professionals' perspectives. *Health Expect*. 2019 Dec;22(6):1285-1293. doi: 10.1111/hex.12966. Epub 2019 Sep 27. PMID: 31560830; PMCID: PMC6882253. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12966>
18. Chen, C.X, Draucker, C.B. & Carpenter, J.S. What women say about their dysmenorrhea: a qualitative thematic analysis. *BMC Women's Health* 18, 47 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0538-8>
19. Birkeland, S., Pedersen, S.S., Haakonsson, A.K, Barry M.J, Nina R. Men's view on participation in decisions about prostate-specific antigen (PSA) screening: patient and public involvement in development of a survey. *BMC Med Inform Decis Mak* 20, 65 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12911-020-1077-4>
20. Carlton, J., Elliott, J., Rowen, D, Stevens K, Basarir H, Meadows K et al. Developing a questionnaire to determine the impact of self-management in diabetes: giving people with diabetes a voice. *Health Qual Life Outcomes* 15, 146 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0719-4>.
21. Taylor C, Gill L, Gibson A, Byng R, Quinn C. Engaging «seldom heard» groups in research and intervention development: Offender mental health. *Health Expectations*. diciembre de 2018;21(6):1104-10. Disponible en: http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=8d7030a7-1593-4c2c-b1cf-fe2a3ec8ffc8%40sdcvssessmgr01&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJ_nNjb3BIPX-NpdGU%3d#db=ccm&AN=133167199

Identificación precoz del trastorno bipolar en el primer contacto y la actuación de la enfermera

Sánchez-Movellan-Pérez, P. Pérez-Fernández, M. Perrián-Sotelo, N.
"Identificación precoz del trastorno bipolar en el primer contacto y la actuación de la enfermera".
SANUM 2023, 7(1) 54-64

AUTORAS

Paula Sánchez-Movellan Pérez.

Enfermera. Grupo HLA. Hospital Puerta del Sur. Jerez de la Frontera. Cádiz. España.

María Pérez Fernández.

Enfermera. Urgencias - Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. España.

Noelia Perrián Sotelo.

Ambulancias Paramedic el Puerto de Santa María. Cádiz. España

Autor de correspondencia:

Paula Sánchez-Movellan Pérez

Correspondencia:

 paulasanchezmove-llan@gmail.com

Tipo de artículo:

Revisión.

Sección:

Salud Mental.

F. recepción: 20-09-2022

F. aceptación: 07-11-2022

Resumen

La detección precoz del trastorno bipolar es un desafío para enfermeras y facultativos. Pasan hasta 9 años en recibir un diagnóstico adecuado, además, está precedido de un diagnóstico de depresión unipolar.

Objetivo general: Analizar y describir indicadores precoces en el trastorno bipolar y la intervención enfermera.

Metodología: Revisión bibliográfica narrativa. Se identifican palabras claves con sus descriptores MESH y DECS. Se realiza una búsqueda en bases de datos (Pubmed, Sciencedirect scielo...) con los operadores booleanos AND y OR. Se establecen criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Los indicadores precoces del trastorno bipolar más comunes son aumento de la energía, labilidad del estado del ánimo, disforia, irritabilidad, entre otros. La depresión como primer episodio dificulta la detección precoz, sin embargo, los "síntomas atípicos" y la "parálisis de plomo" son síntomas predictores de la depresión bipolar, además utilizar cuestionarios como el MDQ y el HCL-32, validados en España, ayuda a detectar posibles casos.

Discusión: Aunque se ha fomentado la investigación y formación para reducir la brecha de los trastornos más prevalentes, la enfermera recibe poca formación sobre estos.

Conclusión. La enfermera debe estar es continua formación para prestar un cuidado integral al paciente.

Palabras clave:

Trastorno bipolar;

Depresión;

Enfermera;

Deterioro cognitivo;

Estado de ánimo.

Early identification of bipolar disorder in the first contact and the nurse's actions

Abstract

Early detection of bipolar disorder is a challenge for nurses and physicians. It takes up to 9 years to discover the proper diagnosis, in addition, it is usually preceded by a diagnosis of unipolar depression.

Main objective: *Analyze and describe early indicators in bipolar disorder and nursing intervention.*

Methodology: *Narrative bibliographic review. Keywords were identified with their MESH and DECS descriptors. A search was carried out in databases (Pubmed, Sciondirect, scielo...) with the boolean operators AND and OR. Inclusion and exclusion criteria were established.*

Results: *The most common early indicators of bipolar disorder are increased energy, mood lability, dysphoria, irritability, among others. Depression as a first episode makes early detection difficult, however, "atypical symptoms" and "lead palsy" are predictive symptoms of bipolar depression, Besides to using questionnaires such as the MDQ and the HCL-32, validated in Spain, help to detect possible cases.*

Discussion: *Although research and training have been promoted to reduce the gap between the most prevalent disorders, the nurse receives little training on these.*

Conclusion. *The nurse must be in continuous training to provide comprehensive care to the patient.*

Key word:

Bipolar Disorder;

Depression;

Nurses;

Cognitive Dysfunction;

Affect.

Introducción

En los estudios de la organización mundial de la salud sobre la morbilidad mundial de las enfermedades, el trastorno bipolar (TB) ocupa el sexto puesto entre todos los trastornos médicos, constituyendo una de las enfermedades mentales más comunes, severas y persistentes, afectando hoy alrededor de 45 millones de personas en todo el mundo(1). El TB se ha clasificado como una de las enfermedades de mayor discapacidad, debido a su fuerte impacto sobre la función ocupacional y social (2)

La dificultad de detección del trastorno bipolar se debe a que usualmente está precedido por un diagnóstico inicial de depresión unipolar debido a la semejanza de los síntomas (3) y la búsqueda de ayuda de los pacientes de un tratamiento para los síntomas depresivos, (4).

Hasta el 69% de las personas con TB reciben un diagnóstico inicial incorrecto (5) y la demora en el diagnóstico adecuado puede alcanzar hasta 9 años o más (6)El diagnóstico adecuado puede verse afectado por una comprensión inadecuada de la enfermedad, la dificultad para acceder a centros de tratamientos, la edad temprana de inicio, (7) que oscila entre la infancia tardía y los primeros años de la edad adulta (8), la autoestigmación de la enfermedad mental y mayoritariamente, la falta de conciencia de los pacientes sobre la naturaleza patológica de los síntomas hipomaniacos y por lo tanto, la falta de notificación. (9) ya que estos síntomas se experimentan como algo placentero y productivo. (10)

A su vez, este error de diagnóstico lleva a un error de tratamiento y se ha demostrado que el tratamiento con antidepresivos a pacientes con TB produce una mayor tasa de viraje hacia la euforia y un aumento del número de ciclos afectivos (11)

Se estima que el riesgo de suicidio en los pacientes con TB a lo largo de su vida es 15 veces superior a la población general (12). Existe una gran evidencia de que el tratamiento para el TB reduce el suicidio (13) y que el uso de antidepresivos en pacientes mal diagnóstico aumenta el riesgo.(14)

(15) Destaca que "la intervención temprana es un paradigma que, si se aplica adecuadamente, puede salvar vidas y prevenir significativamente muchas de las complicaciones clínicas y sociales asociadas al trastorno bipolar"

Metodología

El tipo de trabajo escogido ha sido una revisión bibliográfica, con el propósito de contrastar la

información relevante existente sobre el tema planteado: "Analizar y describir precozmente indicadores en el trastorno bipolar y la intervención enfermera"

Se ha sugerido este tema por los errores y la dificultad existente de diagnosticar correctamente el trastorno bipolar. Por ser de gran interés se plantea la siguiente pregunta de investigación **¿Existen indicadores precoces que permitan distinguir entre la depresión unipolar y la depresión bipolar que sean de utilidad para la detección precoz por parte de la enfermera?**

Inicialmente se ha realizado una búsqueda bibliográfica general en Google académico para ver la calidad y cantidad de artículos relacionados con el tema a tratar. Una vez revisada y analizada la información encontrada se confeccionaron los objetivos generales y específicos del trabajo, para abarcar, con más claridad la finalidad de este. Posteriormente, teniendo claro los objetivos, se ha realizado una búsqueda más exhaustiva en bases de datos con fiabilidad científica. Por otra parte, se ha obtenido información de artículos citados en los artículos ya encontrados en las bases de datos.

