

VOLUMEN

40

TOMO

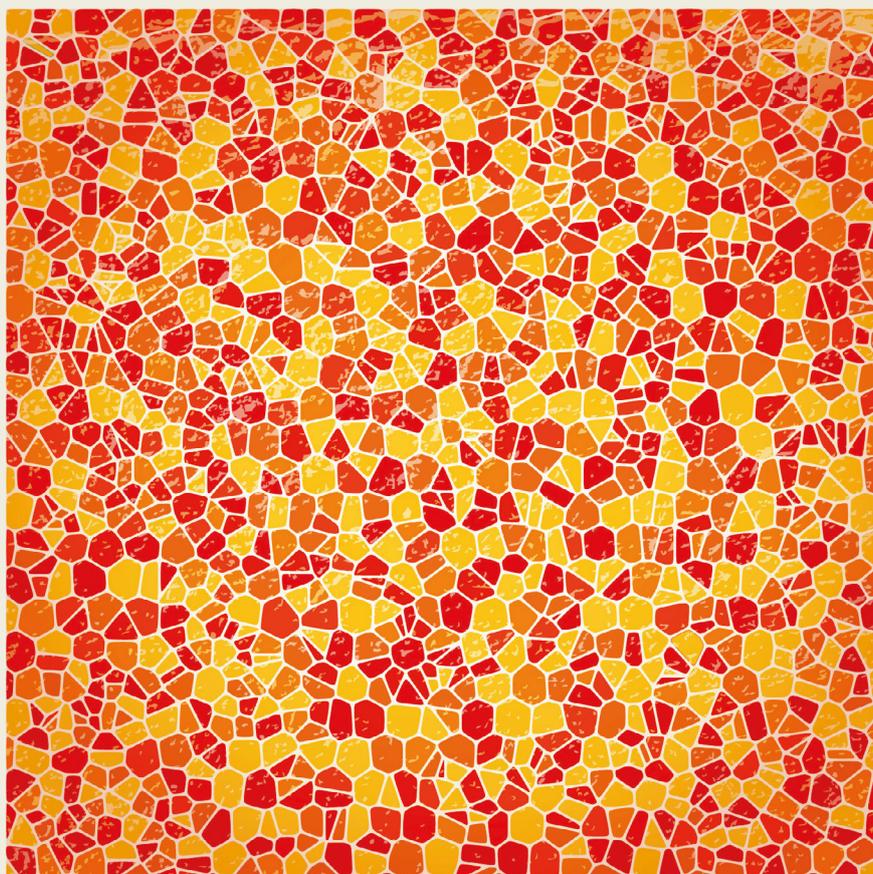
1

Revista científica del Colegio de Enfermería de Sevilla

ISSN: 1576/3056

Enero/abril de 2023

HYGIA DE ENFERMERÍA



AndalBrok con la **Enfermería** de Sevilla

Desde
1 Enero

Ahora los colegiados del **Colegio de Enfermería de Sevilla** tienen a su disposición los servicios de **AndalBrok Correduría de Seguros** para el asesoramiento y gestión de sus pólizas de seguros.



Independencia

Trabajamos con **más de 50 aseguradoras**, lo que garantiza nuestra **independencia** y nos permite ofrecer las mejores soluciones a nuestros clientes.



Innovación

Desde la digitalización de nuestros servicios hasta la **personalización de pólizas**, estamos siempre a la vanguardia para brindar **soluciones innovadoras** y adaptadas a tus necesidades.



Despreocúpate

En **AndalBrok** nos ocupamos de analizar cuáles son tus necesidades reales y de ofrecerte las mejores y más competitivas soluciones aseguradoras. Nuestro compromiso es proporcionarte **la tranquilidad y seguridad, de sentirte acompañado** ante los imprevistos.

2 de Mayo
INAUGURAMOS
local en la sede
del Colegio



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

Rocío Romero Serrano

Rocío Cordero Rodríguez

SECRETARIA DE REDACCIÓN

Charo Navarro

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@eco.es

ENVÍO DE ARTÍCULOS

hygia@eco.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.

EDITORIAL

4 **Hola, soy enfermera**

Jesús Doblado Roldán

ORIGINALES / ORIGINALS

5 **Estudio descriptivo del uso del dermatoscopio por enfermería en el diagnóstico precoz de lesiones cutáneas**

Descriptive study of the use of the dermatoscope by nurses in the early diagnosis of cutaneous lesions

Manuel Olvera Martínez, Miguel Campos Moyano, Ana M.^a Herrera Carrasco, Yolanda Romero Nimo, Juan Antonio Pilares Puertas

REVISIONES / REVIEWS

12 **Realidad virtual vs. Buzzy®: Manejo del dolor y la ansiedad durante la venopunción pediátrica**

Virtual Reality vs. Buzzy®: Management of pain and anxiety during pediatric venipuncture

Carolina Merino Lobato

21 **Técnicas de alivio del dolor realizadas por enfermería durante la vacunación infantil**

Pain relief techniques performed by nurses during infant vaccination

Francisco Javier Rodríguez Ferrete, Carmen Lindes Pallares, Ana Ponce Troncoso y María José Polvillo Avilés

ARTÍCULOS ESPECIALES / SPECIAL ARTICLES

29 **Del cribado oportunista al cribado sistemático del cáncer de cérvix. ¿Qué implicaciones prácticas tiene en nuestra actividad asistencial?**

From opportunistic screening to systematic screening for cervical cancer. What practical implications does it have in our care activity?

Carmen Mejías Paneque

33 **Intervención de las enfermeras de salud mental con madres y padres que han experimentado una pérdida perinatal. Revisión crítica**

Intervention of mental health nurses with people who have experienced perinatal grief. Critical review

Alicia Aguilares de la Torre

37 **¿Se conocen las competencias de las enfermeras especialistas en salud mental? Revisión crítica**

Are the competencies of mental health nurse specialists known? Critical Review

Marta Gálvez Albert

41 **Píldoras metodológicas en investigación enfermera: investigación en salud con perspectiva de género**

Notes on nursing research: health research with a gender perspective

Ana María Moltó Boluda

CARTAS AL DIRECTOR / LETTERS TO THE EDITOR

44 **Duelo de leche**

46 **La experiencia ante la llegada de la Covid-19**

48 **Pequeños pacientes, grandes lecciones**

Hola, soy enfermera

Jesús Doblado Roldán

Enfermero

Hola, soy enfermera, y sí, estoy nuevamente llorando en el coche.

En realidad, no es nada nuevo. Y, también es cierto, no ocurre todos los días.

Pero hay momentos en los que es necesario. Lo ha sido siempre, durante los más de veinte años que llevo desempeñando esta profesión. Ha habido distintas cuestiones que lo han provocado, pero, al fin y al cabo, el resultado ha sido el mismo.

Cuando llegó la pandemia, se acrecentó de una manera incontrolada. La impotencia me abrumó, y cuando salía de los muros del hospital, una vez duchada y liberada del miedo disfrazado de virus, sentada en el coche, las fuerzas me abandonaban, y toda esa coraza se hacía polvo en el interior del habitáculo.

Era mi momento, en el que todos los sentimientos que bullían en el interior se mostraban en forma de lágrimas, de esas que duelen al salir, pero que tienen la capacidad liberadora que sólo el llanto consigue en determinados momentos.

Y era así como, pasados unos minutos, conseguía serenarme, conducir hasta casa, y reencontrarme con mi familia un día más.

Pero hoy, ya no hay virus. Es cierto que sí lo seguimos teniendo aquí, pero, para la sociedad, ya han vuelto los problemas de siempre y las otras prioridades para olvidarse de nosotros, a la vez que lo hace del dichoso microorganismo.

Este momento es uno más de los que tiene esta profesión. Esa es la que nadie recuerda que somos personas en el interior de este uniforme que no nos defiende de casi nada.

Hoy, lo he dado todo, y podría decirse que he salido indemne. Ha sido un día intenso, con altas e ingresos en la planta, que ha finalizado con la llegada de Irene.

Más o menos de mi edad, acompañada de su marido. Le he realizado la acogida, los he informado, canalicé la línea media que necesitará para el tratamiento que la ha traído al hospital (si algún día se va, aunque eso no se lo he dicho) y le he administrado los fármacos.

Al final, he estado aproximadamente treinta minutos en su habitación. Nos ha dado para hablar de muchas cosas: de su vida, de sus dos niños que quedaron en casa con la abuela, de lo difícil que es todo esto. Lo de siempre.

Cuando lo he recogido todo, y antes de marcharme, me ha cogido las manos, y, con toda la profundidad de sus ojos verdes me ha mirado y me ha dicho:

—Gracias.

Yo, le he sonreído, incluso creo recordar que le he guiñado un ojo.

Y ahora, aquí en el coche, en mi refugio, ha salido todo hacia fuera. Porque yo también soy una persona. Tengo mis miedos y mis ilusiones. Mi familia y mis amigos. Hoy no era mi mejor día, pero, aun así, he intentado desarrollar mi turno de la mejor manera posible.

Hoy, sin quererlo, me puse en la piel de la pareja, mientras que me destrozaba por dentro. Pero, igual que sientes la angustia del familiar que espera en la puerta del quirófano, o el miedo después de recibir un diagnóstico de boca del médico.

