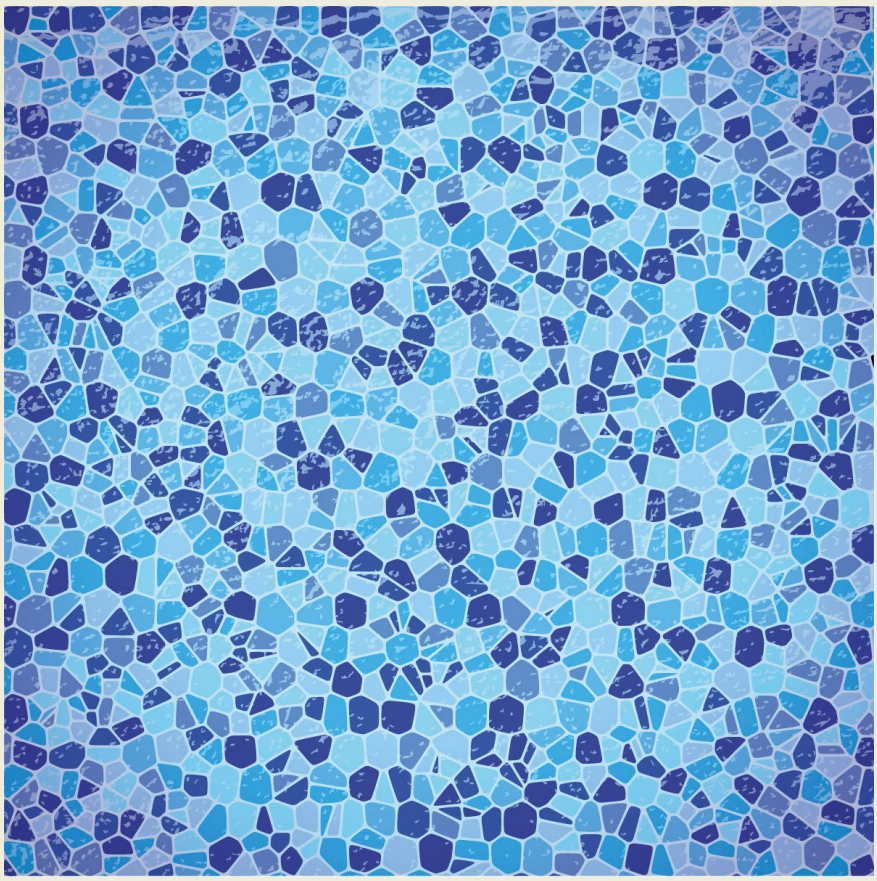
VOLUMEN 39 TOMO 2

Revista científica del Colegio de Enfermería de Sevilla
ISSN: 1576/3056
Mayo/agosto de 2022

HYGIA
DE ENFERMERÍA



La revista **Hygia de Enfermería** está incluida
en las bases de datos **CUIDEN, DIALNET y ENFISPO**

ECOES

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

(INCLUIDO EN LA CUOTA COLEGIAL) con la compañía Agrupación Mutual Aseguradora (A.M.A.)

A.M.A. agrupación mutual aseguradora

EL COLEGIO TE PROTEGE

CON EL ÚNICO SEGURO QUE CUBRE A PRIMER RIESGO TODAS LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO PRIVADO, CONCERTADO Y PÚBLICO (*)

3,5 MILLONES DE EUROS

3.500.000 €
por colegiado y por siniestro

(*) Hospitales y centros de salud públicos, hospitales y centros privados, hospitales y centros concertados con el SAS, residencias de mayores y centros sociosanitarios públicos, concertados y privados, compañías aseguradoras, consultas privadas y ejercicio libre de la profesión. Si tienes otras pólizas contratadas, para evitar consecuencias no previstas, tráelas al Colegio para que te aclaremos sus coberturas y si te cubren la actividad privada, concertada y pública.

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES

PRIMERO: El colegiado deberá comunicar inmediatamente al Colegio la reclamación de que haya sido objeto, bien judicial (demanda, querella o denuncia) o extrajudicial. La comunicación fuera de plazo de dicha reclamación podrá suponer que la póliza no cubra el siniestro.

SEGUNDO: El colegiado cumplimentará en la Asesoría Jurídica del Colegio el formulario de comunicación de Siniestro. Será necesario cumplimentar todos los datos solicitados.

TERCERO: El colegiado no deberá declarar nunca, ni firmar ningún documento, sin la consulta y asesoramiento previo del letrado del Colegio.

CUARTO: De acuerdo con lo establecido en la póliza, para la efectividad de la cobertura prevista será imprescindible acreditar que el profesional afectado se encuentra colegiado y al corriente en el pago de las cuotas.

PRINCIPALES COBERTURAS:

- Responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente y terapias alternativas.
- Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme o por expediente disciplinario, con abono, por parte de la Aseguradora, de una cantidad máxima de 4.000 €/mes, por un plazo máximo de 24 meses.
- Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.

HYGIA
DE ENFERMERÍA

VOLUMEN 39, TOMO 2
MAYO/AGOSTO DE 2022

EDITA
Excmo. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

DIRECTOR
Jorge Romero Martínez

CONSEJO DE REDACCIÓN

Coordinadora editorial
Mercedes Terrero Varilla

Comité editorial
Ana Magdalena Vargas Martínez
Marta Lima Serrano
Raquel Martín Martín
José Ángel Campanario Argüelles
Rocío Romero Serrano

SECRETARIA DE REDACCIÓN
Angelines González López

TIRADA
1.500 ejemplares

ISSN
1576/3056

DEPÓSITO LEGAL
SE-470-1987

SOPORTE VÁLIDO
Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo con referencia S.V. 88032 R.

REDACCIÓN
Avda. Ramón y Cajal, 20
Tel.: 954 933 800
Fax: 954 933 803
Sitio web: www.colegioenfermeriasevilla.es
Correo electrónico: colegio@ecoes.es

ENVÍO DE ARTÍCULOS
hygia@ecoes.es

DISEÑO Y MAQUETACIÓN
Juan José Sánchez

FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN
Tecnographic, S.L.
Tel.: 954 350 003

EXCMO. COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE SEVILLA

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida total o parcialmente por medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones, tratamiento informático o cualquier otro, sin permiso por escrito de la editorial.

La revista HYGIA no se hace responsable necesariamente del contenido de los artículos publicados, correspondiendo dicha responsabilidad a los autores de los mismos.

La revista Hygia de Enfermería está incluida en las bases de datos **CUIDEN, DIALNET** y **ENFISPO.**

SUMARIO

EDITORIAL

64 Nuevos tiempos
Jorge Romero Martínez

ORIGINALES / ORIGINALS

66 Eficacia de la entrevista prequirúrgica en la disminución del dolor postoperatorio y de la ansiedad previa al quirófano
Efficacy of the pre-surgical interview in reducing postoperative pain and anxiety prior to the operating room
Pedro López Moraleda, M.ª José Parejo Romero, Macarena González Cordero, María León Rivas, M.ª Carmen Bruque Jiménez y M.ª José García Figueroa

75 Atención de Enfermería en el seguimiento de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral en Atención Primaria
Nursing care of patients on oral anticoagulant treatment in Primary Care
José María Ponce González, Álvaro Alonso Flores y Ana Ponce Troncoso

81 Resultados de un programa de Rehabilitación Cardíaca desde perspectiva de género
Results of cardiac rehabilitation program from gender perspective
María José López Marco, María del Mar Martínez Quesada y Laura Prieto Valiente

87 Enfermería del Trabajo y COVID-19: Análisis descriptivo de la asistencia telefónica al profesional del hospital
Working Nurse and COVID-19: Descriptive analysis of the telephone assistance to the professional of the hospital
Nerea Camarero Gazapo, Lidia Infantes Guzmán, Pía Francisca Rojas Keim y María Dolores García Perea

93 Violencia de género durante la gestación
Gender violence for pregnancy
Sarai Ruiz-Herrera, Encarnación Rincón-Elvira y Gemma Álvarez-Centeno

REVISIONES / REVIEWS

99 Enfermería transcultural en los servicios de urgencias
Transcultural nursing in emergency services
Isabel Gil Jiménez, Beatriz González Carmona y Sergio Ramos Román

103 Detección de la violencia de género por la enfermera de atención primaria
Detection of gender violence by the primary care nurse
Noelia Lozano Muñoz y María del Carmen Sánchez Velázquez

ARTÍCULOS ESPECIALES / SPECIAL ARTICLES

109 Píldoras metodológicas en investigación enfermera: la pregunta PICO
Brief nursing research metodology: the PICO framework
María Mercedes Terrero Varilla

111 Rosalía Robles Cerdán, matrona (1872-1941). Una vida, una profesión, un ideal
Rosalía Robles Cerdán, midwife (1872-1941). A life, a profession, an ideal
Manuel Jesús García Martínez y Antonio Claret García Martínez

Hygia de Enfermería (2022), vol. 39(2), pp. 64-65
ISSN: 1576/3056

Nuevos tiempos

Jorge Romero Martínez

Director de Hygia de Enfermería

La ciencia, en general, y la Enfermería, en particular, salvan vidas. Invertir en ellas siempre es un ejercicio de eficiencia en salud. Estos años de pandemia han puesto en valor cómo de importantes son la ciencia y la Enfermería para mejorar la vida de las personas. La población general ha conocido de primera mano los resultados de invertir en la investigación científica, lo cual ha permitido disponer en un tiempo récord de vacunas que nos han devuelto la vida que teníamos previa a la eclosión del Sars-Cov2 en nuestro día a día. Por otro lado, los profesionales hemos podido adquirir nuevos conocimientos en tiempo real que iban modificando nuestras prácticas asistenciales sobre una nueva enfermedad de la que nada sabíamos. Es por ello que el acceso a las publicaciones científicas de manera on-line ha sido vital.

Conseguir una base de conocimientos en Enfermería fundamentado en la mejor evidencia científica no es un proceso espontáneo, sino que requiere de una metodología que puede y debe ser aprendida. Para obtener unos buenos resultados es necesario un aprendizaje previo. La investigación científica para que esté bien elaborada requiere de unas normas de obligado cumplimiento, puesto que de lo contrario nos arriesgamos a llegar a conclusiones que no sean válidas. Tanto por quien desarrolla la investigación como por quien lee el informe e interpreta los resultados. Un investigador novel puede asumir relaciones de causalidad sin ser el diseño adecuado para ello. El receptor de ese artículo sin una lectura crítica puede dar por válidos esos resultados e incorporarlos a la práctica asistencial. Otras veces, investigaciones bien elaboradas e interpretadas pueden ser asumidas como válidas para nuestra población a la que cuidamos y, sin embargo, al tener diferentes cualidades puede que no sea extrapolable. Como estos ejemplos, existen otros muchos que ponen de manifiesto la importancia de mejorar los conocimientos en metodología, tanto para enfermeras investigadores como para clínicas.

Las fuentes del conocimiento que empleamos en nuestra labor como enfermeras pueden proceder de conocimientos no basados en la mejor evidencia científica. Clásicamente, la autoridad y la propia experiencia han sido una importante fuente de conocimiento, tanto enfermero como de otras disciplinas de ciencias de la salud. Sin embargo, estas fuentes se alejan de una base de investigación reglada que aporte rigor científico a nuestros cuidados. Sobran ejemplos de prácticas que, tras años de ejercerlas, se han demostrados inútiles o bien que existían alternativas más eficientes y que nunca debieron quisiera implementarse. En matronería abundan los ejemplos, como el uso de cunas térmicas para recién nacidos sanos reemplazadas, tras la investigación científica, por el contacto piel con piel con piel[1], o el corte inmediato del cordón umbilical sustituido desde no hace mucho por el retraso hasta al menos el minuto de vida con mejoras en las tasas de mortalidad incluso en prematuros[2], por citar algunos. De manera que, la única forma de saber que estamos prestando unos cuidados de calidad eficaces es mediante la investigación reglada.

Incluso en aquellos casos en los que todo el proceso previo ha seguido un buen curso investigador nos queda el proceso de comunicar nuestros resultados. El producto final de la investigación científica requiere de un elemento para poder llegar al público potencial. Existen valiosas investigaciones que forman parte de la denominada literatura gris, trabajos fin de grado, comunicaciones orales a congresos, etc. que difícilmente tendrán difusión y se perderá su hipotética utilidad para implementar en la práctica. Es necesario un mecanismo de comunicación eficaz y las revistas son, precisamente, soportes para la divulgación del conocimiento. La estrategia utilizada por las revistas científicas para conseguir prestigio y renombre es la indexación en bases de datos[3]. Sin embargo, hoy día existe una vía aún más rápida de hacer divulgación científica, menos reglada y ortodoxa, pero que llega a un público infinitamente más amplio, que no es otra que las redes sociales. Con millones de usuarios las posibilidades de ser visibles son enormes. Existen gran cantidad de ejemplos de cuentas de enfermeras que se han ganado un gran prestigio entre compañeras de profesión que dan visibilidad desde el buen hacer a nuestra profesión. Quizás una estrategia sea servirnos de ambas posibilidades para mejorar la visibilidad, no en vano las revistas en papel poco a poco van pasando a ser un reducto del pasado. Cuanto menos, comparten formato papel con una versión online. Últimamente algunas, además, se apoyan en cuentas de redes sociales para aumentar su visibilidad fuera de los circuitos de la indexación única y exclusivamente.

La revista Hygia de Enfermería, una de las primeras revistas científicas de enfermería en nuestro país con una seña de identidad vinculada a Sevilla y a nuestro Colegio, tiene ya 35 años de historia. Seña que no queremos perder. Desde este nuevo comité editorial, pensamos que necesitaba un cambio y adaptación a los tiempos. Por ello, se han implementado unas líneas estratégicas que integran el argumentario antes fundamentado. Así, se ha modernizado su diseño y se ha reclutado un grupo de revisores expertos en diferentes áreas de conocimiento enfermero y en metodología de investigación que garanticen, en la revisión por pares de los manuscritos enviados, un mínimo de calidad exigible para ser publicados. Lo realizan desde el rigor científico y la seriedad, pero desde la humildad, y con el talante de generar informes de revisión que ayuden a los investigadores noveles en el proceso de aprendizaje más que a rechazar sus manuscritos. Nuestro equipo va a publicar artículos especiales de metodología investigación además en un formato sencillo y escueto. Por otra parte, se ha reducido al mínimo la tirada en papel y se ha incluido la versión on-line de nuestra revista en una dirección web propia independiente a la del Excelentísimo Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla. Y se van a aunar esfuerzos para visibilizar nuestros contenidos más allá entorno provincial y autonómico, no solo con la web, sino con la creación de cuentas en Instagram y Twitter de la propia revista.

Empezamos un nuevo e ilusionante camino y queremos hacerte participe de él.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4. Accessed 12 July 2022.
2. Rabe H, Gyte GML, Díaz-Rossello JL, Duley L. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 9. Art. No.: CD003248. DOI: 10.1002/14651858.CD003248.pub4. Accessed 12 July 2022.
3. Palucci Marziale Maria Helena, Costa Mendes Isabel Amélia, Bernadete Malerbo Maria. Desafíos en la divulgación del conocimiento científico de Enfermería producido en Brasil. Index Enferm [Internet]. 2004 [citado 2022 Jul 08] ; 13(47): 75-78. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300018&lng=es.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Romero Martínez J. Nuevos tiempos. Hygia de Enfermería. 2022; 39(2): 64-65

Hygia de Enfermería (2022), vol. 39(2), pp. 66-74
ISSN: 1576/3056

Eficacia de la entrevista prequirúrgica en la disminución del dolor postoperatorio y de la ansiedad previa al quirófano

Efficacy of the pre-surgical interview in reducing postoperative pain and anxiety prior to the operating room

Pedro *López Moraleda*[A,C], M.ª José *Parejo Romero*[A,C], Macarena *González Cordero*[B,C], María *León Rivas*[B,C], M.ª Carmen *Bruque Jiménez*[A,C] y M.ª José *García Figueroa*[A,C]

[A] Enfermeras de unidad de recuperación postanestésica y unidad de dolor agudo postoperatorio.
[B] Enfermeras de quirófano.
[C] Unidad de Gestión Clínica de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. A.G.S. Sur de Sevilla.

RESUMEN

Introducción: Las intervenciones quirúrgicas generan en los pacientes reacciones de inseguridad, miedo o ansiedad. Algunas revisiones han mostrado que la información preoperatoria al paciente tiene una amplia variedad de resultados beneficiosos en el paciente quirúrgico. Estos van desde la reducción de la duración de la estancia hospitalaria hasta la disminución de la ansiedad, el dolor y una mayor satisfacción del paciente.

Objetivos: Comparar el nivel de ansiedad previo a la entrada a quirófano y el grado de dolor a las 24 horas de la intervención quirúrgica entre pacientes que no reciben la intervención de educación sanitaria denominada Entrevista Prequirúrgica (EP) (grupo control) y otros que sí reciben esta intervención (grupo intervención).

Metodología: Estudio cuasiexperimental dirigido a pacientes previo a ser intervenidos quirúrgicamente de forma programada en el Hospital Universitario de Valme. Un total de 148 pacientes fueron incluidos en el grupo control y 144 pacientes en el grupo intervención. Se valoró el nivel de Ansiedad (Test de Hamilton: 0-56 puntos) en la entrada de quirófano. Se midió el nivel de Dolor (Escala Visual Analógica: 0- 10 puntos) a las 24 h postquirúrgicas, en la planta de hospitalización.

Resultados y conclusiones: La EP redujo el nivel de Ansiedad de nuestros pacientes en un 14,3%, a la vez que redujo el nivel de dolor postoperatorio a las 24 horas entre un 20-30% (dependiendo de si se mide en reposo o en movimiento). Estas diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas (p<0,0001). Concluimos que la EP en eficaz en la reducción de la ansiedad y del dolor postoperatorio, lo que se traduce en un mayor confort y una mayor satisfacción del paciente.

PALABRAS CLAVE

entrevista prequirúrgica (EP), ansiedad, dolor, unidad de recuperación post-anestésica (URPA)

ABSTRACT

Background: Surgical interventions generate insecurity, fear or anxiety in patients. Reviews have showed that postoperatory information given to patients have wide variety of beneficial outcomes for the post-surgical patient. These range from lenght of hospital stay, decreases anxiety, pain and increases patiente satisfaction.

Objectives: To compare the level of anxiety previous surgery and the level of pain suffered 24 hours post surgical intervention between patients who do not receive the health education intervention called the pre-surgical interview (control group) and others who do receive this intervention (intervention group)

Methods: Quasi-experimental study aimed at patients before programed surgery in Virgen de Valme Hospital. A total of 148 patients were included in the control group and 144 patients were included in the intervention group. The level of anxiety was assessed (Hamilton test: 0-56 points)just before going into the operating room. The level of pain was measured (analog visual scale: 0-10 points) at 24h post surgery into the hospitalization ward.

Results and conclusions: The pre-surgical interview reduced the anxiety level of our patients by 14.3%, while reducing the level of postoperative pain at 24 hours by 20-30% (depending on whether it is measured when patient is moving or resting). These differences were found statistically significant (p<0.0001). We got the conclusion the the pre-surgical is effective reducing anxiety and pain during post-surgical period, which means better patients satisfaction and confort.

KEYWORDS

pre-surgical interview, anxiety, pain, post-surgical recovery unit

FECHA DE RECEPCIÓN: 10/2/2022 FECHA DE ACEPTACIÓN: 20/6/2022

Correspondencia: Pedro López Moraleda
Correo electrónico: pedro.lopez.moraleda.sspa@juntadeandalucia.es

INTRODUCCIÓN

Cuando un individuo ingresa en cualquier sistema ajeno a él tanto por nuevo como por desconocido, le provoca, en mayor o menor medida, una serie de reacciones y manifestaciones como inseguridad, miedo o ansiedad entre otras. Éstas, que se producen ante situaciones de la vida diaria, se presentan con mayor intensidad en el caso de que la situación a afrontar sea el ingreso en un centro hospitalario[1].

Cuando este ingreso es el Área Quirúrgica para una intervención quirúrgica programada, se pueden presentar en el paciente/familia una serie de diagnósticos de enfermería, siendo los más prevalentes[2]:

— 0146 Ansiedad / 0148 Temor.
— 0126 Conocimientos deficientes.

En la unidad de gestión clínica (UGC) de Anestesiología y Reanimación del H.U.Valme, situada en la zona de quirófanos, se dispone de un programa de Entrevista Prequirúrgica de Enfermería, el cual nació como consecuencia de la creación de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (UDAP), y que asume el personal de enfermería de la unidad de reanimación postanestésica (URPA). Al comenzar a valorar y a tratar el dolor agudo en nuestros pacientes, con otro enfoque, y administrar la analgesia en muchos casos mediante dispositivos de PCA (Analgesia Controlada por el Paciente), se percibió la necesidad de informar y formar al paciente/familia sobre este tema. Este programa cuenta con una encuesta de satisfacción que se suministra a los pacientes. En el análisis de dichas encuestas, se reflejaba la demanda del paciente acerca de información de todo el circuito perioperatorio, resultado del cual surgió la necesidad de realizar una informacion previa al día de la cirugía dirigida al paciente y familia, sobre el circuito operatorio, el dolor y su tratamiento:

> "Aumentar la educación y concienciación del paciente en relación con se experiencia postoperatoria es la única manera de mejorar el manejo del dolor".
>
> (National Health and Medical Research Council. Camberra. 1999)

La ansiedad, es una vivencia emocional temporal que consiste en sentimientos de tensión, aprehensión, ansiedad, miedo y un aumento de la actividad del sistema nervioso autonómo. Esta condición varía en fluctuaciones y grado de intensidad a través del tiempo. El acto anestésico-quirúrgico genera ansiedad en el paciente, por lo que la atención debe enfocarse a disminuir la ansiedad mediante una adecuada atención hospitalaria que incluya una consulta preanestésica oportuna y la debida preparación psicológica o farmacológica del enfermo. La ansiedad preoperatoria está asociada a mayor frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estancia hospitalaria y mayores niveles de dolor postoperatorio[3].

Tras la experiencia de un año de funcionamiento se observó la eficacia de la entrevista con respecto al aumento de información, disminución de la ansiedad y aumento en el grado de satisfacción de nuestros pacientes. Estos resultados han hecho que se planteara un estudio con grupo control en el que se analice si efectivamente la educación sanitaria que se estaba realizando influía de forma positiva en mejorar el nivel de ansiedad y de tanto la disminución como del manejo del dolor.

Por ello este programa nace de:

— Necesidad sentida de los profesionales
— Necesidad de información/formación para poder tratar adecuadamente el Dolor agudo postoperatorio
— Necesidad de acercar o familiarizar un medio desconocido y hostil, como el Hospital, al paciente y familia.

En la literatura científica existen estudios que confirman que los pacientes que han recibido información adicional sobre el proceso quirúrgico, mediante una visita prequirúrgica estructurada, presentan niveles de ansiedad estacional inferiores estadísticamente significativos respecto a los que han recibido la información habitual[4-6]. Otro investigadores sin embargo afirman que la disminución de ansiedad obtenida después de recibir información adicional no es estadísticamente significativa[7-9].

La recuperación del paciente, una vez operado, depende principalmente de tres factores: el estado de su organismo antes de la intervención, la complejidad de la misma y el estado psicológico del paciente antes de la operación, demostrando diversos estudios que el estado psicológico prequirúrgico, y en especial la ansiedad, afectan en la recuperación posquirúrgica[10].

Algunas revisiones han mostrado que la educación preoperatoria tiene una amplia variedad de resultados beneficiosos en el paciente quirúrgico. Estos van desde la reducción de la duración de la estancia hospitalaria hasta la reducción de la ansiedad, el dolor y una mayor satisfacción del paciente. El suministro de información y el apoyo psicológico a pacientes quirúrgicos parece facilitar su recuperación posquirúrgica. De hecho, algunas investigaciones han comprobado que el estrés psicológico afecta al sistema inmunitario de tal manera que incluso podría enlentecer la cicatrización de las heridas[11].

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es comparar el nivel de ansiedad en el momento de la entrada en quirófano de los pacientes intervenidos quirúrgicamente que han asistido a una sesión de educación para la salud como es la entrevista prequirúrgica (grupo intervención) con otro grupo al que no se le ha realizado dicha educación (grupo control).

Como objetivo secundario se pretende comparar el dolor postquirúrgico, mediante una Escala de Visual Analógica (EVA 0-10) a las 24 horas, que presentan los dos grupos de pacientes.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Nuestra hipótesis de trabajo es que la entrevista prequirúrgica modifica el resultado en el nivel de ansiedad del paciente de forma positiva, además de disminuir la intensidad del dolor postoperatorio a las 24 horas.

METODOLOGÍA

La Entrevista Prequirúrgica es llevada a cabo la tarde antes a la intervención quirúrgica, con el paciente ingresado en planta y teniendo ya su estudio analítico realizado. Se realiza de lunes a jueves, al estar cerrada la unidad los viernes tarde.

Se podría resumir en los siguientes puntos:

— Presentación de la enfermera que llevará cabo la entrevista.
— Filmación en formato DVD, de 12 minutos de duración, del vídeo titulado "Entrevista prequirúrgica", conteniendo información adaptada al nivel sociocultural medio de los usuarios de nuestra área, sobre el ingreso, circuito quirúrgico y postquirúrgico, métodos de control del dolor, sistemas de bombas, etc.

Este vídeo está disponible en las siguientes webs:

— https://www.enfermeriaendesarrollo.es/trabajo/360-entrevista-prequirúrgica-contra-la-ansiedad
— http://www.agssursevilla.org/agsss/index.php/entrevista-pre-quirurgica
— https://www.picuida.es/entrevista+prequirurgica
— https://youtu.be/NH3cWodPKR4

A continuación y dentro de la sesión de grupo se realiza

— Explicación detallada del proceso, del circuito y de los distintos profesionales implicados.
— Recomendaciones sobre dieta absoluta, retirada de prótesis y otros objetos.
— Recomendaciones a familiares sobre recintos de espera y sistema y circuito de información.
— Familiarización con entorno quirúrgico.
— Información sobre los sistemas de control del dolor operatorio y postoperatorio, incluyendo la medicación de rescate prevista.
— Presentación de las Bombas y dispositivos PCA* y realización práctica para su correcto manejo.
— Ruegos y preguntas sobre todo lo anterior.

Como elemento de apoyo en esta fase se emplean, además de la filmación:

— Bomba tipo PCA para la familiarización y manejo de la misma por parte del paciente.
— Tríptico informativo para reforzar la información ofertada en la propia entrevista.

*Dispositivos PCA (Analgesia Controlada por el Paciente): sistemas de infusión de anlagesia en la que además de una infución contínua, el paciente puede administrase bolos extras de medicación según el grado de dolor.

Estudio cuasiexperimental dirigido a los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente de forma programada en el Hospital Universitario de Valme. El estudio se basó en la comparación del grado de ansiedad de dos grupos: un grupo experimental al que se realizó la entrevista prequirúrgica, y un grupo control.

El grupo intervención lo constituyeron aquellos pacientes que asistieron el día previo a la entrevista prequirúrgica. El grupo control los pacientes que por diferentes motivos no asistieron a dicha entrevista (ver apartado "Grupo Control").

Todos los pacientes recibieron información sobre el objetivo del estudio y previo a su inclusión firmarón el consentimiento informado específico para su participación. El presente estudio ha sido aprobado previamente por el comité ético del Área Sanitaria Sur de Sevilla.

Se definen criterios de inclusión y exclusión que serán:

Criterios de inclusión

1. Pacientes de edades comprendidas entre 18 y 75 años.
2. Ser el primer paciente del parte quirúrgico de la mañana: el nivel de ansiedad del primer paciente de la mañana es menor que el nivel de ansiedad del resto de la programación quirúrgica: mientras más tiempo pasa esperando la entrada a quirófano, más va aumentando el nivel de ansiedad.
3. Se incluyen las siguientes especialidades:
   — Cirugía Ortopédica y Traumatológica.
   — Cirugía Urológica.
   — Cirugía General.
   — Cirugía Vascular.
   El resto de especialidades no se incluyen pues tienen protocolos de ingresos diferentes: suelen ingresar la misma mañana de la intervención, con lo cual no estarían en el hospital en el momento de la EP.

Criterios de exclusión

1. Cirugía en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). No estarán a las 24 h. para la valoración del dolor.
2. Negativa a participar.
3. Dificultad en la compresión: hipoacusia, bajo nivel sociocultural, etc.
4. Capacidad cognitiva mermada: según criterio de la enfermera. Al ser las mismas enfermeras todos los días en que se realizó el estudio, los criterios de selección a este respecto son similares entre pacientes.

Grupo intervención

La entrevista prequirúrgica se realiza de lunes a jueves, de 19,30 a 20,30h. Fueron beneficiarios de ésta los pacientes quirúrgicos que estaban ingresados en las plantas de hospitalización correspondientes a esa hora (por diferencias de horarios en la cena entre las diferentes plantas, no se puede retrasar dicho horario). Los pacientes que si reunían los criterios de inclusión y aceptaban participar en el estudio constituyeron el grupo de estudio.

Grupo control

Formarón parte del grupo control los pacientes que no han acudido a la entrevista prequirúrgica por diversas razones. Recibieron la información habitual que existe en el centro.

Las razones por la no acuden a nuestra entrevista son varias:

1. Pacientes que ingresan la misma mañana de la intervención: al realizarse nuestra entrevista prequirúrgica la tarde de antes a la intervención, no pueden acudir.
2. Que no han ingresado en su correspondiente planta de hospitalización por no tener disponible su habitación. Ingresan más tarde y no pueden acudir a nuestra entrevista prequirúrgica por el horario.
3. No poder acudir a la sala donde se realiza la entrevista al estar encamados o que tienen alguna preparación especial en la planta (preparaciones de cólon).
4. Se niegan a asistir a dicha entrevista por motivos personales.
5. Pacientes incluidos en el parte quirúrgico del lunes o día posterior a un festivo, al no realizarse formación los días festivos.

Intervención y recogida de datos

El paciente llegó a admisión del hospital, desde donde fue ingresado en la planta de hospitalización correspondiente. Tras su ingreso la enfermera, junto con la técnico en cuidados de enfermería, encargada de realizar la EP reúne a los pacientes junto con su familiar, y los acompaña a la sala asignada para la realización de nuestro programa de educación para la salud, la cual consiste en:

- Presentación del profesional de enfermería.
- Realización por parte del paciente de una encuesta de conocimientos y nivel de ansiedad que presenta el paciente.
- Proyección de un vídeo explicativo de todos los pasos que seguirá el paciente desde su ingreso al alta hospitalaria, con especial atención en la parte referente al quirófano, URPA y las PCA.
- Explicación detallada de dicho vídeo.
- Ruegos y preguntas.

Al día siguiente y en la zona de "la exclusa" de quirófanos, se realiza la encuesta sobre la ansiedad por las enfermeras coinvestigadoras en el momento en el que el paciente se encuentra en espera de comenzar la intervención quirúrgica. Las dos enfermeras asignadas al estudio (planta quirúrgica de la primera y de la segunda), informaron al paciente del objetivo del estudio, valoraron su inclusión, y obtuvieron el consentimiento informado correspondiente. En ese momento se valoró la ansiedad según la Escala de Hamilton (Anexo 1).

Las enfermeras que realizarón la valoración de la ansiedad, son coinvestigadoras del estudio, siempre fueron las mismas. Previo al inicio del estudio ambos profesionales habían realizado una formación conjunta para tener unificado los criterios de información y valoración de la ansiedad.

Estas profesionales desconocían si el paciente asistió o no a dicha entrevista. Por tanto se realizó los martes, miércoles y jueves: los lunes no, para mantener a ciego para estas profesionales la elaboración de la escala, ya que es conocido que esos pacientes el domingo no asistieron a la E.P. (porque no se realiza en festivo). Los viernes tampoco al no trabajar las enfermeras que valorarán posteriormente el dolor (a las 24h) el sábado, para que siempre fueran las mismas.

A las 24h postquirúrgicas dos enfermeras de la Unidad de Recuperación Post-Anestésica, y coinvestigadoras, fueron las responsables de valorar el dolor que presentaba el paciente Éste se evaluará mediante el uso de la EVA con un rango de 0 a 10 puntos, donde 0 es no presencia de dolor y 10 el máximo dolor que pueda imaginar. Medidas tanto en reposo como en movimiento.

Las enfermeras tienen amplia experiencia, formación y capacitación en el dolor postoperatorio y desconocen si el el paciente asistió o no a la entrevista (entrevistadoras a ciego). Por tanto, realizarón esta valoración los miércoles, jueves y viernes, a los mismos pacientes que el día anterior fueron valorados para la ansiedad.

Variables de estudio

La variable principal fue el grado de ansiedad que presenta el paciente instantes antes de intervenirse.

La segunda variable fue el grado de dolor (tanto en reposo como con el movimiento) que presenta el paciente a las 24h posquirúrgicas.

Otras variables que se registraron fueron:

1. Edad
2. Pauta analgésica prescrita
3. Si está conectada una PCA: dispositivo de analgesia en el que, además de una infusión base contínua, el paciente tiene la posibilidad de administrarse dosis extras en bolo a demanda con un pulsador (previa programación por la enfermería del dispositivo para evitar sobredosificación)
4. Necesidad de rescates analgésico con morfina.
5. Datos de la PCA como número de bolos solicitados y bolos administrados: cada vez que el paciente se administra un bolo, la PCA tiene programado un tiempo de cierre (tiempo en el cuál no se administrarán más bolos aunque se pulse el botón para ello) por seguridad. Por tanto en las PCA existen bolos solicitados pulsando el botón y bolos que realmente se ha administrado.
6. Efectos secundarios que se recogen en la hoja de seguimiento del tratamiento

CÁLCULO MUESTRAL Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Cálculo muestral

En una población de pacientes en preintervención, se desea contrastar una diferencia esperada en promedio de un punto entre las valoraciones de dolor con la escala EVA de dos grupos de pacientes, uno que acude a un programa de educación para la salud y otro que no lo hace. Análogamente, se espera verificar una diferencia entre las valoraciones de ansiedad realizadas con la escala Hamilton a los dos grupos. En ambos casos se considera un error del 5% y una potencia del 80%, resultando necesario estudiar a un mínimo de 64 pacientes por grupo, 128 en total, tamaño que permitirá analizar ambos sucesos. Los cálculos se realizan con el programa nQuery Advisor 7.0.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se resumen con medias y desviaciones típicas o medianas y cuartiles en caso de distribuciones asimétricas, y las variables cualitativas con porcentajes.