Resultados

El considerar un indicador como una característica específica, observable y medible, en el trastorno bipolar, la hipomanía se encuentra como el mayor indicador y el rasgo más frecuente(16) La hipomanía se define como un periodo bien definido del estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía (17).

Poner en práctica intervenciones tempranas en psiquiatría debe ser considerada una gran prioridad y para poder llevarla a cabo, se deben conocer bien los indicadores precoces o síntomas prodrómicos de la enfermedad. Según estudios actuales, El TB tiene una naturaleza progresiva(18–20), por tanto, existirán fases más leves del cuadro previas a la presentación clásica de la enfermedad. La identificación de los síntomas prodrómicos tiene implicaciones importantes para el tratamiento, ya que el paciente responde mejor al tratamiento cuanto antes se aplique y además se necesitará intervenciones menos complejas.(21,22) Reduciéndose así los costes de las intervenciones sobre el TB (23)

Asimismo, la ejecución de estas intervenciones tempranas son considerables, ya que solo en las primeras etapas de la enfermedad se produce deterioro cognitivo significativo (24,25), pérdida de tejido cerebral(26) y discapacidad funcional (27). A medidas que trascurre la enfermedad sin un diagnóstico

adecuado, surgen complicaciones, como mayor gravedad y frecuencia de los episodios del estado de ánimo (28) menor adaptación a la sociedad, dificultades laborales (29) mayor riesgo de desarrollar trastornos por consumo de sustancias (30,31) y elevado riesgo de suicidio (31).

El estado maniaco tiene un comienzo lento y cada vez se va haciendo más fuerte, desapacible e inequívocamente patológico (32). Se presentan alteraciones en cuatro áreas distintas:

Indicadores psicológicos

Los pacientes en fase de hipomanía suelen tener un comportamiento dual: en primer lugar, la euforia y en segundo lugar la irritabilidad y la tendencia a correr altos riesgos (33). Estas manifestaciones pueden ser consideradas como rasgos comportamentales y no ser tenidas en cuenta para el diagnóstico del TB(34).

La persona con un episodio hipomaniaco tiene modificado el raciocinio, cree que puede pensar de forma más clara y racional, el proceso de entendimiento se acelera de un modo creciente (32). Se produce una fuga de ideas o una experiencia subjetiva de que los pensamientos están acelerados (12) El tono del pensamiento maniaco es excesivamente positivo y expansivo, predominando las ideas de grandiosidad, por ejemplo, los pacientes maníacos con frecuencia creen que sus ideas son las más originales, sus opiniones las más importantes y su trabajo el de mejor calidad, el paciente presenta autoestima inflada. Con frecuencia presenta incapacidad para centrarse, fácil distraibilidad y fallos amnésicos, como despistes y olvidos (32)

Se buscan nuevos desafíos y experiencias pasando por alto todas las señales de alarma. En este punto la persona maniaca comienza a perder la conexión con la realidad: está realmente persuadida de sus extraordinarias capacidades (32)

Hasta el 20% de los casos en pensamiento expansivo adquiere características delirantes: delirios de grandiosidad, de riqueza (<<Soy rico y pertenezco a la aristocracia>>) de bienestar y salud, el paciente puede creer que tiene poderes especiales o sobrenaturales, de autorreferencia. Puede presentar alucinaciones visuales o auditivas, aunque estas se presentan en menos casos (<<oigo a un coro cantándome alabanzas>>). Los síntomas psicóticos suelen ser congruentes con el estado de ánimo. (35)

Indicadores emocionales.

Como se mencionó en el apartado anterior, la euforia o las sensaciones de júbilo suelen ser los rasgos más característicos del humor maniaco, la

labilidad emocional, la irritabilidad y la hostilidad son también indicadores característicos, aunque en menor medida. En primer lugar, el paciente tendrá una sensación de ánimo elevado y experimentará sensaciones placenteras, su bienestar y la autoconfianza van aumentando (35) hasta tener un ánimo extremadamente optimista, que se refleja con una alegría que no se adecua con la realidad, es decir, estará en un estado de euforia. (36)

Otro indicador muy importante para el diagnóstico del TB es la **disforia**, se define como un inconfortable humor provocado por una mezcla de angustia apremiante, rabia impulsiva e irritabilidad (37) y se identifican los siguientes componentes de la disforia: sensación global de tensión, irritabilidad u hostilidad reactivas a estímulos externos, suspicacia y comportamientos agresivos y destructivos (38).

Indicadores conductuales.

Los indicadores conductuales, como los cambios en los niveles de energía y la actividad, son más representativos que los cambios en el estado de ánimo (39,40). En un paciente hipomaniaco es frecuente que aparezca agitación psicomotriz, se suele dar un diagnóstico errado en los pacientes que la presentan, confundiéndolo con la depresión-ansiosa (35)

Los pacientes presentan un pensamiento acelerado, que lo reflejan con un lenguaje copioso y rápido, es decir, logorrea y taquialia y lenguaje presionado, atropellando así las palabras, pudiendo llegar a un discurso inconexo e incomprensible, pudiéndose llegar a emitir desde 180 a 200 sílabas por minutos a diferencia de las personas sin TB que emiten entre 122 a 159 sílabas. En la hipomanía el comportamiento es expansivo, impulsivo y desinhibido, tienden a gestualizar excesivamente y tienen excesiva familiaridad con extraños (32)

Indicadores psicopatológicos.

El sueño y la comida casi siempre se ven modificados, son unos de los primeros síntomas(32), por ejemplo, un paciente puede sentirse descansado después de solo 3 horas de sueño (12) o bajar significativamente su peso corporal, debido a que la ingesta de alimentos está muy limitada, ya que, no hay tiempo para ello (32)

Como se menciona en los apartados anteriores, la persona tendrá un ánimo eufórico, exagerada autoestima, esto puede provocar modelos de comportamientos arriesgados: compras compulsivas, promiscuidad sexual, abuso de alcohol y drogas. En las compras se adquieren artículos de elevado coste,

Identificación precoz del trastorno bipolar

sin tener idea en que se hace tanto gasto, la promiscuidad sexual le lleva a un estado de agotamiento, embarazos no deseados, inclinaciones bisexuales u homosexuales con gran riesgo de contraer ETS. El abuso de alcohol y de las drogas es uno de los trastornos secundarios que más se ha observado en los pacientes maniáticos y en muchas ocasiones se interpretan como intentos inútiles de autoayuda contra los trastornos bipolares graves (32)

Cabe destacar que los pacientes que tengan antecedentes de trastorno por consumo de sustancias, obesidad/trastornos alimentarios, trastorno afectivo estacional, síntomas del estado de ánimo posparto en mujeres, TDAH y trastorno límite de la personalidad y/o si el paciente está siendo tratado con anti-depresivos y este desarrolla labilidad del estado de ánimo, hipomanía o manía (41,42) se debe sospechar que sean pacientes sugestionables de padecer TB (43).

Características diferenciales entre la depresión unipolar y la depresión bipolar.