Dicen que no te tienes que llevar el trabajo a casa, y, os aseguro, que ninguna queremos hacerlo. Por eso, muchas veces, quizás demasiadas, nos quedamos en el coche liberando toda esa suciedad que se impregna de manera inmaterial en nuestra piel, para conseguir llegar a casa con una sonrisa, sin pensar que, lo que acabas de ver, te puede pasar a ti en cualquier momento.

Por eso, tenéis que entender que el profesional sanitario que tenéis delante, aunque en ese momento no sea importante para ustedes, también es una persona con una historia dentro.

Y nunca dudes de que está allí para hacerte la vida más llevadera, aunque en ese momento, no tenga su mejor día.

FECHA DE RECEPCIÓN: 14/1/2023

Correspondencia: Jesús Doblado Roldán
Correo electrónico: jesus.doblado@eco.es

Estudio descriptivo del uso del dermatoscopio por enfermería en el diagnóstico precoz de lesiones cutáneas

Descriptive study of the use of the dermatoscope by nurses in the early diagnosis of cutaneous lesions

Manuel Olvera Martínez, Miguel Campos Moyano, Ana María Herrera Carrasco, Yolanda Romero Nimo, Juan Antonio Pílares Puertas

Centro de salud Puerto de Santa María Sur (El Puerto de Santa María, Cádiz)

RESUMEN

Objetivos: Evaluar la efectividad del uso del dermatoscopio por enfermería y su contribución al diagnóstico precoz de lesiones cutáneas malignas.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo transversal de pacientes a los que se les tramita una teleconsulta a dermatología por enfermería formada en el uso y reconocimiento de lesiones cutáneas mediante dermatoscopia. Dichos pacientes fueron atendidos en el periodo de Octubre de 2019 y Abril de 2022 y se les realizó una teleconsulta ante la sospecha de la malignidad clínica y dermatoscópica de las lesiones circunscritas cutáneas, mucosas y de anexos cutáneos.

Resultados: De las 61 teleconsultas realizadas, 23 se realizaron como lesiones melanocíticas de las cuales se consultaron 14 lesiones como nevus con una correlación con del 100% con la unidad de dermatología y 9 como melanomas con confirmación histológica en 4 de ellos. Como lesiones no melanocíticas se consultaron 38 lesiones, 22 se realizaron como carcinoma basocelular (CBC) 21 de ellas confirmadas histológicamente, 4 queratosis actínicas, 4 carcinomas escamosos confirmadas histológicamente, 3 queratosis seborreica, 2 granulomas piógenos y 1 psoriasis. Estas últimas lesiones coincidieron con el diagnóstico de dermatología y a ninguna se les realizó estudio histológico.

Conclusiones: La dermatoscopia es una técnica sencilla, rápida, barata y no invasiva que resulta de gran utilidad para el diagnóstico de múltiples lesiones cutáneas benignas y malignas. Una enfermería cualificada en el manejo del dermatoscopio y en la valoración de múltiples patrones dermatoscópicos beneficia en gran medida el diagnóstico precoz de lesiones malignas como el carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular y melanoma entre otros.

PALABRAS CLAVE

dermatoscopia, enfermería, lesiones melanocíticas, lesiones no melanocíticas

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the effectiveness of dermoscopy in the diagnosis of skin lesions by nursing.

Material and methods: A cross-sectional descriptive study was carried out on patients who underwent a dermatology teleconsultation by the minor surgery nursing team of the health center, trained in the use and recognition of skin lesions by dermoscopy. These patients were treated between October 2019 and April 2022 and a teleconsultation was carried out due to the suspicion of clinical and dermoscopic malignancy of the circumscribed cutaneous and mucosal lesions and cutaneous annexes.

Results: Of the 61 teleconsultations carried out, 23 were carried out as melanocytic lesions, of which 14 lesions were consulted as nevus with a 100% correlation with the dermatology unit and 9 as melanomas with histological confirmation in 4 of them. 38 lesions were consulted as non-melanocytic lesions, 22 were classified as basal cell carcinoma (BCC), 21 of them histologically confirmed, 4 actinic keratoses, 4 histologically confirmed squamous cell carcinomas, 3 seborrheic keratoses, 2 pyogenic granulomas and 1 psoriasis. These last lesions coincided with the dermatology diagnosis and none of them underwent a histological study.

Conclusions: Dermoscopy is a simple, fast, cheap and non-invasive technique that is very useful for the diagnosis of multiple benign and malignant skin lesions. Nursing qualified in handling the dermatoscope and in the assessment of multiple dermoscopic patterns greatly benefits the early diagnosis of malignant lesions such as basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, and melanoma, among others.

KEYWORDS

dermoscopy, nursing, melanocytic lesions, non-melanocytic lesions

INTRODUCCIÓN

La aparición del cáncer de piel suele estar íntimamente relacionado con la radiación solar, un factor exógeno potencialmente modificable cuya exposición durante largos periodos de tiempo o de forma intermitente e intensa aumenta la probabilidad de lesiones cutáneas malignas¹. Otros factores de riesgos importantes del huésped son el número de nevos melanocíticos, la historia familiar y la susceptibilidad genética. El resultado de un metanálisis reciente subrayó que los pacientes con más de 100 nevos tienen un riesgo 7 veces mayor de melanoma². Antecedentes familiares así como ciertas características fenotípicas como cabello rojo, piel clara, numerosas pecas, ojos claros, sensibilidad solar e incapacidad para broncearse, elevan el riesgo de desarrollar melanoma³.

La incidencia de melanoma cutáneo en España está en aumento según la infografía 'Melanoma cutáneo en España', elaborada por la Red Española de Registros de Cáncer (Redecan) y la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Según sus datos la tasa anual entre 2002 y 2022 se ha incrementado, tanto en hombres como en mujeres. En concreto, ha pasado de 10,5 a 16,3 casos en mujeres y de 10,8 a 14,6 en hombres, lo que supone un incremento anual del 2,5 y del 1,6 por ciento respectivamente. Según las estimaciones este tipo de tumor cutáneo se posicionará como el noveno cáncer más frecuente en mujeres y el undécimo en hombres⁴.

El melanoma es el responsable del 75-95 % de las muertes por cáncer cutáneo en España, sin embargo, un diagnóstico precoz supone que el 80% de los pacientes alcancen la curación completa⁵.

La dermatoscopia es una técnica que surge en sus inicios para la detección precoz del melanoma. Diversos estudios han demostrado su efectividad en el diagnóstico y seguimiento de lesiones circunscritas tanto melanocíticas como no melanocíticas⁶.

Existen en el mercado diferentes tipos de dermatoscopio, los primeros llamados de inmersión, que precisan de un gel interfase entre la piel y el dermatoscopio, y los más evolucionados, de luz polarizada que utilizan diferentes filtros luminosos para obtener una luz cruzada polarizada evitando así su reflexión y refracción sobre la piel cutánea⁷.

Gracias a la incorporación del servicio de teledermatología con la unidad de dermatología del Hospital Universitario de Puerto Real, enfermería del centro de salud Puerto de Santa María Sur tiene la posibilidad de enviar lesiones sospechosas de malignidad para su valoración. Dichas teleconsultas son realizadas por personal de enfermería formado en dermatoscopia concretamente 2 enfermeros y una enfermera de un total de 15 profesionales.

El objetivo es evaluar el uso del dermatoscopio por enfermería y su contribución al diagnóstico precoz de lesiones cutáneas malignas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal de pacientes que acuden a la consulta de enfermería y que durante la misma se sospecha in situ de lesiones expuestas a la vista de alguno de los enfermeros del centro de salud formados en dermatoscopia.

El periodo comprende de Octubre de 2019 a Mayo de 2022, un periodo marcado por la pandemia de la Covid-19 tanto en la práctica asistencial como en el funcionamiento habitual del centro, siendo conscientes de que el número de pacientes que asisten a una consulta presencial de enfermería está condicionado en este aspecto.

El estudio incluye a pacientes a los que se realizó una teleconsulta a la unidad de dermatología del Hospital Universitario de Puerto Real. Las lesiones eran detectadas el transcurso de diferentes actividades de enfermería como extracciones, consulta de cribado de cáncer de colon, cirugía menor, consulta de enfermería etc, y suscitaban la sospecha clínica para su evaluación dermatoscópica.

Entre los posibles diagnósticos:

- Lesiones melanocíticas malignas: Melanoma, lentigo maligno.
- Lesiones melanocíticas benignas: nevus en cualquiera de sus variantes.
- Lesiones no melanocíticas benignas: Dermatofibroma, queratosis actínica, queratosis seborreica, angioma, granuloma piógeno.
- Lesiones no melanocíticas malignas: carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular.
- Enfermedades inflamatorias: Psoriasis.

Los datos fueron recogidos en una ficha individual confeccionada por el investigador principal. Se realizaron fotografías macroscópicas y dermatoscópicas de las lesiones, estas últimas a través de un dermatoscopio dermlite 100.

Dicha ficha contenía datos como el número de historia de salud en Andalucía (AN), edad, fecha teleconsulta, sospecha propuesta por enfermería, juicio clínico de la unidad de dermatología y estudio histológico por anatomía patológica.