Para analizar la asociación entre variables cualitativas se aplica la prueba Chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher. Las comparaciones de variables cuantitativas entre los dos grupos en estudio se realizan aplicando la prueba t de Student o la prueba U de Mann-Whitney y las diferencias significativas se cuantifican con intervalos de confianza al 95%. El análisis de los datos se realiza con el software estadístico IBM SPSS 25.0.

RESULTADOS

Estudio realizado desde abril de 2017 hasta julio de 2019.

Han participado un total de 350 pacientes: 58 pacientes excluidos, 148 pacientes en el grupo control y 144 pacientes en el grupo intervención.

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre **Fecha**

Unidad/Centro **Nº Historia**

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

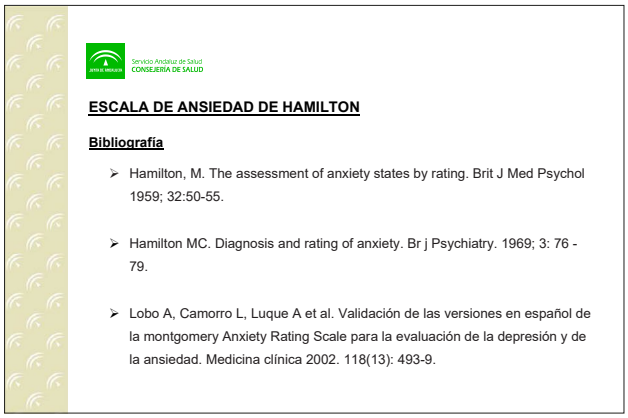
Instrucciones para el profesional
Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
3. *Temores*. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
4. *Insomnio*. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
6. *Estado de ánimo deprimido*. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
11. *Síntomas gastrointestinales*. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
12. ***Síntomas genitourinarios*.** Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
13. ***Síntomas autónomos*.** Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Bibliografía

- Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol 1959; 32:50-55.
- Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. Br j Psychiatry. 1969; 3: 76 - 79.
- Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica 2002. 118(13): 493-9.

Por especialidades quirúrgicas ha sido Cirugía Ortopédica y Traumatológica junto con Cirugía General las que más pacientes han aportado al estudio, siendo similares en ambos grupos.

La distribución por edades ha sido similar en ambos grupos, con una mediana de 60 años en el grupo control y de 57 en el grupo intervención.

En ambos grupos se observa la misma incidencia o distribución en cuanto a las PCA utilizadas: 41,5% de pacientes en el grupo control y un 44.1% en el grupo intervención.

Intervenciones quirúrgicas más frecuentes

- Artroplastias de Rodilla: 19 pacientes en el Grupo Control y 12 pacientes en el Grupo Intervención.
- Intervenciones quirúrgicas MMSS: 18 pacientes en el Grupo Control y 15 pacientes en el Grupo Intervención.
- Cirugía de Tiroides y Paratiroides: 17 pacientes en el Grupo Control y 12 pacientes en el Grupo Intervención.

Motivos de la exclusión

- 31 por alta antes de 24 h, CMA. No se puede valorar el dolor a las 24h.
- 10 por disminución del nivel de consciencia en el momento de valorar la ansiedad: premedicación de planta, estado general previo…
- 9 por disminución del nivel consciencia a las 24h (momento de valorar el dolor): 6 de ellos en UCI.
- 3 por problemas con la PCA a las 24h, no pudiendo valorar el dolor.
- 2 por negativa a participar.
- 2 por problemas en la comunicación. Sordomudez.
- 1 se suspende la intervención quirúrgica.

Ansiedad preoperatoria

El grupo control, no asiste a la entrevista, presentó un nivel de ansiedad, medido con la escala de Hamilton, de 18.00 puntos de mediana, con un valor máximo de 51 y mínimo de 2.

El grupo intervención, que sí asiste a la entrevista, presentó un nivel de ansiedad de 10.00 puntos, con un máximo de 39 y un mínimo de 0.

Se obtuvo una reducción de ansiedad entre un grupo y otro de 8.00 puntos (14,3 %). Estas diferencias se concluyen estadísticamente significativas (p<0.0001).

GRUPO CONTROL	GRUPO INTERVENCIÓN
ANSIEDAD: 18.00 puntos Rango: 51-2	ANSIEDAD: 10.00 puntos Rango: 39-0

Se obtuvo una reducción de 8 puntos en la escala de HAMILTON (14.3%).

Dolor postoperatorio

El grupo control, no asiste a la entrevista, presentó un nivel de dolor, medido con la escala visual analógica (EVA), de 4.00 puntos en reposo y de 6.00 puntos en movimiento. Además los pacientes han precisado un 21.00% de rescates con cloruro mórfico por dolor.

El grupo intervención, que sí asiste a la entrevista, presentó un nivel de dolor de 2.00 puntos en reposo y de 3.00 puntos en movimiento. Han precisado un 11.00% de rescates con cloruro mórfico 5 mg. por vía subcutánea.

Se obtuvo una reducción de dolor entre un grupo y otro de 2.00 puntos en reposo y de 3.00 puntos en movimiento (una reducción del 20% en reposo y un 30% en movimiento). Estas diferencias se concluyen estadísticamente significativas (p<0.0001).

Además se observó una disminución del uso de cloruro mórfico en los pacientes (medicación de rescate para el dolor) de un 10% y disminución de los bolos* de PCA solicitados o demandados. Estos dos datos confirmaron que en el grupo control los pacientes padecieron más dolor que en el grupo intervención.

*Bolos: los dispositivos de PCA tienen la gran ventaja de que el pacientes se puede dar dosis extras de analgésicos a demanda, siempre con un tiempo de bloqueo programado previamente para evitar sobredosificación. Por tanto existen bolos demandados o solicitados por el paciente y bolos administrados o reales que son los que administra la PCA realmente.

GRUPO CONTROL	GRUPO INTERVENCIÓN
DOLOR reposo: 4.00 puntos	DOLOR reposo: 2.00 puntos
DOLOR movimiento: 6.00 puntos	DOLOR movimiento: 3.00 puntos
Rescates Cl.mórfico: 21.00%	Rescates Cl.mórfico: 11.00%

Se observó una reducción del dolor de 2.00 puntos en reposo y de 3.00 en movimiento (reducción de un 20%-30% de la intensidad.

GRUPO CONTROL	GRUPO INTERVENCIÓN
PCA: 41.5% del total	PCA: 44.1% del total
BOLOS ADMINISTRADOS: 5.00	BOLOS ADMINISTRADOS: 4.50
BOLOS DEMANDADOS: 16.50 Máximo-mínimo: 158-0 bolos	BOLOS DEMANDADOS: 8.00 Máximo-mínimo: 87-0 bolos
SATISFACCIÓN con la PCA: 100%	SATISFACCIÓN con la PCA: 96.82%

Se produjo una reducción de 8,50 bolos de media en demanda de bolos.

	GRUPO CONTROL	GRUPO INTERVENCIÓN	DIFERENCIAL
ANSIEDAD Test Hamilton (0-56)	18 puntos	10 puntos	8 puntos (p<0.0001)
DOLOR REPOSO (EVA 0-10)	4 puntos	2 puntos	2 puntos (p<0.0001)
DOLOR MOVIMIENTO (EVA 0-10)	6 puntos	3 puntos	3 puntos (p<0.0001)
Rescates con Cl. Mórfico	21% de pacientes	11% de pacientes	10% de pacientes
PCA. Bolos demandados	16.5 bolos por paciente	8 bolos por pacientes	8.5 bolos

Nuestra Entrevista Prequirúrgica redujo el nivel de Ansiedad de nuestros pacientes a la vez que el nivel de dolor postoperatorio a las 24 horas (con diferencias estadísticamente significativas).

DISCUSIÓN

Estos resultados están en la misma línea que otros estudios que evalúan la importancia de la información previa a una intervención quirúrgica y la eficacia de una entrevista prequirúrgica estructurada de enfermería para disminuir tanto la ansiedad en el preoperatorio inmediato como la percepción del dolor postoperatorio durante las primeras horas[4-5]. Sin embargo dichos estudios tienen un nº muy inferior al nuestro en cuanto a la muestra de pacientes en ambos grupos.

Este estudio arroja datos que ya intuíamos y que servían de hipótesis favorable para iniciar el trabajo.

Sería interesante ampliar nuestra E.P. a los días previos a la intervención (y no al día de antes) para beneficio del paciente y comparar los resultados con los obtenidos en este estudio. También sería interesante ampliar el nº de especialidades quirúrgicas a las que se le ha realizado este estudio: al no disponer de cirugía torácica-cardiaca, neurológica o maxilo-facial en nuestro hospital, hemos limitado el estudio en este aspecto.

CONCLUSIONES

Podemos concluir por los resultados obtenidos que efectivamente una educación preoperatoria tiene resultados beneficiosos en el paciente quirúrgico:se dmuestra en este estudio una reducción de la ansiedad y del dolor postoperatorio, lo que se traduce en un mayor confort y una mayor satisfacción del paciente. El mal control de dicho dolor podría afectar negativamente a la calidad de vida, a la recuperación funcional, aumenta el riesgo de complicaciones postquirúrgicas y se asocia a un aumento de la morbilidad y de los costes, aumentando el riesgo de desarrollar dolor crónico persisitente.

Lo importante no es cómo realizar un programa de educación en salud en nuestros pacientes antes de intervenirse quirúrgicamente: se podría implementar por enfermeras de URPA, o bien por la enfermera de la planta, consultas externa, etc. Desde nuestra visión nos parece que al ser la enfermera los profesionales más cercanos al paciente, sí debe entrar dentro de nuestras competencias la realización de esta educación sanitaria que brinda a nuestros pacientes un ambiente más tranquilos, se muestran más seguros, con menor dolor y más satisfechos con nuestra atención.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal de la Unidad de Anestesia y Reanimación, ya que de una forma u otra han colaborado en poder realizar este estudio.

A los autores del presente estudio: ha sido un verdadero placer compartir estos dos años con vosotros.

A todos los pacientes que han sido los verdaderos protagonistas de este estudio y que gracias a ellos, hemos podido realizarlo y servirá para que se beneficien otros pacientes de los resultados obtenidos.

Por último a D.Fernando Caba Barriento, jefe de sección de anestesia del H.Valme, fallecido por COVID-19 y que fue el responsable de la creación, puesta en marcha y consolidación de nuestra UDAP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tulloch I, Rubin JS. Assessment and management of preoperative anxiety J Voice 2019 Sep;33(5):691-696. doi: 10.1016/j.jvoice.2018.02.008. Epub 2018 May 9.
2. Listado Diagnósticos Enfermeros NANDA (2021-2023). https://www.diagnosticosnanda.com
3. Pérez DR, Martín CMC, Quiñonez CM, Influencia de la ansiedad quirúrgica en la evolución de la cirugía de várices. Rev Cubana Angiol y Cir Vasc, 2000; 1 (2): 95-100.
4. Chirveches E, Arnau A, Soley M, Clotet G, Roura P, et al. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. Enferm Clin. 2006;16(1):3-10.
5. Aparcero Bernet L, Núñez García A, Ramos Fernández M, Zahino Ruiz G, Olcina Santonja R. La visita entrevista prequirúrgica: Intervención de enfermera e instrumento de calidad. Enfuro. 2003(88):9-13.
6. Orihuela Pérez I, Aranda Salcedo T, Escobar Julián F, González Ramírez A, Jiménez Ruiz R, Martínez García A, et al. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. Enferm Clin. 2010;20(6):349-354.
7. Díez-Álvarez E, Arrospide A, Mar J, Alvarez U, Belaustegi A, Lizaur B, et al. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Enferm Clin. 2012;22(1):18-26. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.09.005
8. Marín Romero I, Martínez Gómez P, Ponsich Pubill J, Pubill Grasa M. Ansiedad en paciente intervenidos de rodilla (Prótesis Total Rodilla). Enfermería Global. 2004;4:1-11.
9. Navas Monzón M. Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato y factores de riesgo. Cuidando la salud. 2008(8):36-51.
10. Moix J, Casas M, López E, Quintana C, Ribera C, Gil A. Facilitación de la recuperación posquirúrgica a través del suministro de información y del apoyo psicológico. Calidad Asistencial. 1993;1:13–7.
11. Pereira L, Figueiredo-Braga M, Carvalho IP, Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. Patient education and counseling. 2016;99(5): 733-738.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

López Moraleda P, Parejo Romero MJ, González Cordero M, León Rivas M, Bruque Jiménez MC, García Figueroa MJ. Eficacia de la entrevista prequirúrgica en la disminución del dolor postoperatorio y de la ansiedad previa al quirófano. Hygia de Enfermería. 2022; 39(2): 66-74

Hygia de Enfermería (2022), vol. 39(2), pp. 75-80 **ORIGINAL**
ISSN: 1576/3056

Atención de Enfermería en el seguimiento de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral en Atención Primaria

Nursing care of patients on oral anticoagulant treatment in Primary Care

José María *Ponce González*[A], Álvaro *Alonso Flores*[B] y Ana *Ponce Troncoso*[C]

[A] Enfermero. C. de S. Santa Ana (Dos Hermanas, Sevilla).
[B] Enfermero. C. de S. Don Paulino García Donas (Alcalá de Guadaíra, Sevilla).
[C] Enfermera. Hospital Virgen del Rocío (Sevilla).

RESUMEN

Introducción: La terapia anticoagulante oral (TAO) se utiliza ampliamente en la prevención y tratamiento de eventos tromboembólicos. La Atención Primaria constituye el eje central del seguimiento de estos pacientes anticoagulados, destacando como fundamental en este control y seguimiento, la intervención de las enfermeras.

Objetivo: Conocer el grado de control de los pacientes con TAO y describir los ajustes de dosis del medicamento anticoagulante.

Método: Estudio descriptivo transversal en 170 pacientes. Variables estudiadas: edad, género, tipo de tratamiento, grado de control INR y modificación de dosis. Para el análisis de los datos se determinaron medias para las variables numéricas y tablas de frecuencia y porcentajes para las no numéricas.

Resultados: El 76.5% se encuentra en rango terapéutico. El resto requirió una adaptación farmacológica, que se llevó a cabo en el 87.35% de los casos por enfermeras frente al 12.65% por médicos.

PALABRAS CLAVE

atención primaria, enfermería, tratamiento anticoagulante

ABSTRACT

Introduction: Oral anticoagulant therapy is widely used in the prevention and treatment of thromboembolic events. Primary Care constitutes the central axis of anticoagulated patients monitoring, highlighting in this control and follow-up, the nursing interventions.

Objective: Understand the degree of control of patients with oral anticoagulant treatment and describe the adjustments of the anticoagulant medication dose.

Method: A transversal descriptive study of 170 patients. Variables studied: age, gender, type of treatment, degree of INR control and dose modification. The statistical tools used to analyse the data were: means for numerical variables and frequency and percentages for the non-numerical variables.

Results: 76.5% are within the therapeutic range. The rest of them required a pharmacological adaptation, which was carried out in the 87.35% of the cases by nurses compared to the 12.65% carried out by doctors.

KEYWORDS

primary care, nursing, anticoagulant treatment

INTRODUCCIÓN

El progresivo aumento de la esperanza de vida va ligado al consiguiente envejecimiento de la población, que en numerosas ocasiones conlleva mayor morbilidad. Entre las patologías más frecuentes en la población general y entre mayores de 65 años, se encuentra la fibrilación auricular (FA), cuya prevalencia aumenta con la edad y las comorbilidades (HTA, etc.)[1].

Algunas patologías cardiovasculares, como la FA, aumentan el riesgo de sufrir un evento tromboembólico. Estos pacientes tienen el doble de riesgo de muerte y 5 veces más riesgo de presentar un ictus en comparación con sujetos sin FA. El ictus asociado a FA tiene mayor mortalidad y mayores secuelas[2].

La terapia anticoagulante oral (TAO) es utilizada ampliamente en la prevención primaria y secundaria, así como en el tratamiento de los mencionados eventos tromboembólicos. La eficacia de esta terapia, está sobradamente demostrada para reducir el riesgo de accidentes cerebrovasculares y la morbimortalidad en estos pacientes. La FA es la indicación más frecuente de este tratamiento.

Desde hace décadas, y hasta hace pocos años, los únicos fármacos orales disponibles para llevar a cabo la anticoagulación de estos pacientes eran los antagonistas de la vitamina K (AVK), como el Acenocumarol, pudiendo ser capaces de reducir aproximadamente un 64% el riesgo de ictus[2].

FECHA DE RECEPCIÓN: 25/10/2021 FECHA DE ACEPTACIÓN: 1/6/2022

Correspondencia: José María Ponce González
Correo electrónico: jponceg28@gmail.com

Sin embargo, los AVK tienen importantes limitaciones, entre las que se encuentran la estrecha ventana terapéutica, las interacciones con otros fármacos y alimentos y su metabolismo variable, que obligan a la realización de controles periódicos de la anticoagulación y frecuentes ajustes de dosis[3].

La eficacia y la seguridad de estos fármacos se basa en el hecho de mantener al paciente dentro del rango terapéutico adecuado a su patología. Para ello es necesaria la medición de la razón normalizada internacional (International Normalized Ratio [INR]).

El objetivo de la terapia anticoagulante es alargar el tiempo de coagulación, hasta un intervalo eficaz y seguro (rango terapéutico), en el que se evite la aparición de trombos sin provocar riesgo de hemorragia[4].

En personas no anticoaguladas el INR, es cercano o igual a 1. El INR ideal para cada paciente anticoagulado puede variar dependiendo de la patología. En general, el rango se fija entre 2 y 3, o ligeramente superiores (2.5 - 3.5). Este es el motivo por lo que es necesario determinar periódicamente el INR y ajustar la dosis de TAO para conseguir que esté dentro de los rangos terapéuticos.

Actualmente existe un modelo de gestión clínica basado en la coordinación entre distintos niveles asistenciales, en el que la Atención Primaria constituya el eje central del seguimiento de estos pacientes. Esta situación ha podido plantearse gracias al desarrollo de coagulómetros portátiles para determinar el INR en sangre capilar y la formación de profesionales sanitarios en la monitorización del TAO. Gracias a este modelo se ha conseguido mayor accesibilidad de los pacientes y una atención más integral, en base a otras patologías, tratamientos y circunstancias del paciente.

En este modelo, el profesional de enfermería puede incorporar en el plan de cuidados individualizado del paciente anticoagulado una respuesta finalista, colaborando junto al médico, en la adaptación de la dosis farmacológica en función de protocolos y del tipo de tratamiento anticoagulante.

En Andalucía, se posibilita el Seguimiento Protocolizado de Tratamientos Farmacológicos Individualizados (SPTFI) para enfermeras/os acreditadas al efecto por la Consejería de Salud, en el ejercicio de su actuación profesional, pudiendo cooperar en el seguimiento protocolizado de determinados tratamientos individualizados, que se establezcan en una previa indicación y prescripción médica[4].

Se puede considerar como una práctica avanzada de enfermería y Andalucía dispone de un sistema de acreditación de competencias específicas de intervenciones avanzadas, que requiere una formación específica (teórica, práctica y en simulación) impartida por la Consejería de Salud y una certificación de competencias a través de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)[5].

La intervención de enfermería es fundamental en el control y seguimiento de los pacientes en tratamiento con AVK, con el objetivo de que el paciente conozca su proceso, se mantenga en el rango terapéutico recomendado y se eviten las complicaciones. Las enfermeras tienen un papel clave en el seguimiento, formación y educación de estos pacientes. Asimismo, es fundamental la detección de pacientes anticoagulados con un control inadecuado, que presentan INR inestable, con necesidades frecuentes de ajuste de dosis a pesar del adecuado cumplimiento terapéutico. Otra mejora sustancial es la mayor accesibilidad de los pacientes inmovilizados, ya que se posibilita que el paciente sea monitorizado sin tener que desplazarse de su domicilio.

La proporción de pacientes con FA que reciben anticoagulación en atención primaria es elevada, sin embargo, el control del INR, a veces resulta inadecuado. Hay estudios nacionales[6] que señalan que solo el 66% de los pacientes están en rango terapéutico en su último control de INR, y este dato desciende al 33% al considerar los 3 últimos controles de INR.

El tiempo en rango terapéutico (TRT), es una herramienta valiosa en la monitorización de los fármacos AVK y aporta información del tiempo durante el que el INR se mantiene en el rango adecuado. El TRT se expresa en porcentaje de valores de INR que se encuentran dentro del rango. Se considera TRT, calculado por método directo, superior al 60% como pacientes anticoagulados con un control adecuado.

El problema importante en el tratamiento con los anticoagulantes AVK, es que el TRT no supera el 60-65%, y en la práctica clínica habitual es muy inferior[1], pudiéndose afirmar que actualmente, entre el 45% y el 55% de los pacientes tienen un mal control habitual del INR en España[7]. Los factores asociados al mal control, en general son la insuficiencia renal o la toma habitual de ciertos fármacos (antiinflamatorios no esteroideos o antiagregantes)[8].

Hoy en día se dispone de una serie de anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) que son seguros y eficaces en determinadas circunstancias, con la ventaja de que no precisan ajustes frecuentes de la dosificación. Estos fármacos son una excelente alternativa para determinados pacientes, como los que presentan alguna contraindicación a los AVK o aquellos pacientes en los que no es posible alcanzar un adecuado control del INR. Su principal inconveniente es que tienen un coste elevado.

OBJETIVOS

- Describir las características de los pacientes en tratamiento anticoagulante AVK de un centro de salud, el tratamiento utilizado y el rango terapéutico.
- Determinar los factores de riesgo para la enfermedad tromboembólica de estos pacientes.
- Analizar el grado de control y describir los ajustes de dosis del medicamento anticoagulante.
- Determinar prevalencia de pacientes anticoagulados con INR fuera de rango terapéutico y describir la actuación para corregirlo y perfil profesional que lo realiza.

MÉTODO

Sujetos

Estudio descriptivo transversal en 170 pacientes en tratamiento anticoagulante oral, que acuden al Centro de Salud Don Paulino García Donas, en un determinado periodo, para control del INR y seguimiento del TAO.

Procedimiento

Variables estudiadas: edad, género, tipo de tratamiento (fármaco y presentación), diagnóstico principal de la indicación, rango terapéutico, grado de control INR y modificación de dosis mediante análisis retrospectivo del control del TAO.

Para el análisis de los datos, se determinaron medias y desviaciones típicas para las variables numéricas y porcentajes para las no numéricas

Instrumento

Hoja de recogida de datos de elaboración propia donde se detallan las diferentes variables

RESULTADOS

La edad media de los pacientes estudiados es de 71 años. Solamente el 19.4% de los pacientes anticoagulados tienen menos de 65 años. El 57% son Hombres y el 43% Mujeres.

El Diagnóstico Principal de la Indicación TAO en estos pacientes es: 75.2% Fibrilación Auricular Crónica o Paroxística, 8.4% prótesis valvular mecánica, 6.6 % Trombosis Venosa Profunda, 5.4% Embolia Pulmonar, 1.8% Cardiopatía Isquémica, 1.8% Trombosis Cerebral y 0.8% valvulopatía.

El 10% de estos pacientes tiene prescrito como TAO la Warfarina (Aldocumar®) en cualquiera de sus tres presentaciones 10, 5 y 3 mg. El 90% restante está con Acenocumarol (Sintrom®), la mayoría (83.5%) con la presentación 1 ó 4 mg.

Del total que está con Adocumar®, el 11.7% tiene una dosis terapéutica semanal (DTS) de 10 a 15 mg, el 17.6% de 16 a 20 mg, el 29.4% de 21 a 25 mg, el 17.6% de 31 a 35 mg y el 23.4% tiene dosis superiores a 36 mg/semana.

De los que están con Sintrom®, el 38.5% tiene una DTS de 5 a 10 mg, el 32.6% de 11 a 15 mg, el 15.6% de 16 a 20 mg, el 8.5% de 21 a 25 mg y 4.5% está con dosis superiores a 26 mg/semana

Respecto al rango terapéutico INR, el 10% se sitúa entre 2.5 y 3.5, en pacientes portadores de prótesis valvulares mecánicas o con tromboembolismo pulmonar, mientras que el 90% entre 2 y 3, para el resto de patologías.

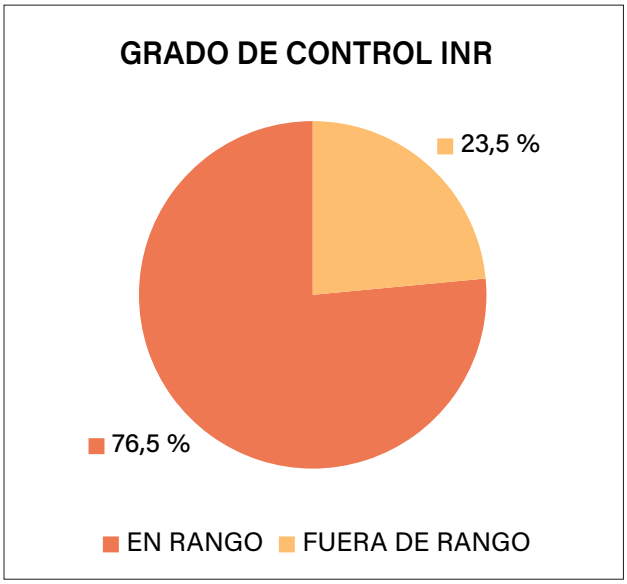
El grado de control INR, en el 76.5% se encuentra en rango terapéutico.

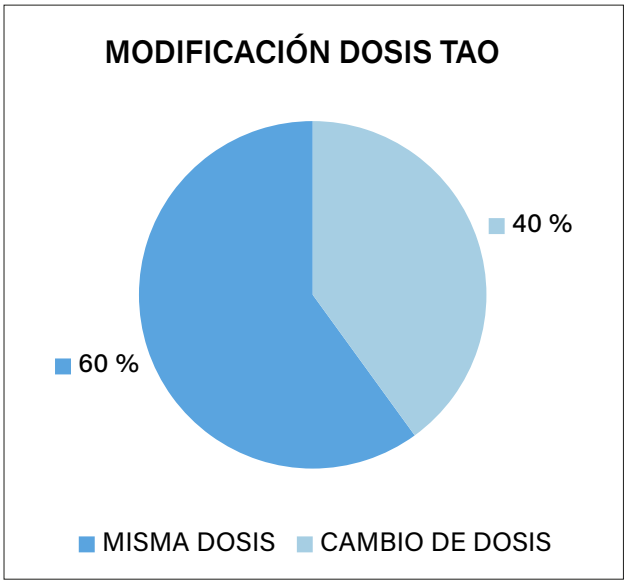
En relación al grado de control INR en los 3 controles previos, el 70% se encuentra en rango terapéutico, el 25.9 % solo tenía fuera de rango el último control, el 30% los 2 últimos controles, el 10% los 3 últimos controles de INR.

Respecto a la necesidad de modificar dosis de anticoagulante, en el 60% se mantuvo la misma dosis y el 40% de los casos requirió modificación de dosis de anticoagulante (en el 18.8 % se aumentó la dosis semanal del fármaco y en el 21.7% se disminuyó).

(Ver gráfico 1).

Gráfico 1. Grado control INR, modificación de dosis TAO e implicación de Enfermería.





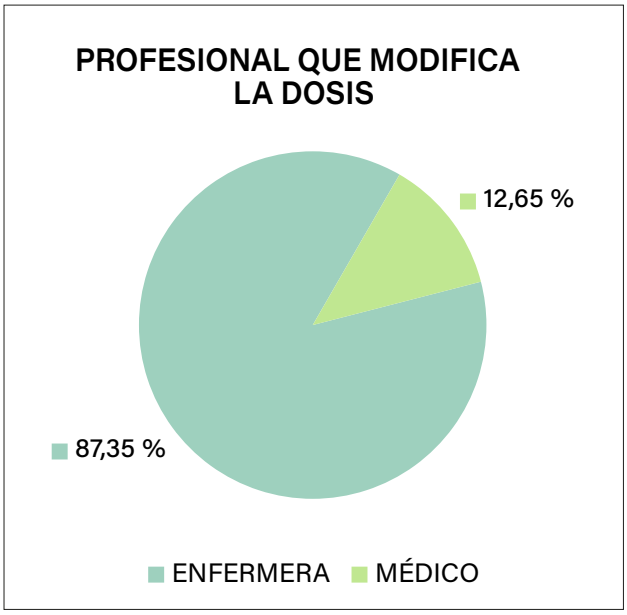
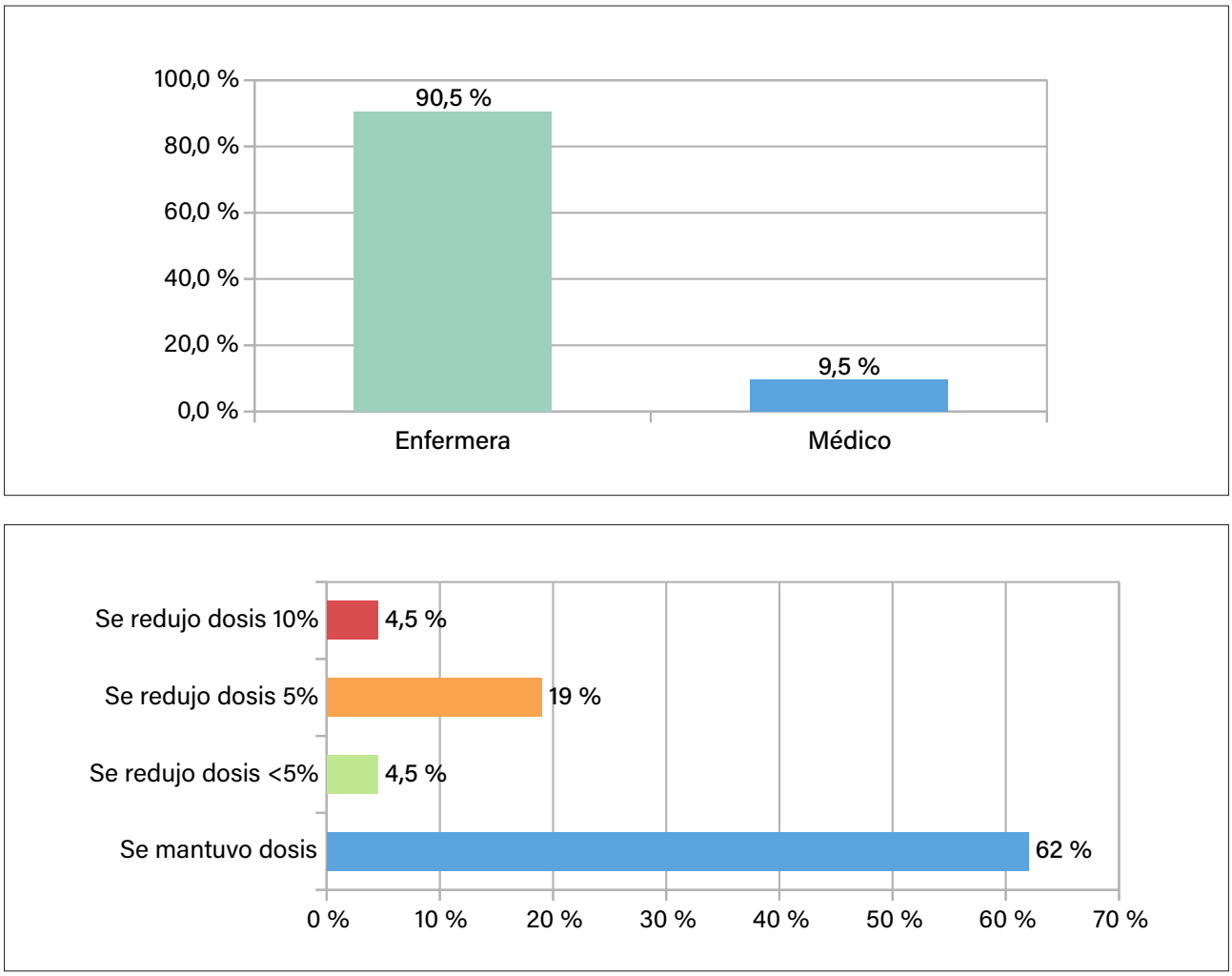


Gráfico 2. Ajuste de dosis ante INR elevado.



El 23.5 % de los pacientes anticoagulados no estaban con INR en rango terapéutico. El 12.33% (21 participantes) presentaban INR elevado (>3.2) y el 11.17% (19 participantes) INR disminuido (<1.8).

La actuación con los 21 pacientes con INR elevado fue:

— En 13 casos (62%) se mantuvo la dosis terapéutica semanal (DTS) y se citó según protocolo en 7-10 días.

— En 8 casos (38%) se disminuyó dosis y se citó según protocolo en 7-10 días (en 4 casos se redujo un 5% la DTS, en 2 casos un 10% y en otros 2 menos de un 5%).

En ningún caso se indicó vitamina K.

La actuación antes descrita fue realizada en el ámbito de la Atención Primaria, en 2 casos (9.5%) por un médico y en los 19 casos restantes (90.5%) por una enfermera acreditada.

(Ver gráfico 2).

La actuación con los 19 pacientes con INR disminuido fue:

— En 12 casos (63%) se mantuvo la dosis terapéutica semanal (DTS) y se citó según protocolo en 7-10 días.

— En 7 casos (37%) se aumentó dosis y se citó según protocolo en 7-10 días (en 3 casos se aumentó un 5% la DTS, en 3 casos un 10% y en 1 caso menos de un 5%).

En ningún caso se indicó heparina de bajo peso molecular.

La actuación antes descrita fue realizada en el ámbito de la Atención Primaria, en 3 casos (15.8%) por un médico y en los 16 casos restantes (84.2%) por una enfermera acreditada.

(Ver gráfico 3).