Un episodio depresivo mayor (EDM) es un estado patológico persistente de ánimo deprimido asociado a otros síntomas psíquicos y/o físicos que afecta al funcionamiento global de la persona. Nos referimos a la depresión unipolar cuando se da un EDM, pero no existen antecedentes de TB, en comparación a la depresión bipolar, que es un EDM en un paciente con TB (44)

Los criterios de diagnóstico para un episodio depresivo unipolar y bipolar son idénticos en el DSM-V (12) sin embargo, existen diferencias significativas en cuanto a la expresión de los síntomas y la evolución entre ambas, que permiten detectar con antelación el TB (45), como se demostró en un estudio francés, que se aplicó los criterios del DSM-IV a 250 pacientes con episodios depresivos mayores, al aplicarle solo estos criterios, se identificó al 72% con depresión unipolar y al 28% con trastorno bipolar. En una segunda evaluación se utilizó entrevistas estructuradas para evaluar la evidencia de TB y criterios más estrictos para la depresión unipolar, evaluando a los mismos pacientes, esta vez se identificó que el 45% cumplía los criterios para depresión unipolar y el 55% cumplía con todos los criterios para el TB (46)

La depresión unipolar se asocia con pérdida de peso, preocupaciones somáticas, lentitud psicomotriz, insomnio inicial e ideas intensas y frecuentes de suicidio (37) Sin embargo, en un episodio depresivo bipolar existe un aumento de peso, del sueño (hipersomnia) y del apetito (hiperfagia), estos son los llamados "síntomas atípicos" (47) Incluye, además, retraso psicomotor, motilidad, habla y asociaciones

de pensamiento reducidas denominado "parálisis de plomo" (48).

Akiskal propuso predictores de bipolaridad que mostraron los siguientes grados de validez (37).

- historia familiar de bipolaridad (sensibilidad: 29.2%, especificidad 96.6%, valor de predicción positiva: 93%)
- somnolencia (sensibilidad: 51%, especificidad 80%, valor de predicción positiva: 80%),
- aparición del episodio depresivo antes de los 25 años (sensibilidad: 62.5%, especificidad 70%, valor de predicción positiva: 77%),
- inhibición psicomotriz (sensibilidad: 83.3%, especificidad 58%, valor de predicción positiva: 76%)
- características psicóticas (sensibilidad: 69.8%, especificidad 62.7%, Valor de predicción positiva: 75%)

Detección precoz del trastorno bipolar y la actuación de la enfermera.

Existen herramientas específicas de screening o cribado y de ayuda diagnóstica, todas ellas adaptadas y validadas en español (49). Las herramientas de screening o cribado en el ámbito sanitario se realizan a personas, en principio sanas, para distinguir aquellas que tienen la posibilidad de estar enfermas de las que posiblemente no lo estén. Es una medida de prevención secundaria y nos permiten obtener una detección precoz de la enfermedad y así poder mejorar su diagnóstico y evitar la discapacidad o mortalidad prematura. Deben tener eficacia demostrada por estudios científicos de calidad, además, debe ser válido, fiable, seguro y simple. (50)

Escalas de Screening o cribado para el TB:

- *El cuestionario de trastorno del Humor (mood Disorder Questionnaire, MDQ):* Validado y adaptado al español (51). Instrumento utilizado para el cribado del TB. Consta de 13 ítems. El paciente responde a las preguntas SI o NO. Instrumento autoaplicado. Se utiliza como punto de corte la respuesta afirmativa a 7 o más de las 13 preguntas. (52)(ANEXO 1)
- *El listado de Síntomas de Hipomanía-32 (hypomania Symptom Checklist, HCL-32):* Adaptada y validada al español (53). Identifica periodos de hipomanía a pacientes con depresión unipolar. Consta de un total de 9 secciones.

La entrevista clínica debe tener como objetivo establecer la presencia de episodios pasados o actuales de síntomas maniáticos, la duración y la gravedad

de los episodios maníacos, las ideas suicidas y homicidas, el impacto que le supone estos episodios en los roles laborales, sociales y familiares, la presencia de comorbilidades, la historia de los tratamientos administrados y respuestas a estos y la historia familiar. (54)

Como se mencionó anteriormente, los pacientes no son conscientes o no recuerdan los síntomas (hipo)maníacos, por lo tanto, no informaran de ellos al profesional sanitario. Para no obviar estos síntomas es conveniente que la enfermera establezca una relación de confianza y conseguir el permiso del paciente para que los convivientes respondan a las mismas preguntas que se le hagan al paciente (43)

La enfermera utilizará el proceso enfermero para identificar los datos clínicos y así poder establecer unas intervenciones enfermeras que reduzcan, eliminen o prevengan las alteraciones de la salud de la persona, estas intervenciones están orientadas a los patrones funcionales de Majorie Gordon (49)

La enfermera debe incluir en la entrevista un examen físico y pruebas complementarias, para excluir trastornos que puedan tener síntomas similares a los síntomas del TB, como, por ejemplo, hipotiroidismo o hipertiroidismo, infección y abusos de sustancias tóxicas. (43). Además, si existe sospecha de TB, la enfermera debe ponerse en contacto con el médico de atención primaria para remitir al paciente a un especialista de salud mental para su evaluación, diagnóstico y desarrollo del plan terapéutico (49).

Aunque el paciente no cumpla estrictamente todos los criterios de diagnóstico del TB, "(...) *el ejercicio del juicio clínico puede justificar dar un diagnóstico cierto a un individuo, aunque la presentación clínica no cumpla con todos los criterios para el diagnóstico, siempre que los síntomas presentes sean persistentes y graves (...)*" (55).

Discusión

Después de realizar esta revisión bibliográfica, es necesario discutir algunos aspectos relevantes. En primer lugar, la idea con la que se comenzó la búsqueda narrativa se ha contrastado con estudios y se puede afirmar que existe una demora, de hasta 9 años, para dar un correcto diagnóstico de trastorno bipolar (6), no obstante, no solo se ha afirmado la demora del diagnóstico, si no, que también se ha afirmado que el diagnóstico erróneo en el Tb, está precedido por un diagnóstico inicial de depresión unipolar en el diagnóstico del TB (3).

Posteriormente nos hemos encontrado con varios autores y varios estudios que coinciden y demuestran los síntomas precoces más comunes, como se observó en el estudio, citado anteriormente, NIMH Collaborative Study in Depression la hipomanía aparece en la mayoría de los pacientes con depresión recurrente (56) pero además, hay más indicadores precoces como pueden ser el abuso de sustancias, actos antisociales, cambios comportamentales, entre otros (34) Se puede afirmar que la identificación de estos síntomas prodrómicos tiene un papel fundamental para evitar complicaciones del trastorno(15).

En la revisión de varios artículos, se ha visto que, aunque para el DSM-V los criterios de diagnósticos para la depresión unipolar y bipolar son idénticos y que para el trastorno bipolar I y II el diagnóstico diferencial más complicado es con el trastorno depresivo mayor.

Son varios los artículos encontrados donde se plantean esta misma pregunta y existe bastante información referente sobre el tema, pero aun así en el ámbito clínico no se pone en práctica, porque hasta el 60% de los pacientes con TB, reciben inicialmente el diagnóstico de depresión unipolar.

Muchos autores coinciden con los indicadores más predictores del TB siendo el predictor más importante los antecedentes familiares de TB (37), existen autores que discrepan sobre que la psicosis sea un indicador, ya que puede ocurrir en ambos. Cuando se tiene un paciente con depresión unipolar hay que descartar de que se trate de depresión bipolar, para ello, la actuación de la enfermera aquí es establecer vínculos de confianza con el paciente para poder profundizar en su vida personal y así lograr hacer una prevención secundaria más exhaustiva, para detectar si existe depresión bipolar y así establecer planes de cuidados e intervenciones, así como identificar riesgos y considerar la necesidad de derivación a especialistas de la salud mental.

Sería de gran interés que las enfermeras recibieran formación, que sepan las consecuencias negativas que existe al dar un diagnóstico erróneo, que sepan utilizar e interpretar las escalas que existen para realizar el diagnóstico diferencial, que les den un papel más importante, que la salud mental se pueda tratar en atención primaria o que la accesibilidad a enfermeras especializadas en salud mental o centros especializados sea más fácil para el paciente.