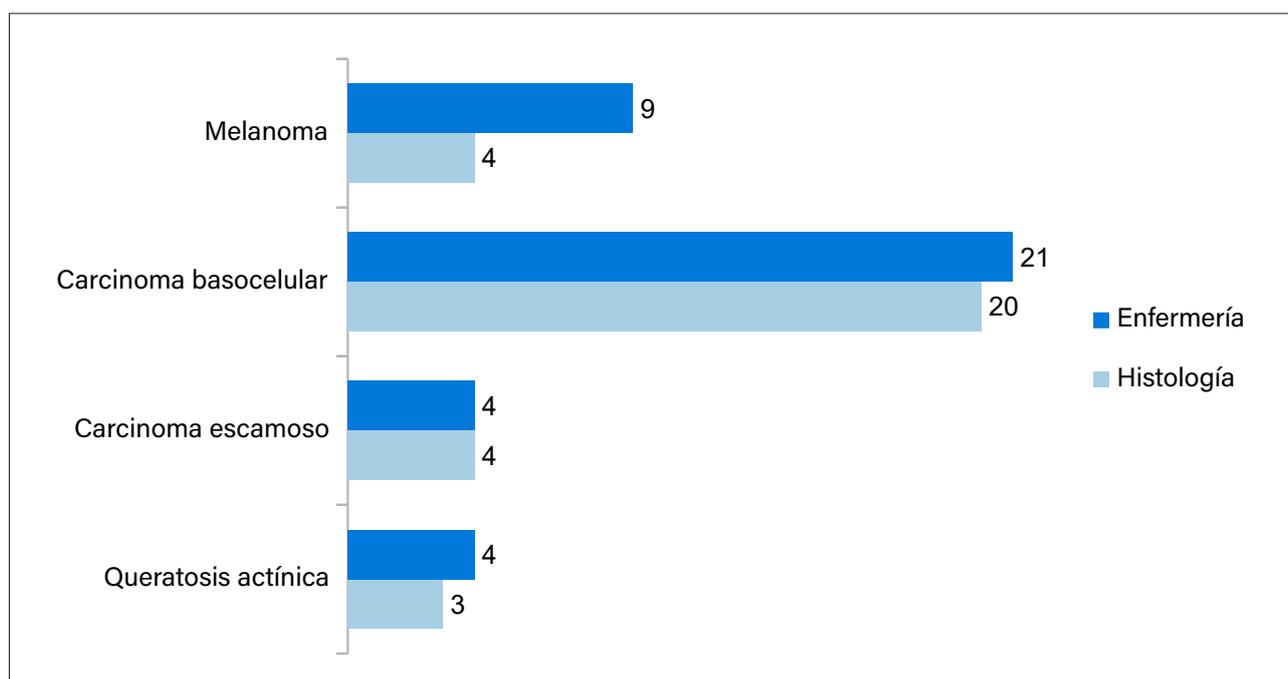
Los datos se recogieron en tres momentos:

1. Datos generales, tomando imágenes clínicas y dermatoscópicas y tramitando la teleconsulta.
2. Respuesta del servicio dermatológico, con sospecha clínica y conducta a seguir.
3. Resultado histológico de aquellas lesiones abordadas tanto en la unidad de cirugía menor como por el servicio de dermatología del Hospital de Puerto Real.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 61 pacientes y de 61 lesiones. La correlación del juicio clínico de enfermería y de la unidad de dermatología fue del 85% tanto de lesiones melanocíticas como no melanocíticas, incluyendo las de carácter benigno y maligno, esto quiere decir que la sospecha diagnóstica de lesiones mediante el uso del dermatoscopio por enfermeros cualificados en esta disciplina coincide casi en un 85% con las realizadas por la unidad de dermatología mediante teleconsulta.

De las 61 teleconsultas realizadas, 23 se realizaron como lesiones melanocíticas y 38 como lesiones no melanocíticas. De las melanocíticas se consultaron 14 lesiones como nevus y 9 como melanomas.

Gráfico 1. Correlación entre la sospecha clínica de la enfermera y el estudio histológico.

De las lesiones no melanocíticas 22 se realizaron como carcinoma basocelular (CBC), 4 queratosis actínicas, 4 carcinomas escamosos, 3 queratosis seborreica, 2 granuloma piógeno y 1 psoriasis.

Se realizó el estudio histológico de 28 lesiones, 21 de las cuales fueron basocelular, 4 melanomas, 2 carcinomas escamosos y 1 queratosis actínica. El carcinoma basocelular fue la lesión con mayor prevalencia del estudio con un total de 21 lesiones, la correlación de la sospecha de enfermería con la unidad de dermatología ocurrió en 17 de las lesiones, un total del 80,95%. El estudio histológico coincidió con la sospecha clínica propuesta por enfermería en 20 de las lesiones (Gráfico 1)

Una de las lesiones propuesta como carcinoma basocelular fue diagnosticada como quiste epidérmico, con ausencia de estudio histológico. Las otras 3 lesiones pese a no coincidir la sospecha clínica de enfermería con el diagnóstico de la unidad de dermatología, el estudio histológico coincidió con la sospecha propuesta por enfermería como carcinoma basocelular. Entre los diagnósticos propuestos de las 3 lesiones anteriores por la unidad de dermatología estaba carcinoma escamoso, enf. bowen y queratosis actínica. Uno de los CBC confirmados histológicamente, fue derivado por enfermería como queratosis actínica y diagnosticado por la unidad dermatológica como CBC. Por tanto y de acuerdo a estos datos se obtiene en el estudio una sensibilidad del 95,23%.

El nevus se sitúa en segundo lugar en prevalencia, con un 27,50%, con un total de 14 lesiones, la correlación de la sospecha de enfermería con la unidad dermatológica fue del 100%. En ninguna de las lesiones hay estudio histológico que lo corrobore.

El melanoma aparece como sospecha clínica de enfermería en 9 de las lesiones, coincidiendo con la unidad de dermatología en un 66,66% con 6 lesiones, de las cuales 4 se corresponden histológicamente, obteniendo una sensibilidad del 100%. Las otras dos lesiones con sospecha de melanoma en el que coinci-

día enfermería y dermatología pero que no se correspondieron histológicamente fueron una hiperplasia melanocítica y una queratosis seborreica pigmentada. Las 4 lesiones con sospecha de melanoma por enfermería sin correlación con dermatología tuvieron el juicio clínico de nevus y nevus atípicos, sin estudio histológico en ninguno de los casos.

El carcinoma escamoso aparece como sospecha clínica por enfermería en 4 lesiones, coincidiendo con la unidad de dermatología en 3 de ellas, el estudio histológico confirmó las 4 lesiones como carcinomas escamosos obteniendo una sensibilidad del 100%.

La lesión no correspondida por el juicio clínico de dermatología, fue diagnosticada como metástasis cutánea, con estudio histológico confirmado de carcinoma escamoso.

La queratosis actínica aparece como sospecha clínica en 4 lesiones coincidiendo 3 de ellas con el diagnóstico de dermatología. Solo una de ellas fue estudiada y confirmada histológicamente.

La lesión no correspondida por el juicio clínico de dermatología, fue diagnosticada como CBC, confirmada por anatomía patológica.

El granuloma piógeno aparece como sospecha clínica en 2 lesiones, ambas coinciden con el diagnóstico emitido por la unidad de dermatología, no hay estudio histológico que lo confirme.

La queratosis seborreica aparece como sospecha en 3 lesiones, todas coinciden con el diagnóstico de la unidad de dermatología sin estudio histológico que lo confirme.

A continuación se presentan imágenes macroscópicas y dermatoscópicas de 2 casos clínicos de pacientes con lesiones pigmentadas que a la dermatoscopia presenta sospecha de malignidad y fueron detectadas de forma casual en una consulta de enfermería en los que existió correlación entre el juicio clínico de la enfermera y el dermatólogo:



Caso clínico 1

Paciente de 74 años, que acude a la consulta de enfermería para control de sintrom. En la consulta en enfermero sospecha de la lesión cutánea, realizando anamnesis y valoración dermatoscópica in situ. Sospecha de melanoma, realizando teleconsulta. En menos de dos semanas la paciente es intervenida con estudio histológico posterior que confirma el melanoma.

Caso clínico 2

Paciente de 65 años que acude a una consulta de enfermería para cribado de detección precoz de cáncer de colon. En la consulta en enfermero sospecha de lesión cutánea con hiperchromía en periferia. Durante la consulta se realiza anamnesis con valoración dermatoscópica, sospechando de melanoma. Realizada teleconsulta, la paciente es intervenida de forma precoz, con estudio histológico de lentigo maligno melanoma.

Tabla 1. Relación de pacientes derivados con sospecha clínica.