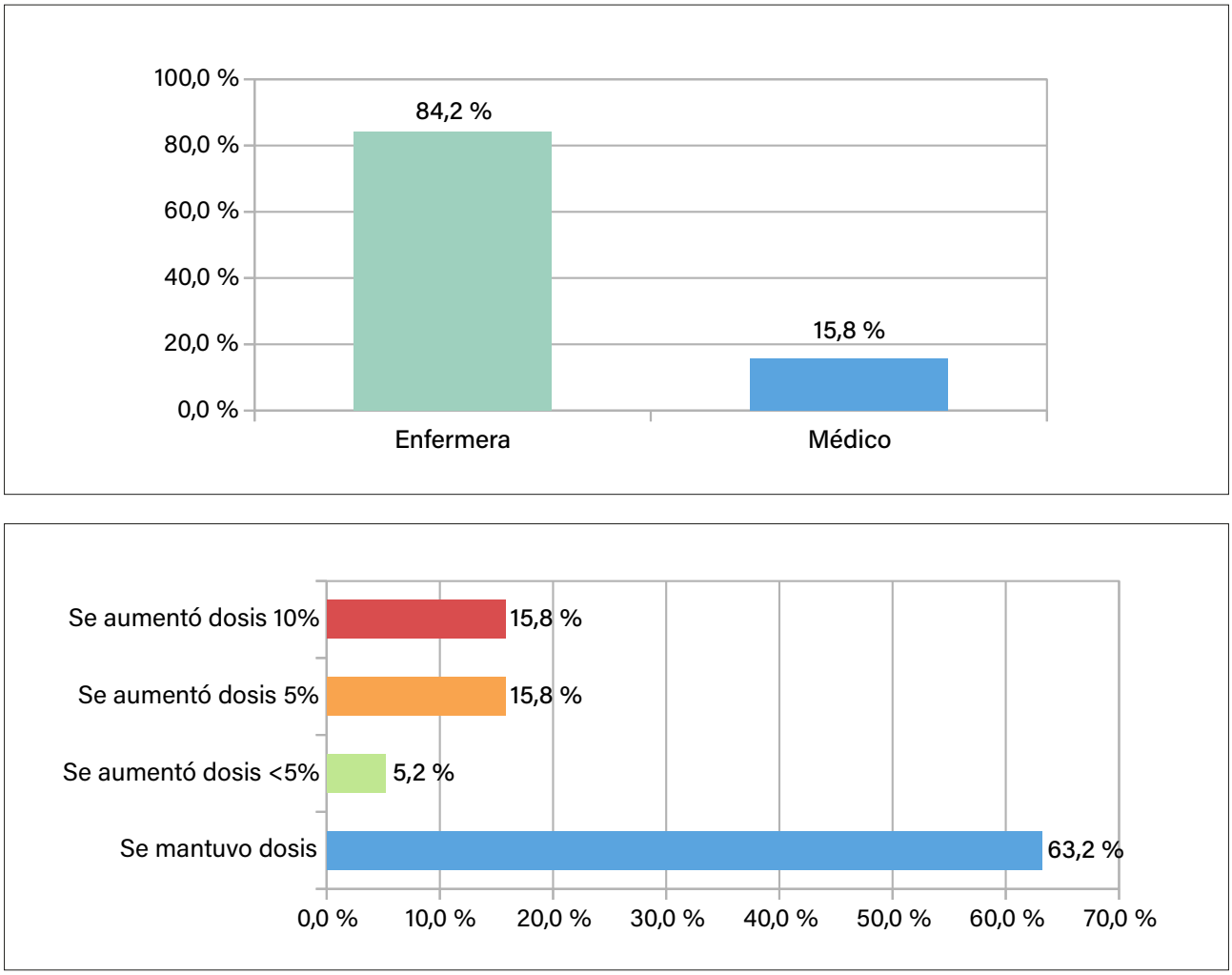
DISCUSIÓN

La distribución de los pacientes según género y edad y la indicación primaria para la anticoagulación, es similar a la de otros estudios[9].

Aunque el 23.5% de los pacientes anticoagulados no alcanzan el rango terapéutico en los tres últimos controles, el grado de control es aceptable, mejor que los resultados de otros estudios[10,11].

Se puede afirmar que el modelo de la gestión de la demanda y atención compartida de pacientes con TAO en el ámbito de la AP funciona adecuadamente. En Andalucía, además, las interven-

Gráfico 3. Ajuste de dosis ante INR disminuido.



ciones enfermeras avanzadas secundarias a la acreditación de competencias específicas, posibilita unos cuidados en personas anticoaguladas con una respuesta finalista.

Además de la adaptación farmacológica en pacientes anticoagulados fuera de rango terapéutico, las enfermeras tienen un papel fundamental en la educación, formación y seguimiento de estos pacientes anticoagulados, con el objetivo de que el paciente conozca su proceso, maneje eficazmente su régimen terapéutico y se mantenga en el rango terapéutico recomendado, evitando complicaciones. Educación centrada en que el paciente sepa distinguir qué alimentos y otros medicamentos pueden influir en el rango terapéutico, vigilancia y detección precoz de efectos secundarios como sangrados, e importancia del cumplimiento de la toma de anticoagulante y qué hacer ante olvidos.

Asimismo, es fundamental el seguimiento de la enfermera en todos aquellos factores que pueden influir en la anticoagulación (cambios ponderales, función renal, etc.)

Las limitaciones de este estudio son las propias de un estudio observacional. A tener en cuenta, que los resultados de este estudio solo son extrapolables a entornos con un perfil clínico de pacientes similar y con un sistema de atención a pacientes anticoagulados parecido al de nuestro centro de salud.

CONCLUSIONES

Comprobamos que la mayoría de los pacientes anticoagulados (86.2%) tienen como diagnóstico principal una cardiopatía, sobre todo trastornos del ritmo cardiaco, que son el factor de riesgo principal para la enfermedad tromboembólica.

La mayoría de los pacientes anticoagulados (90%) siguen el tratamiento con Sintrom® de 4 mg y tienen asignado un rango terapéutico entre 2 y 3.

Existe un grado de control satisfactorio puesto que el 76.5% de los pacientes se encuentran en rango terapéutico.

La relación entre la dosis de anticoagulantes orales y el INR no es lineal, de forma que pequeñas variaciones en la dosis total semanal pueden corregir el INR.

Tal como se muestra en los resultados, la adaptación farmacológica se llevó a cabo en un 87.35% por enfermeras frente al 12.65% por médicos. El profesional de enfermería puede incorporar en el cuidado del paciente anticoagulado, además de la determinación del INR, la colaboración junto al médico, en la adaptación de la dosis farmacológica en base a protocolos consensuados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrios V, Escobar C, Prieto L, Osorio G, Polo J, Lobos JM, Vargas D, García N. Control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular asistidos en atención primaria en España. Estudio PAULA. Rev Esp Cardiol 2015; 68(9): 769-776.
2. Boned-Ombuena A, et al. Prevalencia de la anticoagulación oral y calidad de su seguimiento en el ámbito de la atención primaria: estudio de la Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana. Aten Primaria. 2017; 49(9): 534-548.
3. Barrios V, Escobar C. Rivaroxaban: a once-daily anticoagulant for the prevention of thromboembolic complications. Expert Rev Cardiovasc Ther. 2013; 11: 129-141.
4. Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico individualizado en pacientes con anticoagulación oral. 2ª edición. 2014. Plan Integral de Cuidados de Enfermería (PICUIDA). Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía.
5. Seguimiento Protocolizado del Tratamiento Farmacológico de Pacientes con Anticoagulación Oral. Manual para la Acreditación de Competencias Específicas de Intervenciones Avanzadas. 2018. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
6. Lobos Bejarano JM et al. Características de los pacientes y abordaje terapéutico de la fibrilación auricular en atención primaria en España. Estudio FIATE. Med Clin. 2013; 141: 279-86.
7. Llisterri Caro JL et al. Utilización de los anticoagulantes orales de acción directa en Atención Primaria de España. Posicionamiento de SEMERGEN ante la situación actual. Semergen. 2019.
8. Anguita M, Bertomeu-Mart.nez V, Cequier Fillat A; en representación de los investigadores del estudio CALIFA Calidad de la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K en España: prevalencia del mal control y factores asociados. Rev Esp Cardiol.2015; 68:761-68.
9. Guerra García M, García Méndez L, Tato Fontaiña A, Gontán Álvarez B, Fornos Pérez JA. Calidad asistencial y evaluación de un programa de seguimiento farmacoterapéutico en anticoagulación oral por un equipo multidisciplinar de Atención Primaria de Salud. Pharm Care Esp 2004; 6: 59-63
10. Alonso Roca R, Figueroa Guerrero CA, Mainar de Paz V, Arribas García MP, Sánchez Perruca L, Rodríguez Barrientos R, Casado López M, Pedraza Flechas AM. Grado de control del tratamiento anticoagulante oral en los centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid: estudio CHRONOS-TAO. Med Clin. 2015; 145: 192-7.
11. Cinza-Sanjurjo S, Rey-Aldana D, Gestal-Pereira E, Calvo-Gómez C. Evaluación del grado de anticoagulación de pacientes con fibrilación auricular en el ámbito de atención primaria de Galicia. Estudio ANFAGAL. Revista Española de Cardiología. 2015; 68:753-760.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ponce González JM, Alonso Flores A, Ponce Troncoso A. Atención de Enfermería en el seguimiento de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral en Atención Primaria. Hygia de Enfermería. 2022; 39(2): 75-80

Hygia de Enfermería (2022), vol. 39(2), pp. 81-86 **ORIGINAL**
ISSN: 1576/3056

Resultados de un programa de Rehabilitación Cardíaca desde perspectiva de género

Results of cardiac rehabilitation program from gender perspective

María José *López Marco*[A,D], María del Mar *Martínez Quesada*[B,D] y Laura *Prieto Valiente*[C,D]

[A] Enfermera Referente. [B] Cardióloga. [C] Fisioterapeuta Referente.
[D] Unidad de Rehabilitación Cardiaca. Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en la mujer, a pesar de que la cardiopatía isquémica, debido al efecto protector de los estrógenos, suele aparecer en la post menopausia, (10-15 años más tarde que en los varones). La derivación e inclusión de las mismas en los Programas de rehabilitación cardiaca (RC) es menor que en los varones.

Material y método: Se realiza un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo comparando hombres y mujeres en un programa de RC. Se analizan 414 pacientes que han realizado el programa en hospital entre 2020- 2021, valorando sus características demográficas y clínicas. Se hizo un análisis comparativo de características basales como edad, sexo, presencia de diabetes, tabaquismo, tipo de patología que presentan, capacidad funcional obtenida tras ergometría inicial y calidad de vida percibida según encuesta SF36 y resultados obtenidos tras realizar un programa de RC en función del género. Las mujeres que se incluyen en el programa de RC tienen un perfil clínico similar a los hombres.

Resultados: Inicialmente, las mujeres mostraron peor puntuación en el cuestionario de calidad de vida y peor capacidad funcional. Sin embargo, los resultados fueron equiparables, finalizando con incrementos en la capacidad funcional y calidad de vida similares. Asimismo, tenían buen control de cifras de LDL y de HbA1c sin diferencias significativas entre sexos. En cuanto a la práctica del ejercicio físico, existen diferencias por género, siendo casi siempre peor en las mujeres.

PALABRAS CLAVE

rehabilitación cardiaca, isquemia miocárdica, angina de pecho, muerte súbita

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases are the main cause of death in women, despite the fact that ischemic heart disease, due to the protective effect of estrogens, usually appears after menopause (10-15 years later than in men). The referral and inclusion of women in cardiac rehabilitation (CR) programs is lower than in men.

Material and method: An observational, longitudinal and retrospective study is carried out comparing men and women in a CR program. 414 patients who have completed the program in a hospital between 2020-2021 were analyzed, assessing their demographic and clinical characteristics. A comparative analysis was made of the baseline characteristics such as age, sex, presence of diabetes, smoking, type of pathology presented, functional capacity obtained after initial stress test and perceived quality of life according to the SF36 survey and results obtained after carrying out a CR program according to gender. Women included in the cardiac rehabilitation program had a similar clinical profile to men.

Results: Initially, women showed worse scores in the quality of life questionnaire and worse functional capacity. However, the results were comparable, ending with similar increases in functional capacity and quality of life. Likewise, they had good control of LDL and HbA1c, with no significant differences between sexes. Regarding the practice of physical exercise, there are differences by gender, being almost always worse in women.

KEYWORDS

cardiac rehabilitation, myocardial ischemia, angina pectoris, sudden death

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en la mujer (superior a las muertes por cáncer), a pesar de que la cardiopatía isquémica, debido al efecto protector de los estrógenos, suele aparecer en la post menopausia, y, por tanto, 10-15 años más tarde que en los varones[1].

FECHA DE RECEPCIÓN: 23/3/2022 FECHA DE ACEPTACIÓN: 3/6/2022

Correspondencia: María José López Marco
Correo electrónico: nurselopez@hotmail.com

La afección del territorio vascular difiere también con el sexo. De todas las muertes cardiovasculares en las mujeres, la enfermedad cerebrovascular es la causa del 31% de las muertes, seguida de la cardiopatía isquémica en el 24% de los casos, secundaria a otras enfermedades cardiovasculares en el 26% y a la insuficiencia cardíaca en el 19%[2].

La mortalidad y complicaciones de la cardiopatía isquémica es mayor en las mujeres. Esto se atribuye a formas de presentación distintas, mayores comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes e insuficiencia cardíaca, mayor retraso en el diagnóstico y el tratamiento entre otros[3].

La derivación e inclusión de las mismas en los Programas de rehabilitación cardíaca (RC) también es menor que en los varones[4].

La Rehabilitación Cardíaca (RC) es "un conjunto de actividades necesarias para asegurar a los enfermos del corazón una condición física, mental y social óptima, que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad". Es un programa multidisciplinar clínico con medidas preventivas que ayudan notablemente a vivir mejor tras un evento cardíaco, cuidando al paciente en sentido global y a largo plazo[5].

Andalucía encabeza la lista de las comunidades autónomas que mayor desarrollo han tenido en los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca[6].

Actualmente los programas de RC están implantados en menos de la mitad de los países de todo el mundo. África, el sureste de Asia, India, China y Rusia tienen la mayor más necesidad de implantar más programas para la rehabilitación de pacientes con enfermedades del corazón[7].

OBJETIVOS

Objetivo principal

Comparar los resultados obtenidos en la evolución en hombres y mujeres que realizan un programa de Rehabilitación Cardíaca de dos meses.

Objetivos específicos

Evaluar la mejoría de la calidad de vida tras la realización del Programa de Rehabilitación Cardiaca en mujeres, comparando con los obtenidos en los hombres.

Valorar la adherencia al programa de rehabilitación cardíaca en función de la mejoría de capacidad funcional obtenida tras la prueba de esfuerzo realizada a la finalización del programa de RC, comparando resultados entre hombre y mujeres.

Comparar si existe diferencias entre hombres y mujeres en valores de analítica como LDL y HbA1c, tras el Programa de Rehabilitación Cardiaca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se realiza un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo.

Población y muestra

Se analiza una cohorte de pacientes derivados de la unidad de cuidados coronarios y de planta de hospitalización cardiológica por haber sufrido evento coronario o tras cirugía cardíaca, además de los derivados de la unidad de insuficiencia cardiaca.

Se incluyen 414 pacientes en total. La inclusión de estos pacientes ha sido de forma consecutiva durante el período 2020-2021 y el seguimiento se ha llevado a cabo en un hospital de la provincia de Sevilla. Se valoran las características demográficas y clínicas.

Procedimiento

El programa completo comienza con una cita inicial con el cardiólogo, en la cual se les entrega las encuestas de calidad de vida SF36, cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea y cuestionario de salud sexual en el caso de los hombres, valorando en la entrevista los factores de riesgo del paciente.

Posteriormente tras conformidad y consentimiento del paciente se cita para realizar una prueba de esfuerzo (ergometría o ergoespirometría) Si el paciente es considerado apto, se cita con el médico rehabilitador Rehabilitadora para ser valorado de forma previa al inicio del programa de Rehabilitación Cardíaca, pautándose la frecuencia cardiaca máxima de entrenamiento y modalidad de ejercicio.

Durante dos meses, (18 sesiones con una frecuencia de dos días semanales no consecutivos) los pacientes realizan un entrenamiento de carga progresiva adaptado a su perfil cardíaco, recibiendo sesiones de educación sanitaria acerca de control de los factores de riesgo, alimentación cardiosaludable, beneficio del ejercicio físico, información acerca de la enfermedad y la medicación, disfunción eréctil y deshabituación tabáquica.

Cada día de entrenamiento los pacientes en el gimnasio son monitorizados para controlar su frecuencia cardiaca y trazado electrocardiográfico a través de central de electros. Realizan ejercicios de calentamiento, entrenamiento de fuerza con peso gradual y ejercicio aeróbico en tapiz rodante o bicicleta, en modalidad continua, interválica o interválica de alta intensidad. En todos los casos, semanalmente se aumenta la carga, velocidad y/o pendiente en función de la capacidad y la tolerancia de cada paciente. Enfermería y Fisioterapia supervisan y dirigen todos los entrenamientos diarios.

Al finalizar el programa, se realiza una valoración analítica y clínica, con prueba de esfuerzo final (ergometría o ergoespiromatría) para evaluar los resultados del mismo.

Las patologías varían desde Síndrome Coronario Agudo (SCA), Insuficiencia Cardíaca (IC), Hipertensión pulmonar (HTP) y Valvulares.

Finalmente, tras recibir las sesiones de educación sanitaria y consejos terapéuticos de todo el equipo multidisciplinar Cardióloga (La vida después de un infarto), Rehabilitador (Rehabilitación Cardíaca), Fisioterapeuta (Ejercicio y corazón), Enfermería (Factores de riesgo y dieta cardiosaludable), Urológo (De infarto), Psicóloga (Unidad de deshabituación tabáquica), Psicóloga clínica (Terapias de grupo), realizarán una ergometría final comparativa con inicial que se complementará con extracción analítica de control.

Entregarán encuesta final de cambio de hábitos, dieta, encuesta de satisfacción y test SF36. Todo ello permitirá realizar el alta del programa para ser derivados al cardiólogo de zona.

En el Programa de Rehabilitación Cardiaca se enseñan a los pacientes que han sufrido un evento cardíaco en qué consiste su enfermedad, insistiendo en su seguimiento.

Los tiempos establecidos de forma general entre la primera visita de valoración con el cardiólogo y la finalización del programa con su informe de alta, aproximadamente según demanda, se estima en 4 meses.

Gráfico 1. Distribución de patologías cardíacas en mujeres.

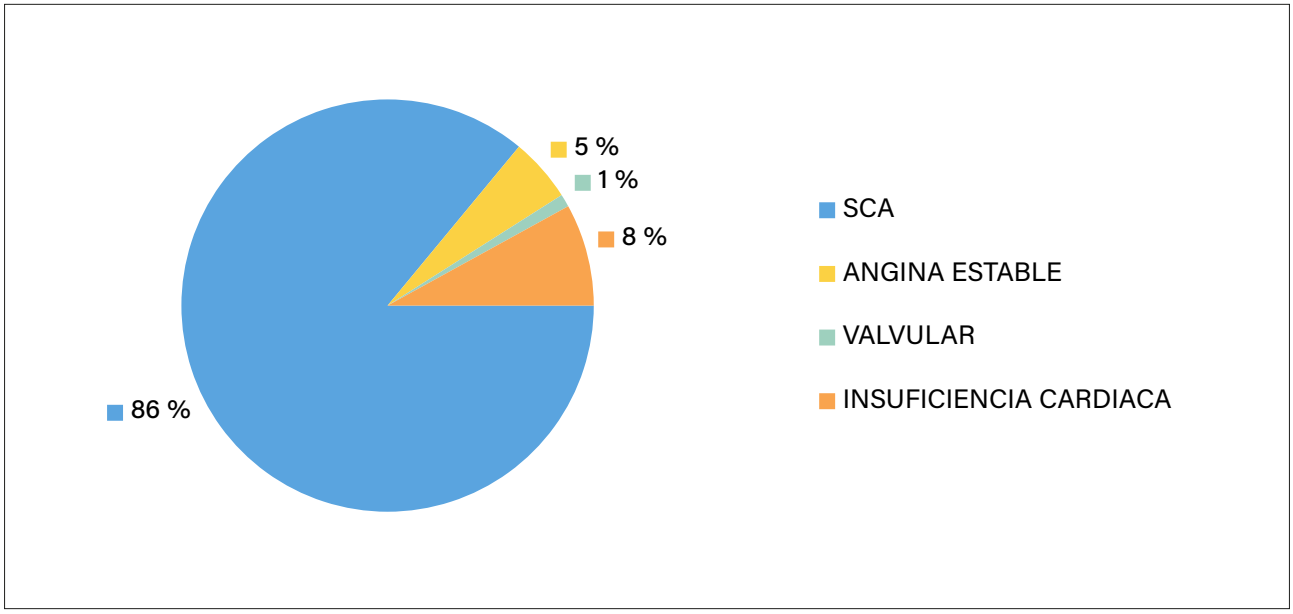
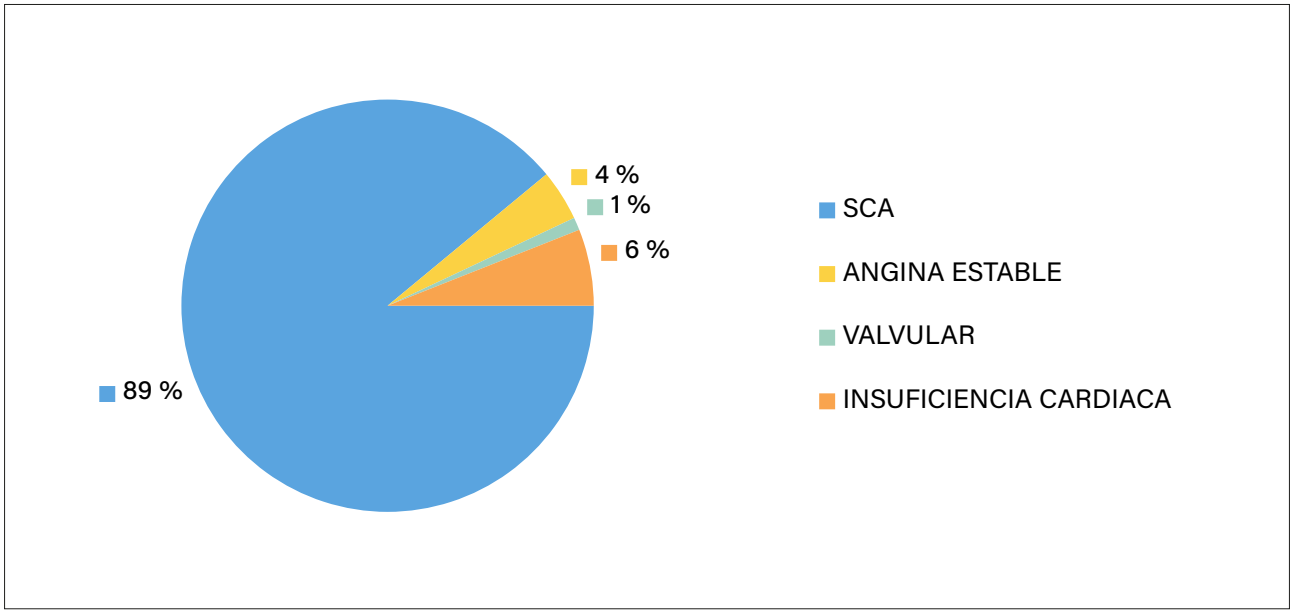


Gráfico 2. Distribución de patologías cardíacas en hombres.



Variables estudiadas

— El cuestionario de salud SF-36 es un instrumento genérico de medición de calidad de vida, diseñado por Ware et al, a principios de los noventa (Ware y Sherbourne 1992 y Ware el al. 1993). Consta de 36 preguntas que cubren las siguientes escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Adicionalmente, el SF36 incluye un item de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior. Los resultados se obtienen a través de una aplicación informática que suma los ítems de cada apartado dando un porcentaje.

— Valores de la analítica LDL, proteínas de baja densidad (low density lipoprotein), que en este tipo de pacientes se recomienda tener por debajo de 55 mg/dl y HbA1c, que mide el promedio de los niveles de azúcar en la sangre en los últimos 3 meses, siendo deseable valores por debajo de 5,7%. Entre 5,7 y 6,4 se diagnostica como prediabetes. Dichos valores de referencia vienen reflejados según las guías clínicas de cardiología[8],

— Capacidad funcional en METS de la ergometría, definiendo MET como unidad de medida que calcula el consumo de oxígeno consumido por una persona por minuto.

Análisis estadístico

Los datos recogidos sobre las variables dependientes e independientes mencionadas se registraron en una base de datos

anonimizada, construida para tal fin y procesada estadísticamente mediante el programa estadístico SPSSv21.

Se realiza un análisis estadístico descriptivo de cada una de las variables de la base de datos, comparadas en gráficos.

Se realiza test de la chi cuadrado para analizar diferencias entre variables cualitativos y el test de la t de Student en el caso de variables cuantitativas.

RESULTADOS

Se incluyen 414 pacientes en total. Varones el 85%, con edad media de 56+/-9 años y mujeres el 15%, con una media de edad de 55+/-9, es decir muy similar en distribución por género.

Del total de pacientes estudiados, el 27% eran diabéticos, el 59% fumadores (considerando no fumador si la persona lleva más de dos años desde que dejó de fumar) y con arteriopatía periférica el 12%. La patología cardíaca predominante fue síndrome coronario agudo reciente (88,7%), seguido de insuficiencia cardíaca (6,5%).

En cuanto a las patologías cardíacas según el género; el 86% de las mujeres tenían SCA, el 8% insuficiencia cardíaca, el 5% angina estable y el 1% patología valvular (Gráfico 1).

El 89% de los hombres padecían SCA, el 6% insuficiencia cardíaca, el 4% angina estable y el 1% patología valvular (Gráfico 2).

En cuanto a las características basales, tenían edades similares y una proporción similar de diabéticos, fumadores, cardiopatía isquémica precoz y presencia de arteriopatía periférica entre varones y mujeres. La patología cardíaca también era similar.

Inicialmente, las mujeres mostraron peor puntuación en el cuestionario de calidad de vida SF36 inicial (49,2+/-18,6 vs 57,6+/-21,3, p=0,006) y peor capacidad funcional en la ergometría inicial (6,1+/-2,5 METS vs 7,5+/-2,6 METS, p=0,000)

Sin embargo, los resultados del programa fueron equiparables, revisando los valores de la ergometría final (7,5 +/-2,8 METS en mujeres y 9,3 +/-3,1 METS en hombres), siendo el incremento de capacidad funcional similar en ambos géneros (1,43 METS en mujeres y 1,66 METS en hombres). (Gráfico 3).

Respecto al cuestionario de calidad de vida SF36 final, se observan valores de 57,07 +/-21,6 en mujeres y 64,88 +/-23,5 en hombres, siendo el aumento de calidad de vida equiparable en ambos géneros (Mejoría en mujeres de 6,17 +/-17,33 vs 7,61 +/- 16,95 en hombres). (Gráfico 4).

Asimismo, tenían cifras similares de LDL (69,2 +/-32,3 en mujeres vs 62,08 +/28,2 en hombres) y cifras de HbA1c (6,33 +/-1,1 vs 6,07 +/-1,01) en porcentajes parecidos, sin diferencias significativas entre sexos.

En función de los resultados obtenidos midiendo la calidad de vida inicial y final de los pacientes y el aumento de la capacidad funcional obenida tras la realización de la prueba de esfuerzo, determinamos que la adherencia al programa de rehabilitación cardíaca ha sido satisfactoria tanto en hombres como en mujeres. Dicha adherencia no está influida por la edad, factores de riesgo o su actividad laboral.

DISCUSIÓN

La mayoría de los pacientes han presentado factores de riesgo para sufrir un evento coronario, siendo el mayoritario ser fumador, seguido de la diabetes y complicándose con una mala alimentación y sedentarismo o poca actividad física de forma general.

Tras el programa de rehabilitación cardíaca de dos meses, se ha observado una mejoría notable de la capacidad física del paciente y de su calidad de vida, así como del control de los factores de riesgo.

Los valores de la analítica final determinan mejoría de los parámetros estudiados, fundamentalmente el colesterol, LDL y HbA1c.

Según nuestra experiencia clínica, se ha observado diferencia de asistencia al programa de rehabilitación cardíaca entre hombres y mujeres, siendo menor en éstas debido a su rol de cuidadoras en la mayoría de las ocasiones. Desde hace varios años, la mujer, tras su salida al mercado laboral está sometida a mayor estrés, ya que sigue siendo el "eje y pilar" de los hogares, y por tanto, compagina ambos roles.

Como se cita en un estudio realizado en 10 hospitales españoles: "No es una cuestión de sexismo, sino que tienen más dificultades a la hora de dedicarse durante ese período a recuperarse. Siempre se ha dicho que las mujeres son expertas en cuidar pero no en cuidarse, y está claro que tenemos un área importante de mejora"[9].

Sería muy interesante buscar recursos para facilitar a las mujeres la asistencia a los programas de rehabilitación cardíaca de forma completa.

CONCLUSIONES

1. Las mujeres que se incluyen en el programa de Rehabilitación cardíaca tienen un perfil clínico similar a los varones. Aunque inicialmente tienen mayor afectación de su calidad de vida y capacidad de ejercicio, consiguen resultados tan satisfactorios como los hombres con esta intervención.
2. Los factores de riesgo más determinantes que se han encontrado en los pacientes son fumadores (59% del total de pacientes), seguido de diabetes (27%). La mala alimentación y el sedentarismo influyen en la mayoría de las pacientes en aumentar la probabilidad de padecer un evento coronario.
3. Se ha observado una mejoría en cuanto a la calidad de vida en la mayoría de los pacientes, siendo similar en su distribución por género, evaluado con el cuestionario de calidad de vida SF36
4. La adaptación del programa a las circunstancias y las características de los pacientes hace que la adherencia sea mayor. Además, una vez finalizado el mismo, la adherencia al ejercicio físico sigue siendo alta sin decaer con el tiempo. Dicha adherencia no está influida por la edad, los factores de riesgo o su actividad laboral. Ni que decir que la adherencia será siempre mayor en ambos géneros si siguen todos los consejos del personal sanitario. La adherencia al programa es medida con los resultados de mejoría en METS obtenidos en la ergometría final realizada a los pacientes y los cuestionarios de calidad de vida SF36 y cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea.

Gráfico 3. Aumento de capacidad funcional por género medido en METS.

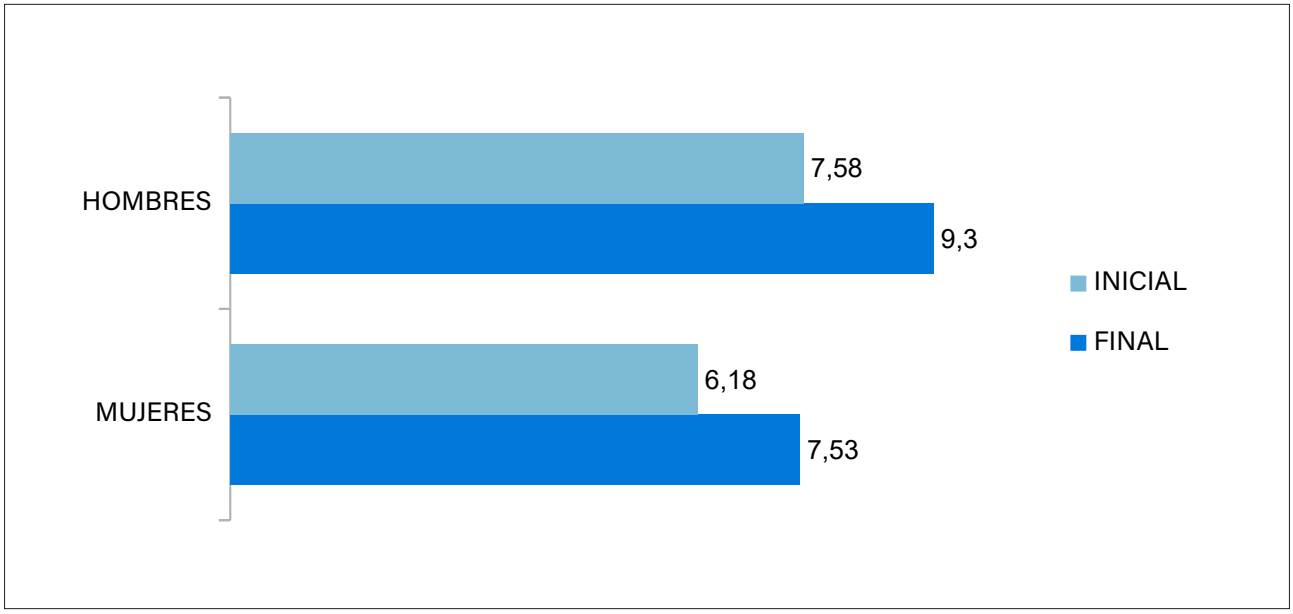
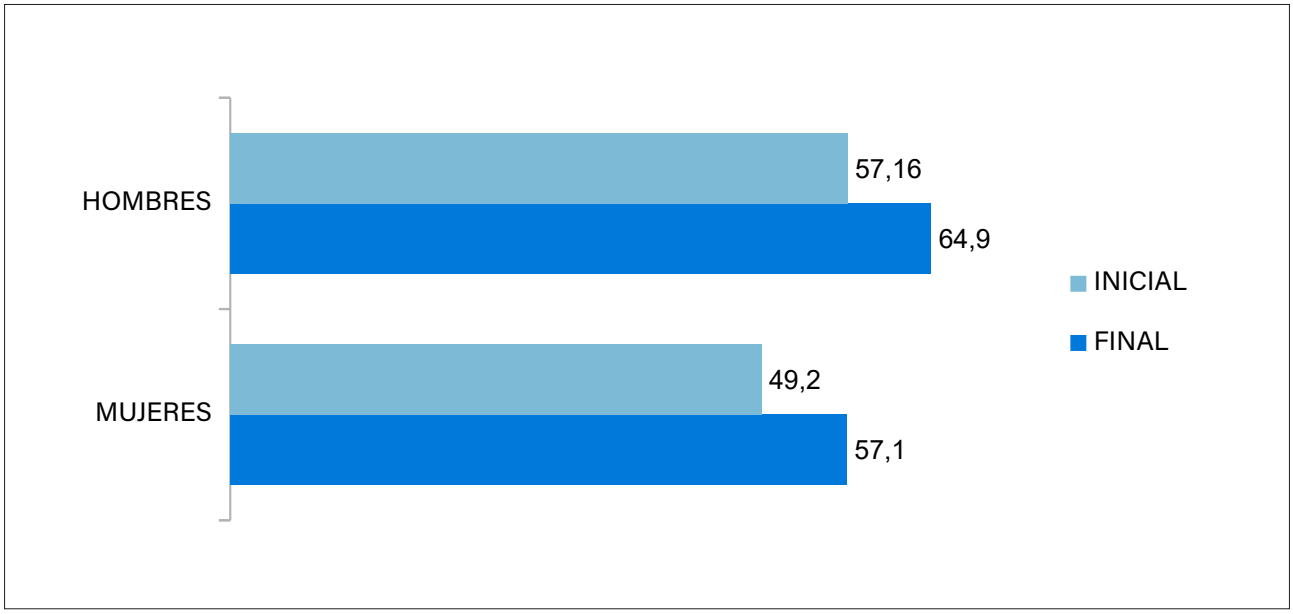


Gráfico 4. Cuestionario de calidad de vida.



5. Los valores LDL y HbA1c medidos en la analítica final, nos indican una mejoría en ambos sexos muy similar en dichos valores tras realizar el programa de Rehabilitación Cardíaca.