Discussion

After conducting this literature review, it is necessary to discuss some relevant aspects. First of all, the idea with which the narrative search was started has been contrasted with studies and it can be affirmed that there is a delay of up to 9 years to give a correct diagnosis of bipolar disorder (Goldberg & Ernst, 2002), however, not only the delay in diagnosis has been affirmed, but it has also been affirmed that the erroneous diagnosis in BD is preceded by an initial diagnosis of unipolar depression in the diagnosis of BD (Evans, 2000).

Subsequently we have found several authors and several studies that agree and demonstrate the most common early symptoms, as observed in the study, cited above, NIMH Collaborative Study in Depression hypomania appears in most patients with recurrent depression (Rice et al., 1989) but in addition, there are more early indicators such as substance abuse, antisocial acts, behavioral changes, among others (Angst & Cassano, 2005). It can be stated that the identification of these prodromal symptoms has a fundamental role in avoiding complications of the disorder (Vieta et al., 2018).

In the review of several articles, it has been seen that, although for the DSM-V the diagnostic criteria for unipolar and bipolar depression are identical and that for bipolar I and II disorder the most complicated differential diagnosis is with major depressive disorder.

There are several articles where this same question is raised and there is a lot of information on the subject, but even so in the clinical setting it is not put into practice, because up to 60% of patients with TB are initially diagnosed with unipolar depression.

Many authors agree with the most predictive indicators of TB, the most important predictor being a family history of TB (Téllez-Vargas, n.d.), there are authors who disagree that psychosis is an indicator, since it can occur in both. When there is a patient with unipolar depression, it is necessary to rule out that it is bipolar depression, for this, the nurse's action here is to establish bonds of trust with the patient in order to delve into his personal life and thus achieve a more comprehensive secondary prevention, to detect whether there is bipolar depression and thus establish care plans and interventions, as well as identify risks and consider the need for referral to mental health specialists.

It would be of great interest that nurses receive training, that they know the negative consequences of giving an erroneous diagnosis, that they know how to use and interpret the existing scales for differential diagnosis, that they are given a more important role, that mental health can be treated in primary care or that accessibility to nurses specialized in mental health or specialized centers is easier for the patient.

Conclusiones

- Detectar precozmente el trastorno bipolar no es fácil, se estima que hasta el 69% de los pacientes con TB reciben un diagnóstico incorrecto y pasan hasta 9 años hasta recibir un diagnóstico adecuado. Esto, entre otros motivos, es por la falta de consciencia del paciente sobre sus síntomas hipomaniacos y la búsqueda de ayuda en la etapa depresiva.
- Son indicadores en el adulto el habla acelerada, los despistes y olvidos, el carácter eufórico, la disforia, la disminución de la necesidad de dormir, las compras compulsivas la promiscuidad sexual, el abuso de sustancias, entre otros.
- Existen predictores que nos ayudan a distinguir la depresión unipolar de la bipolar, estos son la historia familiar de trastorno bipolar, seguido de la somnolencia, la inhibición psicomotriz y las características psicóticas. Los síntomas diferenciales son los "síntomas atípicos" y "parálisis de plomo".
- El papel relevante de la enfermera es cuando una vez realizada la valoración, hace una detección precoz, las herramientas utilizadas serán las escalas de screening o cribado; MDQ y HCL-32.
- Los indicadores precoces, los síntomas más comunes de la hipomanía y los predictores de la depresión bipolar nos ayudaran a detectar precozmente el trastorno bipolar. La enfermera debe estar en continua formación para la identificación de los casos y poder dar un verdadero cuidado integral al paciente. El papel de la enfermera es sospechar, valorar, detectar y realizar psicoeducación. Con la detección precoz el paciente tendrá mayor respuesta al tratamiento, menor discapacidad, mejores relaciones sociales y laborales y menor riesgo de suicidio.

Conclusions

- Early detection of bipolar disorder is not easy; it is estimated that up to 69% of TB patients receive an incorrect diagnosis and it takes up to 9 years to receive a proper diagnosis. This, among other reasons, is due to the patient's lack of awareness of his or her hypomanic symptoms and the search for help in the depressive stage.
- Indicators in adults include rapid speech, absent-mindedness and forgetfulness, euphoric character, dysphoria, decreased need for sleep, compulsive shopping, sexual promiscuity, substance abuse, among others.
- There are predictors that help us to distinguish unipolar depression from bipolar depression, these are family history of bipolar disorder, followed by somnolence, psychomotor inhibition and psychotic features. Differential symptoms are "atypical symptoms" and "lead paralysis".
- The relevant role of the nurse is when, once the assessment is done, an early detection is made, the tools used will be the screening scales; MDQ and HCL-32.
- The early indicators, the most common symptoms of hypomania and the predictors of bipolar depression will help us to detect bipolar disorder early. The nurse must be in continuous training for the identification of cases and be able to give a true integral care to the patient. The role of the nurse is to suspect, assess, detect and perform psychoeducation. With early detection the patient will have a better response to treatment, less disability, better social and work relationships and less risk of suicide.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) declara 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

No se ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre los participantes.

Publicación

Este trabajo de revisión no ha sido presentado en ninguna ponencia, comunicación oral, póster en ningún congreso o evento científico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trastornos mentales [Internet]. [cited 2022 Apr 4]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. Martínez H O, Olivia E, Martínez M, Yandy E, Izquierdo B. Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas Bipolar disorder. Clinical and epidemiologic characteristics [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 27]. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88142>
3. Evans DL. 61 (suppl 13). J Clin Psychiatry. 2000;
4. Benazzi F. A prediction rule for diagnosing hypomania. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2009;33:317–22.
5. Hirschfeld RMA, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. J Clin Psychiatry [Internet]. 2003 Feb 1 [cited 2022 Apr 4];64(2):161–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12633125/>
6. Goldberg JF, Ernst CL. Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. J Clin Psychiatry [Internet]. 2002 [cited 2022 Apr 4];63(11):985–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12444811/>
7. Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Arvilommi P, Leppämäki S, Paunio T, et al. Early age at onset of bipolar disorder is associated with more severe clinical features but delayed treatment seeking. Bipolar Disord [Internet]. 2007 Nov 1 [cited 2022 Apr 4];9(7):698–705. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1399-5618.2007.00388.x>