RELACIÓN DE LESIONES CON SOSPECHA DERIVADAS POR ENFERMERÍA CON RESPUESTA A TRAVÉS DE TELEDERMA CON ESTUDIO HISTOLÓGICO					
EDAD	SOSPECHA POR ENFERMERÍA			CORRELACIÓN TELEDERMA	CONFIRMACION HISTOLÓGICA
	CBC	C. ESCAM	MELANOMA		
65	X	0	0	SÍ	SÍ
51	X	0	0	SÍ	SÍ
56	X	0	0	SÍ	SÍ
87	X	0	0	NO	SÍ
73	0	X	0	NO	SÍ
73	X	0	0	SÍ	SÍ
46	X	0	0	SÍ	SÍ
71	X	0	0	SÍ	SÍ
65	0	0	X	SÍ	SÍ
38	X	0	0	SÍ	SÍ
84	X	0	0	SÍ	SÍ
67	X	0	0	SÍ	SÍ
74	0	0	X	SÍ	SÍ
32	0	X	0	SÍ	SÍ
72	X	0	0	SÍ	SÍ
57	X	0	0	SÍ	SÍ
69	X	0	0	SÍ	SÍ
64	X	0	0	SÍ	SÍ
87	0	0	X	SÍ	SÍ
67	X	0	0	SÍ	SÍ
47	X	0	0	SÍ	SÍ
72	X	0	0	SÍ	SÍ
63	X	0	0	SÍ	SÍ
86	0	0	X	SÍ	SÍ
46	X	0	0	NO	SÍ

DISCUSIÓN

La efectividad de la dermatoscopia en lesiones melanocíticas y no melanocíticas ha sido extensamente estudiada y aunque inicialmente su principal utilidad fue para diagnosticar de forma precoz en cáncer de piel melanoma, resulta altamente eficaz para el diagnóstico de otras entidades cutáneas tanto benignas como malignas.

Por este motivo el uso del dermatoscopio se ha ampliado más allá de la consulta de dermatología, y son numerosos los centros

de atención primaria que disponen de un dermatoscopio para la valoración de lesiones cutáneas.

Los resultados de la investigación demuestran que el uso de la dermatoscopia por una enfermería formada en este ámbito incrementa el diagnóstico precoz de lesiones cutáneas y la convierten en un proceso útil y necesario en la práctica dermatológica diaria en nuestro medio.

La teledermatología supone un avance tecnológico sumamente beneficioso para el paciente ya que, ante la sospecha de una

lesión cutánea, el enfermero in situ puede realizar directamente la teleconsulta, evitando derivaciones a su médico de cabecera y la dilatación en el tiempo hasta que llega el paciente a la consulta de dermatología.

Una formación del uso del dermatoscopio en el ámbito de la enfermería de atención primaria puede ser sumamente beneficioso para el diagnóstico precoz de lesiones cutáneas malignas en pacientes que acuden a la consulta de enfermería.

Lesiones como el carcinoma basocelular o el espinocelular, pueden ser fácilmente confundidos por los pacientes como lesiones cutáneas benignas, pudiendo acudir como primera opción a una consulta de enfermería para realización de curas.

El uso del dermatoscopio en la consulta de enfermería podría contribuir al diagnóstico precoz de dichas lesiones como así ha constatado el equipo de enfermería en este estudio.

De igual forma, la dermatoscopia ha posibilitado el diagnóstico precoz de melanomas en una consulta de enfermería con lesiones cutáneas que no habían levantado sospecha al propio paciente y cuyo motivo de consulta era otro. En estos casos la dermatoscopia in situ y la teledermatología permitieron que dichos pacientes fueran intervenidos en menos de 15 días desde la fecha de la tramitación de la teledermatología.

El cáncer cutáneo melanoma tiene una tasa de mortalidad directamente proporcional al tiempo de evolución previo a su diagnóstico, casos como los presentados anteriormente constatan la importancia de la formación a enfermería en el uso del dermatoscopio ya que puede contribuir al diagnóstico precoz de dichas lesiones.

No se han encontrado estudios similares del uso del dermatoscopio por enfermería en relación con lesiones cutáneas, pero existen multitud de estudios en la literatura científica que demuestran los beneficios de la dermatoscopia y el aumento significativo en la sensibilidad y especificidad en la valoración de lesiones cutáneas mediante esta disciplina^{8,9,10}.

No obstante, los datos del estudio fueron condicionados por la pandemia, lo que pudo influir negativamente en la muestra de pacientes y teleconsultas tramitadas, por lo que entendemos este estudio como un primer análisis de la utilidad de la dermatoscopia por enfermería, sirviendo este primer análisis para futuros estudios con una muestra más significativa.

CONCLUSIONES

La utilización del dermatoscopio en la práctica clínica diaria de enfermería en atención primaria favorece el diagnóstico precoz de lesiones cutáneas malignas.

Gracias a esto los pacientes que acuden a una consulta de enfermería pueden verse beneficiados por el uso del dermatoscopio en lesiones cutáneas expuesta a la vista del profesional, que sospechando su carácter maligno puede realizar in situ la teleconsulta con la unidad de dermatología, contribuyendo al diagnóstico precoz y a sus beneficios: aumento de la tasa de supervivencia, tratamientos menos invasivos, costes económicos del tratamiento y temporalidad del mismo, cicatriz postquirúrgica, defectos estéticos postquirúrgicos, etc.

Una formación adecuada en el uso del dermatoscopio y lesiones cutáneas junto con la aplicación de teledermatología reduce los tiempos de espera, evitando la derivación del paciente a su médico de familia que posteriormente derivará a dermatología.

Además, la teledermatología contribuye a reducir las molestias ocasionadas al paciente evitando las múltiples visitas a consultas médicas previas al tratamiento, ya que al tener la unidad de dermatología fotografías de la lesión macroscópicas y dermatoscópicas, puede programar directamente al paciente para el tratamiento, evitando de esta forma la derivación de enfermería al médico de familia, la derivación del médico de familia a dermatología así como la primera consulta de valoración del dermatólogo a nivel hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Valenciano de Oncología - IVO [Internet]. IVO - Instituto Valenciano de Oncología. [cited 2023 Mar 7]. Disponible en: <https://www.ivo.es/wp-content/uploads/2015/03/GUIA-DE-PREVENCI%C3%93N-Y-TRATAMIENTO-DEL-MELANOMA-CONSELLERIA-DE-SANITAT.pdf>
2. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Abeni D, Boyle P, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi. *European Journal of Cancer*. 2005 Jan;41(1):28–44.
3. Titus-Ernstoff L, Perry AE, Spencer SK, Gibson JJ, Cole BF, Ernstoff MS. Pigmentary characteristics and moles in relation to melanoma risk. *International Journal of Cancer*. 2005;116(1):144–9.
4. Melanoma cutáneo en España estimaciones incidencia 2022 [Internet]. 2008 [citado 2023 Mar 2]. Disponible en: <https://redcan.org/storage/documents/458ec40a-e421-4e86-9776-4ee91977356c.pdf>.
5. Sandra Pulido. La dermatoscopia mejora la "precisión diagnóstica" del melanoma en las consultas de AP [Internet]. *Gaceta Médica*. 2021 [citado 2023 Mar 2]. Disponible en: <https://gacetamedica.com/profesion/la-dermatoscopia-mejora-la-precision-diagnostica-del-melanoma-en-las-consultas-de-ap/>
6. Palacios-Martínez D, Díaz-Alonso RA. Dermatoscopia para principiantes (ii): estructuras dermatoscópicas y métodos diagnósticos. *Medicina de Familia SEMERGEN [Internet]*. 2017 May 1 [cited 2022 Feb 13];43(4):312–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-dermatoscopia-principiantes-ii-estructuras-dermatoscopicas-S1138359315004219>
7. Palacios-Martínez D, Díaz-Alonso RA. Dermatoscopia para principiantes (i): características generales. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 2017 Apr;43(3):216–21.

8. Gómez RG, Al E. La dermatoscopia en el diagnóstico de malignidad de las lesiones circunscritas cutáneo mucosas y de anejos cutáneos. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba* [Internet]. 2017 Jan 11;(0). Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/618>
9. Gómez Arias PJ, Arias Blanco MC, Redondo Sánchez J, Escribano Villanueva F, Vélez García-Nieto AJ. Utilidad y eficiencia de la teledermatología en el manejo del cáncer de piel en atención primaria. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2020 Nov;46(8):553–9
10. Pozo YM, Castillo ECA, Fleites DP, Pérez AB, Castellanos LA, Rodríguez RG. Relación clínica-dermatoscópica-histológica de lesiones pigmentadas de piel sugestiva de melanoma. *Acta Médica del Centro* [Internet]. 2022 Jun 14 [cited 2023 Mar 7];16(3):488–503. Disponible en: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1592>.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Olvera Martínez M, Campos Moyano M, Herrera Carrasco AM, Romero Nimo Y, Pilares Puertas JA. Estudio descriptivo del uso del dermatoscopio por enfermería en el diagnóstico precoz de lesiones cutáneas. *Hygia de Enfermería*. 2023; 40(1): 5-11

PRIMER PREMIO DEL "XXXVIII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA"

Realidad virtual vs. Buzzy®: Manejo del dolor y la ansiedad durante la venopunción pediátrica

Virtual Reality vs. Buzzy®: Management of pain and anxiety during pediatric venipuncture

Carolina Merino Lobato

Enfermera. Artículo no filiado a ninguna institución. (Sevilla).

RESUMEN

Introducción: La punción venosa es una técnica sencilla, aunque temida por los pacientes pediátricos, causando en ellos dolor y ansiedad. Actualmente, muchos menores son tratados de forma insuficiente cuando se someten a este procedimiento. Los métodos de distracción no farmacológicos son alternativas novedosas que pueden ayudar a aliviar estos síntomas y a facilitar la realización de la punción.