En conclusión, si un paciente completa un programa de rehabilitación cardiaca es esperable una adherencia al ejercicio físico muy alta a largo plazo. Por tanto, no se puede olvidar remitir activamente a nuestros pacientes, hombres o mujeres, a un programa de rehabilitación tras un evento cardiaco.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos los pacientes que han formado parte de este estudio. Ellos y la "recuperación de su bienestar" es lo que nos anima a continuar trabajando con ilusión y es motivo de satisfacción. Esto hace que el trabajo intenso y duro del día a día merezca la pena.

A mis compañeros, fundamentales para un trabajo serio y responsable. Cardiólogo (Dra. Martínez Quesada), Fisioterapeuta (Laura Prieto Valiente), Rehabilitadora (Dra. Yolanda López), Urólogo (Dr. Salazar), Psicóloga de la Unidad de deshabituación tabáquica (Soledad Montserrat), y nuestra reciente incorporación, Psicóloga (Ana Isabel Polo), Auxiliar de Clínica (Carmen Ventura), Administrativa Unidad de RC (Ana Benítez).

A nuestro Director de Unidad y Jefe de Servicio de Cardiología, Dr. Rafael Hidalgo Urbano por su incondicional apoyo en todos nuestros proyectos

BIBLIOGRAFÍA

1. Young L. et al. Factores de riesgo cardiovasculares únicos en mujeres. 2019 nov; 105 (21): 1656-1660. Doi:10.1136/heartjnl-2018-314268. Epub 2019 17 julio
2. José María Maroto Montero. Corazón e Infarto 101 preguntas esenciales para los enfermos y familias. 2009
3. Olivencia Peña, L el al. Med Clin (Barc) 2011. 26 noviembre; 137 (14):623-30. Doi: 10.1016/j.mdcli.2011.03.039. Epub 2011 21 septiembre.
4. Mamataz T et al. Naturaleza, disponibilidad y utilización de la rehabilitación cardíaca centrada en la mujer: una revisión sistemática. Trastorno cardiovascular BM. 2021 sept; 21:459. Doi: 10.1186/s12872-021-02267-0
5. Valle Muñoz, A. Rehabilitación Cardíaca. Fundación Española del Corazón. 2018. Disponible en: www.fundacionespañoladelcorazon.com
6. Fernandez Olmo, M.R; Otero Chulián, E. Torres Llergo, J. Situación actual de las Unidades de Rehabilitación Cardíaca en Andalucia: Estudio EnANPREC. Cardiocore. 2017 abril-junio, 52 (2): 66-74. Doi:10.1016/j.carcor.2016.08.004
7. C.M.L. Casi la mitad de los países no cuentan con programas de rehabilitación cardíaca. Gaceta médica. 2019 julio. Disponible en www.gacetamedica.com
8. Guía ESC/EAS 2019 sobre el tratamiento de las dislipemias: modificación de los lípidos para reducir el riesgo cardiovascular. Mayo 2020. Disponible en https://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-eas-2019-sobre-el-articulo-S0300893220300403
9. Europa Press. La rehabilitación tras un infarto en España es cosa de hombres. De Infosalus. Abril 2018. Disponible en www.infosalus.com.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

López Marco MJ, Martínez Quesada MM, Prieto Valiente L. Resultados de un programa de Rehabilitación Cardíaca desde perspectiva de género. Hygia de Enfermería. 2022; 39(2): 81-86

Hygia de Enfermería (2022), vol. 39(2), pp. 87-92 **ORIGINAL**
ISSN: 1576/3056

Enfermería del Trabajo y COVID-19: Análisis descriptivo de la asistencia telefónica al profesional del hospital

Working Nurse and COVID-19: Descriptive analysis of the telephone assistance to the professional of the hospital

Nerea *Camarero Gazapo*, Lidia *Infantes Guzmán*, Pía Francisca *Rojas Keim* y María Dolores *García Perea*

Unidad de Vigilancia de la Salud. Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

RESUMEN

Introducción: La científicamente conocida como enfermedad por coronavirus (COVID-19), declarada por la Organización Mundial de la Salud como pandemia, supuso para los trabajadores/as de los hospitales una evidente exposición de riesgo, siendo algunos de ellos víctimas de contagios laborales, y otros, sociales. Todo ello posicionó a los servicios de prevención de riesgos laborales como figuras clave en la gestión y atención a su población profesional.

Objetivos: El objetivo principal fue determinar las características y tipología de la asistencia telefónica que los enfermeros del trabajo proporcionaron a sus trabajadores/as durante sus respectivos procesos activos relacionados con la enfermedad COVID-19. Como objetivo secundario, se pretendió identificar áreas deficitarias de conocimiento en los profesionales atendidos.

Metodología: Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo de corte transversal. El tamaño muestral, conformado mediante un muestreo a propósito no probabilístico, consta de 277 llamadas telefónicas realizadas entre el 01/01/2021 y el 31/08/2021. Criterios de inclusión: Ser trabajador/a del hospital objeto de estudio y solicitar asistencia telefónica relacionada exclusivamente con la enfermedad de la COVID-19. Se definieron seis variables (dos cuantitativas y cuatro cualitativas).

Resultados: El tratamiento de los datos muestra que son las categorías de enfermeros/fisioterapeutas, médicos especialistas y residentes, servicios generales y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería los que realizaron un mayor número de llamadas. Los tipos de consulta planteados con más frecuencia fueron solicitar información sobre la metodología de proceder y trámites de baja.

Conclusiones: Los resultados llevan a identificar a las categorías de enfermeros y fisioterapeutas como las más demandantes para cualquier tipo de consulta.

PALABRAS CLAVE

enfermería del trabajo, riesgos laborales, servicios de salud del trabajador, personal de salud

ABSTRACT

Introduction: The scientifically known as coronavirus disease (COVID-19), declared by the World Health Organization as a pandemic, represented an obvious risk exposure for hospital workers, some of them being victims of occupational infections, and others, social infections. All this positioned the occupational risk prevention services as key figures in the management and care of its professional population.

Objectives: The main objective was to determine the characteristics and typology of the telephone assistance that the working nurses provided to their workers during their respective active processes related to the COVID-19 disease. As a secondary objective, it was intended to identify areas with little knowledge in the professionals studied.

Methodology: This is a descriptive, cross-sectional epidemiological study. The sample size, made up of non-probability sampling, consists of 277 telephone calls made between 01/01/2021 and 31/08/2021. Inclusion criteria: Being a worker at the hospital under study and requesting telephone assistance related exclusively to the COVID-19 disease. Six variables were defined (two quantitative and four qualitative).

Results: The treatment of the data shows that the categories of nurses/physiotherapists, medical specialists and residents, general services and auxiliary nursing care technicians are those that made the highest number of calls. The types of queries raised most frequently were requesting information about the methodology to proceed and work leave procedures.

Conclusions: The results lead to identify the categories of nurses and physiotherapists as the most demanding for any type of consultation.

KEYWORDS

occupational health nursing, occupational risks, occupational health services, healthcare worker

FECHA DE RECEPCIÓN: 8/5/2022 FECHA DE ACEPTACIÓN: 6/7/2022

Correspondencia: Nerea Camarero Gazapo
Correo electrónico: cgnerea96@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La científicamente conocida como enfermedad por coronavirus, en su abreviatura COVID-19, y provocada por el emergente virus reconocido bajo el nombre del SARS-CoV-2 fue, hace más de año y medio, declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una situación de salud pública que cumplía con los criterios necesarios para ser considerada como una pandemia. Lejos de la improvisación, esta decisión de influencia mundial fue tomada en el seno de la reflexión científica y epidemiológica atendiendo a las cifras de propagación y gravedad que la propia COVID-19 estaba provocando en el mundo para la fecha del 11 de marzo de 2020, momento cronológico en el que adquirió la categoría de pandemia. Así mismo, dos días más tarde, concretamente en la fecha del 13 de marzo, el director general de la ya citada OMS declara, particularmente, que Europa es el epicentro de la pandemia[1].

Así, los profesionales sanitarios en su totalidad fueron los más expuestos a un posible contagio de COVID-19 dada su actividad laboral y así se reflejó en los datos que la OMS recibió durante la primera ola. Consecuentemente, en junio del pasado año, se llegó a la estimación objetiva de que el 7% de las infecciones de COVID-19 de todo el mundo, correspondían a contagios en profesionales de la salud[2].

Lejos de presentar una situación epidemiológica distinta, España y sus profesionales sanitarios también sufrieron esas elevadas cifras de contagios y así se registra en los casos de COVID-19 en este perfil profesional que se notificaron a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica hasta la fecha del 10 de mayo de 2020. De este estudio, limitado en el tiempo, se extrae que son 40.961 los casos positivos en la enfermedad por coronavirus, suponiendo esta cifra un porcentaje del 24,1% de todos los casos de infección positiva notificados a la misma red en la misma fecha. Es decir, a nivel nacional, casi un cuarto del total de casos positivos declarados, pertenecen a profesionales sanitarios. Igualmente, el 71% de ellos habían mantenido un contacto estrecho con probables o confirmados casos de COVID-19, lo cual podría demostrar un contagio de la enfermedad derivado de la exposición de riesgo por su actividad laboral. Si los datos se analizan más en profundidad, se obtiene que son Andalucía, Melilla y Canarias, en orden descendente, las comunidades autónomas que notifican porcentajes más elevados de casos positivos en enfermedad por coronavirus en personal sanitario[3].

Todo ello motivó la redacción de documentos oficiales y actualizados que permitieran la rápida detección, actuación, gestión y notificación de los casos COVID-19 positivos en profesionales sanitarios, empujando todo ello a que fueran los servicios de prevención de riesgos laborales (SPRL) los que se convirtieran en las figuras esenciales y necesarias para manejar los seguimientos de los casos y contactos estrechos en los trabajadores/as del ámbito sanitario.

Del mismo modo, esta intervención por parte de los SPRL se recoge en documentos oficiales de aplicación nacional dado que es el propio Ministerio de Sanidad el que los reconoce como la figura competente y crucial en esta lucha, por ser los responsables de aplicar medidas de tipo organizativo, por su labor en la identificación de trabajadores/as especialmente sensibles, por la valoración y definición del escenario de riesgo de exposición y también por ser la figura competente en la difusión y recomendación, no solo de medidas de protección individual sino también colectiva. Igualmente, y en relación con el presente trabajo, son los responsables de la gestión, estudio, manejo y seguimiento de los casos y contactos en los profesionales del ámbito hospitalario, entre otros[4].

Además del seguimiento de casos y contactos, también les corresponde a estos servicios de prevención de riesgos laborales la función de formación en materia de prevención de estos, tan relevante en la situación epidemiológica acontecida, para formar a los profesionales en materia de prevención frente al SARS-CoV-2[5].

En consecuencia, son varias las referencias bibliográficas que identifican a las autoridades como las responsables de garantizar que todo aquel trabajador del ámbito hospitalario que se vea expuesto a la enfermedad por coronavirus en el desarrollo de su actividad laboral independientemente de su categoría profesional, tenga un acceso garantizado a una asistencia integral pero especialmente en lo que se refiere al seguimiento de casos y contactos de COVID-19, según así lo exija la normativa legal aplicable[6,7].

En base a ello, nace el presente estudio de investigación que tiene por objetivo principal determinar las características y tipología de la asistencia telefónica que los especialistas en Enfermería del Trabajo proporcionaron a sus trabajadores/as durante sus respectivos procesos activos relacionados con la enfermedad COVID-19. De igual modo, se plantearon varios objetivos secundarios que fueron: identificar áreas deficitarias de conocimiento en los profesionales atendidos sobre las que poder actuar posteriormente y plantear hipótesis de investigación que pudieran ser desarrolladas en estudios posteriores de mayor calibre.

METODOLOGÍA

Estudio epidemiológico descriptivo de corte transversal. El tamaño muestral fue conformado mediante un muestreo a propósito no probabilístico que está conformado por 277 llamadas telefónicas que fueron atendidas por los profesionales especialistas en Enfermería del Trabajo en el periodo temporal comprendido entre el 01/01/2021 y el 31/08/2021. Dichas llamadas telefónicas fueron transcritas por la persona que las atendía a un documento escrito diseñado para tal fin con el objetivo de anotar todos los datos relevantes que se derivasen de la llamada y su posterior gestión, estudio y manejo por parte del equipo especialista en Enfermería y Medicina del Trabajo, una vez finalizada la misma. En ocasiones, las llamadas recibidas y transcritas no recogían toda la información necesaria para conformar la posterior base de datos, por lo que aquellos datos ausentes fueron consultados en el programa de salud laboral y en el de gestión de la historia clínica que se usan habitualmente en el ámbito hospitalario. La base de datos fue constituida posteriormente a la fecha final de recogida de llamadas, en un formato de hoja de cálculo usando el programa Microsoft Excel versión 2010.

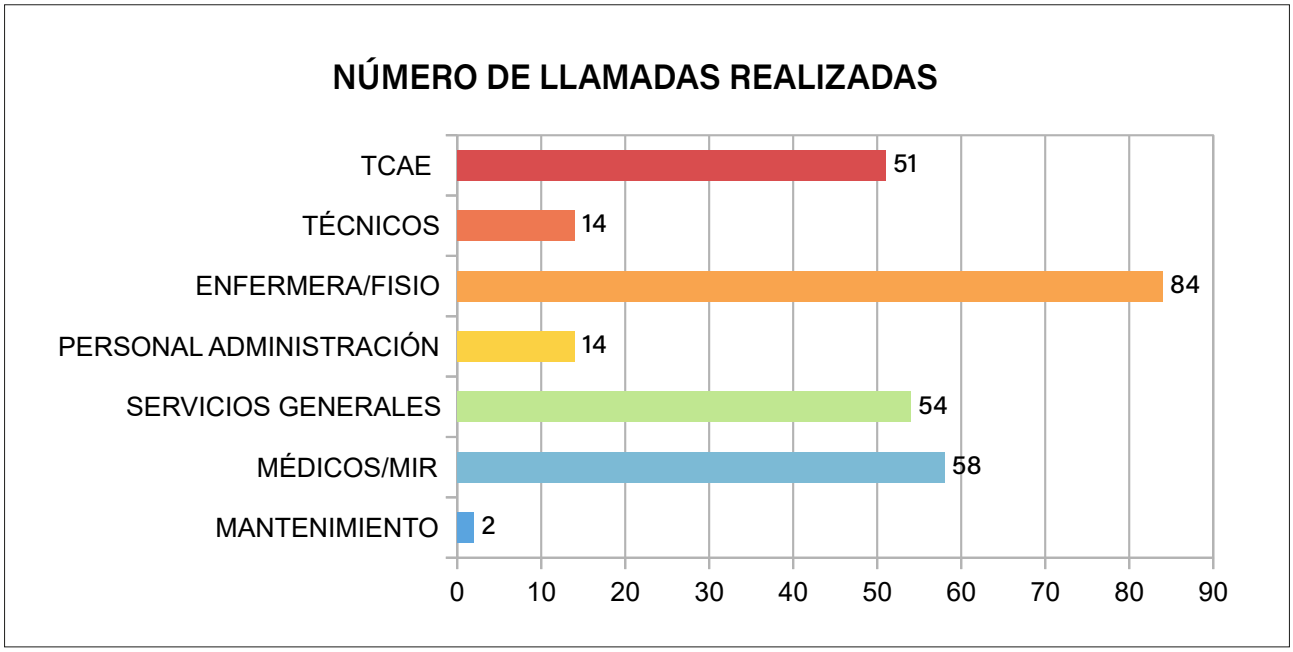
Se plantearon dos criterios de inclusión que fueron: ser trabajador/a del hospital objeto de estudio y solicitar asistencia telefónica relacionada exclusivamente con la enfermedad de la COVID-19. La muestra inicial conformada por 318 llamadas fue posteriormente reducida tras la aplicación de dichos criterios de inclusión, resultando una muestra final de 277 llamadas telefónicas (n=277).

Tabla 1. Definición de variables.

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE
Número de llamadas recibidas al día	Cuantitativa discreta
Número de llamadas realizadas por el mismo proceso	Cuantitativa discreta
Tipo de seguimiento	Cualitativa nominal dicotómica
Categoría profesional	Cualitativas nominales politómicas
Tipo de consulta planteada	Cualitativas nominales politómicas
Estado vacunal	Cualitativas nominales politómicas

Tabla explicativa de los tipos de variables.

Gráfico 1. Distribución de llamadas realizadas por categoría profesional.



Se definieron seis variables de estudio de las cuales, dos fueron variables cuantitativas discretas y cuatro variables cualitativas nominales, descritas en la Tabla 1.

Se realizó un estudio de estadística descriptiva, utilizando para las variables cuantitativas la media aritmética como medida de tendencia central. En el caso de las variables cualitativas, los resultados se expresaron mediante porcentajes, indicando para cada categoría de la variable el porcentaje de observaciones que presentaba. Con el fin de facilitar la interpretación de los resultados, las representaciones gráficas de las variables que se emplearon fueron el diagrama de barras y el de sectores. Todo este estudio de estadística descriptiva fue realizado empleando el programa Microsoft Excel versión 2010.

RESULTADOS

En lo que se refiere a la variable del número de llamadas recibidas al día, se obtuvo que fueron los meses de enero y febrero en los que se recibieron un mayor número de llamadas totales, 103 y 57 respectivamente, coincidiendo estos datos con un empeoramiento en la situación epidemiológica dentro del hospital al que pertenece la muestra. Por el contrario, los meses en los que se recibieron un menor número de llamadas totales fueron marzo y junio con 11 y 17 llamadas respectivamente. Para los meses de mayor volumen de llamadas, se analizó la media de llamadas recibidas al día, siendo de un total de 5,72 en enero y 3,17 en febrero frente al 1,38 de marzo, el mes con el registro más bajo.

En continuidad, la variable de categoría profesional permitió, tras su tratamiento, conocer la distribución de las llamadas para las diferentes categorías profesionales. Así, se define que fueron las enfermeras y fisioterapeutas en conjunto las categorías que más llamadas realizaron, frente al personal de mantenimiento (Gráfico 1).

En relación con aquellas categorías profesionales que realizaron un volumen de llamadas superior, se trató de identificar cómo era la distribución de casos y contactos estrechos que había en cada una de ellas. Los resultados mostraron que, en las

Tabla 2. Categorización del número de llamadas por tipo de consulta planteada.

TIPO DE CONSULTA PLANTEADA	NÚMERO TOTAL DE LLAMADAS
TIPO 1: Comunicación de síntomas/resultados	48
TIPO 2: Trámites de baja	62
TIPO 3: Información sobre método de proceder	130
TIPO 4: Solicitud de informar resultados	11
TIPO 5: Comunicación cambio de lugar de pcr	5
TIPO 6: Cambio de estado de contacto a no seguimiento	2
TIPO 7: Inicio seguimiento por vigilancia de la salud	8
TIPO 8: Secuelas POST-COVID	5
TIPO 9: Duda vacunación	6

Tabla explicativa del tipo de consulta y su cómputo total de llamadas.

categorías de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Médicos/MIR y Enfermeras/Fisioterapeutas, los profesionales que realizaron las llamadas eran en mayor número contactos estrechos. Sin embargo, en los profesionales que pertenecen a los servicios generales, se identificaron un mayor número de llamadas realizadas por trabajadores/as que eran casos positivos respecto a los contactos estrechos, pero con una diferencia escasa entre grupos.

Continuando con el tratamiento de la base de datos y en relación con el número de llamadas realizadas por el mismo proceso, se trató de identificar la frecuencia con la que los profesionales realizaban llamadas repetidas por el mismo proceso con el objetivo de poder identificar si existió una inadecuada explicación por parte del profesional que atendía la llamada o, si bien, se producían en ocasiones aisladas. Las llamadas repetidas fueron contadas como únicas sobre la muestra total de llamadas recibidas dado que procedían del mismo trabajador y computaban para la misma consulta, pero sí se contabilizaron en otra variable distinta. Los datos mostraron que, del total de 277 llamadas analizadas, sólo siete de ellas fueron realizadas en varias ocasiones por el mismo profesional y consultando la misma duda, un 2,53%, dato que podría ser indicativo de que las explicaciones proporcionadas por los profesionales especialistas en Enfermería del Trabajo fueron óptimas y permitieron resolver las dudas e inquietudes de los trabajadores/as. Sin embargo, este bajo dato podría explicarse también por otros factores de confusión que quedan fuera de la descripción de esta variable. Si analizamos las categorías profesionales, fueron los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería los que presentaron un mayor número de llamadas repetidas, siendo en total cuatro las llamadas reiteradas. En relación con qué dudas se planteaban en estas llamadas, la más frecuente era por trámites de baja, seguido de la comunicación de síntomas/resultados y la solicitud de información sobre método de proceder, en la misma medida.

Analizando más en profundidad el tipo de seguimiento, los datos mostraron que los casos representaban un 44,40% del total de llamadas computadas en la muestra.

En lo que respecta a los tipos de consulta planteada, se contabilizaron el total de llamadas que se recibieron para cada uno de los tipos de consultas, que se definieron durante la codificación de la variable (Tabla 2).

Como se puede observar en la Tabla 2, el tipo de consulta que computó un mayor número de llamadas fue la correspondiente a "información sobre método de proceder" con un total de 130, frente a "cambio de estado de contacto a no seguimiento" que tan solo computó 2 llamadas. Por otro lado, resultó llamativa para los autores durante la redacción de los resultados, el bajo número de llamadas, un total de seis, relacionadas con dudas sobre la vacunación frente a esta enfermedad.

A continuación, en el Gráfico 2, se muestra la distribución del total de llamadas para la consulta recibida con mayor frecuencia (Tipo 3. Información sobre método de proceder) por cada una de las categorías profesionales analizadas en el presente estudio.

Más en profundidad y respecto a las categorías que computaron un total de llamadas más elevado, se describe a continuación su distribución por los tres tipos de consulta más frecuentes:

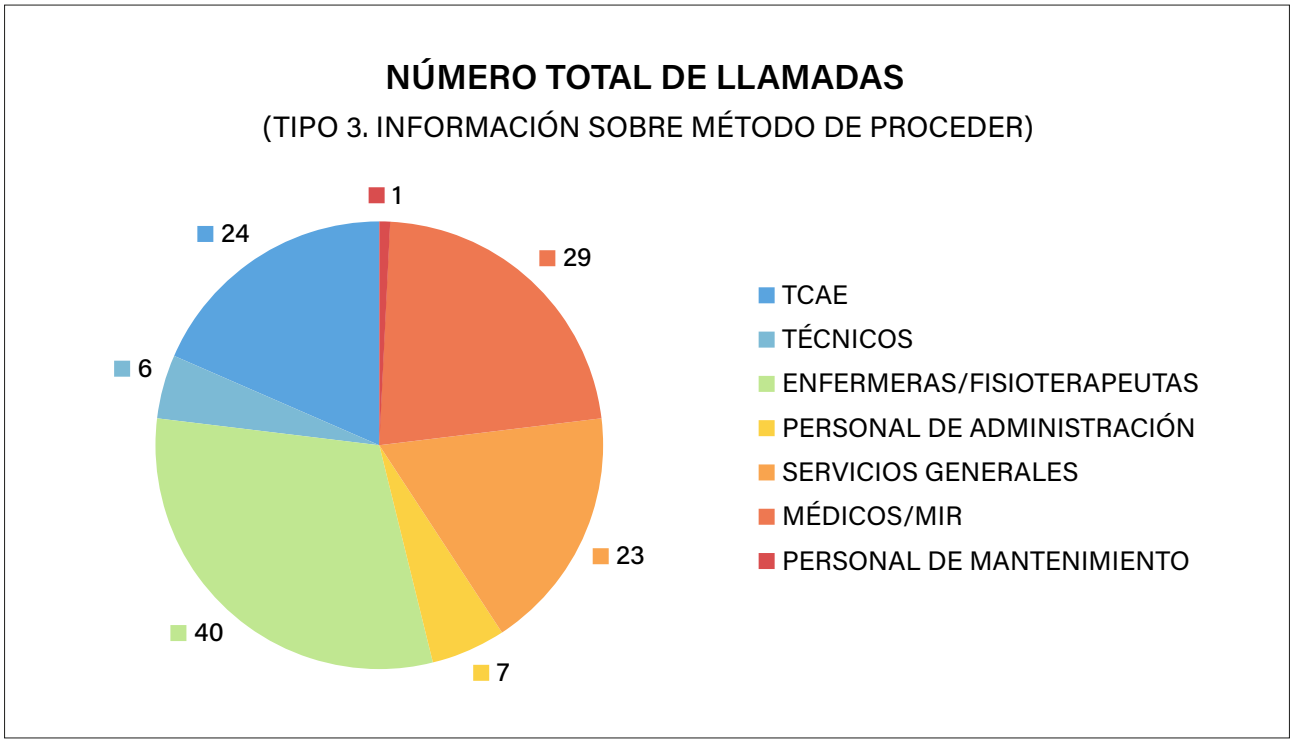
En relación con las categorías de Enfermeras y Fisioterapeutas, las consultas planteadas con mayor frecuencia fueron, por orden descendente, solicitar información sobre el método de proceder, consultar sobre trámites de baja y contactar para comunicar síntomas/resultados con un total de 40, 21 y 14 llamadas totales para cada consulta respectivamente.

Respecto a los médicos especialistas y a los Médicos Internos Residentes (MIR), su consulta más frecuente fue solicitando información sobre el método de proceder con un total de 29 llamadas. En segundo lugar, contactaron para comunicar síntomas/resultados con 11 llamadas y, en tercer lugar, consultaron sobre trámites de baja con 10 llamadas totales.

DISCUSIÓN

En primer lugar, se describió que la asistencia telefónica reflejaba claramente la situación epidemiológica del hospital y también del territorio exterior, dado que el total de llamadas por parte de los trabajadores/as aumentaba considerablemente en los momentos de peor situación epidemiológica.

Gráfico 2. Distribución de llamadas sobre la consulta "Tipo 3. Información sobre método de proceder" según las categorías profesionales.



De igual modo, se identificó que los grupos profesionales de enfermeros/fisioterapeutas, médicos especialistas y médicos internos residentes, los profesionales de servicios generales y los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería fueron los que presentaron mayor volumen de demanda, quizá por su mayor número de representación y distribución entre el total de trabajadores/as que conforman las plantillas del ámbito hospitalario.

Así mismo, el presente estudio presenta la limitación de que durante el proceso de codificación de variables, específicamente para la variable de categoría profesional, se agruparon categorías profesionales distintas pero con un perfil profesional similar bajo la misma nomenclatura, como es el caso de profesionales de Enfermería y Fisioterapia, Servicios Generales, etc., con el objetivo de evitar la existencia de un elevado número de codificaciones para la misma variable, lo cual dificultaría no solo su tratamiento analítico, sino también provocaría la emisión de múltiples resultados pero de escasa relevancia. Dicha decisión fue tomada teniendo en consideración las ventajas y desventajas de este tipo de codificación de variables.

Por último, no se han podido realizar comparaciones de nuestros resultados con los hallazgos obtenidos de otros estudios, dado que la bibliografía al respecto es destacadamente escasa y se basa únicamente en documentos legislativos, protocolos e informes de datos.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos tras la interpretación de los datos permitieron establecer diversas conclusiones específicas para cada uno de los objetivos planteados.

En lo que respecta al tipo de asistencia telefónica realizada, se identificó que fueron los meses de enero y febrero en los que se recibieron un mayor número de llamadas y entre las categorías de Enfermera/Fisioterapeuta y Médicos/MIR. Las consultas que se planteaban con mayor frecuencia respecto al resto coincidían con aquellas situaciones clínico-epidemiológicas que afectaban de forma directa al trabajador, como eran conocer aspectos relacionados con la tramitación de las bajas, comunicar la aparición de síntomas al equipo de Vigilancia de la Salud o informar de resultados de pruebas diagnóstica de infección aguda realizadas en otros centros. También solicitar información sobre el procedimiento que se debe seguir, actualizaciones en el protocolo y dudas sobre el seguimiento específico de cada trabajador en base a la normativa legal y aplicable en la materia.

En relación con uno de los objetivos secundarios, se identificaron áreas de información que son demandadas con mayor frecuencia y sobre las cuales podría ser interesante intervenir de forma específica. Así, se sientan las bases de futuras intervenciones formativas adaptadas a dichas necesidades y orientadas al perfil profesional de cada trabajador.

Finalmente, y debido al tipo de metodología del estudio, no se establecieron relaciones causales entre la categoría profesional y un mayor o menor número de llamadas realizadas, hipótesis que se podrían plantear para investigaciones futuras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19. [Internet]. [Consultado 31 Agosto 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline.
2. Chong DW, Jayaraj VJ, Rampal S, Said MA, Farid NDN, Zaki RA et al. Establishment of a hospital-based health care workers surveillance programme to keep them safe during the COVID-19 pandemic. J Glob Health. 2020;10(2). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33304566/. [Acceso 01/09/2021].
3. Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España. Disponible en: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – Profesionales – Salud Pública – Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) – Alertas en Salud Pública de Actualidad – Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19 – Situación actual – Análisis epidemiológico COVID-19.
4. Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2. Disponible en: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – Profesionales – Salud Pública – Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) – Alertas en Salud Pública de Actualidad – Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19 – Documentos técnicos para profesionales.
5. Procedimiento 23. Información y Formación en Materia de Prevención de Riesgos Laborales. Disponible en: Consejería de Salud y Familias del Servicio Andaluz de Salud – Profesionales – Prevención riesgos laborales – Sistema de gestión – Procedimientos de prevención de riesgos laborales/ Centros asistenciales.
6. Clementino FS, Chaves AEP, Pessoa Júnior JM, Miranda FAN, Medeiros SM, Martiniano CS. Nursing care provided to people with COVID-19: challenges in the performance of the COFEN/CORENS system. Texto Contexto Enferm. 2020;29. Disponible en: https://www.scielo.br/j/tce/a/kLJZqNMz7Myp3dJqy7Pj97j/?lang=en. [Acceso 01/09/2021].
7. COVID-19: Occupational health and safety for health workers. Interim guidance, 2 February 2021. World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/339151, acceso 31 Agosto 2021).

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Camarero Gazapo N, Infantes Guzmán L, Rojas Keim PF, García Perea MD. Enfermería del Trabajo y COVID-19: Análisis descriptivo de la asistencia telefónica al profesional del hospital. Hygia de Enfermería. 2022; 39(2): 87-92

Hygia de Enfermería (2022), vol. 39(2), pp. 93-98 **ORIGINAL**
ISSN: 1576/3056

Violencia de género durante la gestación

Gender violence for pregnancy

Sarai *Ruiz-Herrera*[A], Encarnación Elena *Rincón-Elvira*[B] y Gemma *Álvarez-Centeno*[B]

[A] Enfermera. Diputación de Sevilla (Sevilla).
[B] Enfermera. Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

RESUMEN

Introducción: La violencia de género (VG) afecta a mujeres de todas las edades y clases sociales, aumentando la vulnerabilidad durante el embarazo. Ésta ocasiona importantes consecuencias en la salud de la madre y del feto. La detección de la VG durante el embarazo sigue siendo un reto para los profesionales sanitarios.

Objetivo: Revisar la violencia de género durante la gestación a través de una revisión bibliográfica.

Metodología: Revisión bibliográfica en Lilacs, PubMed, Cochrane Library Plus, Scopus, CINAHL y Medes de la literatura publicada entre 2011-2022 y cuyo objetivo fuese la violencia de género durante la gestación. De los 1773 artículos consultados, se seleccionaron 36 artículos, tras aplicar criterios de inclusión y exclusión, texto completo, español/inglés, publicados entre 2010 y 2022.

Resultados y conclusiones: Algunos autores muestran las características/indicadores de la VG durante la gestación, dándose todos los tipos de maltrato; físico, psicológico y sexual. La gestación es de por si un factor de riesgo. Sus consecuencias son negativas tanto a nivel general como específicas para el feto y la embarazada. Existen factores potenciadores como el abuso de drogas y alcohol, bajo nivel cultural, la dependencia económica, y barreras para su detección como la escasa formación de los profesionales sanitarios, argumentando la importancia un abordaje específico. Otras barreras como estructuras gubernamentales, estigmas sociales, dificultan su detección, siendo vital la Educación para la Salud y la formación de los profesionales, además de implantar protocolos y medidas para el abordaje.

PALABRAS CLAVE

embarazo, violencia de género, salud de la mujer, pareja sentimental

ABSTRACT

Background: Gender-based violence affects women of all ages and social classes, increasing vulnerability during pregnancy. This causes important consequences for the health of the mother and the fetus. Detection of gender violence during pregnancy remains a challenge for health professionals.

Objectives: To investigate gender violence during pregnancy through a review of the scientific literature.

Methods: Bibliographic review in Lilacs, PubMed, Cochrane Library Plus, Scopus, CINAHL and Medes whose objective was gender-based violence during pregnancy. 1773 articles were consulted, 36 articles were selected, after applying inclusion and exclusion criteria, full text, Spanish/English, published between 2010 and 2022.

Results and conclusions: Some authors show the characteristics/indicators of gender-based violence during pregnancy, giving all types of abuse; physical, psychological and sexual. Pregnancy is in itself a risk factor. Its consequences are negative both at a general level and specifically for the fetus and the pregnant woman. There are enhancing factors such as drug and alcohol abuse, low cultural level, economic dependence, and barriers to detection such as poor training of health professionals, arguing the importance of a specific approach. Other barriers such as government structures, social stigmas, make it difficult to detect, being vital the Health Education and the training of professionals, in addition to implementing practice guidelines and measures for the approach.

KEYWORDS

pregnancy, gender-based violence, women's health, intimate partner violence

INTRODUCCIÓN

Gracias de la lucha de diversos colectivos feministas y universitarios, se han realizado avances a nivel legislativos en materia de igualdad y violencia de género, siendo éstos indispensables, pero aún se observa que son insuficientes[1]. La violencia de género abarca atentados contra la integridad física y/o psicológica, la mujer ve quebrantada su salud[1-9]; ésta no es ejecutada sobre la mujer por parte del hombre por un casual, ni por instinto; la superioridad de éste ha sido asumida de forma consciente o inconsciente, imponiendo sus propios criterios y/o decisiones, haciendo uso de cualquier medio, incluyendo la violencia[1]. La Doctora Leonor Walker[10,11] describe el ciclo de la violencia que consta de tres fases: Fase I (acumulación de tensión), Fase II (incidente agudo), Fase III (luna de miel). Al igual que sus madres, los hijos de estas viven dichas situaciones de violencia (fases), padeciendo la misma inseguridad y labilidad emocional[11].