8. Lee D, Kleinman J, Kleinman A. Rethinking depression: An ethnographic study of the experiences of depression among Chinese. *Harv Rev Psychiatry* [Internet]. 2007 Jan [cited 2022 May 12];15(1):1–8. Available from: https://journals.lww.com/hrpjournal/Fulltext/2007/01000/Rethinking_Depression__An_Ethnographic_Study_of.1.aspx
9. Fritz K, Russell AMT, Allwang C, Kuiper S, Lampe L, Malhi GS. Is a delay in the diagnosis of bipolar disorder inevitable? *Bipolar Disord* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2022 Apr 4];19(5):396–400. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bdi.12499>
10. Benazzi F. A prediction rule for diagnosing hypomania. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2009 Mar 17;33(2):317–22.
11. Tondo L, Vázquez G, Baldessarini RJ. Mania associated with antidepressant treatment: comprehensive meta-analytic review. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2010 Jun [cited 2022 Apr 4];121(6):404–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19958306/>
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association . 2013.
13. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, Moreno DH, Sinyor M, Kessing LV, et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015;49(9):785–802.
14. Sharma V, Persad E, Kueneman K. A closer look at inpatient suicide. *J Affect Disord*. 1998 Jan 1;47(1–3):123–9.
15. Vieta E, Salagre E, Grande I, Carvalho AF, Fernandes BS, Berk M, et al. Evidence-Based Psychiatric Treatment Early Intervention in Bipolar Disorder. 2018;
16. Dunner DL, Tay LK. Diagnostic reliability of the history of hypomania in bipolar II patients and patients with major depression. *Compr Psychiatry* [Internet]. 1993 [cited 2022 May 4];34(5):303–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8306639/>
17. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 2014 [cited 2022 May 4]; Available from: www.appi.org
18. Berk M, Berk L, Dodd S, Cotton S, Macneil C, Daglas R, et al. Stage managing bipolar disorder. *Bipolar Disord* [Internet]. 2014 [cited 2022 May 4];16(5):471–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23782499/>
19. Kapczinski NS, Mwangi B, Cassidy RM, Librenza-Garcia D, Bermudez MB, Kauer-Sant'anna M, et al. Neuroprogression and illness trajectories in bipolar disorder. *Expert Rev Neurother* [Internet]. 2017 Mar 4 [cited 2022 May 4];17(3):277–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27659841/>
20. Vieta E, Popovic D, Rosa AR, Solé B, Grande I, Frey BN, et al. The Clinical Implications Of Cognitive Impairment and Allostatic Load in Bipolar Disorder. *European Psychiatry* [Internet]. 2013 Jan [cited 2022 May 4];28(1):21–9. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/abs/clinical-implications-of-cognitive-impairment-and-allostatic-load-in-bipolar-disorder/3888CF7D01B39D350AF2BB418D165FB6>
21. Goi PD, Bücken J, Vianna-Sulzbach M, Rosa AR, Grande I, Chendo I, et al. Pharmacological treatment and staging in bipolar disorder: evidence from clinical practice. *Brazilian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2015 May 12 [cited 2022 May 4];37(2):121–5. Available from: <http://www.scielo.br/jrbp/a/dpZkZM79GdnvT-jmQHLSrL4c/abstract/?lang=en>
22. Tohen M, Vieta E, Gonzalez-Pinto A, Reed C, Lin D. Baseline characteristics and outcomes in patients with first episode or multiple episodes of acute mania. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2010 Mar [cited 2022 May 4];71(3):255–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19709503/>
23. Peele PB, Xu Y, Kupfer DJ. Insurance expenditures on bipolar disorder: Clinical and parity implications. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2003 Jul 1 [cited 2022 May 4];160(7):1286–90. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.160.7.1286>
24. Chakrabarty T, Torres IJ, Su WW, Sawatzky R, Keramatian K, Yatham LN. Cognitive subgroups in first episode bipolar I disorder: Relation to clinical and brain volumetric variables. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 May 5];143(2):151–61. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.13245>
25. Torres IJ, DeFreitas VG, DeFreitas CM, Kauer-Sant'Anna M, Bond DJ, Honer WG, et

- al. Neurocognitive Functioning in Patients With Bipolar I Disorder Recently Recovered From a First Manic Episode. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2010 Mar 23 [cited 2022 May 5];71(9):12653. Available from: <https://www.psychiatrist.com/jcp/bipolar/neurocognitive-functioning-patients-bipolar-i-disorder>
26. Keramatian K, Chakrabarty T, Saraf G, Pinto J v., Yatham LN. Grey matter abnormalities in first-episode mania: A systematic review and meta-analysis of voxel-based morphometry studies. *Bipolar Disord* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2022 May 5];23(3):228–40. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bdi.12995>
 27. Kauer-Sant'Anna M, Bond DJ, Lam RW, Yatham LN. Functional outcomes in first-episode patients with bipolar disorder: a prospective study from the Systematic Treatment Optimization Program for Early Mania project. *Compr Psychiatry*. 2009 Jan 1;50(1):1–8.
 28. Post RM, Altshuler LL, Kupka R, McElroy SL, Frye MA, Rowe M, et al. Double jeopardy in the United States: Early onset bipolar disorder and treatment delay. *Psychiatry Res*. 2020 Oct 1;292:113274.
 29. McCraw S, Parker G, Graham R, Synnott H, Mitchell PB. The duration of undiagnosed bipolar disorder: Effect on outcomes and treatment response. *J Affect Disord*. 2014 Oct 15;168:422–9.
 30. Lagerberg TV, Larsson S, Sundet K, Hansen CB, Hellvin T, Andreassen OA, et al. Treatment delay and excessive substance use in bipolar disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* [Internet]. 2010 Sep [cited 2022 May 5];198(9):628–33. Available from: https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2010/09000/Treatment_Delay_and_Excessive_Substance_Use_in.4.aspx
 31. Altamura AC, Dell'Osso B, Berlin HA, Buoli M, Bassetti R, Mundo E. Duration of untreated illness and suicide in bipolar disorder: a naturalistic study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2009 260:5 [Internet]. 2009 Nov 13 [cited 2022 May 5];260(5):385–91. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-009-0085-2>
 32. J. Wormer E. Bipolar [Internet]. 2004 [cited 2022 May 8]. 22–42 p. Available from: https://books.google.es/books?id=VOfbOf9ywKUC&pg=PA23&dq=se%C3%B1ales+de+alarma+trastornos+bipolar&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwigv-u2pc_1AhXLAGMBHS-K9BC8Q6AF6BAgEEAI#v=onepage&q=se%C3%B1ales%20de%20alarma%20trastornos%20bipolar&f=true
 33. Hantouche EG, Angst J, Akiskal HS. Factor structure of hypomania: interrelationships with cyclothymia and the soft bipolar spectrum. *J Affect Disord*. 2003 Jan 1;73(1–2):39–47.
 34. Angst J, Cassano G. The mood spectrum: improving the diagnosis of bipolar disorder. *Bipolar Disord* [Internet]. 2005 [cited 2022 May 8];7 Suppl 4(4):4–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15948762/>
 35. Ortuno Sanchez F. Lecciones de Psiquiatría [Internet]. 2009 [cited 2022 May 8]. 119–154 p. Available from: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=5uA3NrYgHulC&oi=fnd&pg=PA119&dq=hipoman%C3%ADa+en+trastorno+bipolar&ots=GAZOHCaDSA&sig=-VzFPPAVZo_CNLiWXQFqLLp68LnQ#v=onepage&q&f=true
 36. Diccionario de la lengua española. Diccionario de la lengua española [Internet]. [cited 2022 May 13]. Available from: <https://dle.rae.es/euforia>
 37. Téllez-Vargas J. Depresión bipolar: aspectos clínicos y criterios para su diagnóstico precoz.
 38. Dayer A, Aubry JM, Roth L, Ducrey S, Bertschy G. A theoretical reappraisal of mixed states: dysphoria as a third dimension. *Bipolar Disord* [Internet]. 2000 Dec 1 [cited 2022 May 8];2(4):316–24. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1034/j.1399-5618.2000.020404.x>
 39. Morris G, Walder K, McGee SL, Dean OM, Tye SJ, Maes M, et al. A model of the mitochondrial basis of bipolar disorder. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2022 May 8];74(Pt A):1–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/bibezproxy.uca.es/28093238/>
 40. Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, Gamma A, et al. Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2011 Aug [cited 2022 May 8];68(8):791–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/bibezproxy.uca.es/21810644/>
 41. Cohn JB, Collins G, Ashbrook E, Wernicke JF. A comparison of fluoxetine imipramine and placebo in patients with bipolar depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* [Internet].