Objetivo: Conocer la efectividad de la realidad virtual, frente a los dispositivos de frío y vibración (Buzzy®), como método de distracción empleado durante la venopunción en el manejo del dolor y la ansiedad en niños/as.

Metodología: Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos Medline (PubMed), The Cochrane Library, Scopus, Web Of Science (WOS), CINAHL y Embase. Tras aplicar una serie de criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 21 artículos, de los cuales 7 se analizaron cualitativamente, y 14, cuantitativamente, a través del programa informático Review Manager 5.4. La revisión fue registrada en la base de datos internacional de revisiones sistemáticas PROSPERO (CRD42022322366).

Resultados: En general, se obtuvieron mejores resultados en la disminución del dolor y la ansiedad durante la punción venosa en pacientes pediátricos cuando se hizo uso de los dispositivos de realidad virtual y/o Buzzy® (grupo experimental) en comparación con los cuidados estándares (grupo control) ($p < 0.05$). No hubo diferencias significativas entre ambas herramientas [IC 95% = 0.29 (-0.19–0.78), $p = 0.24$ ($p < 0.05$)].

Conclusión: La realidad virtual y el dispositivo Buzzy® son métodos de distracción efectivos en el alivio del dolor y la ansiedad durante la punción venosa pediátrica. No obstante, resulta necesario ampliar el número de investigaciones para respaldar los resultados obtenidos.

PALABRAS CLAVE

dolor [DeCS, Enfermedades], ansiedad [DeCS, Psiquiatría y Psicología], realidad virtual [DeCS, Ciencia de la Información], niño [DeCS, Denominaciones de grupos], enfermería pediátrica [DeCS, Disciplinas y ocupaciones], flebotomía [DeCS, Técnicas y equipos analíticos, diagnósticos y terapéuticos]

ABSTRACT

Introduction: Venipuncture is a simple technique, although feared by pediatric patients, causing them pain and anxiety. Nowadays, many children are not well treated when they undergo this procedure. Non-pharmacological distraction methods are novel alternatives that can help relieve these symptoms and facilitate the realization of phlebotomy.

Objective: To know the effectiveness of virtual reality, compared to cold and vibration devices (Buzzy® device), as a distraction method used during venipuncture to manage pain and anxiety in children.

Methodology: A search was conducted through the databases Medline (PubMed), The Cochrane Library, Scopus, Web Of Science (WOS), CINAHL and Embase. After applying inclusion and exclusion criteria, 21 articles were selected: 7 were qualitatively analysed, and 14 were quantitatively analysed through Review Manager 5.4 software. The review was registered in international database of systematic reviews PROSPERO (CRD42022322366).

Results: Overall, better results (less pain and anxiety during venipuncture in pediatric patients) were obtained when virtual reality or Buzzy® devices were used (experimental group) compared to standard care (control group) ($p < 0.05$). There were no significant differences between both tools [95% CI = 0.29 (-0.19–0.78), $p = 0.24$ ($p < 0.05$)].

Conclusions: Virtual reality and Buzzy® device are efficient distraction methods for relieving pain and anxiety during pediatric venipuncture. However, it is necessary to expand the number of investigations to support the results obtained.

KEYWORDS

pain [DeCS, Diseases], anxiety [DeCS, Psychiatry and Psychology], virtual reality [DeCS, Information Science], child [DeCS, Persons], pediatric nursing [DeCS, Disciplines and Occupations], phlebotomy [DeCS, Analytical, Diagnostic and Therapeutic Techniques and Equipment]

FECHA DE RECEPCIÓN: 06/03/2023

FECHA DE ACEPTACIÓN: 17/03/2023

Correspondencia: Carolina Merino Lobato

Correo electrónico: cmerinolobato@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La atención a la salud en la infancia y la adolescencia ha ido evolucionando a lo largo de la historia. A raíz de las necesidades

surgidas en las últimas décadas se instaura en España la figura de la enfermera especialista en Enfermería Pediátrica, capacitada para proporcionar cuidados de enfermería especializados de forma autónoma, durante la infancia y adolescencia¹.

La venopunción, que se trata de la principal técnica mediante la cual se extrae una muestra sanguínea, puede ser considerada como uno de los procedimientos invasivos que más dolor y ansiedad produce entre los pacientes pediátricos²⁻⁴. La enfermera, como profesional de la salud encargada de realizarla, debe hacerse responsable del manejo del dolor y de la ansiedad durante el desarrollo de la misma. Para ello puede llevar a cabo intervenciones farmacológicas (p.ej.: uso de tratamientos tópicos con acción local), e intervenciones no farmacológicas (p.ej.: permitir la presencia de los padres durante la técnica, generar un ambiente tranquilo y mantener un comportamiento calmado, usar técnicas de respiración, distracción con música o juguetes, etc.)^{5,6}.

Uno de los métodos de distracción más novedoso es el uso de dispositivos de realidad virtual (RV) durante la punción venosa. La RV consiste en un sistema de tecnología informática capaz de crear un entorno tridimensional interactivo generado por computadora, este se proyecta a través de un casco o unas gafas y permite una inmersión e interacción total en tiempo real^{7,8}. Esta herramienta ha demostrado ser exitosa en el alivio del dolor y la ansiedad en niños^{9,10}.

Por otro lado, también existen otros instrumentos que ayudan a paliar dichos síntomas en el transcurso de la venopunción. Entre ellos se encuentra el dispositivo Buzzy®, que consiste en un instrumento con forma de abeja que emite frío y pequeñas vibraciones que actúan sobre las fibras A-Delta y C conductoras de impulsos nerviosos nociceptivos. Gracias a ello, y a su aspecto de abeja, que lo hace atractivo a la vista de los niños, ha demostrado ser efectivo en el manejo del dolor y la ansiedad^{6,11,12}.

La necesidad y el interés de los profesionales de enfermería por abordar el dolor y la ansiedad que sufren los niños sometidos a punciones venosas ha ido incrementando a lo largo de los años. De forma más reciente, las nuevas tecnologías, y con ello la RV, se están convirtiendo en toda una revolución. Esta temática está siendo por tanto el foco de atención de numerosos investigadores. Algunos autores como Gates M, et al.¹³, Sajeev MF, et al.¹⁴, Ridout B, et al.¹⁵ o Saliba T, et al.¹⁶, analizaron, entre distintos tipos de tecnologías digitales, la distracción a través de RV en niños sometidos a procesos dolorosos (p.ej.: punción venosa), obteniendo en la mayoría de casos efectos positivos.

Por otro lado, con respecto al abordaje de dichos síntomas a través de los dispositivos de frío y vibración, concretamente con el dispositivo Buzzy®, se pueden encontrar también diversos registros. En los estudios publicados por Schreiber S, et al.¹², Canbulat N, et al.¹⁷, Ballard A, et al.¹⁸ y Su HC, et al.¹⁹ se obtuvieron resultados significativos en la reducción del dolor y la ansiedad durante la venopunción pediátrica.

La importancia de la realización de este trabajo radica en conocer si la RV o el uso de Buzzy® son métodos efectivos en el manejo del dolor y la ansiedad en niños durante la técnica de venopunción. De esta forma, se podría mejorar la experiencia de los más jóvenes a lo largo del procedimiento, apostando por métodos novedosos, no invasivos y fáciles de usar. Se estima que un 78% de pacientes pediátricos hospitalizados son sometidos al menos a un proceso doloroso durante su estancia hospitalaria,

entre los cuales un 22% no recibe ningún tipo de intervención para el manejo del dolor o la ansiedad²⁰. La falta de abordaje cuando se presentan estas emociones puede hacer que los niños perciban la punción venosa como un acontecimiento traumático, con repercusiones negativas en el futuro²¹.

Los objetivos de esta revisión sistemática se establecieron a través de la siguiente pregunta PICO: ¿En pacientes pediátricos (P), la utilización de realidad virtual como método de distracción (I) es más efectiva que el uso de dispositivos de frío y vibración (Buzzy®) (C) para reducir el dolor y la ansiedad durante la venopunción (O)?

Objetivo general

- Conocer la efectividad de la realidad virtual, frente a los dispositivos de frío y vibración (Buzzy®), como método de distracción empleado durante la venopunción en el manejo del dolor y la ansiedad en niños/as.

Objetivos específicos

- Evaluar el grado de satisfacción del personal de enfermería que realiza la técnica de venopunción con el uso de realidad virtual y/o dispositivos de frío y vibración (Buzzy®).
- Evaluar el grado de satisfacción de los padres y madres de los participantes con respecto al alivio del dolor y la ansiedad durante la punción venosa mediante el uso de realidad virtual y/o dispositivos de frío y vibración (Buzzy®).
- Determinar la relación coste–beneficio que existe entre el uso de realidad virtual y/o dispositivos de frío y vibración (Buzzy®) durante la venopunción pediátrica.
- Conocer si el uso de dispositivos de realidad virtual y/o de frío y vibración (Buzzy®) influye en el tiempo (duración) empleado en realizar la venopunción.
- Valorar la aparición de eventos adversos durante la venopunción relacionados con el uso de dispositivos de realidad virtual y/o de frío y vibración (Buzzy®).