El embarazo no es un factor protector, las mujeres embarazadas desde un 10 a un 61.8% sufren maltrato[12-13], más bien supone un factor de riesgo[14], o incluso aumenta[15]; debe considerarse

FECHA DE RECEPCIÓN: 18/4/2022 FECHA DE ACEPTACIÓN: 15/7/2022

Correspondencia: Sarai Ruiz Herrera
Correo electrónico: saray_ruizluna@hotmail.com

de manera especial debido al riesgo y a la vulnerabilidad[11]. La violencia de género durante la gestación conlleva importantes consecuencias negativas tanto para la salud de las mujeres como para la de los niños, siendo éste un grave problema de salud pública[2-16]. Debe considerarse por ello embarazo de alto riesgo[11]. La violencia de género durante el embarazo es más frecuente que la diabetes gestacional, preeclampsia o defectos del tubo neuronal[9].

Como consecuencia de ello podemos encontrar efectos sobre la salud del embarazo desde abortos, patología gestacional hasta la muerte perinatal y fetal[2-5,11,12].

La dificultad de la separación de la pareja durante el embarazo sería una dificultad sumatoria[5,11,12].

Un total de 1130 mujeres fueron asesinadas en España del 2003 a 9 de febrero de 2022, según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, los últimos estudios realizados por la delegación de gobierno para la violencia de género de España, de éstas 567 fueron en edad reproductiva; los agresores comprendían edades de entre 16 a 70 años, en otras 15 víctimas no se especifica la edad[15]. Según datos de otros países, en 2010, la prevalencia de VG durante la gestación es; en países africanos (3.8 a 13.5%), en países de América Latina (4.1 a 11.1%), en Asia (2 a 5%), mientras que en Dinamarca (1.8%) y un 2% en Australia[3].

Para paliar dicha situación en cualquier nivel social, la prevención apunta ser la forma más efectiva, instruyendo y aumentando la comunicación efectiva además de las relaciones interpersonales entre los géneros, desde la escolarización hasta actividades sociales[17]; la creación de políticas públicas, junto al tratamiento de las consecuencias, además de proporcionales apoyo a las mujeres e hijos que busquen protección[3,4,12].

Para que dicha prevención sea eficaz, los recursos de enfermeras, médicos, trabajadores sociales, grupos de defensa del estado, como policía, y la comunidad académica deben trabajar bien coordinados e integrados para maximizar dichos recursos[5]. Desde el sector sanitario, la atención prenatal también es básica para establecer relaciones de confianza con las mujeres[3, 5,18]. (Ver tabla 1).

El objetivo general ha sido conocer la violencia de género durante la gestación a través de una revisión bibliográfica. Cómo objetivos específicos se marcaron, primero conocer la tipología y características o indicadores, repercusiones de violencia de género durante la gestación que recoja la literatura, segundo buscar los factores potenciadores y las barreras o dificultades para detectar la violencia de género durante la gestación y por último revisar si existen protocolos o medidas de mejora para el abordaje de la violencia de género durante la gestación.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada se centró en un análisis de la literatura científica para recopilar la información sobre la violencia de género durante la gestación.

La localización de los estudios se realizó por medio de búsquedas electrónicas en diferentes bases de datos nacionales (Lilacs, Medes,) e internacionales (PubMed, Scopus, Cochrane Library Plus, CINAHL), utilizando términos DeCS y MeSH.

Tabla 1. Dificultades para identificar la violencia de género por parte de las mujeres.

Miedos (a la respuesta de su pareja, a no ser entendida y ser culpabilizada, a que no se respete la confidencialidad, a no ser capaz de iniciar una nueva vida, a las dificultades económicas, judiciales, sociales, a lo que ocurra con sus hijos…).
Baja autoestima, culpabilización.
Estar viviendo una situación de especial vulnerabilidad
Ser dependiente económicamente. Estar fuera del mercado laboral.
Sentimientos de vergüenza y humillación.
Deseo de proteger a la pareja.
Desconfianza en el sistema sanitario.
Minimización de lo que le ocurre.
Aislamiento y falta de apoyo familiar y social.
Tener incorporados creencias y valores sexistas.
Estar acostumbradas a ocultarlo.
Percepción del maltrato como algo «normal» dentro de la relación.
Bloqueo emocional por trauma físico y psíquico.

Fuente: Ministerio de Sanidad SS e IG de E. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid: Centro de publicaciones; 2012. p. 120[32].

Las palabras claves fueron utilizadas en combinación mediante ecuaciones: "violencia de género" AND embarazo; "violence against women" AND pregnancy; "violence during pregnancy" AND "intimate partner"; "intimate partner" AND violence AND pregnancy; "partner violence" AND "women´s health" AND pregnancy; "pregnant woman" AND violence; Violencia de género embarazo; "violence against women" AND pregnancy; Abused woman AND pregnancy, repitiendo lo mismo en español. Los limitadores utilizados: texto completo, artículos en español e inglés, periodo de tiempo 2010-2022.

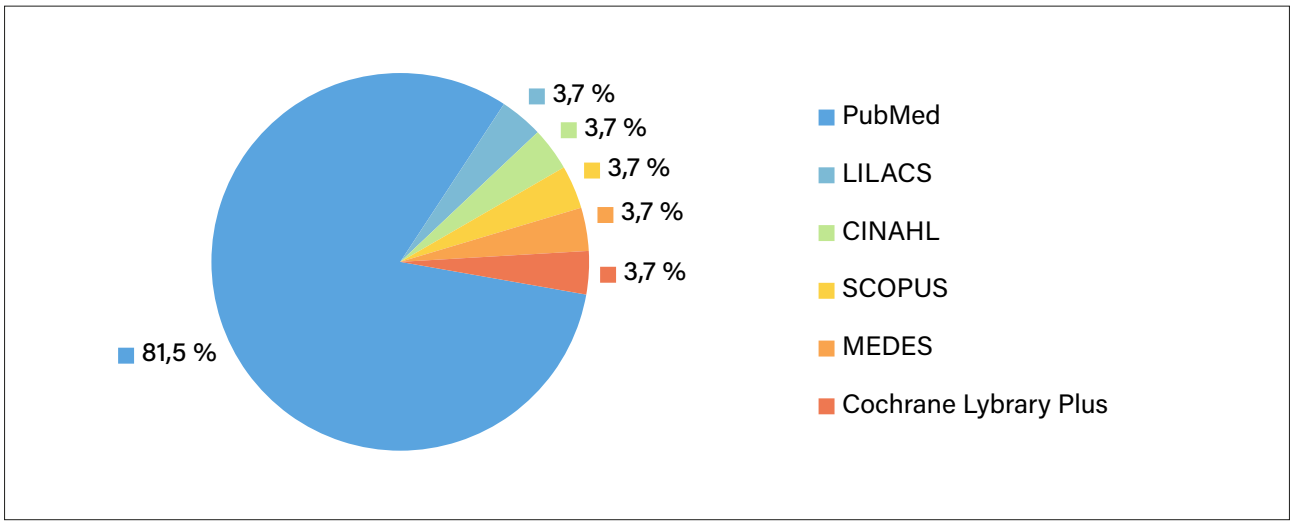
Las bases de datos que fueron utilizadas son PubMed 81%, Cochrane Lybrary Plus 4%, Cinahl 4%, Scopus 4% y Medes 4%; Los tipos de estudios según tipología y características o indicadores de violencia de género durante la gestación resultaron en un 55% fueron transversales, un 14% revisiones bibliográficas, un 18% cualitativas, un 5% comparativos, un 4% ensayos aleatorios y un 4% cohortes prospectivos.

En los gráficos se muestran las bases de datos de procedencia de los artículos consultados (gráfico 1), la tipología de los artículos que tratan sobre sobre características o indicadores de violencia de género en el embarazo (gráfico 2) y la tipología de los artículos que tratan sobre repercusiones de la violencia de género en el feto y la madre (gráfico 3).

RESULTADOS

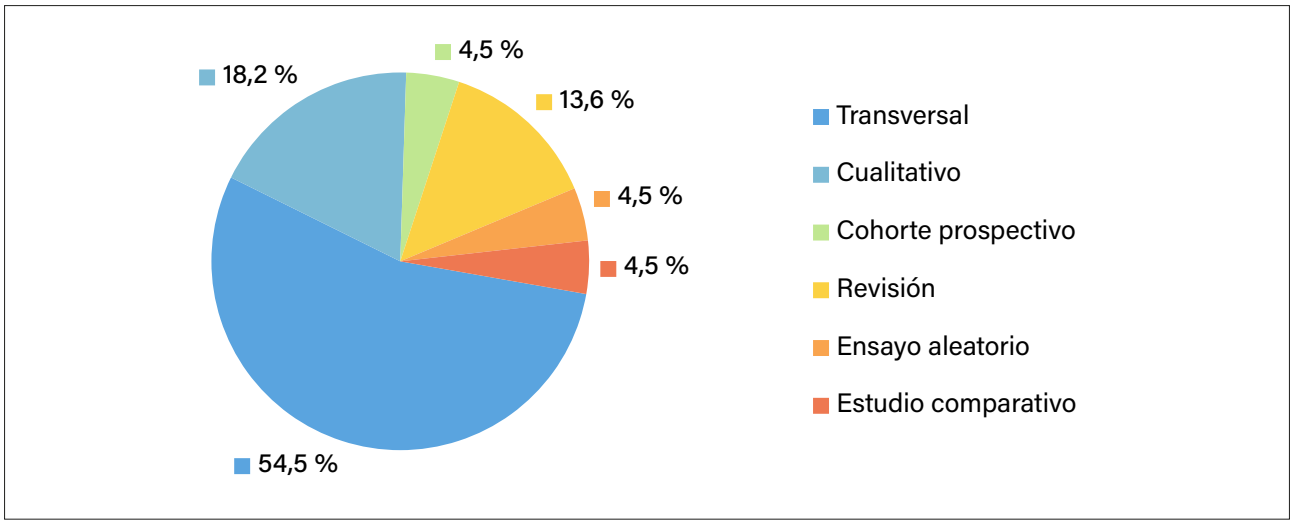
El embarazo es un estado en el que afloran numerosas necesidades y con ello la vulnerabilidad de sufrir VG, no limitándose a un período[19]. La prevalencia de VG en la mujer embarazada va

Gráfico 1. Bases de datos total.



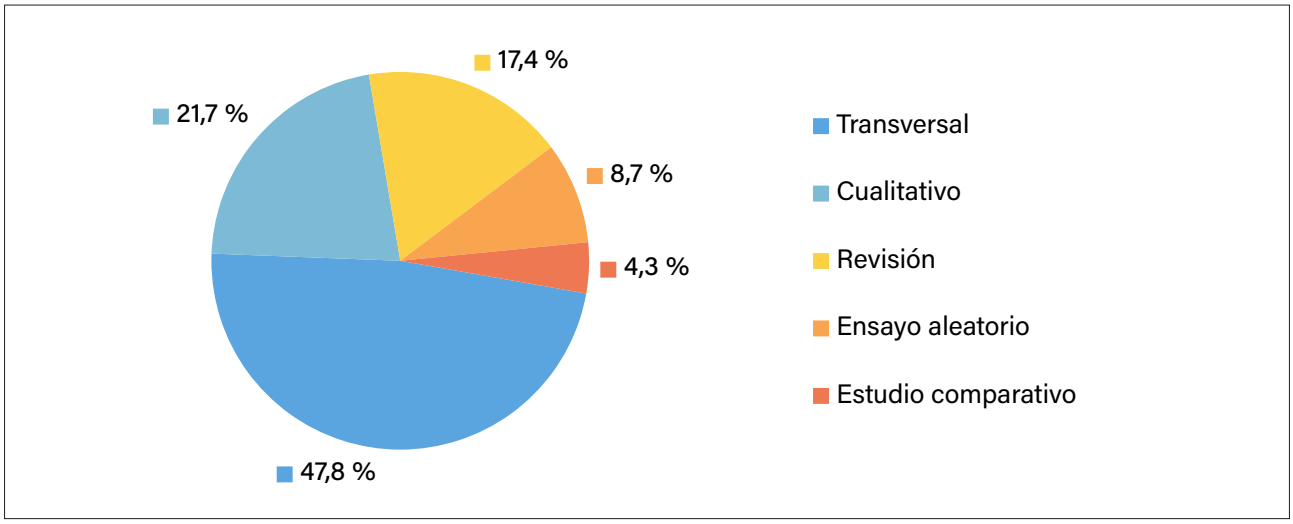
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2. Tipos de estudio según características o indicadores de violencia de género durante la gestación.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3. Tipos de estudio según repercusiones en madre y feto de la violencia de género durante la gestación.



Fuente: Elaboración propia.

desde 1.2% a un 66%[12,19-24], otro autor concluye de forma diferente que 1 de cada 7 mujeres embarazadas lo sufren durante o poco después del embarazo. En países en vías de desarrollo es de un 21% a un 31.5%[5,19-21,23,25,26], y en países desarrollados es de un 3.4 a un 11%[26].

El embarazo no es un factor protector[4], las mujeres embarazadas desde un 10% a un 61.8% sufren maltrato[12-13], supone un factor de riesgo[2,3,4,5,13] o incluso aumenta[15].

Varios autores hacen referencia a tres tipos de violencia; sexual[2,3,5,9,13,27], física[2,3,5,9,13,27] con un 58.4%[14], psicológica/emocional[13] con un 73.3%[14] incluyendo amenazas[25]. La causa de que se obtenga como resultado una menor prevalencia de tipo psicológica, puede ser motivada por influencias culturales y desigualdades de género que dificulten detectarla[12].

Existen resultados obstétricos y perinatales desfavorables como consecuencia de la VG como abortos[2-5,11,12,34], preeclampsia[12, 20, 34], ganancia de peso inadecuada, , amenaza de parto prematuro, parto prematuro, partos prolongados, desgarros obstétricos, cesáreas, hemorragias postparto, infecciones, anemias, recién nacido con bajo peso al nacer, distrés fetal, incluso hasta la muerte neonatal y fetal[2-5,11,12].

Respecto a las características como la edad media a la que las mujeres embarazadas sufren VG es de los 21 hasta los 24 (+/- 10)[5,13,14,23,25,26-29]. La media de hijos se establece de 1 a 2 hijos[21,28], otro autor señala 2.64 hijos[13] y un último de 1 a 4 hijos[14]. Respecto al estado civil, tres autores señalan que presentan mayor riesgo de sufrir VG, mujeres casadas[5,29-31] y un autor indica mujeres solteras[13]. Como consecuencias, recibieron asistencia sanitaria durante el embarazo un 12% y un 5% no la recibió[13]. Cuatro autores indican sobre denuncias, que lo hacen desde un 4% a un 54%[13,22,32], y después de ello algunas realizaron además una interrupción legal del embarazo[13]. Otros autores enuncian que no denuncian[23], en un 54% de los casos; Haciendo referencia a la prevalencia según la religión, varios autores indican que son practicantes musulmanes[13,29], católicas[13,27] y cristianas ortodoxas[14,31].

El uso de drogas ilegales[2,22,25,27,34] además del uso de alcohol[2,21,25,29,33,34] duplican la VG[14,34]; Asocian el consumo de tabaco en un 6%[13,27].

La evidencia muestra como factores potenciadores y/o barreras o dificultades para detectar y un mayor riesgo de sufrir VG en mujeres desempleadas o en paro, amas de casa[5,13,29] o sin ingresos económicos[31]. Aunque señalan un 37% en mujeres trabajadoras[30]. El analfabetismo[5,14,31], nivel básico de educación[5,13,21,25,27,29,33,34] o secundario[28,30] también son determinados como factores de riesgo. Además, una falta de autonomía de tipo reproductivo, cómo la falta de decisión sobre el uso o métodos anticonceptivos[31] y embarazos no deseados[16,21,31]. Según los expertos, la baja o tardía asistencia prenatal nos podría hacer sospechar sobre VG[6,16,25].

El estigma cultural de la violencia de género, el idioma[27,35], factores de tipo cultural y falta de servicios de planificación familiar contribuyen a delimitar la autonomía de las mujeres, la población en general considera la violencia de género un asunto privado, además afectan las estructuras gubernamentales, especificando dicho autor que en Estonia la primera encuesta sobre dicho tema no se realizaron hasta 2011[34], suponiendo todas las anteriores barreras o dificultades para la identificación de ésta[35].

Otro de los principales obstáculos que se encuentran en atención primaria para la detección de la violencia de género en el embarazo es la falta de formación continuada del personal sanitario, o la carga excesiva de trabajo, así como la falta de colaboración por parte de otros profesionales o entidades[37]. La VG en atención prenatal está en menor proporción atendida que otros problemas de salud en la mujer embarazada, como preeclampsia, placenta previa, al considerarse ésta erróneamente menos frecuente[20].

La enfermera especialista obstétrica (matrona) por el contacto más cercano, directo y a la vez la relación de confianza que se crea entre ambas durante la gestación, puede llegar a desempeñar un cometido esencial en la detección[38,27], no sólo con la paciente, sino además con su pareja[20,27]. La matrona puede hacer de eslabón para cooperar en una mayor conciencia de los derechos y apoyos a estas mujeres, en participación con las redes sociales, otros profesionales sanitarios y asistencia social[27].

Van en aumento las recomendaciones a nivel internacional y en Suecia concretamente, de incluir preguntas de rutina sobre la exposición a la violencia de género en las visitas de atención de la salud ya que hace que sea visible, como un problema de salud pública y con ello se muestra la violencia como inaceptable además de que se puede ofrecer apoyo[6,27], además de ser una actuación segura y efectiva como primer paso para la lucha contra la VG, en general. Sin embargo por otro lado, no existe un consenso de cómo lidiar y que medidas deben ser acatadas ante la VG[20].

También se considera como factor relevante para la detección precoz, la implantación de servicios prenatales con protocolos específicos que permitan identificar situaciones de riesgo[14,39]. Como ejemplo de ello, la OMS realiza un estudio para valorar las propiedades psicométricas de los instrumentos, en éste caso cuestionarios que utiliza para valorar la VG durante la gestación[40]. Otro ejemplo sería el protocolo MOVE, el primer ensayo aleatorio utilizado en enfermería sobre la sostenibilidad de cribado de la VG, se lleva a cabo en Australia, donde coexisten fuertes sanciones contra la VG familiar a nivel nacional y estatal[37].

DISCUSIÓN

La limitación principio que ha presentado dicha revisión ha sido encontrar estudios específicos de VG durante la etapa de la gestación. Siendo una barrera la escasez de estudios en España con las dificultades que conlleva la adaptación cultural de estudios de América latina, África, etc . Quizás por falta de especificidad en los distintos estudios, ha sido dificultosos encontrar protocolos y barreras específicos. Además de escasez sobre recomendaciones e intervenciones que se puedan implementar en consulta, ya que en el caso de las gestantes son diversas y variadas, respecto al profesional que le atiende y en el tiempo.

CONCLUSIONES

Según la literatura se recoge que existe una relación estrecha entre las características sociales, económicas, de género, culturales, geográficas, religiosas e individuales para que se dé la VG durante la gestación.

Las repercusiones de la VG durante la gestación tiene consecuencias negativas tanto para el feto como para la madre, afectando a su salud, a nivel físico, social, repercutiendo en la psíquica y/o reproductiva.

Se dan todos los tipos de maltrato: físicos, psíquicos y sexuales.

Hay factores que potencian la violencia de género durante el embarazo, como adiciones o el alcohol, el nivel socio-económico familiar bajo y/o, la dependencia económica o reproductiva.

Las barreras para su detección son el estigma cultural a nivel individual, incluyendo un enraizamiento de ésta en la vida social y aceptación de dicha situación como normal y cotidiana. La capacitación profesional deficitaria y también barreras estructurales gubernamentales.

La EPS figura como factor protector en esta etapa de la vida. Es esencial que exista una adecuada y continuada formación del personal sanitario y no sanitario en la detección de la V.G durante la gestación y abordaje, para así poder garantizar la calidad asistencial.

La literatura refleja la necesidad de considerar la violencia de género, como un problema de salud pública, mejorar e incrementar la relación terapéutica y de confianza de profesionales incluyendo a sanitarios y no sanitarios e implantar protocolos específicos para ello, son algunas de medidas y/o protocolos para el abordaje de la V.G que se proponen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso C, Cacho R, González I, Herrera E, Ramírez J. Guía de buen trato y prevención de la violencia de género. Protocolo de actuación en el ámbito educativo. Junta de Andalucía. 2011. p. 158.
2. Antoniou E. Women's Experiences of Domestic Violence during Pregnancy: A Qualitative Research in Greece. Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep 27;17(19):7069. doi: 10.3390/ijerph17197069. PMID: 32992596; PMCID: PMC7579452.
3. Da Thi Tran T, Murray L, Van Vo T. Intimate partner violence during pregnancy and maternal and child health outcomes: a scoping review of the literature from low-and-middle income countries from 2016 - 2021. BMC Pregnancy Childbirth. 2022 Apr 13;22(1):315. doi: 10.1186/s12884-022-04604-3. PMID: 35418053; PMCID: PMC9006493.
4. Amel Barez M, Babazadeh R, Latifnejad Roudsari R, Mousavi Bazaz M, Mirzaii Najmabadi K. Women's strategies for managing domestic violence during pregnancy: a qualitative study in Iran. Reprod Health. 2022 Mar 2;19(1):58. doi: 10.1186/s12978-021-01276-8. PMID: 35236396; PMCID: PMC8892786.
5. Berhanie E, Gebregziabher D, Berihu H, Gerezgiher A, Kidane G. Intimate partner violence during pregnancy and adverse birth outcomes: a case-control study. Reprod Health. 2019 Feb 25;16(1):22. doi: 10.1186/s12978-019-0670-4. PMID: 30803448; PMCID: PMC6388467.
6. Alhusen J, Ray E, Sharps P BL. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. J Womens Heal. 2015;24(1):100-6.
7. ONU. Declaración sobre la eliminación de la violencia de la mujer [Internet]. Organización de las Naciones Unidas. 85ª sesión plenaria 20 de diciembre de 1993 [citado 26 de junio 2022].
   Disponible en: https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx
8. OMS. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer [Internet]. 239 World Health Organization. [citado 3 de febrero 2022].
   Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/
9. Gómez M.A, Gobernas J, Payá M. Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo. Matronas de Profesión. 2015;16(4):124-30.
10. Bogantes J. Violencia doméstica. Medicina Legal de Costa Rica. Costa Rica; 2008. p. 55-60.
11. Ministerio de Sanidad SS e IG de E. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid: Centro de publicaciones; 2012. p.120-14-18-26-28-36-37-45.
12. Ruiz I, Aguera C. (2020) Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. 3ª edición electrónica. SEVILLA. 129 p. URL: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Protocolo_Andaluz_para_Actuacion_ Sanitaria_2020.pdf
13. Pereira E, Ludemir A, Velho T AS. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. Rev Saude Publica [Internet]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2011 Dec;45(6):1044-53.
   Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003489102011000600006&script=sci_arttext&tlng=en
14. Idoko P, Ogbe E, Jallow O, Ocheke A. Burden of intimate partner violence in The Gambia - a cross sectional study of pregnant women. Reprod Health. 2015;12(1):1-7.
15. Ministerio de igualdad. Gobierno de España. Secretaria de estado de igualdad y contra la violencia de género. [Internet]Portal Estadístico. Delegación de Gobierno contra la violencia de género. Madrid [citado el 9 de febrero de 2022] Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/VMortales_25012022_Act2021.pdf // http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/
16. Semahegn A, Belachew T AM. Domestic violence and its predictors among married women in reproductive age in Fagitalekoma Woreda, Awi zone, Amhara regional state, North Western Ethiopia. Reprod Health. 2013;10:63.
17. Alhusen J, Bullock L, Sharps P, Schminkey D, Comstock E CJ. Intimate Partner Violence During Pregnancy and Adverse Neonatal Outcomes in Low-Income Women. J Womens Heal. 2014;23(11):920-6.
18. OMS | Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es "un problema de salud global de proporciones epidémicas" [Internet]. World Health Organization. Ginebra; 2013 [citado 26 de junio 2022].
   Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/20-06-2013-violence-against-women-a-global-health-problem-of-epidemic-proportions-

19. Alhusen J RD. Pregnant Mothers' Perceptions of how Intimate Partner Violence affects Their Unborn Children. JOGNN. 2015;44(2):210-7.
20. Van A-s , Verhamme A, Temmerman M VH. Intimate Partner Violence and Pregnancy: A Systematic Review of Interventions. PLoS One. 2014;9(1):1-10.
21. Sanchez S, Alva A, Diez G, Qiu C, Yanez D, Gelaye B WM. Risk of Spontaneous Preterm Birth in Relation to Maternal Exposure to Intimate Partner Violence During Pregnancy in Peru. Matern Child Heal J. 2013;17(3):485-92.
22. Finnbogadóttir H, Dykes A.K WK. Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden. BMC Womens Health. 2014;14(63):42-8.
23. Lettiere A, Spanó A BD. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. Acta Paul Enferm. 2012;25(4):524-9.
24. Urquia ML, O'Campo PJ, Heaman MI, Janssen PA TK. Experiences of violence before and during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: An analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey. BMC Pregnancy Childbirth. 2011;11:42.
25. Almeida C.P, Cunha F.F, Pires E.P SE. Common mental disorders in pregnancy in the context of interpartner violence. J Psychiatr Ment Heal Nurs. 2013;20(5):419-25.
26. Bessa MMM, Drezett J, Rolim M, Abreu LC de. Violence against women during pregnancy: sistematized revision. Reprodução Clim. Elsevier; 2014 May 1;29(2):71-9.
27. Byrskog U, Olsson P EB y AM-K. Being a bridge: Swedish antenatal care midwives' encounters with Somali-born women and questions of violence; a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;16(15):1.
28. Johri M, Morales RE, Boivin JF, Samayoa BE, Hoch JS GC et al. Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2011;11:49.
29. Tavoli Z, Tavoli A, Amirpour R, Hosseini R MA. Quality of life in women who were exposed to domestic violence during pregnancy. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16(19).
30. Das S, Bapat U, Shah N, Alcock G, Joshi W, Pantvaidya S and OD. Intimate partner violence against women during and after pregnancy: a cross-sectional study in Mumbai slums. BMC Public Health. 2013;13:817.
31. Mahenge B, Likindikoki S, Stöckl H MJ. Intimate partner violence during pregnancy and associated mental health symptoms among pregnant women in Tanzania: a cross-sectional study. BJOG. 2013;120(8):940-7.
32. Malaju MT AG. Women's expectation of partner's violence on HIV disclosure for prevention of mother to child transmission of HIV in North West Ethiopia. BMC Res Notes. 2013;6:96.
33. Koen N, Wyatt GE, Williams JK, Zhang M, Myer L, Zar HJ SD. Intimate partner violence: associations with low infant birthweight in a South African birth cohort. Metab Brain Dis. 2014;29(2):281-99.
34. Laanpere M, Ringmets I, Part K KH. Intimate partner violence and sexual health outcomes: a population-based study among 16-44-year-old women in Estonia. Eur J Public Heal. 2012;23(4):688-93.
35. Salazar M SSM. Violence against women and unintended pregnancies in Nicaragua: a population-based multilevel study. BMC Womens Health. 2014;14:26.
36. Ministerio de igualdad. Secretaria de estado de igualdad y contra la violencia de género. [Internet]Portal Estadístico. Delegación de Gobierno contra la violencia de género. Madrid [citado el 9 de febrero de 2022]
37. Taft AJ, Small R, Humphreys C, Hegarty K, Walter R, Adams C AP. Enhanced maternal and child health nurse care for women experiencing intimate partner/family violence: protocol for MOVE, a cluster randomised trial of screening and referral in primary health care. BMC Public Health. 2012;12:811.
38. Gómez M.A, Goberna J PM. Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo. Matronas Profesión. 2015;16(4):124-30.
39. Koch E, Chireau M, Pliego F, Stanford J, Haddad S, Calhoun B, Aracena P, Bravo M, Gatica S TJ. Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violence against women and maternal deaths: a natural experiment in 32 Mexican states. BMJ Open. 2015;5(2).
40. Ribeiro, M. R. C., de Britto, M. T. S. S., Batista, R. F. L., Ribeiro, C. C. C., Schraiber, L. B., Barbieri MA et al. Confirmatory Factor Analysis of the WHO Violence Against Women Instrument in Pregnant Women: Results from the BRISA Prenatal Cohort. PLoS One. 2014;9(12): e11.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ruiz-Herrera S, Rincón-Elvira EE, Álvarez-Centeno G. Violencia de género durante la gestación. Hygia de Enfermería. 2022; 39(2): 87-98

Hygia de Enfermería (2022), vol. 39(2), pp. 99-102 **REVISIÓN**
ISSN: 1576/3056

Enfermería transcultural en los servicios de urgencias

Transcultural nursing in emergency services

Isabel *Gil Jiménez*[A], Beatriz *González Carmona*[A] y Sergio *Ramos Román*[B]

[A] Enfermera. Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).
[B] Enfermero. Residencia Grandes Dependientes Santa Ana (Sevilla).

RESUMEN

Introducción: En España la población inmigrante ha crecido desde los años 90, hecho que trae consigo la aparición de numerosos documentos que les facilita tanto el acceso como el uso del sistema sanitario, como el "III Plan Integral para la inmigración en Andalucía", así como numerosas teorías y modelos que hablan sobre la competencia cultural en los profesionales sanitarios.

Objetivo: Analizar las competencias culturales del colectivo de enfermería en urgencias.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de SCOPUS, CINAHL, DIALNET, CUIDEN y PUBMED mediante estrategias de búsqueda con diferentes criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Se encontraron un total de 267 artículos y se utilizaron 15 para determinar los resultados del estudio.

Conclusiones: El personal de enfermería de los servicios de urgencias no poseen la competencia cultural, es por ello que se hace necesario trabajar este ámbito desde la Universidad para que los estudiantes tomen conciencia de la importancia de esta competencia.

PALABRAS CLAVE

inmigración, inmigrantes, competencia cultural, urgencias, enfermería

ABSTRACT

Introduction: In Spain the immigrant population has grown since the years 90, a fact that brings with it the appearance of many documents that facilitates them both the access and the use of the sanitary system, as the "III Plan Integral para la inmigración en Andalucía", as well as numerous theories and models that talk about cultural competence in health professionals.

Objective: Analyze cultural competencies in emergency nurses.

Methodology: A bibliographical search was carried out in the databases of SCOPUS, CINAHL, DIALNET, CUIDEN and PUBMED through search strategies with different inclusion and exclusion criteria.

Results: A total of 267 articles were found and 15 were used to determine the resultsof the study.

Conclusions: The nursing staff of the emergency services do not have the cultural competence, that is why it is necessary to work this area from the university so that the students become aware of the importance of this competence.

KEYWORDS

immigration, immigrants, cultural competence, emergencies, nursing

INTRODUCCIÓN

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el número de personas extranjeras empadronadas en España era de 5.440.148 (datos provisionales del padrón de habitantes a 1 de enero de 2021).

Al igual que en el resto de España, el crecimiento de la población inmigrante ha sido exponencial hasta la aparición de la crisis, apreciándose desde entonces un descenso hasta el día de hoy. A pesar de ello, Andalucía es la cuarta comunidad autónoma que cuenta con la mayor proporción del total de población extranjera que reside en el país. Siendo la mayoría procedentes de Europa y de Iberoamérica[1].

Este hecho y su evolución a lo largo de los años trae consigo un aumento de la diversidad cultural en la sociedad, apareciendo otras visiones, costumbres, valores, creencias y visión del mundo, de la vida, de la muerte y del proceso salud-enfermedad, lo que influye sobre todo al ámbito de la educación y la sanidad[2,3].

El uso de los servicios de urgencias hospitalarios se ha visto aumentado en los últimos 10 años, si a ello le añadimos el problema idiomático y los prejuicios de la sociedad que sufre la población inmigrante, el acceso a los servicios sanitarios por parte de esta población se ve limitado, por lo que nos encontramos ante un reto para los profesionales sanitarios[3].

FECHA DE RECEPCIÓN: 3/3/2020 FECHA DE ACEPTACIÓN: 18/4/2022

Correspondencia: Isabel Gil Jiménez
Correo electrónico: isgil94@gmail.com

Por otro lado, existen modelos enfermeros que tratan la transculturalidad, pero en España, no se utilizan e incluso se desconocen, además, los únicos que pueden llegar a conocer estos modelos y hablan sobre ellos suelen ser los profesionales que no trabajan en el ámbito asistencial, los cuales apenas están en contacto con la actualidad de la profesión. La bibliografía es escasa, en las bases de datos españolas solo pueden destacar algunos modelos como los de Leininger, Purnell y el de Rachel Spector. A esto hay que añadir que en esta bibliografía no aparece cómo se aplican estos modelos a la práctica y el resultado que se obtiene de ellos, es decir, son sólo teóricos.

Debido a esto es necesario conocer y entender el uso que la población inmigrante realiza de los servicios sanitarios, concretamente los de urgencias, para que el personal de enfermería adquiera las competencias culturales específicas en relación a mejorar la calidad asistencial de este sector[4].

Es por ello que se plantean los siguientes objetivos:

- Analizar las competencias culturales del colectivo de enfermería en urgencias.
- Conocer el uso que realiza la población inmigrante de estos servicios.
- Identificar las barreras que encuentran los inmigrantes a la hora de acudir a los servicios de urgencias.
- Determinar medidas que solventen dichas barreras y dificultades.

METODOLOGIA

El estudio se ha basado en una revisión bibliográfica de artículos encontrados en las bases de datos: CUIDEN, CINAHL, PUBMED, DIALNET y SCOPUS. Se han revisado un total de 15 artículos encontrados con estrategias de búsqueda como las siguientes: "nursing" AND "cultural competency", "immigration" OR "immigrants" AND "emergencies". Con diferentes criterios de inclusión como el idioma (español e inglés), la fecha de publicación (2010-2020), textos que tratan sobre el tema de estudio, el ámbito (servicios de urgencias) y acceso al texto completo.

RESULTADOS

Para dar respuesta a los objetivos citados se han analizado los documentos detalladamente.

Algunos resultados establecen que las minorías étnicas son las culpables de la conflictividad social y un 80% relacionan la inmigración con la delincuencia .Este tipo de prejuicios dificulta la integración de los inmigrantes debido a que influyen en la opinión de las enfermeras[2].

Por otro lado, las dificultades que encuentran los sanitarios a la hora de atender a la población inmigrante son: el idioma, falta de formación multicultural y falta de apoyo del sistema sanitario. Por tanto, es necesario aplicar políticas que faciliten traductores o mediadores culturales. Además, el colectivo inmigrante tiene otras preferencias antes que su salud, por lo que suelen acudir al hospital cuando la enfermedad está avanzada. No realizan una continuidad asistencial ni prevención[5], es por ello que la población inmigrante realiza un menor uso de los servicios sanitarios que la población autóctona, mientras que los profesionales perciben lo contrario[6].