- 1989 [cited 2022 May 8];4(4):313–22. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.bibezproxy.uca.es/2607128/>
42. Peet M. Induction of Mania with Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors and Tricyclic Antidepressants. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. 1994 [cited 2022 May 8];164(4):549–50. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/induction-of-mania-with-selective-serotonin-reuptake-inhibitors-and-tricyclic-antidepressants/F797AD11ECC33A27ABC847F72FB67E39>
43. Krishnan KRR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med* [Internet]. 2005 Jan [cited 2022 May 8];67(1):1–8. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.bibezproxy.uca.es/15673617/>
44. Organización Mundial de la Salud. Depresión. 2021 Sep 13 [cited 2022 May 8]; Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
45. Dunner DL. “A two-illness model of bipolar disorder”—RT Joffe, LT Young, and GM MacQueen: a commentary. *Bipolar Disord* [Internet]. 1999 [cited 2022 May 8];1(1):36–7. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.bibezproxy.uca.es/11256654/>
46. Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S, Allilaire JF, Sechter D, Azorin JM, et al. Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP). *J Affect Disord* [Internet]. 1998 Sep 1 [cited 2022 May 8];50(2–3):163–73. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.bibezproxy.uca.es/9858076/>
47. LEYTON A F, BARRERA Á. Bipolar depression and unipolar depression: differential diagnosis in clinical practice. *Rev Med Chil* [Internet]. 2010 Jun [cited 2022 May 8];138(6):773–9. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000600017&lng=en&nrm=iso&tlng=en
48. Michael ET. Recognition and diagnosis of atypical depression. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:11–6.
49. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Núm. 2012 Madrid: UAH / AEN ; 2012.
50. Ascunce Elizaga N. Cribado: para qué y cómo. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2015 Apr [cited 2022 Apr 6];38(1):5–7. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=en
51. Sanchez-moreno J, Villagran JM, Gutierrez JR, Camacho M, Ocio S, Palao D, et al. Adaptation and validation of the Spanish version of the Mood Disorder Questionnaire for the detection of bipolar disorder. *Bipolar Disord* [Internet]. 2008 May [cited 2022 May 13];10(3):400–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18402628/>
52. Bobes García Julio. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. *Ars Medica*; 2002.
53. Vieta E, Sánchez-Moreno J, Bulbena A, Chamorro L, Ramos JL, Artal J, et al. Cross validation with the mood disorder questionnaire (MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Spanish: The 32 item hypomania symptom check list (HCL-32). *J Affect Disord*. 2007 Aug 1;101(1–3):43–55.
54. McCormick U, Murray B, Mcnew B. Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses. *J Am Assoc Nurse Pract* [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2022 May 9];27(9):530–42. Available from: https://journals-lww-com.bibezproxy.uca.es/jaanp/Fulltext/2015/09000/Diagnosis_and_treatment_of_patients_with_bipolar.10.aspx
55. Williams JBW, First M. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Enycl Soc Work* [Internet]. 2013 Jun 11 [cited 2022 May 9]; Available from: <https://oxfordre.com/socialwork/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-104>
56. Rice J, Andreasen NC, Coryell W, Endicott J, Fawcett J, Hirschfeld RMA, et al. NIMH Collaborative Program on the Psychobiology of Depression: clinical. *Genet Epidemiol* [Internet]. 1989 [cited 2022 May 8];6(1):179–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2731705/>



AULAMAGNA

PROYECTO CLAVE

PUBLICA TU OBRA ACADÉMICO-PROFESIONAL

EN **AULA MAGNA MCGRAW HILL** ESTAMOS ESPECIALIZADOS EN LA PUBLICACIÓN DE LIBROS EDUCATIVOS Y DE INVESTIGACIÓN, EN ESPECIALIDADES COMO SANIDAD, HUMANIDADES, CIENCIAS SOCIALES E IDIOMAS, ECONOMÍA Y NEGOCIOS O CIENCIAS.

TRABAJAMOS CON AUTORES Y PUBLICACIONES DIRIGIDAS AL ÁMBITO UNIVERSITARIO Y PROFESIONAL.



PL. DE LA MAGDALENA, 9 PLANTA 3,
41011 SEVILLA



(+34) 91 005 29 90



info@editorialaulamagna.com



www.editorialaulamagna.com

Efectividad del vendaje multicapa en el tratamiento de úlceras venosas

Vázquez-González, A.M. Bernal-Zarzuela, P. Ordoñez-Marchena, A.
"Efectividad del vendaje multicapa en el tratamiento de úlceras venosas".

SANUM 2023, 7(1) 66-71

AUTORAS

Ana María Vázquez González.

Enfermera. CS Barrio Alto. Dispositivo de Apoyo Jerez Costa Noroeste. Cádiz, España.

- anavgon6@gmail.com - 625942438

Paola Bernal Zarzuela.

Enfermera. Hospital de Día Pediátrico. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Cádiz, España.

Ana Ordóñez Marchena.

Enfermera. – UGC Medicina Interna - Hospital General Santa María del Puerto, José Manuel Pascual Pascual S.A. Cádiz, España.

Autora de correspondencia:

Ana María Vázquez González.

Correspondencia:

✉ marchena97@gmail.com

Tipo de artículo:

Revisión.

Sección:

Enfermería médico-quirúrgica.

F. recepción: 20-09-2022

F. aceptación: 17-11-2022

Resumen

Introducción- Objetivo: Las úlceras venosas constituyen las úlceras más frecuentes de las extremidades. Son muchos los enfermeros que día a día se enfrentan a la cura de una úlcera de etiología venosa, sin embargo, muy pocos utilizan el vendaje multicapa. El objetivo es mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados prestados a las personas para abordar el tratamiento de dichas úlceras mediante el vendaje multicapa.

Metodología: Se trata de una revisión bibliográfica narrativa basada en artículos científicos

Resultados: El tratamiento de las úlceras venosas debe tener en cuenta no solo que disminuya la hipertensión venosa sino que, además, acelere la cicatrización. Se han encontrado estudios favorables con la terapia del vendaje multicapa, demostrándose que utilizando algún tipo de compresión es más eficiente que sin compresión cuando se trata de cicatrización de la úlcera. Es cierto que aunque no existe mucho conocimiento sobre qué tipos de vendaje compresivo es más adecuado a la hora de tratar con úlceras de etiología venosa, se ha comprobado que los vendajes multicapas son más efectivos que los monocapas y que los pacientes tratados sufren menos recidivas. En cuanto a la prevención de dichas úlceras, la eficacia de la terapia compresiva se asocia a la adherencia al tratamiento.

Conclusión- Discusión: La enfermera como profesional sanitario competente en el cuidado del paciente debe saber elegir el tratamiento más adecuado incrementando el uso de la terapia compresiva cuando se trate de úlceras de etiología venosa. Así pues, se deberá aumentar la formación para los profesionales de enfermería para obtener una mayor habilidad en la técnica que permita aumentar la seguridad y la adherencia del paciente.

Palabras clave:

Úlcera venosa;

Piel;

Presión;

Cuidados de enfermería.

Effectiveness of the multilayer bandage in the treatment of venous ulcers

Abstract

Introduction-Objective: Venous ulcers are the most frequent ulcers of the extremities. There are many nurses who face the cure of an ulcer of venous etiology every day, however, very few use the multilayer bandage. The objective is to improve the quality and efficiency of the care provided to people to address the treatment of these ulcers through multilayer bandaging.

Methodology: This is a narrative literature review based on scientific articles

Results: The treatment of venous ulcers must take into account not only that it decreases venous hypertension but also that it accelerates healing. Favorable studies have been found with multilayer bandage therapy, showing that using some type of compression is more efficient than without compression when it comes to ulcer healing. It is true that although there is not much knowledge about which types of compressive bandage is more suitable when treating ulcers of venous etiology, it has been proven that multilayer bandages are more effective than monolayer bandages and that treated patients suffer fewer recurrences. Regarding the prevention of these ulcers, the efficacy of compression therapy is associated with adherence to treatment.

Conclusion-Discussion: The nurse as a competent health professional in patient care must know how to choose the most appropriate treatment, increasing the use of compression therapy when dealing with ulcers of venous etiology. Thus, training for nursing professionals should be increased to obtain greater skill in the technique that allows increasing patient safety and adherence.

Key word:

Varicose Ulcer;

Skin;

Pressure;

Nursing care.

Introducción

Concepto y Epidemiología

Debido al envejecimiento de la población junto con el déficit en el estilo de vida, las úlceras venosas son una patología que ha ido aumentando su prevalencia. (1,4)

Las úlceras venosas constituyen las úlceras más frecuentes de las extremidades inferiores. Se trata de una lesión donde la piel de la zona pierde su integridad y donde normalmente se observan cambios en la coloración y la textura de la piel previos a la aparición de la úlcera, además no cicatrizan en el periodo temporal esperado(1,3,4).