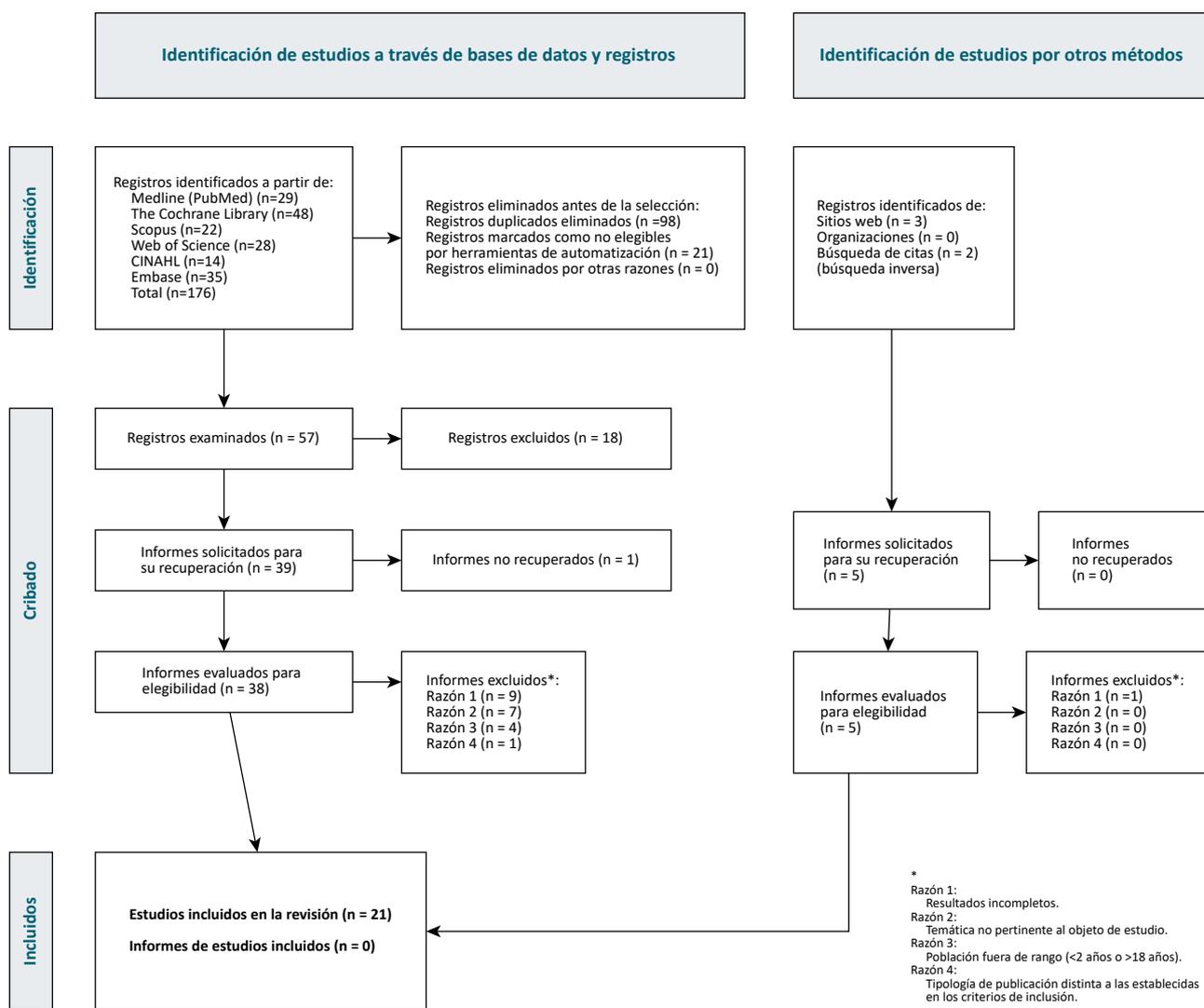
METODOLOGÍA

Esta revisión sistemática y metaanálisis se realizó siguiendo las recomendaciones expuestas en la declaración actualizada en 2020 “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA)”²². Se registró en la base de datos internacional de revisiones sistemáticas PROSPERO (número de registro: CRD42022322366).

Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados (ECA), estudios de cohortes y estudios cuasiexperimentales, cuya antigüedad máxima fuera de 5 años, publicados en español o inglés, de aplicación en humanos y compuestos por población pediátrica (de 2 a 18 años). Los estudios en fase preliminar, estudios con datos incompletos o cuyo texto completo no estuviera disponible en el Catálogo Fama de la Universidad de Sevilla fueron excluidos de esta investigación.

Se llevó a cabo una búsqueda desde febrero hasta abril de 2022 en las siguientes bases de datos: Medline (PubMed), The Cochrane Library, Scopus, Web Of Science (WOS), CINAHL y Embase. Asimismo, se comprobó ClinicalTrials.gov (web de registros de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU) con el propósito de conocer la existencia de ensayos clínicos en proceso de publicación.

Figura 1. Diagrama de flujo (PRISMA 2021).



La estrategia de búsqueda se construyó a partir de la articulación de términos DeCS, términos libres y operadores booleanos: “(Pain OR Anxiety) AND (“Virtual Reality” OR Buzzy OR “Buzzy device” OR “Cold-vibration device”) AND (“Child, Preschool” OR Child OR Adolescent) AND (Venipuncture OR Phlebotomy OR “Blood Drawing”) AND (“Pediatric Nursing” OR “Nurses, Pediatric” OR Nursing OR Nurses OR Parents OR “Cost-Benefit Analysis” OR Satisfaction OR Duration OR “Injection Site Reaction” OR Complications OR “Adverse Effects”) NOT (Vaccination OR “Intravenous cannulation” OR “Venous port access”)”.

Se seleccionaron 21 artículos de los 181 encontrados inicialmente en las seis bases de datos consultadas (Figura 1). Con el gestor bibliográfico Mendeley se descartaron los estudios duplicados. Este proceso fue llevado a cabo por dos investigadores de forma paralela e independiente. Los desacuerdos fueron discutidos por ambos hasta llegar a un consenso. Asimismo, se consultó a un tercer experto en la materia que ayudó a evaluar y discriminar los artículos más idóneos.

Se evaluó el riesgo de sesgo de los artículos que componen esta revisión (realizado y confirmado por el primer y segundo

investigador, respectivamente) a través del software informático Review Manager versión 5.4²³, y el nivel de evidencia de los estudios mediante la herramienta elaborada por el Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)²⁴.

El análisis de los resultados se llevó a cabo de dos formas complementarias debido a que no todos los estudios presentaban los datos en la misma taxonomía: de manera cuantitativa, si sus resultados se expresaban en forma de Media (\bar{x} ; Mean, en inglés) y Desviación Típica (σ ; Standard Deviation o SD, en inglés), a través del programa informático Review Manager (versión 5.4) y la elaboración de un diagrama (Forest plot) elaborado a partir de este; o de manera cualitativa, si se expresaban mediante otros parámetros (p.ej.: mediana, rango intercuartílico, primer y tercer cuartil, etc.).

Los datos continuos introducidos en Review Manager se valoraron utilizando el modelo de Efectos Aleatorios (Random Effect) cuando presentaron una alta heterogeneidad ($I^2 \geq 50\%$) entre los estudios, y el modelo de Efectos Fijos (Fixed Effect) cuando la heterogeneidad fue baja ($I^2 \leq 50\%$) y, por el contrario, los artículos eran homogéneos entre sí. Se mantuvo un intervalo de confianza (IC) del 95% para un valor de $p < 0.05$.

Tabla 1. Características de los artículos seleccionados.

	Autor y año	Diseño del estudio	Nivel de evidencia (SIGN)	Dispositivo	Muestra	Escalas
Análisis cuantitativo	Atzori B, et al., (2022) ³³	ECA	1++	RV	N=82	NRS
	Aydin Al, et al., (2019) ²⁷	ECA	1+	RV	N=120	WBFPS, EVA
	Bergomi P, et al., (2018) ⁴¹	ECA	1-	Buzzy®	N=150	WBFPS, CEMS
	Dumoulin S, et al., (2019) ²⁸	ECA	1+	RV	N=59	EVA
	Erdogan B, et al., (2021) ³²	ECA	1+	RV, Buzzy®	N=142	EVA, CFS
	Inal S, et al., (2020) ³⁹	ECA	1+	Buzzy®	N=218	WBFPS, CFS
	Inangil D, et al., (2020) ³⁰	ECA	1++	RV	N=120	WBFPS, CFS
	Koç Özkan T, et al., (2020) ²⁹	ECA	1+	RV	N=135	WBFPS, EVA, CFS
	Küçük Alemdar D, et al., (2019) ⁴³	ECA	1+	Buzzy®	N=195	OPS, CFS
	Özalp Gerçekler G, et al., (2018) ²⁶	ECA	1+	RV, Buzzy®	N=121	WBFPS
	Özalp Gerçekler G, et al., (2020) ³¹	ECA	1++	RV	N=136	WBFPS, CFS, CAM
	Piskorz J, et al., (2018) ²⁵	Cuasiexperimental	2+	RV	N=38	EVA
	Susam V, et al., (2018) ⁴²	ECA	1++	Buzzy®	N=64	EVA, WBFPS, NRS
	Tork M, et al., (2017) ⁴⁰	ECA	1+	Buzzy®	N=180	WBFPS, CFS
Análisis cualitativo	Atzori B, et al., (2018) ³⁴	ECA	1+	RV	N=35	GRS
	Chan E, et al., (2019) ³⁵	ECA	1++	RV	N=123	WBFPS, EVA
	Cozzi G, et al., (2021) ⁴⁴	ECA	1+	Buzzy®	N=200	WBFPS, NRS
	García Aracil N, et al., (2018) ⁴⁵	Cuasiexperimental	2-	Buzzy®	N=88	WBFPS, CFS
	Osmanliu E, et al., (2021) ³⁸	ECA	1+	RV	N=63	NRS, CFS
	Tejada Muñoz S, et al., (2020) ³⁷	Cuasiexperimental	2+	RV	N=50	WBFPS, GD
	Toledo del Castillo B, et al., (2019) ³⁶	Cohorte	2+	RV	N=56	EVA, NRS, CFS

Fuente: Elaboración propia.