Sin embargo en otras investigaciones se concluye todo lo contrario, que utilizan más los servicios de urgencias, pudiendo deberse a ser la principal vía de acceso a la sanidad, falta de conocimiento del sistema sanitario, condiciones laborales, situación de irregularidad, etc[7].

En cuanto a las barreras que encuentran los inmigrantes suelen ser la lingüística y cultural, miedo a ser deportados y discriminación por parte de los profesionales. La actitud de los profesionales hacia la diversidad cultural es bastante positiva, son conscientes de sus limitaciones y actitudes, pero desean ser competentes culturalmente[7].

En cuanto al conocimiento sanitario de la transculturalidad, a pesar de que los estudiantes buscan formas creativas de comunicarse con pacientes de diferentes culturas (comunicación no verbal, intérpretes, gestos), les falta herramientas y confianza en la atención multicultural. Los programas de enfermería deben abordar este problema para que los enfermeros adquieran esta competencia cultural[8].

Respecto a las competencias culturales del colectivo enfermero

En relación a los antecedentes descritos en el marco teórico, la enfermería transcultural es un concepto que apareció años atrás y que ha cobrado cada vez más importancia con el paso del tiempo. Desde los años 50 se conoce y se debe implementar en los profesionales sanitarios la competencia cultural, sin embargo, tras la revisión de bibliografía, no se ha encontrado evidencia sobre que los profesionales sanitarios sean culturalmente competentes, probablemente por varios motivos, entre ellos la existencia de estereotipos y prejuicios hacia la población inmigrante, la problemática del idioma, la falta de apoyo del sistema sanitario y la propia afirmación de los profesionales de estar poco formados en el tema[5,7,9,11].

A pesar de ello, la actitud de los profesionales, en general, es positiva, con lo que están dispuestos a adquirir dicha competencia[12]. Sin embargo, otros estudios apuntan que hay cierto colectivo sanitario con actitud negativa, ello es debido a que piensan que la competencia cultural y la integración es un problema que debe resolver la población inmigrante y no el profesional, además, de que piensan que la llegada de inmigrantes supone un aumento de la delincuencia[9].

Por otro lado, en una revisión se afirma que las teorías que hablan sobre la competencia cultural son poco prácticas en la actualidad[4].

Otro aspecto apuntado, es la falta de herramientas para medir la competencia cultural en los profesionales. Realmente no se puede saber si un profesional es culturalmente competente mientras no haya instrumentos que lo certifiquen[13].

Otros autores plantean este problema en las facultades de enfermería para que los profesionales lleguen al mercado laboral con dicha competencia ya adquirida, e implementar suficientes mediadores culturales en los centros sanitarios[8,9,10].

Respecto al uso que realiza la población inmigrante de los servicios de urgencias

Según los resultados obtenidos, en general, no se observan diferencias en cuanto al uso y frecuentación de los servicios

sanitarios y de urgencias entre la población inmigrante y la autóctona en nuestro país[3,16].

A pesar de ello, otros estudios establecen que los inmigrantes acuden más a los servicios de urgencias que al resto de servicios sanitarios en comparación con el resto de la población[7,17], lo cual puede corresponderse con la percepción que tienen los profesionales de una hiperfrecuentación de estos servicios[3].

Esto puede ser debido a la utilización de los servicios de urgencias como único acceso a los servicios sanitarios por la desinformación que existe entre los inmigrantes[7].

Además, acuden cuando la enfermedad se encuentra en un estado avanzado, justificándose por tener otra prioridades, tales como la vivienda o el trabajo (muchos de ellos acuden a urgencias al ser la única vía de acceso debido a las extensas jornadas laborales), o incluso otros prefieren la medicina curativa[5,7,15].

Respecto a las barreras que encuentran los inmigrantes al acceder a los servicios de urgencias

Acerca de las barreras, la lingüística es la más destacada en todos los estudios. Los profesionales la consideran primordial para la competencia cultural, de esta forma, las consultas serían más fáciles y no requerirían tanto tiempo, así como las pautas y tratamientos necesarios serían más llevaderos para los pacientes[9,11]. A esta hay que añadir los miedos que presenta este tipo de población, tanto a ser deportados como a ser discriminados por la existencia de prejuicios y estereotipos respecto a este colectivo, que siguen existiendo[7].

Cabe añadir que el entramado administrativo que se requiere para acceder a otro tipo de servicios sanitarios puede limitar el acceso de los inmigrantes[5,15].

Respecto a medidas y estrategias que solventen dichas barreras y dificultades

Según el "Plan Integral para la inmigración en Andalucía" una de las medidas a aplicar en esta comunidad es la de fomentar el conocimiento de la diversidad cultural en los profesionales sanitarios, así como mejorar el acceso de los inmigrantes en estos servicios y facilitar la información en diferentes idiomas. Algunas medidas más se llevan a cabo, sin embargo es escasa la bibliografía referente a promover medidas y soluciones respecto a este colectivo, o no ha sido eficaz[14].

Algunos autores establecen, por tanto, que en las facultades de enfermería se hace estrictamente necesario, y ya son algunas las que pretenden promover esta competencia, tratar este tema y enseñar la multiculturalidad como una asignatura más, así, al tratarse de raíz, se solventaría este problema que aún sigue vigente a pesar de la actitud positiva de la mayoría de los profesionales[8].

Limitaciones del estudio

La limitación principal encontrada es la del hecho de que hay poca información actual respecto a la competencia cultural de los profesionales sanitarios, al ser un tema que aún está poco trabajado a pesar de la importancia que tiene. La extracción de información se ha realizado de manera individual, lo que puede empobrecer el estudio.

El acceso a las bases de datos ha estado restringido, ya que sólo se ha accedido a una parte de las bases de datos bibliográficas. A ello hay que sumarle que se han aplicado filtros en ellas a la hora de realizar las búsquedas, tales como los años de publicación de los estudios, así como del idioma.

CONCLUSIONES

Las conclusiones de este estudio son las siguientes:

- Se hace evidente que, en general, el personal de enfermería que trabaja tanto en los servicios de urgencias como en otros servicios, no tienen las competencias necesarias culturales para atender a la población inmigrante, sin embargo, se hace evidente el deseo de adquirir dicha competencia.
- Respecto al uso de los servicios de urgencias por parte de la población inmigrante hay controversia. Unos estudios establecen que existe una mayor demanda al ser la única vía de acceso a los servicios sanitarios, lo que hace pensar a los profesionales que acuden más frecuentemente que la población autóctona, saturando este servicio, siendo la principal barrera de acceso la lingüística. Sin embargo, en otras publicaciones no existen diferencias de uso entre una población y otra.
- Es necesario que los estudiantes de enfermería se les enseñe en la Universidad herramientas y habilidades para adquirir la competencia cultural.

Finalmente, a modo de conclusión general, se establece que la competencia cultural en la actualidad es un tema de vital importancia que apenas se ha trabajado en los últimos años, a pesar del crecimiento de la población inmigrante, es por ello que las facultades de enfermería deberían tomar las riendas del asunto e incluir en los planes de estudio de grado este ámbito para evitar los problemas ya citados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones (OPAM). Informe Bienal OPAM 2019. 2019;1-80.
2. Plaza del Pino FJ. Prejuicios de las enfermeras hacia la población inmigrante: Una mirada desde el Sur de España. Enferm Glob. 2012;11(3):87-96.
3. Fuertes C., Trujillo E., Pinillos M.A., Balanzó X., Miró Ò., Burillo-Putze G.. La atención a la diversidad en urgencias. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2010 [citado 2018 Ene 15] ; 33(Suppl 1): 149-161. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137- 66272010000200016&lng=es
4. Castrillón Chamadoira E. La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. Cultura de los Cuidados (2015), 19, 42. Disponible en: http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.11>
5. Majdoubi Hajji;Getino Canseco M. La Interculturalidad y las dificultades que se generan al proporcionar cuidados enfermeros. Paraninfo Digit [Internet]. 2014;21. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n21/045.php

6. Hernández Almagro FJ, Guillén Torres C, Navarro Montoya I, Lorente Hernández A, Palazón Galera E, Molina Carrillo E. El inmigrante en el sistema sanitario español. Rev Paraninfo Digital, 2015; 22. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/084.php>
7. Olena Petryshyna A, Villafáfila Quintana C, Irene Fernández Morales M. Título Enfermería transcultural: atención inmigrantes en urgencias. España [Internet]. 2015;(12). Disponible en: http://www.index-f.com/para/n22/067.php
8. Jirwe M, Gerrish K, Emami A. Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2010;24(3):436-444.
9. Rodríguez Cruz, Lisseth Dolores; Zabala Jauregialtzo, Aranztazu. Actitud ante la inmigración de los profesionales enfermeros de Atención Primaria de siete Zonas Básicas de Salud del Área de Salud de Pamplona. Rev Paraninfo Digital, 2012; 16. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n16/229d.php>
10. Plaza del Pino, Fernando Jesús; Veiga del Pino, Margarita. Como mejorar el medio hospitalario. Hablan los pacientes musulmanes. Enfermería Comunitaria (rev. digital) 2019, v.13. Disponible en http://0www.indexf.com.fama.us.es/comunitaria/v13/e09746.php
11. Arreciado Rodríguez, María del Carmen; Badanta Romero, Bárbara; Soto Ferrera, Manuel; de Diego Cordero, Rocío. Enfermería Transcultural: un nuevo reto de los Cuidados. Enfermería Comunitaria (rev. digital) 2018, 12(1). Disponible en: http://0- www.index-f.com.fama.us.es/comunitaria/v12n1/ec10396.php
12. Álvarez Baza M del C. La diversidad cultural. Una realidad en las unidades de alto riesgo. Rev Cient HYGIA Enfermería. 2014;85:27-36.
13. Loftin C, Hartin V, Branson M, Reyes H. Measures of cultural competence in nurses: An integrative review. Sci World J. 2013;2013.
14. Kessler RA, Coates WC, Chanmugam A, Druck J. Twelve Years Since Importance of Cross-Cultural Competency Recognized: Where Are We Now? WestJ Emerg Med [Internet]. 2017;XVIII(2):223-8. Disponible en: http://escholarship.org/uc/uciem_westjem
15. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Albar-Marín M. J, García-Ramírez M. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. Gac Sanit [Internet]. 2020;29(4):244- 51. Disponible en: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021391111500062X
16. López Rillo N, Epelde F. Valoración del uso que hace la población inmigrante de un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias. 2019;22(2):109-12.
17. Muñoz de Bustillo R, Antón JI. Utilización de los servicios públicos de salud por parte de la población inmigrante latinoamericana en España. Salud Publica Mex. 2010;52(4):357-63.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Gil Jiménez I, González Carmona B, Ramos Román S. Enfermería transcultural en los servicios de urgencias. Hygia de Enfermería. 2022; 39(2): 99-102

Hygia de Enfermería (2022), vol. 39(2), pp. 103-108 **REVISIÓN**
ISSN: 1576/3056

Detección de la violencia de género por la enfermera de atención primaria

Detection of gender violence by the primary care nurse

Noelia *Lozano Muñoz*[A] y María del Carmen *Sánchez Velázquez*[B]

[A] Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Navalmoral de la Mata (Cáceres).
[B] Enfermera de atención primaria. Centro de Salud de Navalmoral de la Mata (Cáceres).

RESUMEN

La violencia, por el número de víctimas y la magnitud de las secuelas que produce, se ha convertido en un problema de salud pública de carácter endémico. La violencia emerge en situaciones humanas donde existen interacciones y comportamientos violentos y abusos, resultado de alteraciones de la vinculación o apego que se traducen en trastornos de la empatía. Según la Organización de Naciones Unidas, la Violencia doméstica causa tantas víctimas mortales y minusvalías en mujeres en edad fértil como el cáncer y más que los accidentes de tráfico y la malaria juntos. La frecuencia del maltrato es comparable a la de enfermedades tan frecuentes como la hipertensión o el cáncer de mama.

Con este estudio se pretende conocer si el personal de enfermería cuenta con la formación suficiente para una correcta detección y abordaje de la violencia de género de forma temprana. Para responder a este objetivo se llevó a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, donde tras sucesivos cribados se hace uso de un total de veintisiete artículos en los que se pone de manifiesto la capacitación con la que cuenta el personal de enfermería así como la necesidad de implantación de protocolos para una correcta detección y abordaje de la violencia de género en atención primaria. Además, podemos visualizar cómo la mayor parte de casos de violencia machista son detectados por el médico de atención primaria a través de síntomas inespecíficos o somatizaciones, y en pocas ocasiones verbalizándolo de forma directa.

PALABRAS CLAVE

atención primaria de salud, enfermeras, enfermeros, violencia de género

ABSTRACT

Due to the number of victims and the magnitude of the consequences it produces, violence has become an endemic public health problem. Violence emerges in human situations where there are interactions and violent behaviors and abuses, the result of alterations in bonding or attachment that translate into disorders of empathy. According to the United Nations Organization, domestic violence causes as many fatalities and disabilities in women of childbearing age as cancer and more than traffic accidents and malaria combined. The frequency of abuse is comparable to that of diseases as frequent as hypertension or breast cancer.

This study aims to find out if the nursing staff has sufficient training to correctly detect and address gender-based violence early. In order to respond to this objective, a bibliographic review was carried out in different databases, where after successive screenings a total of seventeen articles were used in which the training of the nursing staff as well as the the need to implement protocols for a correct detection and approach to gender-based violence in primary care. In addition, we can see how most cases of sexist violence are detected by the primary care doctor through non-specific symptoms or somatizations, and on few occasions verbalizing it directly.

KEYWORDS

gender-based violence, nurses, primary health care

INTRODUCCIÓN

La violencia es aquella conducta que se realiza de manera consciente y adrede para generar algún tipo de daño a la víctima. Con origen en el latín violentĭa, la violencia puede buscar dañar física o emocionalmente. Género, por su parte, es un concepto con varios usos. En esta oportunidad nos interesa destacar su significado como el grupo de seres que comparten ciertas características. La violencia de género, por lo tanto, es la ejercida de un sexo hacia otro. La noción, por lo general, nombra a la violencia contra la mujer (es decir, los casos en los que la víctima pertenece al género femenino). En este sentido, también se utilizan las nociones de violencia doméstica, violencia de pareja y violencia machista. En concreto podemos establecer que existen tres tipos claramente diferenciados de lo que es la violencia de género. Así, en primer lugar, se encuentra la llamada violencia física que es aquella en la que la mujer es víctima de malos tratos que dejan huellas en su aspecto. Este sería el caso de golpes, empujones, patadas, mordiscos o todos aquellos que son causados por el agresor al hacer uso de sus manos o de objetos como pueden ser armas blancas. En segundo lugar, está la conocida como violencia de género psicológica. Esta es la que tiene lugar cuando el

FECHA DE RECEPCIÓN: 25/1/2022 FECHA DE ACEPTACIÓN: 29/4/2022

Correspondencia: Noelia Lozano Muñoz
Correo electrónico: noeliamurci@gmail.com

Tabla 1. Descriptores de Ciencias de la Salud utilizados.

DeCS	DeCS en Inglés	Definición
ENFERMERAS ENFERMEROS	NURSES	Profesionales calificados graduados de una escuela acreditada de enfermería y por el paso de un examen nacional de concesión de licencias para la práctica de enfermería. Ellos proporcionan servicios a los pacientes en la recuperación o el mantenimiento de su salud física o mental.
VIOLENCIA DE GÉNERO	GENDER-BASED VIOLENCE	Profesionales calificados graduados de una escuela acreditada de enfermería y por el paso de un examen nacional de concesión de licencias para la práctica de enfermería. Ellos proporcionan servicios a los pacientes en la recuperación o el mantenimiento de su salud física o mental.
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	PRIMARY HEALTH CARE	Cuidados que proporcionan manutención básica de la salud, servicios terapéuticos y coordenación de todas las necesidades y servicios comunitarios.

Fuente: Elaboración propia.

hombre ataca a la mujer mediante insultos, humillaciones, desprecios o amenazas. De esta manera, la víctima es fruto de una manipulación que se traduce en que ella se sienta despreciada, indefensa e incluso culpable de las reacciones de su pareja. En este sentido, hay que exponer que dentro de este tipo de violencia no física podemos encontrar a su vez dos clases claramente diferenciadas. Así, está la económica que es aquella que se caracteriza porque el hombre intenta que la fémina no tenga acceso al trabajo o al dinero familiar para que así dependa de él. Y luego está la social que es la que utiliza el agresor para que su víctima se aísle de su entorno y no tenga contactos con nadie que pueda abrirle los ojos y ver la situación en la que se encuentra. En tercer lugar, además de la violencia de género física y psicológica, está la sexual. En este caso, el hombre utiliza la coacción o a la amenaza para establecer relaciones sexuales no deseadas por la mujer. La violencia de género, de todas formas, incluiría en su sentido más amplio al maltrato físico y emocional que una mujer puede desplegar contra un hombre. La idea, en cambio, no contemplaría los comportamientos violentos entre personas del mismo sexo. Como la violencia contra la mujer es un problema histórico y cultural, ciertas legislaciones contemplan una discriminación positiva respecto a este género, ya que se la protege sobre el hombre. Hay casos donde, incluso, la violencia que ejerce una mujer sobre un hombre no es delito. La violencia, por el número de víctimas y la magnitud de las secuelas que produce, se ha convertido en un problema de salud pública de carácter endémico. La violencia emerge en situaciones humanas donde existen interacciones y comportamientos violentos y abusos, resultado de alteraciones de la vinculación o apego que se traducen en trastornos de la empatía[1]. Para la Organización de Naciones Unidas la Violencia doméstica causa tantas víctimas mortales y minusvalías en mujeres en edad fértil como el cáncer y más que los accidentes de tráfico y la malaria juntos. La frecuencia del maltrato es comparable a la de enfermedades tan frecuentes como la hipertensión o el cáncer de mama. Supone un problema socio sanitario de enorme trascendencia por el daño y la extensión que produce en sus víctimas, tanto física como psíquicamente[2]. Los profesionales de la salud pueden desempeñar un papel de vital importancia en el tratamiento de la violencia ya que, en muchos casos, el sistema sanitario es la única institución que interactúa con casi todas las mujeres en algún momento de la vida de éstas, y la enfermería, por su situación privilegiada, es fundamental para la detección y ayuda de las víctimas de malos tratos[3-4].

OBJETIVO GENERAL

— Conocer si el personal de enfermería cuenta con las herramientas necesarias para identificar y abordar la violencia de género en atención primaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

— Valorar si las víctimas de violencia de género verbalizan en consulta el maltrato de forma directa.
— Revisar dónde suelen detectarse los casos de violencia de género.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica, por pares, siguiendo las recomendaciones del manual Cochrane y las indicaciones del informe PRISMA[5].

Criterios de inclusión y elegibilidad.

Se llevó a cabo una lectura crítica de cada uno de los artículos. Para controlar el sesgo de selección de estudio, se expusieron, con la máxima claridad y objetividad posible los criterios de elegibilidad[6]. A continuación, se exponen los criterios de inclusión de esta revisión bibliográfica.

Los criterios de inclusión de dichos artículos:

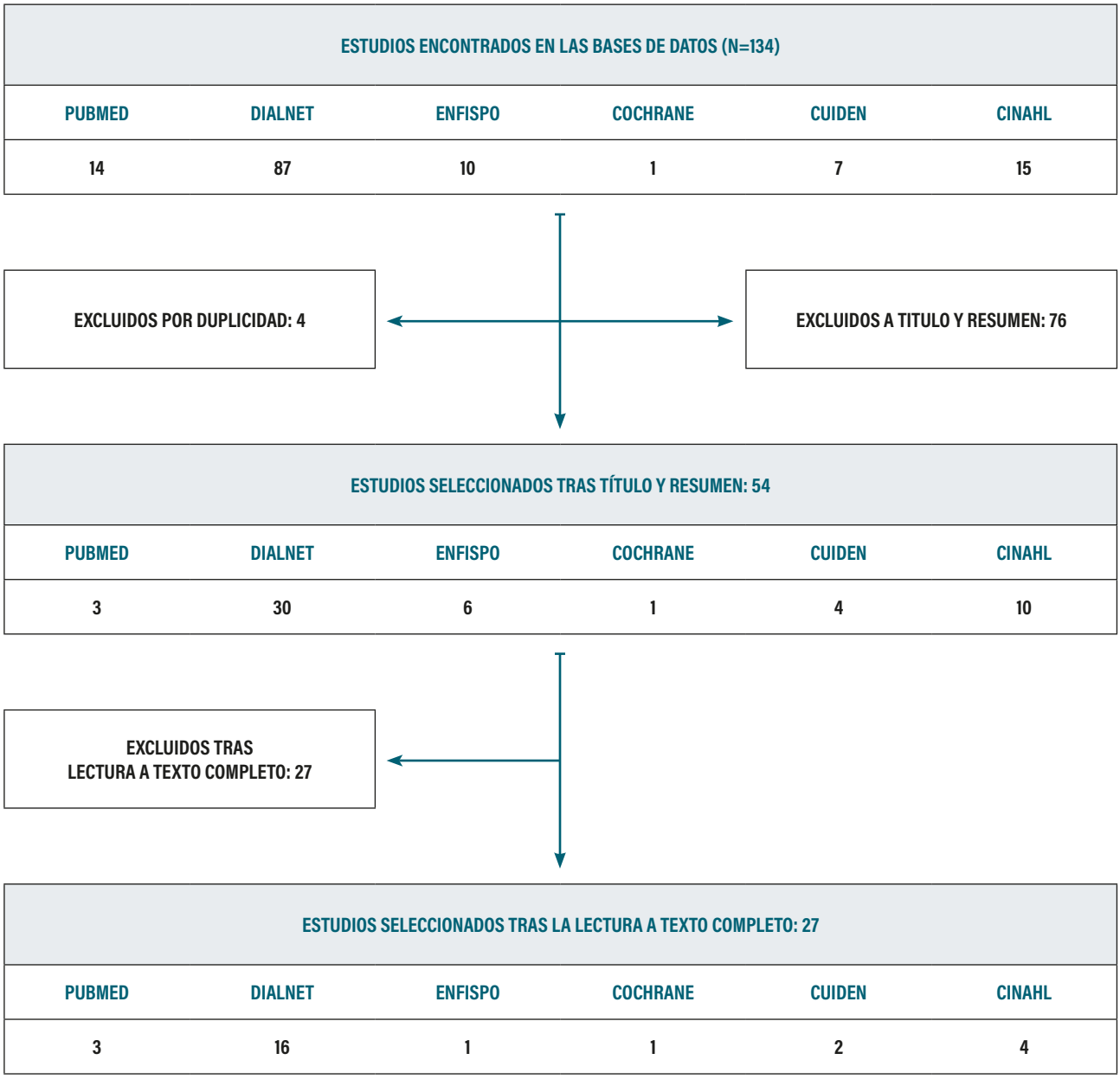
— Estar redactado en español o inglés.
— Contener el papel de los profesionales de atención primaria en la violencia de género, destacando el papel de la enfermería.

— Contener cuidados, actitudes, conocimientos en relación con la enfermería y la violencia de género.

Bases de datos utilizadas

Para la localización de los estudios concordantes para la presente revisión se utilizaron las siguientes bases de datos primarias: PubMed, CINAHL, The Cochrane Library Plus, Dialnet, Cuiden y PsycINFO.

Figura 1. Diagrama de flujo. Cribado de los estudios seleccionados.



Fuente: Elaboración propia.

Descriptores de Ciencias de la Salud utilizados

Ver Tabla 1.

Búsquedas

Se definió por consenso la estrategia de búsqueda para la localización de los estudios. Esta se realizó entre los meses octubre y diciembre del pasado año. A continuación, se muestran las estrategias de búsquedas utilizadas:

En inglés: ((“Gender-Based Violence” OR “Gender Violence”) AND (“Primary Health Care” OR “Primary Health Care Detection”). En español: ((“Violencia de Género”) AND (“Atención Primaria” OR “Atención Primaria de Salud”)).

Proceso de selección de estudios

Los estudios se seleccionaron tras sucesivos cribados: En el primer cribado, se tuvieron en cuenta el título y resumen de cada uno de los estudios y se eliminaron los duplicados; en el segundo cribado, se procedió a la lectura a texto completo de los artículos seleccionados.

Selección de los estudios

Las estrategias iniciales de búsqueda identificaron un total de 134 estudios, tras los cribados, finalmente se seleccionaron veintisiete. En la figura 1 se representa el proceso de selección de los estudios.

Síntesis de los resultados

Una vez extraídos los datos de los estudios, se procedió a la síntesis de los mismos. Ello implicó combinar y resumir los principales resultados de los estudios seleccionados en la revisión bibliográfica.

Valoración del riesgo de sesgos

Para evitar el sesgo por cobertura de bases de datos de las que se hacen uso, se realizó una búsqueda de información en un amplio abanico de bases, en los que se utilizó como límite el grupo de edad centrándonos en la población sujeta de la revisión, así como idiomas: español e inglés.

Del mismo modo, se describió explícitamente la estrategia de búsqueda, que quedó planteada de tal forma que permitiera descartar el sesgo de selección por no inclusión de estudios relevantes. Para evitarlo, tanto la lectura de los estudios, como la valoración de la calidad metodológica, se realizó por pares, resolviendo los desacuerdos entre aquellos estudios que finalmente formarían parte de esta revisión bibliográfica por consenso.

RESULTADOS

Fueron revisados veintisiete estudios en los que se analizaban distintos aspectos de la enfermería de atención primaria y la violencia de género.

- El 26% de los estudios afirman la inexistencia de protocolos actualizados para la detección precoz y abordaje de la violencia de género[2,3,8,11,24-26].
- El 14,8% de los estudios muestran que los casos de violencia de género se detectan principalmente en la consulta médica (83%); mientras que por parte de enfermería sólo se detectan 4 de cada 92 casos[7-9,10].
- El 26% de los estudios ponen de manifiesto la capacitación con la que cuenta el personal de enfermería de atención primaria para detectar casos de violencia de género al ser el personal más cercano y con capacidad de establecer relaciones de mayor confianza con los pacientes[12-18].
- A pesar de la capacitación enfermera, el 40,8% de los estudios seleccionados manifiestan que los profesionales sanitarios sienten que los recursos o la formación que se les proporciona en su centro de trabajo no son apropiados para el abordaje correcto de la violencia de género[14-24].
- El 30% resaltan que la mayor parte de mujeres acuden a consulta por síntomas inespecíficos, consultas reiteradas por motivos banales, somatizaciones o trastornos psicológicos poco específicos. Estos problemas pueden ser la carta de presentación de un problema que la mujer no se atreve a revelar directamente, pero sobre el que a la vez nos está pidiendo ayuda. Los principales síntomas presentados a la hora de acudir a la consulta con síndrome depresivo y ansiedad[15,18, 20, 23, 25-27].
- Al evaluar el nivel de conocimiento sobre Violencia de Género se encontró que: 92.6% tenía nulo o bajo conocimiento y 7.4% medio. Es importante señalar el escaso porcentaje del personal de enfermería que tuvo una actitud favorable para identificar lesiones físicas y/o psicológicas, aunado al hecho de que se trata de gente joven, que cuenta con familiares que sufrieron violencia, lo que lo hace susceptible a querer comprometerse con este tipo de problemas. Se puede concluir que el personal de Enfermería mostró un nivel de conocimiento nulo o bajo, sobre: la norma oficial del tema; el conocimiento de las instituciones apropiadas a las que se debe referir la victima; así como, el conocimiento de los procedimientos apropiados par a la atención de víctimas de VG. También se encontró que una proporción del personal de Enfermería tenía una actitud desfavorable hacia la VG, es decir, predominaban las ideas sexistas sobre el tema y mostraron indiferencia en identificar y referir los casos de mujeres con VG[3].

LIMITACIONES

Este estudio presenta algunas limitaciones. El análisis bibliográfico se ha centrado en algunas bases de datos, puede que en otras no revisadas existan investigaciones que han podido tener información de relevancia científica en relación con el tema tratado.

La síntesis narrativa incorpora métodos subjetivos, no estadísticos, y, por tanto, existe la posibilidad de introducir algún sesgo si se hace énfasis en algún resultado en detrimento de otro. Para evitar, en la medida de lo posible este sesgo, tanto la elaboración de las categorías, como la síntesis narrativa de los resultados incluidos se realizó por pares.

CONCLUSIONES

- La Enfermería de Atención Primaria, por su gran accesibilidad, cercanía y contacto frecuente con las mujeres a lo largo del ciclo vital supone un colectivo fundamental para llevar a cabo la detección temprana de la violencia de género.
- La detección de la violencia de género se produce principalmente en la consulta médica a través de la entrevista personal. Derivado de ello, se resalta la importancia de utilizar escalas y cuestionarios que ayuden a la detección de las víctimas de violencia de género.
- Las mujeres no suelen revelar directamente la VG. Acuden por síntomas inespecíficos. Hay que buscarla. Por ello la protocolización de actividades en cuidados de la salud favorece la monitorización en las actuaciones de cada uno de los colectivos implicados en la detección, asistencia sanitaria y continuidad de cuidados a la víctima del maltrato de género.
- Se requiere una mayor capacitación de los profesionales de enfermería para la detección y abordaje de la violencia de género en atención primaria. Los profesionales sanitarios reconocen la carencia de formación relacionada con el tema abordado.
- Sería interesante como futuras líneas de investigación replicar los estudios anteriores tras implementar en los grados de enfermería y medicina la asignatura de género y salud.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera transmitir mi más sincero agradecimiento a todos aquellos que me han ayudado a lo largo de esta etapa y han colaborado en esta investigación. Especialmente a mi tutora Mamen, que nunca ha puesto objeción en el tiempo requerido para realizar las búsquedas bibliográficas. No quiero olvidar a mi familia, que siempre me han apoyado y animado a conseguir mis logros.

BIBLIOGRAFÍA

1. De la fuente Aparicio D, Salamanca Castro AB, Sánchez Castro S. Hospital Doce de Octubre (Madrid).¿Se encuentran las enfermeras capacitadas para detectar malos tratos en atención primaria? Primer Premio en el I Certamen de Investigación en Enfermería "Inés Novellón". FUDEN 2005.
2. Baides Noriega R. Violencia de Género: Papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria. 2018.
3. García, C. P. La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género. Cultura de los cuidados, 2015;40: 107-115.
4. López Cano, María; Pérez Navarro, Adelaida; Fernández Leyva, Antonia. ¿Atendemos correctamente a la población femenina que sufre algún tipo de violencia? Enfermería Comunitaria (rev. digital). 2009, 5(1)
5. Higgins, J.P.T., & Green, S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 The Cochrane Collaboration, 2011.
   Disponible en: www.cochrane-handbook.org.
6. Perestelo-Pérez, L. Standars on how to develop and report systematics reviews in Psychology and Health. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2013; 13: 49-57.
7. Muñoz P, Flores M, Rubio M. Conocimientos, actitudes y opiniones sobre Violencia de Género en el profesional de enfermería de atención primaria. Enfermería Comunitaria. 2019; 15
   Disponible en: http://ciberindex.com/index.php/ec/article/view/e12296
8. Lopez Montesinos MJ. La enfermería ante la violencia de Género: protocolización y gestión de cuidados. Rev. enferm UFPE on line. 2007. 1(2):237-40
9. Ortiz Fernández, Mª D1Muñoz Cobos F2 Martín Carretero Mª L3, Río Ruiz, J 3. Detección de violencia doméstica en atención primaria.¿Qué sabemos de las víctimas? Medicina de Familia. 2004; 5(2)
10. Rodríguez GM, Vives C, Miralles JJ, San Sebastián M, Goicolea I. Detección de violencia de compañero íntimo en Atención Primaria de salud y sus factores asociados. Gac Sanit. 2016 [acceso 15 de octubre de 2021]; 31(5): 410-415.
    Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-sanitaria-138-avance-resumen-deteccion-violencia-companero-intimo-atencion-S0213911117300092?referer=buscador
11. Sánchez, C. A. V., Fernández, C. G., & Díaz, Á. S. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. Atención Primaria. 2016;48(10), 623-631.
12. Murillo P, Sebastián MS, Vives-Cases C, Goicolea I. Factores asociados a la respuesta a la violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud en España. Gac Sanit [Internet]. 2018 [citado el 21 de abril de 2022];32(5):433-8.
    Disponible en: https://www.scielosp.org/article/gs/2018.v32n5/433-438/
13. Vargas Matute A, Dorado Siles MI, Alonso Díaz MJ, Díaz Benavente M, Blasco Camacho EJ. Importancia del papel de la enfermería de urgencias en la detección de violencia de género. Rev Presencia. 2006 ene-jun;2(3)
14. Martín M, Enciso B, García L, Enciso L, Santamaría D, Enciso A. Detección precoz de la violencia de género en los centros de atención primaria de salud Barcelona Esquerra (CAPSBE). MUSAS: revista de investigación en mujer, salud y sociedad. 2017; 2(2): 75-101.
    Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8298451
15. Carcavilla T, Rodríguez N, Fernández S, Ondiviela B, Cuartielles J, García S. La violencia de género: Una detección precoz. Revista sanitaria de investigación.2021; 2 (5).
    Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8067358
16. Silva J. Evaluación del conocimiento y aplicación por parte del profesional de enfermería en atención primaria de un protocolo oficial en supuestos de violencia de género. Revista Ética de los cuidados: Humanización en salud.2018; 11.
    Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7342957
17. Benito M. Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la violencia que sufren las mujeres a manos de sus parejas. RIECS: Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud. 2017;2(2):32-44.
    Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6331676
18. Macas E. Intervenciones de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género en las consultas de atención primaria de salud. MUSAS: revista de investigación en mujer, salud y sociedad. 2017; 2(2):60-73.
    Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6079453
19. Vigón N, Gutiérrez L, Raigada R, Rubio-Domínguez J, Granda M. Conocimientos, opiniones y creencias de los profesionales de Atención Primaria en relación a la violencia de género. Revista Enfermería Comunitaria..2017;5(2):35-49.
    Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6079278
20. Sánchez C, Fernández C, Díaz Á. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. Revista Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria.2016;48(10):623-631.
    Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5742545
21. Loría K, Rosado T, Alvarado R, Sánchez A. Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. Revista Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria.2015;47(8):490-497.
    Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5204699
22. Alonso M. Compromiso de la atención primaria ante la violencia de género. ¿Hemos superado el reto?. Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria.2015;47(3):129-130.
    Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4988955
23. Suárez D. ¿Está preparada enfermería para la detección y atención de mujeres víctimas de violencia de género?. Revista Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia.2011;8(34).
    Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4661629

24. Donet AP. La influencia de las intervenciones profesionales en el proceso de salida de la violencia de género. Revista Disjuntiva: Crítica de les Ciències Socials.2021;2(2):34-45.
Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8019445
25. Carmona B, Jiménez I, Román S. Revisión bibliográfica sistematizada: Capacitación del profesional de enfermería acerca de la violencia de género. Revista Hygia de enfermería: revista científica del colegio. 2021;106:77-82.
Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8017178
26. Aparicio D, Castro A, Castro S. ¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria?NURE investigación: Revista Científica de enfermería.2015;15.
Disponible:https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7801621
27. Saura I, Gómez G, Jiménez-Ruiz I. Herramientas de detección y abordaje de violencia de género en Atención Primaria: a propósito de un caso clínico. Metas de enfermería.2019;22(8):68-78.
Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7064550.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Lozano Muñoz N, Sánchez Velázquez MC. Detección de la violencia de género por la enfermera de atención primaria. Hygia de Enfermería. 2022; 39(2): 103-108

Hygia de Enfermería (2022), vol. 39(2), pp. 109-110
ISSN: 1576/3056

ARTÍCULO ESPECIAL

Píldoras metodológicas en investigación enfermera: la pregunta PICO

Brief nursing research metodology: the PICO framework

María Mercedes *Terrero Varilla*

Enfermera. Coordinadora de cuidados del distrito sanitario Aljarafe-Sevilla Norte.