Generan una gran demanda en los sistemas nacionales de salud, sobre todo en la atención primaria. Así como constituyen un gran problema en la calidad de vida de los pacientes que las padecen y suele provocar desesperanza y desánimo tanto en pacientes como en los profesionales que las tratan. (1,2,3,8)

Tratamiento de las Úlceras Venosas

Para tratar dicha patología es necesario una valoración y atención integral del paciente, ya que es importante conocer la etiología para poder realizar un diagnóstico diferencial, clasificarla, y así elegir el tratamiento más adecuado. (1,2) . Los estudios mas recientes, así como las guías de practica clínica demuestran que la terapia de vendaje compresivo es, actualmente, la más eficaz. (1,3,4,5,6).

La eficacia de dicho tratamiento se justifica porque la aplicación de presión externa fuerza al líquido del espacio intersticial a volver al interior de los vasos sanguíneos y linfáticos, reduciendo el edema y la distensión del sistema venoso superficial. (10). Podemos encontrar distintos tipos de terapia compresiva: (4)

- Vendajes inelásticos: son vendajes rígidos que impiden la expansión de la musculatura de la pantorrilla al deambular. Durante el reposo no ejercen ningún tipo de presión. Podemos encontrar los vendajes inelásticos de una sola capa y vendajes inelásticos compuestos por varias capas de yeso.
- Vendajes elásticos: son vendajes extensibles que al aplicarlos ejercen de manera continua una compresión activa, aun estando en reposo. Existen de una sola capa o monocapa (como las medias de compresión o la venda de crepé, entre otros) y los vendajes multicapa; caracterizados por vendajes de dos, tres o cuatro capas de distintos materiales, los cuales deben ser aplicados por un profesional sanitario cualificado en el tema.

Papel de los profesionales de enfermería de AP en el cuidado de las Úlceras Venosas

Debemos tener en cuenta, que el cuidado de las úlceras venosas incluye actividades preventivas. Destacaríamos la promoción de la salud y estilos de vida saludables, la valoración de factores de riesgo y pruebas como la palpación de pulsos para descartar enfermedad arterial periférica, medidas terapéuticas, en las que incluiríamos el tratamiento tanto farmacológico así como local de las heridas, el apoyo psicosocial al usuario y a la familia, recomendaciones sobre estilos de vida saludables que mejoren la afección y controles de enfermedades crónicas para la detección precoz de situaciones agravantes del deterioro de salud. El papel de enfermería consiste en la constante evaluación del proceso patológico, elección del tratamiento tópico y compresivo a aplicar y la realización de pruebas no invasivas que nos indiquen el progreso. (2, 10).

Son muchos los enfermeros que día a día se enfrentan a la cura de una úlcera de etiología venosa, sin embargo, muy pocos utilizan el vendaje multicapa. Por ello es importante que conozcamos el uso de la técnica para poder llevarla a cabo de la manera correcta. Además es muy importante la educación para la salud a los pacientes para que exista una adecuada adhesión al tratamiento. (1,3,4,5)

Metodología

Para la elaboración he recopilado, seleccionado, leído y analizado sobre las úlceras venosas y el vendaje multicapa. He introducido palabras claves como úlcera venosa, vendaje multicapa, manejo clínico, cuidados de enfermería, venous ulcer, multilayer bandage, clinical management and nursing care ; combinada mediante los operadores booleanos "and", "or" y "not" en los descriptores DecS y MesH. He utilizado las siguientes fuentes de información y bases de datos: PubMed, Elsevier, Scielo y Medline. Los criterios de inclusión son estudios de carácter científico, con un límite temporal de los 10 últimos años. Se ha excluido aquellos que no cumplen los criterios.

Resultados

Aplicación del vendaje multicapa: Diagnóstico diferencial

Es necesario llevar a cabo un diagnóstico diferencial para que podamos llevar a cabo el tratamiento más apropiado, en este caso el vendaje multicapa,

ya que este tratamiento se encuentra contraindicado en las úlceras arteriales. (9,12)

Podemos diferenciar una de otra tanto por la clínica, donde las principales son: (1,9,12)

- La localización (las úlceras venosas generalmente se localizan en el 1/3 inferior de la pierna en su cara interna, mientras que en las arteriales se localizan principalmente en los dedos de los pies o sobre prominencias óseas)
- El dolor (variable de leve a moderado, mejorando con la elevación de los miembros inferiores, en las venosas, frente a dolor intenso que empeora al elevar los miembros inferiores en las arteriales)
- El aspecto (las úlceras venosas suelen ser sangrantes y con contornos irregulares, mientras que las arteriales no sangran y sus bordes están bien delimitados)
- Los pulsos distales (en las úlceras venosas están presentes y en las arteriales ausentes o disminuidos)
- El edema (presente en las úlceras venosas y prácticamente inexistentes en las arteriales).
- Y, también, con pruebas complementarias, como son: (1,9,12)
- Eco-Doppler
- Índice Tobillo Brazo: donde al ser mayor de 0,9 el cociente nos estaría indicando que se trata de una úlcera venosa y se puede aplicar vendaje compresivo.

El tratamiento compresivo como primera elección en las Úlceras Venosas

El tratamiento de las úlceras venosas debe tener en cuenta no solo que disminuya la hipertensión venosa sino que, además, acelere la cicatrización. Se han encontrado estudios favorables con la terapia del vendaje multicapa, demostrándose que utilizando algún tipo de compresión es más eficiente que sin compresión cuando se trata de cicatrización de la úlcera. (5,6,7,8)

Se ha demostrado que el vendaje multicapa mejora los signos y síntomas asociados a la insuficiencia venosa, reduce el tiempo de cicatrización de las úlceras varicosas no complicadas y es efectiva para prevenir tanto la aparición como su recurrencia. (6)

Es cierto que aunque no existe mucho conocimiento sobre qué tipos de vendaje compresivo es más adecuado a la hora de tratar con úlceras de etiología venosa, se ha comprobado que los vendajes multicapas son más efectivos que los monocapas y que los pacientes tratados sufren menos recidivas. En cuanto a la prevención de dichas úlceras, la eficacia de la terapia compresiva se asocia a la adherencia al tratamiento. (6,7,8)



Imagen disponible en: 4. Montero, E. C., Perrucho, N. S., & de la Cueva Dobao, P. (2020). Principios teórico-prácticos de la terapia compresiva para el tratamiento y prevención de la úlcera venosa. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 111(10), 829-834.

Discusión

Se deberá aumentar la formación para los profesionales de enfermería para obtener una mayor habilidad en la técnica que permita aumentar la seguridad y la adherencia del paciente, ya que muchas veces la adherencia disminuye en aquellos pacientes que presentan dolor.

Se han observado un alto porcentaje de cicatrización de úlceras venosas con la utilización de vendaje multicapa.

Además, se ha demostrado que se disminuye el número de curas con este procedimiento así como la disminución de los edemas.

Los profesionales de la salud deben considerar el carácter crónico de las úlceras venosas y realizar intervenciones de forma holística, tanto en el manejo del dolor como de soporte social que incluya actividades de educación para la salud en la adquisición de hábitos saludables, que tengan en cuenta las preferencias, conocimientos y habilidades tanto de los profesionales como de los pacientes, siendo necesario también el apoyo de las instituciones.

Conclusión

Aunque la evidencia científica respalda la utilización de la terapia compresiva multicapa para la cicatrización de las úlceras venosas con respecto a la utilización de otro tipo de vendajes, hay estudios que presentan controversias, en los que dicen que se debe tener en cuenta la experiencia profesional y las preferencias del paciente.

Si existe una mayor implicación terapéutica profesional-paciente en el seguimiento y cumplimiento de las recomendaciones de práctica clínica basada en la evidencia científica, en las preferencias de los pacientes, y la experiencia de los clínicos en la técnica de compresión; así como la de los gestores sanitarios en facilitar la disponibilidad de los recursos instrumentales y/o materiales necesarios, se lograría cambiar la realidad actual de baja adherencia y alta prevalencia de úlceras de la pierna de origen venoso.