*CAM: Children's Anxiety Meter / CEMS: Children's Emotional Manifestation Scale / CFS: Children's Fear Scale / EVA: Escala Visual Analógica / GD: Groninger Discal / GRS: Graphic Rating Scale / NRS: Numeric Rating Scale / OPS: Oucher Pain Scale / WBFPS: Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale.

RESULTADOS

(Ver tabla 1).

De los 21 artículos seleccionados para la realización de este estudio, un 81% se trataba de ECAs (n=17). La mayoría fueron publicados entre 2018–2020 (76.2%, n=16) y en idioma inglés (85.7%, n=18). Doce artículos tenían como temática principal evaluar los instrumentos de realidad virtual (57.2%), siete, el dispositivo Buzzy® (33.3%) y dos, realizaban una comparación entre ellos (9.5%). La muestra total evaluada en esta revisión fue de 2504 pacientes de entre 2 y 18 años.

En la mayoría de artículos se empleó la escala Wong Baker FACES® Pain Rating Scale (WBFPS) para medir el dolor experimentado

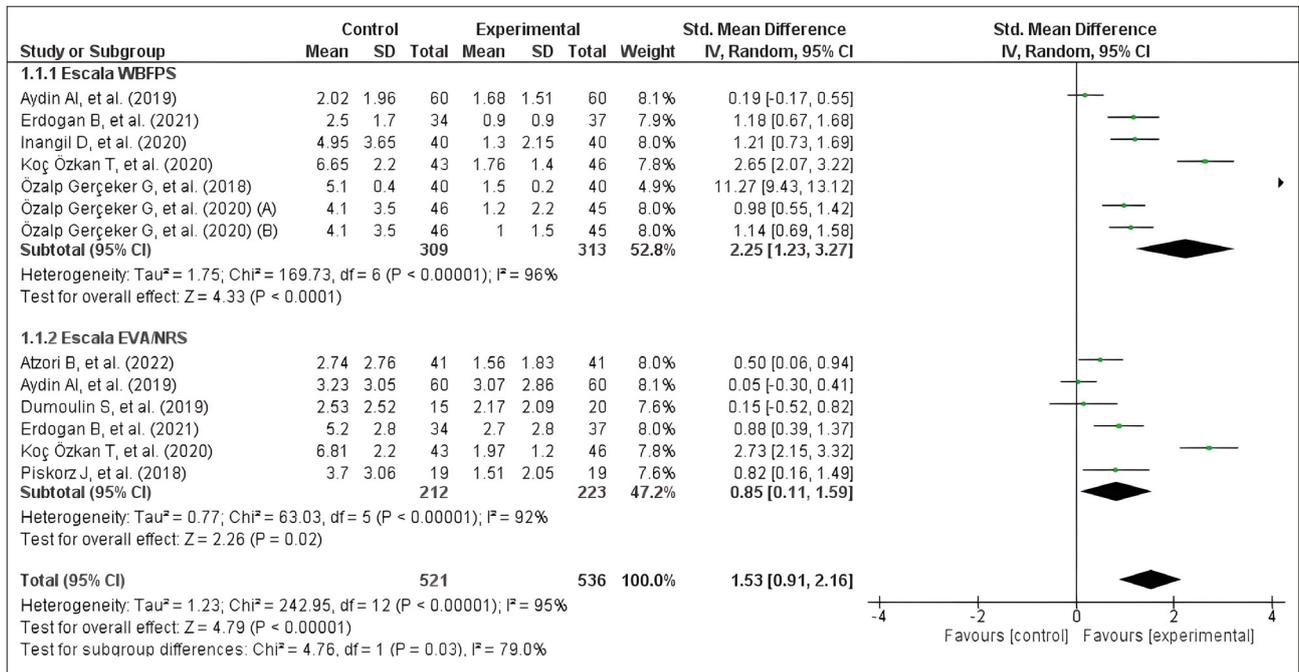
por los niños durante la punción venosa, así como también se aplicaron la Escala Visual Analógica (EVA) o la escala Numeric Rating Scale (NRS). Para la evaluación de la ansiedad se hizo uso principalmente de la escala Children's Fear Scale (CFS) y de EVA.

En cuanto al nivel de evidencia de los estudios, según la herramienta SIGN, un 23.8% (n=5) tenían el máximo nivel de evidencia o 1++, un 52.4% (n=11) un nivel 1+, un 4.8% (n=1) un 1-, un 14.2% (n=3) un 2+ y finalmente un 4.8% un 2-.

Dolor

Se analizaron los datos sobre el dolor pediátrico durante la venopunción en 21 estudios (14 sobre RV²⁵⁻³⁸ y 9 sobre Buzzy®^{26,32,39-45}), con un total de 2375 pacientes.

Figura 2. Diagrama de árbol: Eficacia de la realidad virtual en el manejo del dolor durante la punción venosa pediátrica.



FIGURAS REALIZADAS CON REVMAN 5.4 (FOREST PLOT)

Figura 3. Diagrama de árbol: Eficacia de Buzzy® en el alivio del dolor durante la punción venosa pediátrica.

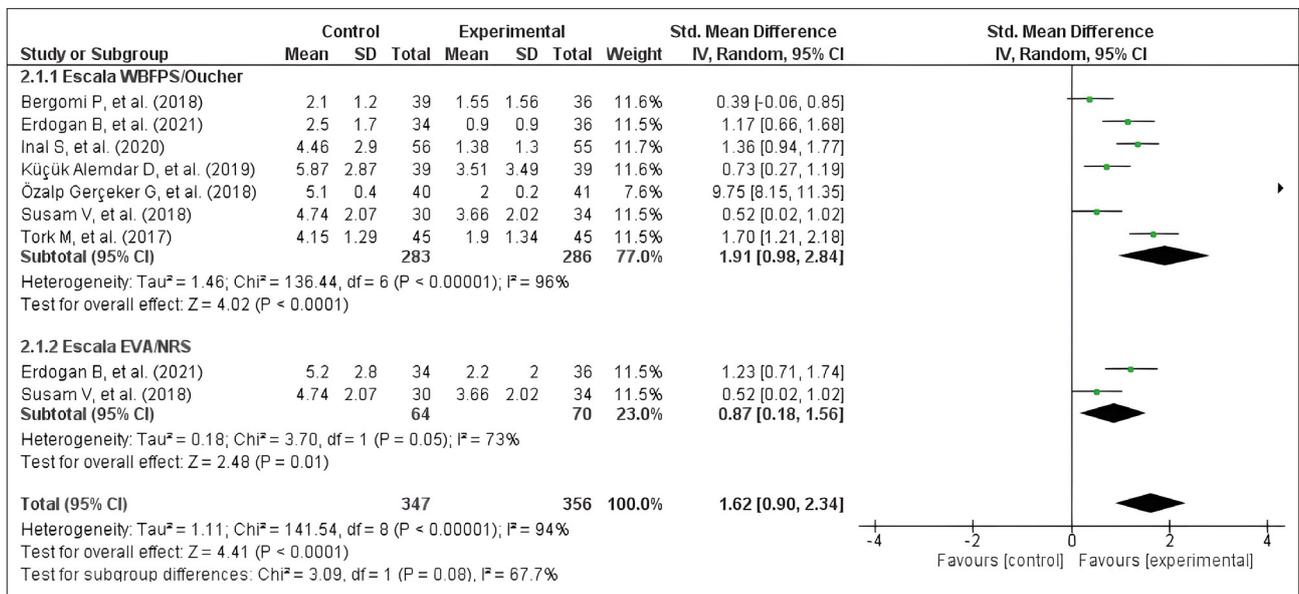


Figura 4. Diagrama de árbol: Eficacia de la Realidad Virtual vs. Buzzy® en el manejo del dolor durante la punción venosa pediátrica.