A través de este artículo especial vamos a intentar pararnos y reflexionar de manera sencilla y asequible en los errores más frecuentes que cometemos cuando queremos llevar a cabo un estudio de investigación, entre enfermeras noveles en este tema. En concreto vamos a centrarnos en la pregunta de investigación.

El principal motor de avance en todas las ciencias es la curiosidad. La curiosidad se hermana con la duda y dudar es el primer para comprender por qué ocurren determinadas cosas. La duda y la curiosidad nos llevan a buscar las mejores respuestas ante determinados hechos, que podamos encontrar[1]. La investigación a menudo se plantea como una actividad altamente sofisticada y compleja, que requiere para su desarrollo numerosos recursos, tanto materiales como humanos y que se desarrolla en la élite de determinados grupos y exclusivamente por personas que pertenecen a dichas élites[2]. Para investigar, como para tantas otras actividades desarrolladas por el ser humano, es más necesaria la motivación y la disposición que los conocimientos o los recursos. Desde este planteamiento, la posibilidad de desarrollar estudios de investigación deja de acotarse a unos pocos para concernir a cualquier persona que quiera emprender este camino hacia el conocimiento. Es por ello que se hace necesario que las que las enfermeras con aptitudes y preparación en investigación trabajen junto con las enfermeras clínicas, para aumentar las posibilidades de éxito en la implementación de las evidencias[1]. Pero tal cual hemos comentado al inicio del artículo que el motor del avance es la duda, la pregunta es el punto de partida en todo trabajo de investigación. En Ciencias de la Salud por lo general, el proceso de investigación comienza por la observación de unos hechos, que serían el objeto de estudio, a los que se pretenden comprender mejor o hallar una explicación de la causa por la que ocurren[3] (estos hechos para la disciplina enfermera suelen ser respuestas humanas). Pero observamos en muchas ocasiones que, si el primer paso no es correcto, todo lo que se deriva de él va mal encauzado. Uno de los errores más frecuentes en los primeros intentos, es no plantear correctamente la pregunta de investigación. La pregunta de investigación adecuada debe ser bien planteada y la construcción de su estructura debe ser básica. La pregunta nos ayudará a redactar el objetivo de nuestro estudio y al menos, a priori, qué tipo de estudio debemos realizar para conocer qué se busca responder. Las ventajas fundamentales de elaborar idóneamente una pregunta de investigación son:

- Nos ayuda a centrar el problema
- Nos ayuda a elaborar la mejor estrategia de búsqueda de información con los recursos disponibles
- Nos ayuda a elegir el mejor diseño de estudio
- Nos ayuda a ahorrar tiempo y recursos en la planificación del estudio de investigación

FASES

La formulación de la pregunta de investigación tiene dos fases.

Primera fase

En la primera fase se formula la pregunta derivada del problema o duda que queremos resolver. La enfermería basada en la evidencia propone que los problemas clínicos que surgen de la práctica asistencial sean descompuestos y organizados siguiendo la estructura PICO[4].

Tabla 1. Estrategia PICO para la elaboración de la pregunta.

P	Paciente o problema de interés
I	Intervención principal a considerar (terapéutica, diagnóstica, educativa) NIC - Taxonomía NANDA
C	Comparación de intervenciones (si nos interesa comparar con intervención)
O	Resultado que te interesa valorar NOC - Taxonomía NANDA

Fuente consultada: Enfermería Cardiológica. 2013; año XX (58-59):23-26.

FECHA DE RECEPCIÓN: /2022 FECHA DE ACEPTACIÓN: /2022

Correspondencia: María Mercedes Terrero Varilla
Correo electrónico: mercedes.terrero@ecoes.es

Segunda fase

En la segunda fase usaremos el Método Deductivo para analizar la relevancia, magnitud e idoneidad de nuestra pregunta de investigación. Es importante que nos planteemos a partir de una revisión la situación del conocimiento sobre el tema y del marco teórico-conceptual y la realización del estudio, valorando su pertinencia y su viabilidad[2,3,5].

Tabla 2. Método deductivo en la valoración de la aplicabilidad de la pregunta.

1.	Identificación de un problema clínico o población. Revisión sistemática
2.	Formulación de un problema clínico relevante y especifico
3.	Búsqueda de evidencia científica
4.	Evaluación de las evidencias disponibles. Ordenar los artículos por orden de evidencia
5.	Evaluación de la aplicación clínica de las evidencias
6.	Implementación de las evidencias en el cuidado al paciente
7.	Evaluación de los resultados frente al cambio

Fuente consultada: Enfermería Cardiológica. 2013; año XX (58-59):23-26.

En definitiva, la base de una buena investigación es tener una buena pregunta. Si no se ha definido correctamente la pregunta, será difícil que los objetivos estén correctamente planteados y que la respuesta a la misma también lo esté. Incluso la elección del diseño puede ser errónea, ya que tanto la fase conceptual, como metodológica y empírica se articulan en función de cómo sea la pregunta de investigación que se pretende con el estudio.

Una fuente importante de preguntas de investigación surgen de la observación de problemas en la práctica enfemera asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eterovic Díaz Claudia, Stiepovich Bertoni Jasna. Enfermería basada en la evidencia y formación profesional. Cienc. enferm. [Internet]. 2010 Dic [citado 2022 Jun 22]; 16(3): 9-14. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300002&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300002.
2. Salamanca Castro AB. Enfermería basada en la evidencia. En: el aeiou de la investigación en Enfermería. Madrid: Fuden; 2013 pag 23-54
3. La pregunta de investigación: el pilar de la excelencia de la enfermería basada en ala evidencia. Enfermería Cardiologica.2013; XX (58-59):23-26.
4. Santillán A. Cómo comenzar la búsqueda bibliográfica desde la pregunta PICO. Revisado el 13 de febrero 2022. Consultado 10 de junio 2022. En: Enfermería basada en la Evidencia [Blog].
5. Mamedio Da Costa C, Andrucioli de Mattos C, Cuca R. Estrategia PICO para la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias. Rev. Latino-am Enfermagen. 2007;15(3):508-1.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Terrero Varilla MM. Píldoras metodológicas en investigación enfermera: la pregunta PICO. Hygia de Enfermería. 2022; 39(2): 109-110

Hygia de Enfermería (2022), vol. 39(2), pp. 111-117
ISSN: 1576/3056

ARTÍCULO ESPECIAL

Rosalía Robles Cerdán, matrona (1872-1941). Una vida, una profesión, un ideal

Rosalía Robles Cerdán, midwife (1872-1941). A life, a profession, an ideal

Manuel Jesús *García Martínez*[A] y Antonio Claret *García Martínez*[B]

[A] Enfermero y matrona. Doctor en Antropología Social y Cultural. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología (Universidad de Sevilla). HH. UU. Virgen del Rocío (Sevilla).
[B] Doctor en Historia. Profesor titular. Facultad de Humanidades (Universidad de Huelva).

RESUMEN

El 9 de abril de 2022 se cumple el 150 aniversario del nacimiento de una gran mujer, Rosalía Robles Cerdán, matrona. Dña. Rosalía desarrolló una ingente labor en defensa y promoción de la profesión de Matrona, la búsqueda de la mejora de la calidad de vida de las madres y sus hijos y emprendió una lucha denodada por los derechos de la mujer. Su preocupación por el asociacionismo profesional le llevó a fundar en 1930 el Colegio Oficial de Matronas de Sevilla y en 1929 la publicación "La Matrona Hispalense", órgano oficial del Colegio.

Para conmemorar este acontecimiento se están llevando a cabo actividades que incluyen un Ciclo de Conferencias y una Exposición itinerante que recorrerá aquellos lugares que han marcado la trayectoria vital de Dña. Rosalía (San Fernando, Chiclana de la Frontera, Cádiz, Sevilla), entre otras. El objetivo del presente trabajo es, pues, hacer una semblanza de Dña. Rosalía Robles, conocer algunos datos sobre su vida y obra, destacando su s aportaciones más relevantes a la profesión de matrona y a la defensa de los derechos de la mujer. Se han consultado fuentes escritas, localizadas en diversos archivos, y orales (entrevista a su ahijada), así como diversa documentación personal de Dña. Rosalía y de su época, último tercio del siglo XIX y primeras décadas del XX.

PALABRAS CLAVE

rosalía robles cerdán, matrona, asociacionismo, derechos de la mujer, la matrona hispalense, colegio oficial de matronas de sevilla

ABSTRACT

April 9, 2022 marks the 150th anniversary of the birth of a great woman, Rosalía Robles Cerdán, midwife. Mrs. Rosalía developed an enormous work in defense and promotion of the profession of Midwife, the search for the improvement of the quality of life of mothers and their children and undertook a tireless fight for women's rights.

His concern for professional associations led him to found in 1930 the Official College of Midwives of Seville and the publication "La Matrona Hispalense" in 1929, the official organ of the College. To commemorate this event, activities are being carried out that include a Cycle of Conferences and a Traveling Exhibition that will tour those places that have marked the life trajectory of Mrs. Rosalía (San Fernando, Chiclana de la Frontera, Cádiz, Sevilla), among other places. To prepare this work, written sources have been consulted, located in various archives, and oral sources (interview with his goddaughter), as well as diverse personal documentation of Mrs. Rosalía and her time, the last third of the 19th century and the first decades of the 20th.

KEYWORDS

rosalía robles cerdán, midwife, professional associationism, women's rights, la matrona hispalense, colegio oficial de matronas de sevilla

INTRODUCCIÓN

Este año de 2022 conmemoramos el 150 aniversario del nacimiento de una gran mujer, Rosalía Robles Cerdán, matrona (figura 1). Por tal motivo se está desarrollando un conjunto de actividades –Conferencias, Exposición itinerante, etc.– que nos muestran su vida, obra y aportaciones más significativas. La Exposición itinerante lleva por título "La Fuerza de la Vida. Rosalía Robles Cerdán, matrona" y la intención de los organizadores es mostrarla en aquellas ciudades que guardan relación directa con Dña. Rosalía (Cádiz, Sevilla…), ya sea por su vinculación familiar o profesional. Se ha comenzado por la ciudad de Chiclana de la Frontera (Cádiz), en la que la Exposición ha permanecido abierta al público durante todo el mes de abril pasado, para continuar con la capital hispalense, entre otros lugares (figuras 2 y 3).

Desde un primer momento, deseamos mostrar desde estas páginas nuestro agradecimiento a los descendientes de doña Rosalía Robles Cerdán, en concreto a su ahijada, doña Carmen Vázquez Garrido Barrios Cerdán, por la amabilidad con que nos ha tratado y la información de primera mano ofrecida para conocer la vida y la obra de la matrona gaditana de nacimiento y

FECHA DE RECEPCIÓN: /2022 FECHA DE ACEPTACIÓN: /2022

Correspondencia: Manuel Jesús García Martínez
Correo electrónico: mjgm100@portalhiades.com

Figura 1. Retrato de Rosalía Robles Cerdán (Archivo de Qalat Chábir, A. C.).

Figura 2. El profesor Dr. Antonio Claret García Martínez, uno de los Comisarios de la Exposición, junto al cartel anunciador y algunos de los objetos expuestos.

sevillana de acogida. Hacemos extensible este agradecimiento a la matrona doña María Dolores Espina Gutiérrez, profesora y compañera que fue en la Unidad Docente de Matrona "Virgen del Rocío" (Sevilla), por acercarnos al conocimiento de doña Rosalía y su familia.

El objetivo del presente trabajo es, pues, hacer una semblanza de Dña. Rosalía Robles, conocer algunos datos sobre su vida y obra, destacando sus aportaciones más relevantes a la profesión de matrona y a la defensa de los derechos de la mujer[1].

METODOLOGÍA

Trabajo de investigación histórico-antropológica, utilizando, por tanto, la metodología seguida en este tipo de investigaciones: búsqueda y localización de fuentes, su análisis, contextualización, interpretación y conclusiones. Para la realización del trabajo se ha consultado la siguiente documentación: Partidas de nacimiento y defunción, Expediente profesional de Dña. Rosalía y Expediente académico, fundamentalmente, además de la de carácter personal y familiar facilitada por su ahijada. Igualmente, se han consultado algunos números de la publicación "La Matrona Hispalense", revista fundada por Dña. Rosalía en Sevilla en abril de 1929.

Esta documentación se localiza en las siguientes Instituciones: Archivo Municipal de Sevilla, Archivo Parroquial de la Iglesia Mayor Parroquial de San Fernando (Cádiz), Archivos Históricos Universitarios de Sevilla y Cádiz, Biblioteca Universitaria de Sevilla y Archivo de Qalat Chábir, A. C.

La información más familiar y personal sobre Dña. Rosalía nos la ha facilitado su ahijada, Dña. Carmen Vázquez Garrido, mediante entrevista oral que le realizamos en su domicilio en el año 1998. Se trata de un testimonio de excepcional importancia ya que la informante convivió con Dña. Rosalía durante 16 años[2].

RESULTADOS

Notas biográficas de Rosalía Robles Cerdán

La trayectoria vital y profesional de Rosalía Robles Cerdán le llevó desde su San Fernando natal (Cádiz), donde vio la luz el 9 de abril de 1872, hasta Sevilla, ciudad ésta en donde desarrolló una ingente labor en defensa y promoción de la profesión de Matrona, la búsqueda de la mejora de la calidad de vida de las madres y sus hijos y, meta de fondo, emprendió una lucha denodada por los derechos de la mujer.

Cursó en los años 1901 y 1902 los estudios de Matrona en Cádiz capital y ejerció profesionalmente los primeros años en Chiclana de la Frontera, en donde adquirió la experiencia y conocimientos fundamentales como para comprender y emprender el largo camino que había que recorrer para mejorar los cimientos de una profesión ancestral como era la de Matrona, y dotarla de unas sólidas bases científicas, acordes al momento en que se encontraba, primeras décadas del siglo XX.

Con mucho esfuerzo obtuvo su Título de Matrona, el cual le fue expedido por el Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes el 28 de julio de 1903. Por entonces, la Facultad de Medicina de

Figura 3. La Exposición muestra documentos, fotografías y diversos objetos de la época y ha permanecido abierta al público en Chiclana de la Frontera (Cádiz) durante los días 1 de abril al 1 de mayo del presente año.

Cádiz se hallaba vinculada a la Universidad Literaria de Sevilla, en cuyo Archivo Histórico Universitario hemos localizado el correspondiente "Libro de Registro de Títulos", recogiendo en sus páginas el de Dña. Rosalía, haciendo constar que la interesada tenía por ese año de 1903 la edad de 31 años.

En Chiclana de la Frontera (Cádiz) obtendría el 27 de diciembre de 1907 el nombramiento de Matrona Titular de la ciudad, ejerciendo la profesión hasta el 9 de febrero de 1916. Los años previos a la obtención de su Título había estado trabajando en esta ciudad regentando una fonda, su medio de vida por entonces.

Es a partir de 1916 cuando se afinca en Sevilla, ciudad en la que cursa los estudios de Puericultura, aunando así sus dos grandes pasiones: dedicarse como Matrona y Puericultora al cuidado de las mujeres y sus hijos.

El día a día de la vida profesional de Dña. Rosalía desde 1903, año en que obtuvo su titulación de Matrona, hasta su muerte, acaecida en Sevilla el 14 de noviembre de 1941, se desarrollaba entre la asistencia a los partos, tanto a nivel público en la Beneficencia como en el ámbito privado de su consulta; su atención a las madres y sus niños y a sus labores de escritora e investigadora. Todo ello se completaba con sus ocupaciones a nivel institucional en el Colegio de Matronas de Sevilla como Presidenta, Institución que había fundado oficialmente el 15 de junio de 1930, sus viajes a reuniones y congresos y la organización de actividades culturales y formativas (cursos y conferencias, especialmente). A continuación destacaremos sus aportaciones más relevantes, así como sus ideales de lucha por los derechos de la mujer.

1. Rosalía Robles Cerdán y su dedicación por mejorar la profesión de Matrona

Desde finales del siglo XIX y principios del XX el colectivo de matronas había mostrado un gran interés por el asociacionismo. Este movimiento asociativo tuvo un gran impulso igualmente por otro profesional, el Practicante, tras la publicación de la conocida como "Ley Moyano" en el año 1857, mediante la cual se creaban los Tiulos de Practicante y Matrona. Cuatro años después de su publicación vería la luz el tan esperado Reglamento que regularía estas dos profesiones[3].

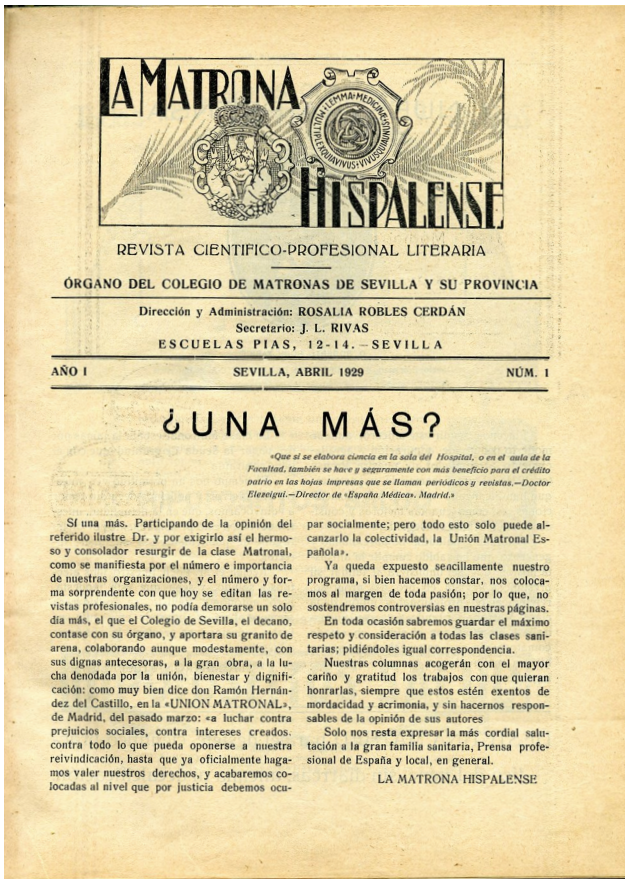
Desde las primeras décadas del pasado siglo, pues, se sucedieron reuniones de matronas en distintas ciudades españolas con los consiguientes intercambios de ideas y experiencias. Todo ello influyó en la creación de asociaciones y colegios profesionales de matronas en muchas provincias de España. Así, se funda en Sevilla en 1906 la "Sociedad de Matronas la Muger y la Higiene", cuya primera presidenta fue Dña. Adelaida Romero Paradas. Esta Sociedad es considerada pionera en el asociacionismo de matronas de nuestro País.

Rosalía Robles Cerdán vivió todo este gran movimiento asociativo y participó plenamente de sus fundamentos e ideales[4]. Una de las aspiraciones de Dña. Rosalía fue la unión de las profesionales a nivel de todo el País, participando y potenciando la Federación Nacional de Matronas. Así, desde su llegada a Sevilla en 1916, en torno a su figura se constituye un grupo de matronas bien formadas en su profesión y muy activas en los ámbitos sociales que perfilaron su proyecto de asociacionismo. Compañeras matronas como Ana Baca Rodríguez y Concepción Martínez, por citar solo unos nombres, llegaron a ocupar cargos de máxima responsabilidad en la citada Federación Nacional.

Durante los años 20 del siglo pasado, madura la idea en este grupo de mujeres de fundar un colegio de matronas en la capital hispalense que recogiese los ideales de la "Sociedad de Matronas la Muger y la Higiene", pero ya respondiendo específicamente a las disposiciones legales de colegiación que a finales de esos años fueron aprobadas. Así, se funda primero el Colegio de Matronas de Sevilla y unos años más tarde, el 15 de junio de 1930, Rosalía Robles Cerdán y su grupo de matronas fundan el Colegio Oficial de Matronas de la Provincia de Sevilla, siendo elegida como su primera Presidenta.

En estos años de intensa actividad, desde el Colegio de Matronas de Sevilla se promueve intensamente el asociacionismo activo, invitando a todas las matronas de la provincia de Sevilla a colegiarse y a defender los derechos de la "clase matronal", término con el que era conocido el colectivo. Para ello, doña Rosalía pone en marcha un proyecto editorial: funda la revista "La Matrona Hispalense"[5], que se convierte en el órgano oficial de comunicación del Colegio de Matronas de Sevilla (figura 4). La revista, que tuvo una periodicidad mensual, se publicó durante al menos 18 meses, ya que son éstos los núneros que se conocen y que hemos podido localizar. En sus páginas se recogen las propuestas de cambio, de avance y de formación que Rosalía Robles y sus compañeras matronas proponían para el desarrollo de la profesión: asociacionismo como base de la fuerza de las matronas, la formación científica y académica como instrumento de prestigio y calidad de los servicios prestados a la sociedad y la lucha por los necesarios cambios legislativos. Todo ello redundaría en mejoras muy significativas para estas profesionales, que veían en la fundación del Colegio de Matronas un instrumento muy poderoso de progreso y

Figura 4. Portada del primer número de "La Matrona Hispalense" (abril de 1929).



LA MATRONA HISPALENSE

REVISTA CIENTIFICO-PROFESIONAL LITERARIA

ÓRGANO DEL COLEGIO DE MATRONAS DE SEVILLA Y SU PROVINCIA

Dirección y Administración: ROSALIA ROBLES CERDÁN
Secretario: J. L. RIVAS
ESCUELAS PIAS, 12-14.—SEVILLA

AÑO I — SEVILLA, ABRIL 1929 — NÚM. 1

¿UNA MÁS?

«Que si se elabora ciencia en la sala del Hospital, o en el aula de la Facultad, también se hace y seguramente con más beneficio para el crédito patrio en las hojas impresas que se llaman periódicos y revistas.—Doctor Elexeigui.—Director de «España Médica». Madrid.»

Sí una más. Participando de la opinión del referido ilustre Dr. y por exigirlo así el hermoso y consolador resurgir de la clase Matronal, como se manifiesta por el número e importancia de nuestras organizaciones, y el número y forma sorprendente con que hoy se editan las revistas profesionales, no podía demorarse un solo día más, el que el Colegio de Sevilla, el decano, contase con su órgano, y aportara su granito de arena, colaborando aunque modestamente, con sus dignas antecesoras, a la gran obra, a la lucha denodada por la unión, bienestar y dignificación: como muy bien dice don Ramón Hernández del Castillo, en la «UNION MATRONAL», de Madrid, del pasado marzo: «a luchar contra prejuicios sociales, contra intereses creados, contra todo lo que pueda oponerse a nuestra reivindicación, hasta que ya oficialmente hagamos valer nuestros derechos, y acabaremos colocadas al nivel que por justicia debemos ocupar socialmente; pero todo esto solo puede alcanzarlo la colectividad, la Unión Matronal Española».

Ya queda expuesto sencillamente nuestro programa, si bien hacemos constar, nos colocamos al margen de toda pasión; por lo que, no sostendremos controversias en nuestras páginas.

En toda ocasión sabremos guardar el máximo respeto y consideración a todas las clases sanitarias; pidiéndoles igual correspondencia.

Nuestras columnas acogerán con el mayor cariño y gratitud los trabajos con que quieran honrarlas, siempre que estos estén exentos de mordacidad y acrimonia, y sin hacernos responsables de la opinión de sus autores

Solo nos resta expresar la más cordial salutación a la gran familia sanitaria, Prensa profesional de España y local, en general.

LA MATRONA HISPALENSE

desarrollo. "La Matrona Hispalense" pasa a ser, de esta forma, al igual que sucediera con otras publicaciones profesionales de Practicantes, Ministrantes, Médicos y otras profesiones, una fuente de gran valor para los investigadores que deseen conocer la evolución de la profesión y el contexto en el que se desarrolla[6,7].

Rosalía Robles Cerdán se preocupó por la formación de sus matronas. Ella misma dedicó parte de su tiempo al estudio y a la publicación de trabajos científicos, que presentó en congresos nacionales e internacionales de matronas, llegando a publicar en "La Matrona Hispalense" tres de esos trabajos. Así, en 1929 presenta en el Primer Congreso Nacional de Matronas, celebrado en Madrid del 16 al 20 de mayo de 1929, el trabajo titulado "Contribución al estudio de las hemorragias", publicado posteriormente en "La Matrona Hispalense" números 1, 3 y 4, correspondiente al año 1929. Unos meses después, Rosalía Robles Cerdán da forma y publica en los números 4, 5 y 6 de esta misma revista otro trabajo, esta vez dedicado al grave problema de la mortalidad en los niños, titulado "Mortalidad infantil. Sus causas. Su profilaxis". Como matrona y puericultora, doña Rosalía mostraba y transmitía a sus compañeras la necesidad de instruir a las madres sobre los cuidados a sus pequeños y formaba a dichas madres en el Instituto Municipal de Maternidad y Puericultura de Sevilla, Institución en la que trabajaba y llegó a ocupar el cargo de Directora de Personal.

Por último, en el otoño de ese mismo año de 1929, presentó al Primer Congreso Internacional de Matronas, celebrado en Barcelona del 20 al 24 de septiembre, la Comunicación titulada "Influencia de la respiración del niño acabado de nacer sobre la circulación y consecuencias que pueden derivar de ello", que sería publicado igualmente en esta revista, en su número 8. Todo ello respondía a su preocupación por elevar el nivel cultural de las matronas y de las madres, lo que motivó la organización de conferencias y cursos formativos.

Este ideal quedaba claro ya desde las páginas del primer número de la revista que había fundado, resaltando que "El Colegio de Matronas de Sevilla y su Provincia es el Decano de los colegios matronales del País", al mismo tiempo que animaba a las matronas de otras provincias a que colaborasen y emprendiesen iniciativas similares. En definitiva, Rosalía dio un gran impulso a la profesión de matrona en Sevilla, sumida en esos años en una situación de indefinición, poca cohesión y falta de identidad profesional. Con la fundación del Colegio, Rosalía Robles Cerdán y sus compañeras se marcaron como objetivos fundamentales la dignificación de la profesión y su reconocimiento social, en una época, años veinte del pasado siglo, en la que las profesiones sanitarias con prestigio eran ejercidas mayoritariamente por hombres (Medicina, Cirugía, Practicante).

PROGRAMA REIVINDICATIVO DEL COLEGIO OFICIAL DE MATRONAS DE SEVILLA Y SU PROVINCIA "LA UNIÓN HACE LA FUERZA" EN 1930

Los objetivos más destacados:

- Apuesta decidida por la Unión del Colectivo (Colegios de Matronas, Federación Nacional...).
- Lucha contra el Intrusismo profesional.
- Elevación del nivel profesional y cultural de las matronas.
- Defensa de los derechos de la mujer: "sueldo justo e igual que el del varón por el mismo trabajo".
- Defensa de un marco legal propio de actuación profesional de la matrona.
- Otros espacios reivindicativos: colegiación obligatoria, dotación de plazas para mejor atender a las mujeres con menos recursos, mejorar la imagen social de la profesión.

2. Rosalía Robles Cerdán y su preocupación por el bienestar de las madres y sus niños

Rosalía Robles Cerdán, como matrona y puericultora que trabajaba en el Instituto Municipal de Maternidad y Puericultura de Sevilla, participaba tanto en la formación directa de las embarazadas en temas de "maternología" como en promover una adecuada crianza de los niños, una de sus preocupaciones centrales. Téngase en cuenta las grandes carencias que existían en Sevilla, y en todo el País, en materias de alimentación, higiene y asistencia sanitaria. De ahí que la labor que venían desarrollando estas mujeres, matronas y puericultoras, en el ámbito de los cuidados adquirían una enorme importancia y se considerasen claves para el desarrollo de la salud del niño[8].

En este sentido, los estatutos del Instituto Municipal de Maternidad y Puericultura de Sevilla recogían entre sus objetivos, lo siguiente:

CAPÍTULO I. ARTÍCULO 1.º

"El Instituto Municipal de Maternidad y Puericultura, refundición del antiguo Instituto de Puericultura, de la Sección de Partos de la Beneficencia Municipal y la moderna Clínica de Partos, se funda con el fin de llevar a la práctica la vigilancia de las embarazadas a las cuales tenga la obligación de atender el Excmo. Ayuntamiento, así como a los **niños nacidos de estas madres** y proporcionar asistencia y alimentación adecuada a los niños acogidos al padrón benéfico".

(Reglamento del Instituto Municipal de Maternidad y Puericultura de Sevilla, 1925).

La propia Institución colaboraba con entidades privadas, como El Monte de Piedad de Sevilla, las cuales proporcionaban ayudas económicas para la alimentación, al mismo tiempo que promovían prácticas saludables en la crianza de estos niños, favoreciendo su higiene y las mejoras en su entorno doméstico: limpieza, ventilación, etc. Así, por citar un ejemplo de estas colaboraciones, el citado Monte de Piedad puso en marcha la campaña titulada "Cartillas para la buena crianza de los niños", entre los años 20 y 30 del siglo pasado.

3. Rosalía Robles Cerdán y su lucha por la reivindicación de los derechos de la mujer

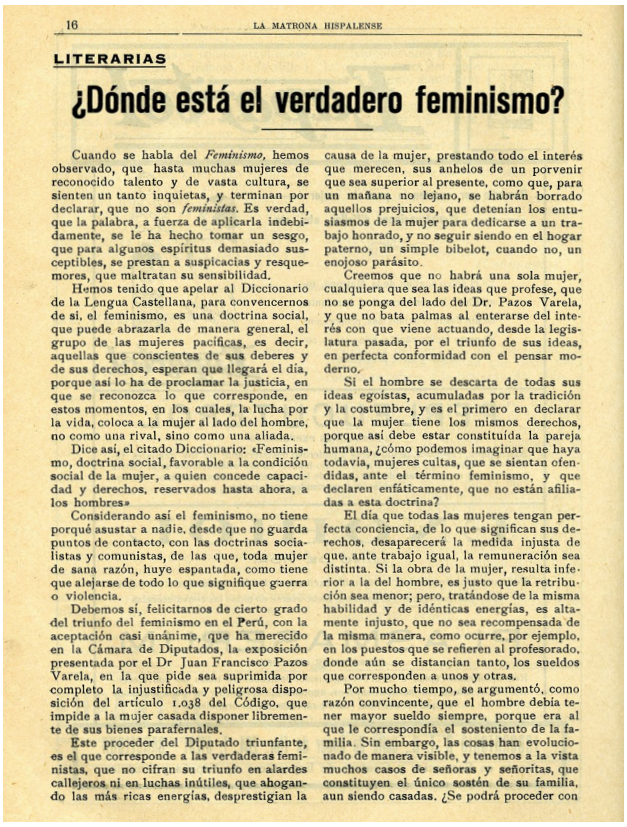
Toda esta ingente actividad social y profesional se incardinó profundamente con un serio compromiso en la lucha por los derechos de las mujeres, que constituyó una de las preocupaciones centrales dentro del programa de actuación del Colegio de Matronas de Sevilla. Rosalía Robles traslada su ideario de reivindicaciones para la matronas al espacio de la mujer en general. La revista "La Matrona Hispalense" se convierte en tribuna para las reivindicaciones del feminismo más activo (figura 5). De este modo, Rosalía Robles Cerdán invita a escribir en dicha revista a autoridades internacionales especializadas en temas de los derechos de la mujer, como la pedagoga peruana Elvira García y García, quien publicó un reivindicativo artículo sobre feminismo en el número 6 (septiembre de 1929). Las reivindicaciones de Rosalía Robles pasaban, como recoge en su artículo Elvira García, por el mismo trato y reconocimiento del trabajo entre mujeres y hombres, con un sueldo igual a igual trabajo, entre otras peticiones:

"Si el hombre se descarta de todas sus ideas egoístas, acumuladas por la tradición y la costumbre, y es el primero en declarar que la mujer tiene los mismos derechos, porque así debe estar constituida la pareja humana, ¿cómo podemos imaginar que haya todavía, mujeres cultas, que se sientan ofendidas, ante el término feminismo y que declaren enfáticamente que no están afiliadas a esta doctrina?

El día que todas las mujeres tengan perfecta conciencia de lo que significan sus derechos desaparecerá la medida injusta de que ante trabajo igual, la remuneración sea distinta. Si la obra de la mujer resulta inferior a la del hombre, es justo que la retribución sea menor; **pero tratándose de la misma habilidad y de idénticas energías, es altamente injusto, que no sea recompensada de la misma manera,** como ocurre por ejemplo en los puestos que se refieren al profesorado, donde aún se distancian tanto los sueldos que corresponden a unos y otras."

("La Matrona Hispalense", núm. 6, septiembre de 1929, pp. 16-20).

Figura 5. Artículo sobre feminismo, de la prestigiosa pedagoga peruana Elvira García y García, publicado en "La Matrona Hispalense", n.º 6, septiembre de 1929, pp. 16-20.



16 LA MATRONA HISPALENSE

LITERARIAS

¿Dónde está el verdadero feminismo?

Cuando se habla del *Feminismo*, hemos observado, que hasta muchas mujeres de reconocido talento y de vasta cultura, se sienten un tanto inquietas, y terminan por declarar, que no son *feministas*. Es verdad, que la palabra, a fuerza de aplicarla indebidamente, se le ha hecho tomar un sesgo, que para algunos espíritus demasiado susceptibles, se prestan a suspicacias y resquemores, que maltratan su sensibilidad.