La enfermera como profesional sanitario competente en el cuidado del paciente debe saber elegir el tratamiento más adecuado incrementando el uso de la terapia compresiva cuando se trate de úlceras de etiología venosa.

También se observa cómo afectan factores psicosociales tales como el hecho de vivir solo así como la adherencia al tratamiento ya que se trata de un procedimiento que afecta a la calidad de vida del paciente.

Discussion

Training for nursing professionals should be increased in order to obtain greater skill in the technique that will increase patient safety and adherence, since adherence often decreases in patients with pain.

A high percentage of venous ulcer healing has been observed with the use of multilayer bandages.

In addition, it has been shown that the number of cures with this procedure is reduced, as well as the reduction of edema.

Health professionals should consider the chronic nature of venous ulcers and carry out holistic interventions, both in pain management and social

support that include health education activities in the acquisition of healthy habits, taking into account the preferences, knowledge and skills of both professionals and patients, also requiring the support of institutions.

Conclusion

Although the scientific evidence supports the use of multilayer compression therapy for the healing of venous ulcers with respect to the use of other types of bandages, there are controversial studies, in which they say that professional experience should be taken into account and patient preferences.

If there is greater professional-patient therapeutic involvement in the follow-up and compliance with clinical practice recommendations based on scientific evidence, patient preferences, and the experience of clinicians in the compression technique; as well as that of health managers in facilitating the availability of the necessary instrumental and/or material resources, it would be possible to change the current reality of low adherence and high prevalence of leg ulcers of venous origin.

The nurse, as a health professional competent in patient care, must know how to choose the most appropriate treatment, increasing the use of compression therapy when dealing with ulcers of venous aetiology.

It is also observed how they affect psychosocial factors such as living alone as well as adherence to treatment since it is a procedure that affects the quality of life of the patient.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) declara 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

No se ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre las participantes.

Publicación

Este trabajo de revisión no ha sido presentado en ninguna ponencia, comunicación oral, póster en ningún congreso o evento científico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortega, D. S., Uriel, A. S. L., Benito, N. S. R., Nogué, M. Y., & Lorente, S. R. (2021). Terapia compresiva como tratamiento de una úlcera venosa. A propósito de un caso. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(6), 76.
2. Rezende De Carvalho, M., & Baptista De Oliveira, B. G. R. (2017). Terapia compresiva para el tratamiento de úlceras venosas: una revisión sistemática de la literatura. *Enfermería Global*, 16(45), 574-633.
3. Fernández, P. G. (2015). Revisión del tratamiento de las úlceras venosas: terapia compresiva. *RqR Enfermería Comunitaria*, 3(1), 43-54.
4. Montero, E. C., Perrucho, N. S., & de la Cueva Dobao, P. (2020). Principios teórico-prácticos de la terapia compresiva para el tratamiento y prevención de la úlcera venosa. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 111(10), 829-834.
5. Folguera-Álvarez, C., Garrido-Elustondo, S., Rico-Blázquez, M. M., Esparza-Garrido, M. I., Verdú-Soriano, J., ECAMulticapa, G., ... & Piñas, E. Z. (2020). Efectividad de la terapia compresiva de doble capa frente al vendaje de crepé en la cicatrización de úlceras venosas en atención primaria. *Ensayo clínico aleatorizado. Atención Primaria*, 52(10), 712-721.
6. Raña-Lama, C. D., Bouza-Prego, M. Á., Salleta-Canosa, J. L., Rumbo-Prieto, J. M., & Arantón-Areosa, L. (2016). Obstáculos y apoyos percibidos en la aplicación de terapia compresiva en úlceras venosas de la pierna. *Ene*, 10(2), 0-0.
7. Folguera Álvarez, M. D. C., & Verdú Soriano, J. (2015). Adherencia a la terapia compresiva en los pacientes con úlceras venosas. *Gerokomos*, 26(3), 104-108.
8. Alonso, S. L., Jiménez, M. J., Melón, J. A., Esteban, C. B., Jiménez, Á. J., & Ruiz, M. L. (2021). Tipos de terapia compresiva para prevención y tratamiento de úlceras vasculares. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(2), 11.
9. Delgado Roche, E., Malla Clua, B., Marquilles Bonet, C., & Bravo Andrés, N. (2017). Abordaje de una úlcera de etiología venosa con apósito hidrodetersivo y vendaje de compresión multicapa. *Gerokomos*, 28(4), 208-211.
10. Arias, M. S., Ruiz, C. A., Forés, Á. M., & Pérez, A. G. (2017). Manejo interdisciplinar de úlceras vasculares: compresión, tratamiento local, tratamiento complementario y coordinación interdisciplinar. *RqR Enfermería Comunitaria*, 5(3), 60-71.
11. Goka, E. A., Poku, E., Thokala, P., & Sutton, A. (2020). Clinical and Economic Impact of a Two-layer Compression System for the Treatment of Venous Leg Ulcers: A Systematic Review. *Wounds: a Compendium of Clinical Research and Practice*, 32(1), 11-21.
12. Nieto, R. M. P., Luis, M. A. L., García, C. M., & Bullón, I. P. Aplicación del vendaje multicapas en úlceras venosas. *Salud, alimentación y sexualidad en el envejecimiento Volumen I*, 43.

¿Quieres trabajar con nosotros?

Rodio

Formación para el empleo

POR EXPANSIÓN DE NUESTRAS LÍNEAS EDITORIALES SELECCIONAMOS AUTORES.

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

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

www.edicionesrodio.com



SANUM

Revista Científico-Sanitaria

NORMAS GENERALES PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

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

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

LA REVISIÓN Y PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS ES TOTALMENTE GRATUITA

Para más información, consulta nuestra web:

<http://www.revistacientificasanum.com>

GENERALIDADES

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

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

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

Los artículos deben cumplir las siguientes normas de publicación:

FORMA DE ENVÍO DE ORIGINALES: EMAIL

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

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

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

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

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

ASPECTOS FORMALES DE LOS ORIGINALES

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

POLÍTICAS DE SECCIÓN

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

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

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

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

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

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

- **Cartas al editor:**

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

- **Artículos Originales:**

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

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

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

- **Originales breves:**

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

- **Revisiones:**

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

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

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

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

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

- **Casos clínicos:**

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

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

- **Artículos especiales:**

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

- **Imágenes clínicas:**

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

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

- **Guías de práctica clínica.**

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

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

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

ESTRUCTURA FORMAL QUE DEBEN PRESENTAR LOS MANUSCRITOS

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

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

PRIMERA PÁGINA:

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

Recomendaciones a tener en cuenta con el título del artículo

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

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

Resumen y palabras clave

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

RESUMEN

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

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

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

PALABRAS CLAVE

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

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

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

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

Abstract and Keywords

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

ESTRUCTURA ESTANDAR IMRAD

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

HIPOTESIS Y/U OBJETIVOS DEL TRABAJO:

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

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

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

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

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

MATERIAL Y METODOS (METODOLOGIA)

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

RESULTADOS.

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

DISCUSIÓN.

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

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

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

CONCLUSIONES.

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

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

Referencias bibliográficas/bibliografía

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

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

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

Elementos gráficos: imágenes, tablas y figuras

Imágenes:

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

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

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

Tablas y figura:

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

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

Otros apartados a incluir al final del manuscrito

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

Declaración de transparencia

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

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

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

Fuentes de financiación

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

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

Conflicto de intereses

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

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

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

Publicación

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

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

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

Agradecimientos

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

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

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

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

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

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

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

Comunicación con los autores

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

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

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

El primer mensaje de la secretaria técnica será considerado como resguardo o “RECIBÍ” y no se emitirán ningún tipo de certificado que acredite que se publicará el trabajo o que se ha entregado. **Una vez se haya publicado el artículo en la revista, se emitirá certificación con número de ISSN, 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>

¿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

www.edicionesrodio.com



¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