Hemos tenido que apelar al Diccionario de la Lengua Castellana, para convencernos de si, el feminismo, es una doctrina social, que puede abrazarla de manera general, el grupo de las mujeres pacíficas, es decir, aquellas que conscientes de sus deberes y de sus derechos, esperan que llegará el día, porque así lo ha de proclamar la justicia, en que se reconozca lo que corresponde, en estos momentos, en los cuales, la lucha por la vida, coloca a la mujer al lado del hombre, no como una rival, sino como una aliada.

Dice así, el citado Diccionario: «Feminismo, doctrina social, favorable a la condición social de la mujer, a quien concede capacidad y derechos, reservados hasta ahora, a los hombres»

Considerando así el feminismo, no tiene porqué asustar a nadie, desde que no guarda puntos de contacto, con las doctrinas socialistas y comunistas, de las que, toda mujer de sana razón, huye espantada, como tiene que alejarse de todo lo que signifique guerra o violencia.

Debemos sí, felicitarnos de cierto grado del triunfo del feminismo en el Perú, con la aceptación casi unánime, que ha merecido en la Cámara de Diputados, la exposición presentada por el Dr Juan Francisco Pazos Varela, en la que pide sea suprimida por completo la injustificada y peligrosa disposición del artículo 1.038 del Código, que impide a la mujer casada disponer libremente de sus bienes parafernales.

Este proceder del Diputado triunfante, es el que corresponde a las verdaderas feministas, que no cifran su triunfo en alardes callejeros ni en luchas inútiles, que ahogando las más ricas energías, desprestigian la causa de la mujer, prestando todo el interés que merecen, sus anhelos de un porvenir que sea superior al presente, como que, para un mañana no lejano, se habrán borrado aquellos prejuicios, que detenían los entusiasmos de la mujer para dedicarse a un trabajo honrado, y no seguir siendo en el hogar paterno, un simple bibelot, cuando no, un enojoso parásito.

Creemos que no habrá una sola mujer, cualquiera que sea las ideas que profese, que no se ponga del lado del Dr. Pazos Varela, y que no bata palmas al enterarse del interés con que viene actuando, desde la legislatura pasada, por el triunfo de sus ideas, en perfecta conformidad con el pensar moderno.

Si el hombre se descarta de todas sus ideas egoístas, acumuladas por la tradición y la costumbre, y es el primero en declarar que la mujer tiene los mismos derechos, porque así debe estar constituída la pareja humana, ¿cómo podemos imaginar que haya todavía, mujeres cultas, que se sientan ofendidas, ante el término feminismo, y que declaren enfáticamente, que no están afiliadas a esta doctrina?

El día que todas las mujeres tengan perfecta conciencia, de lo que significan sus derechos, desaparecerá la medida injusta de que, ante trabajo igual, la remuneración sea distinta. Si la obra de la mujer, resulta inferior a la del hombre, es justo que la retribución sea menor; pero, tratándose de la misma habilidad y de idénticas energías, es altamente injusto, que no sea recompensada de la misma manera, como ocurre, por ejemplo, en los puestos que se refieren al profesorado, donde aún se distancian tanto, los sueldos que corresponden a unos y otras.

Por mucho tiempo, se argumentó, como razón convincente, que el hombre debía tener mayor sueldo siempre, porque era al que le correspondía el sosteniento de la familia. Sin embargo, las cosas han evolucionado de manera visible, y tenemos a la vista muchos casos de señoras y señoritas, que constituyen el único sostén de su familia, aun siendo casadas. ¿Se podrá proceder con

Otra de las grandes reivindicaciones de los años 20 del siglo pasado, y a la que se sumó Rosalía Robles Cerdán, fue la consecución para la mujer trabajadora ("mujer obrera") del "Seguro Obligatorio de Maternidad", conseguido finalmente tras mucho esfuerzo en 1929 y que proporcionaría a las madres más pobres la posibilidad de recibir asistencia por parte del Estado, en materia sanitaria, para ellas y sus hijos. El 24 de marzo de 1929 salía publicado en la Gaceta de Madrid el REAL DECRETO-LEY, de 22 de Marzo de 1929, sobre Seguro Obligatorio de Maternidad, siendo por entonces Ministro de Trabajo y Previsión D. Eduardo Aunós Pérez. Por fin se recogían algunas de las reivindicaciones largamente deseadas por las mujeres "obreras y empleadas", embarazadas y madres: períodos de descanso, indemnizaciones, atenciones sanitarias y farmacéuticas y otras ayudas de máxima importancia.

En el Artículo Primero de dicho Real Decreto-Ley se recogía: "Se establece en España, con carácter obligatorio, el Seguro de Maternidad, cuyos fines inmediatos serán los siguientes:

- Garantizar a la asegurada la asistencia facultativa en el embarazo y en el parto y, cuando, con ocasión de uno u otro, la necesitare.
- Garantizarle los recursos necesarios para que pueda cesar en su trabajo, antes y después del parto, y fomentar la creación y sostenimiento de Obras de Protección a la Maternidad y a la Infancia.

El Seguro de Maternidad incluía la atención de profesionales, médicos y matronas, además de financiación de medicamentos,

entre otros, durante el embarazo, parto y puerperio, todo lo cual suponía una importante ayuda para las mujeres trabajadoras. Todo ello conformaba una parte sustancial del ideario profesional y humano de Rosalía Robles y las matronas que conformaban el número fundamental del Colegio de Matronas de Sevilla y su Provincia.

4. Reconocimiento de sus compañeras matronas a Rosalía Robles Cerdán

Con motivo del reconocimiento que hicieron en 1930 las matronas de Sevilla y su provincia a Rosalía Robles, por su dedicación a la profesión y sus diversas actividades, el Colegio le hizo un sentido homenaje, entregándole una placa, que aún conservaba con mucho cariño su ahijada, doña Carmen, y que nos mostró, con el siguiente texto:

> "Para perpetuar el agradecimiento de las Matronas de Sevilla y su Provincia a su Presidenta, Doña Rosalía Robles Cerdán, por su brillante labor pro prestigio de este Colegio Provincial y, por tanto, de la Clase, desde Enero de 1929 en que fue muy acertadamente elegida para dicho cargo, labor que puede considerarse culminada con la fundación de la hoy prestigiosa Revista "La Matrona Hispalense", todas las compañeras acordamos ofrecerle el presente recuerdo.
>
> Las Matronas del Colegio Oficial de Sevilla y su Provincia".

Rosalía Robles falleció el 14 de noviembre de 1941 en Sevilla y sus restos mortales descansan en el Cementerio Municipal de San Fernando de esta capital.

CONCLUSIONES

Se hacen necesarios estudios e investigaciones que, como el caso expuesto de Rosalía Robles Cerdán, hagan visibles a mujeres que han dedicado sus vidas a la defensa de unos ideales, a la lucha por mejorar una profesión –Matrona–, a la consecución de unos derechos de la mujer trabajadora, extensibles a las madres y sus hijos, y por el asociacionismo en general –"La unión hace la fuerza", decía Dña. Rosalía–.

Vidas que permanecen escritas en páginas olvidadas y que duermen en archivos y bibliotecas y cuya recuperación es una obligación por parte de todos: instituciones, investigadores, profesionales... A esas mujeres, como Dña. Rosalía, le deben, le debemos mucho no solo los profesionales Enfermeras y Matronas de hoy día, sino toda la sociedad por los logros y mejoras conseguidos gracias a su dedicación y lucha, entregando lo mejor de sus vidas a estas reivindicaciones y sentando las bases, sin lugar a dudas, de muchos de los valores que prevalecen en la actualidad y que atesora nuestra sociedad.

A estas mujeres, como Dña. Rosalía, deseamos dedicar estas páginas a modo de homenaje y reconocimiento a su abnegada labor.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

El presente trabajo se acompaña de una Hoja, titulada "Panel interactivo", con la que el lector que lo desee y a través de los Códigos QR, puede consultar y descargarse con el teléfono móvil distintos contenidos multimedia referidos a Dña. Rosalía Robles Cerdán. Con ello tendrá una más amplia visión de la vida, obra y aportaciones de Dña. Rosalía.

1. García AC, García MJ. Rosalía Robles Cerdán. Real Academia de la Historia. Diccionario Biográfico Español. DE-e. Disponible en: https://dbe.rah.es/biografias/70052/rosalia-robles-cerdan
2. García MJ, Espina MD. Notas biográficas sobre Dña. Rosalía Robles Cerdán, fundadora-directora de la revista "La Matrona Hispalense". Híades. Revista de Historia de la Enfermería 1998/1999; (5-6): 327-334.
3. García AC, García MJ, Valle JI. Primer Reglamento en España para la enseñanza de Practicantes y Matronas (1861). Qalat Chábir. Revista de Humanidades 1994; (2): 123-124.
4. García AC, García MJ. Mujer y asociacionismo profesional. El Colegio de Matronas de Sevilla y su labor en la defensa del colectivo durante el primer tercio del siglo XX. Híades. Revista de Historia de la Enfermería 2004; (9): 607-624.
5. García MJ, Espina MD. La revista sevillana "La Matrona Hispalense" (1929/1930): a la búsqueda de una identidad profesional. Híades. Revista de Historia de la Enfermería 1998/1999; (5-6): 285-336.
6. Gallardo C, Gil-Martín A, Jaldón E. Historia de la Prensa de Enfermería en Sevilla. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla. Hygia 1992; (22): 19-23.
7. Lasarte JE. La prensa de las profesiones auxiliares sanitarias en Andalucía. Estudio socio-profesional (1916-1939). Tesis Doctoral dirigida por el Dr. Francisco Herrera Rodríguez. Universidad de Cádiz. Cádiz, 1993: 85-86.
8. González C. Las Cuidadoras. Historia de las Practicantas, Matronas y Enfermeras (1857-1936). Almería: Diputación de Almería. Instituto de Estudios Almerienses; 2006.

Fuentes orales y escritas:

— Entrevista oral realizada por Manuel Jesús García Martínez y María Dolores Espina Gutiérrez a Dña. Carmen Vázquez Garrido Barrios Cerdán y a D. Agustín Amores Acuña. Sevilla, 1998.
— Revista "La Matrona Hispalense" números 1 (abril de 1929), 2 (mayo), 3 (junio), 4 (julio), 5 (agosto), 6 (septiembre), 7 (octubre), 8 (noviembre), 9 (diciembre), 10 (enero de 1930) y 18 (septiembre de 1930). Directora: Rosalía Robles Cerdán. Edita: Colegio de Matronas de Sevilla y provincia. Imprime: Imprenta de Rodríguez, Giménez y Compañía. Sede del Colegio de Matronas: c/ Escuelas Pías, n.º 12-14 (Sevilla). Material facilitado por Dña. Carmen Vázquez Garrido.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

García MJ, García AC. Rosalía Robles Cerdán, matrona (1872-1941). Una vida, una profesión, un ideal. Hygia de Enfermería. 2022; 39(2): 111-117

Rosalía Robles Cerdán, Matrona (1872-1941)

Panel interactivo

A través de los códigos QR que puede activar con el teléfono móvil,
el visitante accede a nuevos contenidos multimedia referidos a Rosalía Robles Cerdán

Biografía Rosalía Robles Cerdán, Matrona

Biografía de Rosalía Robles Cerdán incluida en el Diccionario Biográfico Español, vol. XCIII. RAH

Biografía. Primera Parte

Vídeo-documental con la biografía de Rosalía Robles Cerdán

Biografía. Segunda Parte

Vídeo-documental con la biografía de Rosalía Robles Cerdán

Retrato de Rosalía Robles Cerdán

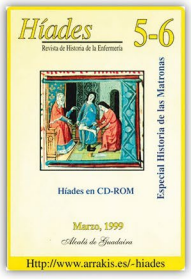
Retrato de E. Kabirov (2020)
Fondo: Colección particular.
Qalat Chábir. A.C.

Representación del Colegio Oficial de Matrona de Sevilla

Escudo del Colegio Oficial de Matronas de la Provincia de Sevilla.
Museo del Colegio de Enfermería de Sevilla

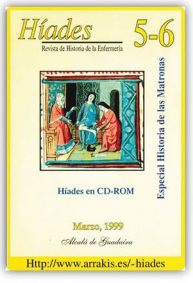
Portalhiades

Portal dedicado a la Historia de la Enfermería y de las Matronas



Vida y obra de Rosalía Robles Cerdán

Artículo publicado en el número 5-6 de *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*



Estudio sobre la publicación "La Matrona Hispalense", fundada y dirigida por Rosalía Robles Cerdán

Artículo publicado en el número 5-6 de *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*

Conferencia

Rosalía Robles Cerdán. Impartida en el Museo de Chiclana el 25 de febrero de 2022

Créditos: Antonio Claret García Martínez (Universidad de Huelva) / Manuel Jesús García Martínez (Qalat Chábir. A.C.)

NORMATIVA DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS PARA SU PUBLICACIÓN EN LA REVISTA HYGIA

La revista **Hygia de Enfermería** considerará para su publicación los trabajos que tengan interés por los conocimientos e informaciones específicos de ciencias de la salud y que contribuyan al desarrollo y mejor definición de la enfermería en cualquiera de sus actividades. La revista actualmente está incluida en CUIDEN, DIALNET y ENFISPO.

NORMAS

1. Los trabajos que se proponen para su publicación en Hygia de Enfermería deben ser originales, inéditos y no aceptados ni enviados simultáneamente para su consideración en otras revistas. Si ha sido publicado en el resumen del libro oficial de un congreso o evento similar como completo, no se consideran inéditos.
2. Los autores deben indicar si han recibido financiación e indicar el organismo, la institución o empresa que haya financiado.
3. Todos los trabajos que se envíen deben indicar si existen posibles conflictos de intereses en alguna de las personas firmantes.
4. Al menos, uno de los autores deberá ser profesional de enfermería colegiado. No se aceptarán más de seis autores por trabajo, excepto si viene justificada su autoría y aportación personal de cada uno de ellos.
5. Los autores deben obtener 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.
6. Los autores renuncian tácitamente a los derechos de publicación, de manera que los trabajos aceptados pasan a ser propiedad de la revista Hygia de Enfermería. Para la reproducción total o parcial del texto, tablas o figuras, es imprescindible solicitar autorización del Comité Editorial y obligatorio citar su procedencia.
7. El Comité Editorial realiza una evaluación preliminar de los trabajos recibidos. Los manuscritos que superan esta selección inicial son sometidos a una evaluación por pares (peer review).
8. El Comité Editorial de la revista Hygia de Enfermería propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del correspondiente manuscrito. En estos casos, los autores deberán remitir el manuscrito con las modificaciones propuestas en un plazo no superior a tres meses; en caso contrario, el trabajo quedará descartado.
9. Los autores deben aceptar todas las normas de la revista Hygia de Enfermería. Cuando el artículo cumpla la normativa exigida para su publicación, el Comité Editorial comunicará y certificará a los autores la aceptación del mismo.
10. El Comité Editorial de la revista Hygia de Enfermería no asume responsabilidades derivadas de las afirmaciones realizadas en los trabajos, ni el falseamiento o incumplimiento de las presentes normas.

TIPOS DE TRABAJOS PUBLICABLES

Se pueden proponer los siguientes tipos de manuscritos:

- **Editoriales:** Reflexiones breves en las que se manifiesten opiniones o comentarios fundamentados, que aborden temáticas relacionadas con los cuidados o con ciencias de la salud en general, de interés para la enfermería y que contribuyan al desarrollo del conocimiento enfermero. Los editoriales estarán habitualmente elaborados por artículos encargados por el consejo de redacción de Hygia.
- **Artículos originales:** Trabajos de investigación realizados con metodología cuantitativa, cualitativa o mixta relacionados con cualquier conocimiento de la Enfermería. Que proporcione información suficiente para permitir una valoración crítica.
- **Casos clínicos:** En este apartado se publicarán trabajos descriptivos, de uno o varios casos, de interés por su escasa frecuencia o por su aportación al conocimiento de la práctica enfermera. Esta sección permite que a los profesionales de la práctica clínica la descripción de uno o varios casos que presentan un problema determinado, mostrando aspectos nuevos o instructivos que contribuyan al aumento del conocimiento de la enfermería.
- **Revisiones:** Dentro de la sección se incluyen los siguientes tipos de artículos: Artículos de revisión de la literatura de publicaciones anteriores y actualización del conocimiento en un ámbito específico en forma de resúmenes de evidencia (revisiones sistemáticas, narrativas, integradoras, scoping rewiew). Para fundamentar este tipo de trabajo es necesario que se utilicen fuentes propias de enfermería (las bases de datos de enfermería CINHAL Y CUIDEN incorporan en torno al 80% de la producción enfermera a nivel mundial), además de las generales tipo Pubmed, Scielo, Scopus, etc.
- **Artículos especiales:** Serán elaborados a petición del equipo de redacción, de temática variable entre los que destacan el abordaje de temas relacionados con la metodología de la investigación, investigaciones históricas del campo de la enfermería, etc. El equipo editorial está abierto a recibir solicitudes sobre la temática a publicar en este apartado por parte de los lectores, siempre que sean de relevancia y actualice el conocimiento científico en un aspecto novedoso de la investigación.
- **Cartas al director:** En ellas se pueden llevar a cabo observaciones científicas y análisis críticos en relación a los manuscritos publicados. Es la sección para un intercambio de opiniones entre los lectores, autores y equipo editorial de la revista. La extensión máxima será de 700 palabras y un máximo de 5 referencias bibliográficas.

PREPARACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas disponible en: http://www.icmje.org. y encontrándose traducida al castellano en: https://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/. Se recomienda a los autores que lo revisen con consultas y lecturas antes del envío o presentación de los manuscritos.

El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de textos y Excel o PowerPoint cuando se trate de tablas, cuadros y gráficos. En el texto, la presentación será con interlineado sencillo en todas sus secciones, páginas numeradas en la parte inferior, un cuerpo de letra de 12 (Times New Roman) o 10 (Arial), dejando los márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm. En su caso, las imágenes digitales han de ser adjuntadas aparte y tener una resolución de 300 dpi, tamaño de 10 x 15 cm y formato jpg. Evitar la utilización de negritas, subrayados o mayúsculas para resaltar el texto.

Las abreviaturas en la primera ocasión que se utilicen deben ir precedidas por el término sin abreviar, a menos que sea una unidad de medida estándar y, a ser posible, emplear abreviaturas utilizadas internacionalmente. Evitando su uso en el título y resumen.

El texto del manuscrito, sin incluir la bibliografía, deberá ajustarse a la extensión máxima a que se hace referencia en cada tipo de manuscrito. Las tablas, cuadros y gráficos también se enviarán en un fichero aparte del texto, debiendo estar numeradas y clasificadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto, según proceda. Procesadas mediante formato Word.

Los manuscritos serán enviados al correo electrónico: hygia@ecoes.es

PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

Se debe aportar los siguientes documentos en archivos independientes: carta de presentación, cuerpo del manuscrito anonimizado (sin el nombre de los autores) y gráficos, tablas o imágenes si las hubiese.

1. CARTA DE PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

- Título del trabajo en minúsculas (en castellano y en inglés) que no debe exceder de 15 palabras.
- Nombre y (en cursiva) dos apellidos de cada uno de los autores.
- Filiación institucional (nombre completo del centro de trabajo y dirección completa).
- En su caso, centro donde se ha realizado el trabajo.
- Nombre, correo electrónico y teléfono del autor/a responsable de la correspondencia.
- Declarar en su caso la financiación o no del trabajo.
- Manifestar si ha sido presentado en algún evento científico.
- Indicar la existencia o no, de conflicto de intereses.
- Agradecimientos, si procede.

2. CUERPO DEL MANUSCRITO

En un archivo independiente con el título del trabajo y sin los nombres de los autores, con el fin de garantizar el doble ciego por parte de los revisores, se presentará el manuscrito que debe llevar los siguientes apartados:

I. Resumen y palabras clave

Deberá incluirse el resumen y las palabras clave en castellano e inglés.

Resumen

Su extensión aproximada será de 250 palabras. Se caracterizará por: poder ser comprendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo. Desarrollar los puntos esenciales del artículo en términos concretos. Estará ordenado observando el esquema general del artículo en miniatura, y no podrá incluir información no citados en el texto.

Palabras clave

Debajo del resumen se especificarán de tres a diez palabras clave para referencia cruzada de los centros de datos. Deben ser términos incluidos en la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), conocida en inglés como Medical Subject Heading (MeSH).

II. Texto

Será presentado en castellano, paginado (parte inferior) y se ordenará en apartados según el tipo de estudio.

ORIGINALES

En los trabajos de investigación cuantitativa se debe ordenar mediante: Introducción, Metodología, Resultados y Discusión (IMRYD). La extensión máxima será de 3500 palabras. En los originales de metodología cualitativa si el trabajo lo precisa se puede ampliar su extensión hasta los 25500 caracteres.

Introducción

Será breve y planteará el estado de la situación, debe describir el problema de estudio y sus antecedentes, y argumentarse con referencias bibliográficas actualizadas. Y se establecerá claramente el objetivo del artículo.

Metodología

Se señalarán los sujetos, métodos y procedimientos utilizados; materiales y equipos empleados, y el tiempo del estudio. Cuando sea necesario se señalará el tratamiento estadístico empleado y las razones de su elección.

Resultados

Describirá los datos recogidos y los hechos observados de una manera concisa, objetiva y sin interpretar. Guardando una secuencia lógica en el texto y destacando las observaciones más relevantes.

Discusión

Se interpretará y explicará razonadamente el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones futuras. Si procede se hará comparación con otros estudios similares. Se destacará los aspectos más novedosos y relevantes del trabajo.

Conclusiones

Tratará estar relacionada con los objetivos del trabajo. Evitando realizar afirmaciones no respaldadas por los datos disponibles. Cuando sea posible debería hacer referencia a las implicaciones en el desarrollo científico y profesional de la Enfermería.

CASOS CLÍNICOS

Su extensión no superará las 10.100 caracteres con espacios. Se admitirán hasta un máximo de 2 tablas y/o figuras. Este tipo de diseño debe llevar los siguientes apartados; Introducción, presentación del caso y Discusión/implicaciones para la práctica. El apartado presentación del caso incluirá brevemente la recogida de datos, las pruebas diagnósticas realizadas y el diagnóstico clínico, detallando en qué ámbito de salud se llevarán a cabo los cuidados. Tras esta breve descripción se expondrá la secuencia del plan de cuidados desarrollado de acuerdo al siguiente esquema:

1. Valoración general y diagnóstica

Es recomendable reseñar los Diagnósticos de Enfermería, Problemas de colaboración, según la taxonomía de la NANDA, empleando alguna forma sistemática de valoración dentro de un marco teórico de cuidados enfermeros.

2. Planificación y Ejecución de los cuidados

Según la fórmula de Resultados esperados e Intervenciones según las taxonomías NOC y NIC.

3. Evaluación de los resultados/seguimiento

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS DE ENFERMERÍA

La estructura será: Introducción, Método, Resultados, Discusión y Recomendaciones, en función de los niveles de evidencia y los hallazgos encontrados. La extensión máxima será de 3500 palabras. Se admitirán hasta un máximo de 2 tablas y/o figuras, en este tipo de diseño es recomendable que entre las tablas se incluya un flujograma y una tabla resumen con los artículos seleccionados. Los apartados para este formato son las siguientes:

Introducción

Breve presentación del tema a estudiar que debe incluir el objetivo que se pretende alcanzar con el problema a investigar.

Metodología

Utilización de descriptores y estrategia de búsqueda reproducible y criterios de inclusión y exclusión. Tipos de fuentes consultadas. Se puede incluir una evaluación metodológica, si ha llevado a cabo.

Resultados

Respondiendo a los objetivos fijados, debe contener la descripción de los resultados encontrados en el proceso de selección de los artículos, clasificación y síntesis de los estudios encontrados y sus grados de recomendación.

Los siguientes grados de recomendación se derivan de los niveles y grados de evidencia establecidos por el instituto Joanna Briggs en 2014 (http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Grades-of-Recommendation): Grado A o fuerte; Grado B o débil para una determinada estrategia de cuidados.

Discusión y recomendaciones

En este apartado se deben exponer las opiniones y reflexiones de los autores derivadas de los hallazgos, comparándolos con los resultados obtenidos de otros estudios. Se indicarán también las posibles limitaciones. Se finalizará con las conclusiones y las recomendaciones en función de los grados de recomendación encontrados, así como a las implicaciones que tiene para la práctica clínica o enfermera.

III. Agradecimientos

Deberán dirigirse a las instituciones, organizaciones y personas, si las hubiera, que han contribuido de forma significativa en la realización del estudio. Los autores tienen la responsabilidad de obtener los correspondientes permisos en su caso.

IV. Bibliografía

Las citas bibliográficas se numerarán consecutivamente en el orden de aparición por primera vez en el texto. Para la anotación de las citas en el texto se usará la numeración mediante superíndice. Las referencias bibliográficas de artículos de revista, libros, protocolos, leyes u otro material publicado o en soporte electrónico deben realizarse siguiendo las normas de Vancouver, disponible en las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas, mencionadas anteriormente.

EJEMPLOS

Artículos de revistas

- Autor/es Personal/es:
  Velazquez V, Pernía M, Moya MA, Mejias MC. Inyección umbilical como alternativa válida al alumbramiento manual, para el manejo de la placenta retenida. Hygia de Enfermería 2021; 106 (38): 5-10.
- Con seis o más autores (citar los cuatro primeros y añadir et al.)
- Autor Corporativo:
  Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS, ATESA 2011/10.

Libros y otras monografías

- Libro completo:
  Galarreta S, Martin C. Enferpedia. Técnicas y Procedimientos de Enfermería. Madrid: Panamericana; 2018.
- Capítulos de libros:
  Forcada JA, Bayas JM, Velasco C. Generalidades sobre las vacunas. En: Alvarez MJ, Velasco C, coordinadores. Asociación Española de Vacunología. Vacuna a Vacuna. 3ª ed. Zaragoza: Amazing Books; 2018. p. 51-87.

Artículo en Internet

- En edición electrónica, indique url y fecha de acceso, o bien solo el Doi.
  Raquel Pelayo A, Cuadrado Mantecón MA, Martínez Álvarez P, Rojo Tordable M, Ibarguren Rodríguez E, Reyero López M. Heparinización directa del paciente frente a heparinización del circuito extracorpóreo en hemodiálisis: estudio comparativo. Enferm Nefrol. 2015; 18(1): 48-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000100007. [Acceso 31/05/2019].

3. FIGURAS Y TABLAS

Figuras y Tablas: Deben ser citadas en el texto del artículo en el lugar donde el/la autor/a deseen que estén ubicadas, se numerarán de forma correlativa con números arábicos y según el orden y lugar de aparición en el texto. Para un mejor procesamiento gráfico, se enviarán en un archivo de excel o en formato de texto editable y no en archivo de imagen. Esto permite un buen procesado de maquetación. Deben servir de complemento al texto y no de repetición.

Se entienden por figuras: fotografías de una resolución necesaria y en archivo de imagen como jpg, eps, etc. También gráficas, cuadros, hojas de valoraciones, esquemas, etc. o cualquier tipo de ilustración que no sea una Tabla. Deben presentarse igualmente en archivos editables, no de imágenes, independientes del texto del manuscrito.

Las Tablas llevarán el título en la parte superior y con nota a pie, necesaria para su mejor comprensión. Las Figuras llevarán el título en la parte baja de la misma. Las reproducidas de otras fuentes deben llevar la referencia del autor original.

UNIFORMIDAD DE LAS PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

Con la finalidad de garantizar una uniformidad tanto en la redacción, contenido, apartados, etc. en la elaboración de los manuscritos, desde este consejo de redacción recomendamos a los autores revisar los correspondientes tipos de diseño en EQUATOR NETWORK en el link https://www.equator-network.org/

Existen documentos tanto en castellano como en inglés que permiten una verificación de homogeneidad tipo checklist como CONSORT (ensayos clínicos), PRISMA (revisiones sistemáticas), STROBE (estudios observacionales), CARE (casos clínicos), etc. para cada tipo de diseño.

ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN CIENTÍFICA

Estudios con personas

Si el trabajo descrito conlleva la participación de personas, el autor debe cumplir todos los requisitos que se establecen en el código ético de la OMS (Declaración de Helsinki) sobre experimentos con humanos. El manuscrito deberá seguir las recomendaciones para la realización, registro, edición y publicación de trabajos científicos en revistas biomédicas, del ICMJE y aspirar a la inclusión de poblaciones humanas representativas en cuanto a sexo, edad y procedencia étnica, según aconsejan dichas recomendaciones. El autor debe declarar en el manuscrito que cuenta con el consentimiento informado de todos los sujetos estudiados. En todo momento debe respetarse el derecho a la privacidad tal como se recoge en el código ético. No pueden aparecer datos relativos a los sujetos de estudio ni imágenes que puedan identificarlos.

Consentimiento informado y datos de los pacientes

Los estudios realizados con personas requieren la aprobación del comité ético y el consentimiento informado, que deberá constar en el artículo. . El autor deberá conservar los consentimientos por escrito. No es necesario que envíe las copias. Solamente si la revista lo solicita específicamente en caso de circunstancias excepcionales (por ejemplo, en caso de un problema legal), tendrá que facilitar copias de estos o las pruebas de que se han obtenido dichos consentimientos.

Sabadell
Professional

1 / 6

Este número es indicativo del riesgo del producto, siendo 1/6 indicativo de menor riesgo y 6/6 de mayor riesgo.

Indicador de riesgo aplicable a la gama de cuentas Expansión PRO.

Banco de Sabadell, S.A. se encuentra adherido al Fondo Español de Garantía de Depósitos de Entidades de Crédito. La cantidad máxima garantizada actualmente por el mencionado fondo es de 100.000 euros por depositante.

Esta PROpuesta es para ti, de PROfesional a PROfesional.

En Sabadell Professional trabajamos en PRO de los PROfesionales del Excelentísimo Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla. Innovamos constantemente nuestra oferta de productos y servicios para ayudarte a conseguir tus objetivos, proteger tus intereses, propulsar iniciativas y proponer soluciones financieras únicas, a las que solo pueden acceder PROfesionales como tú. Soluciones como esta:

Cuenta Expansión Premium PRO

La cuenta con múltiples ventajas para profesionales como tú.

Si quieres conocer todas las ventajas que te ofrece la Cuenta Expansión Premium PRO, contacta con nosotros e identifícate como miembro de tu colectivo profesional y un gestor especializado te explicará con detalle las ventajas que tenemos para PROfesionales como tú.

Te estamos esperando.

Publicidad

sabadellprofesional.com

900 500 170

XXXVIII
Certamen Nacional de Enfermería "Ciudad de Sevilla"

PREMIOS: PRIMERO: 4.140 € SEGUNDO: 2.070 € TERCERO: 1.380 € Accésit ENFERMERÍA JOVEN: 1.150 €

Los premios se concederán al autor o autores que mejor contribución aporten a la investigación y trabajos científicos de Enfermería y cumplan las siguientes bases

BASES

1 **DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".

2 **OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos y que, con anterioridad, no se hubiesen presentado a ningún otro Premio o Certamen de esta misma naturaleza, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo. No serán objeto de estos premios los trabajos subvencionados por otras entidades científicas o comerciales, ni las tesis doctorales presentadas a tal fin. El Certamen se amplía con un Accésit denominado "Enfermería Joven" y dotado con 1.150 €. Se otorgará al estudio monográfico o trabajo de investigación inédito de los presentados al Certamen por profesionales de enfermería colegiados que hubiesen terminado los estudios universitarios hasta cuatro años anteriores a la presente convocatoria, debiendo presentar documento que acredite el año de finalización de los estudios de enfermería. Un mismo trabajo no se podrá presentar, conjuntamente, a los Premios y al accésit. Cualquier colegiado que cumpla los requisitos indicados en el párrafo anterior, podrá optar por alguna de las dos modalidades. En el caso de presentarse para el "Accésit Enfermería Joven", habrá de hacer constar expresamente en el sobre cerrado el lema: "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. Accésit Enfermería Joven". Con el fin de cumplimentar el objeto de los premios del Certamen Nacional de Enfermería "Ciudad de Sevilla", el autor o primer firmante de cada trabajo deberá presentar en la documentación establecida en el punto 9 de estas bases, una declaración jurada de que el trabajo es inédito y no ha sido anteriormente presentado en ningún evento o publicado en cualquier otro medio. Del mismo modo, no tendrán la consideración de trabajos inéditos actuaciones consistentes en pequeñas variantes o modificaciones sobre el título o el contenido de cualquier trabajo anterior conocido o publicado por el mismo autor.

3 **DOTACIÓN:** La dotación económica será de **4.140 €** para el trabajo premiado en primer lugar; **2.070 €** para el premiado en segundo lugar y **1.380 €** para el premiado en tercer lugar y Accésit Enfermería Joven **1.150 €**.

4 **PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por triplicado, en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara y encuadernados. Incluirán en separata un resumen de los mismos, no superior a dos páginas, así mismo, también se incluirá un *pen drive* que contenga el texto del trabajo.

5 **CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de Graduado o Diplomado en Enfermería que se encuentren colegiados. Un autor/a o coautor/a sólo podrá presentar un trabajo cada año.

6 **JURADO:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales pertenecerán: uno al Colegio de Sevilla, uno a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y cuatro a la Facultad de Enfermería o sus unidades docentes y centros adscritos. Todos los miembros del Jurado serán Graduado o Diplomados en Enfermería. Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente.

7 **INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación de las Bases.

8 **DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.

9 **DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de cartería, al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla, Avda. Ramón y Cajal, 20-Acc. (41.005 Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XXXVIII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación. Las personas que residen en la provincia de Sevilla podrán depositar el trabajo, si lo prefieren, personalmente en la Sede colegial. En su interior incluirá: El trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con seudónimo; sobre cerrado, identificado con el mismo seudónimo incluyendo nombres, y dirección completa de autor o autores, teléfono de contacto del 1º firmante, certificado de colegiación reciente y currículum vitae de la totalidad del equipo si lo hubiere. **Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier apartado, que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, antes de la apertura de las plicas, de la procedencia o autores de los mismos.**

10 **PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presentan en el certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención a su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que ha sido premiado en el "XXXVIII Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".

11 **TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.

■■ **Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2022.** Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del jurado, mediante correo certificado. **El fallo del jurado se hará público el día 15 de diciembre de 2022. El incumplimiento de una de las bases será motivo para quedar excluido del certamen.**

158 años avanzando con la profesión

PREMIADOS 2021

1º Premio:	Paula Betés Pola (Zaragoza)
2º Premio:	M.ª Inmaculada Henares y Manuel Pabón (Sevilla)
3º Premio:	M.ª Aguilar y M.ª del Rosario Martínez (Sevilla)
Accésit Enfermería Joven:	María Viera Viera (Sevilla)

Patrocinan

A.M.A. agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Sabadell