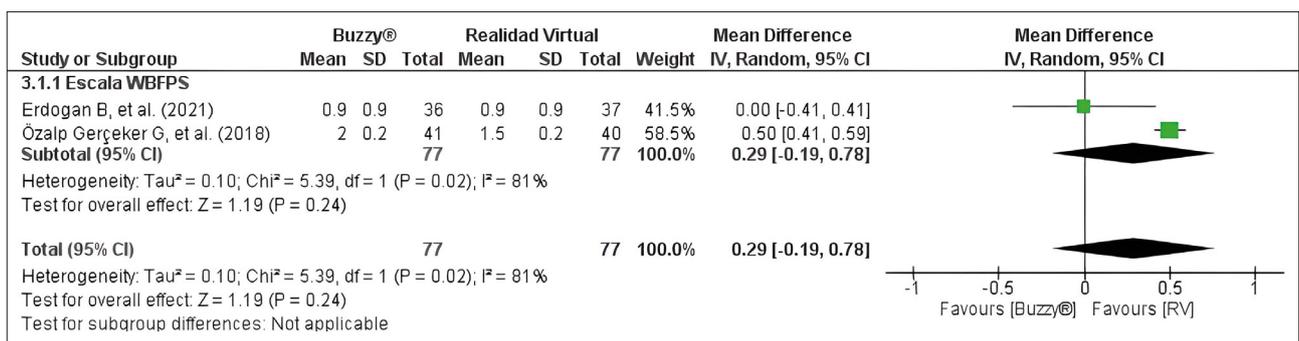


Figura 5. Diagrama de árbol: Eficacia de la Realidad Virtual en la reducción de la ansiedad durante la punción venosa pediátrica.

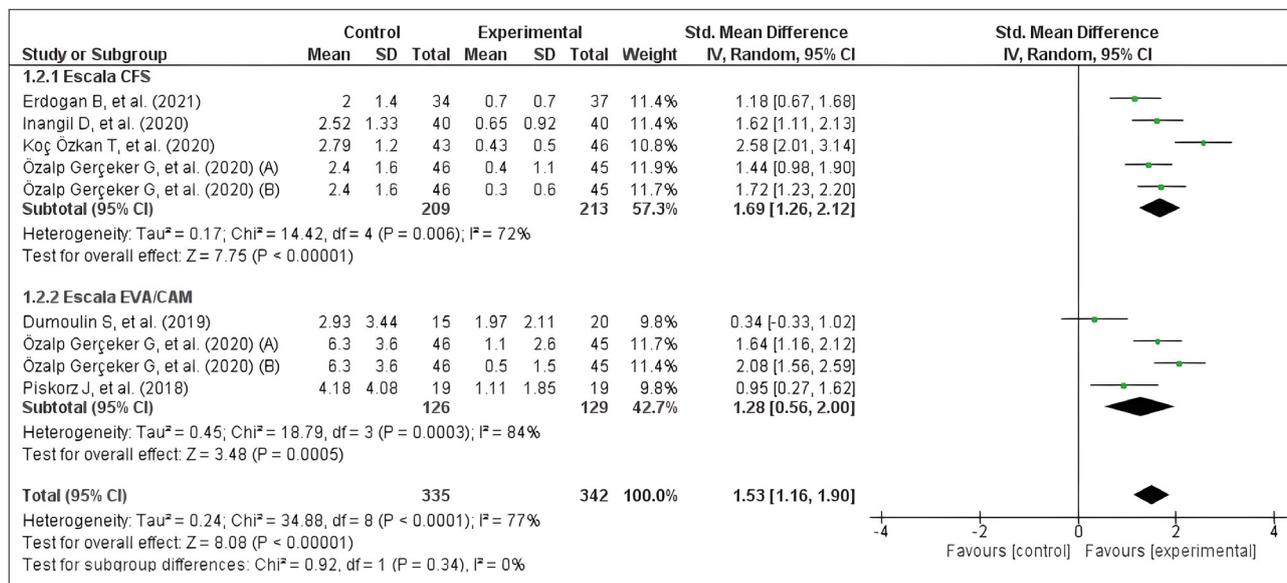
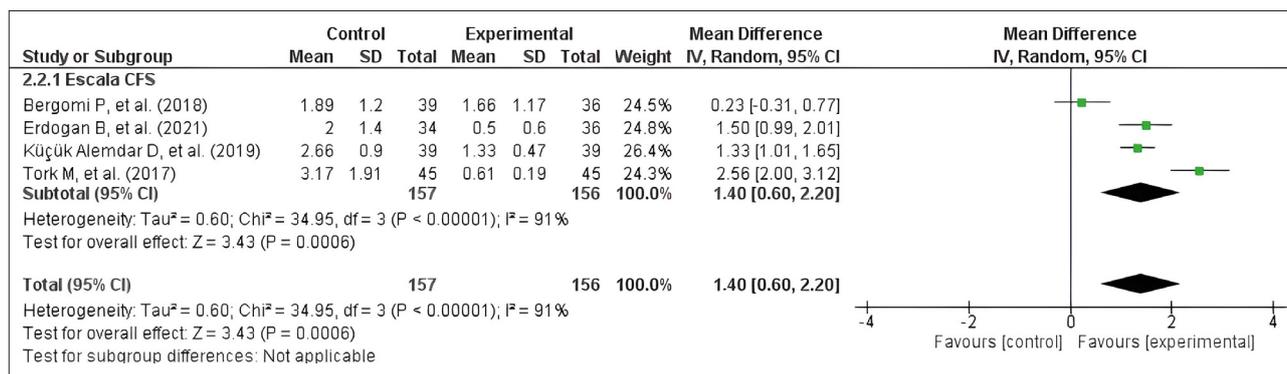


Figura 6. Diagrama de árbol: Eficacia de Buzzy® en la disminución de la ansiedad durante la punción venosa pediátrica.



Este metaanálisis obtuvo como resultado que los dispositivos de RV eran eficaces en el manejo del dolor durante la punción venosa pediátrica (IIC 95% = 1.53 (0.91–2.16), p<0.00001 (p≤0.05)); I²=78% (Figura 2), al igual que la herramienta Buzzy® (IIC 95% = 1.62 (0.90–2.34), p<0.0001 (p≤0.05)); I²=94% (Figura 3). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos (IIC 95% = 0.29 (-0.19–0.78), p=0.24 (p>0,05)); I²=81% (Figura 4).

Entre las investigaciones que no pudieron ser integradas en el metaanálisis y fueron analizadas de forma cualitativa se obtuvieron resultados similares para la RV con respecto al alivio del dolor. Sin embargo, no se encontró una correlación significativa con la variable dolor y Buzzy®.

Ansiedad

Los datos sobre la ansiedad pediátrica durante la venopunción fueron analizados en 14 estudios (10 sobre RV^{25,28-32,35,38} y 5 sobre Buzzy®^{32,40,41,43,45}), con un total de 1535 participantes.

Los resultados hallados en este metaanálisis indicaron que la RV era eficaz en el alivio de la ansiedad durante la punción venosa

pediátrica (IIC 95% = 1.53 (1.16–1.90), p<0.00001(p≤0.05)); I²=77% (Figura 5), así como los dispositivos Buzzy® (IIC 95% = 1.40 (0.06–2.20), p=0.0006 (p≤0.05)); I²=91% (Figura 6).

Aquellos estudios que no fueron incluidos en el metaanálisis debido a que sus resultados se expresaron en una taxonomía distinta, reafirmaron el impacto positivo de la RV en la reducción de la ansiedad. No obstante, no se encontraron diferencias significativas para la variable ansiedad y el dispositivo Buzzy®.

Resultados secundarios

En diversos estudios se afirmó que el personal de enfermería percibió el uso de los dispositivos de RV como una herramienta que facilitaba la realización de la punción venosa y permitía disminuir el dolor y la ansiedad en los menores^{28,35,36,38}. No se encontraron estudios que abordaran dicho aspecto en cuanto al uso de Buzzy®. Asimismo, se recogieron opiniones positivas de los familiares sobre la RV^{28,35,36,38} y Buzzy®^{41,42}, añadiendo que recomendarían su uso de nuevo en el futuro.

A propósito de los posibles efectos adversos producidos a causa de la RV, algunas publicaciones no reportaron ningún dato de

malestar entre los participantes^{25,34}, mientras que otras ponían de manifiesto la existencia de algunos síntomas leves y no significativos como son náuseas, mareos o cefalea^{28,33,35,36,38}. No se observaron complicaciones en cuanto al uso de Buzzy®⁴¹.

Por otra parte, y a pesar de que no se encontró información suficiente sobre la relación coste–beneficio de los dispositivos de RV en la punción venosa en niños, algunos autores³² destacaron como ventaja su costo–efectividad y fácil acceso en la actualidad. Otros investigadores resaltaron el alto porcentaje de procedimientos exitosos realizados al primer intento cuando se utilizó esta herramienta como método de distracción^{30,32,35,38}. En cuanto a la herramienta Buzzy®, varios estudios indicaron que constituía una técnica de distracción costo–efectiva, aunque el mantenimiento y reemplazo de algunas de sus piezas (p.ej.: batería, alas/bolsas de hielo) podía variar e incrementar su coste a largo plazo^{32,40,44}.

Finalmente, ninguno de los dispositivos alteró de forma significativa la duración del procedimiento y su rapidez y facilidad de uso fue probada a lo largo de los experimentos realizados^{35,41}.

CONCLUSIÓN

A lo largo de esta revisión sistemática y metaanálisis se ha encontrado evidencia suficiente que garantiza la efectividad de las herramientas de RV y los dispositivos de frío y vibración (Buzzy®) en el manejo del dolor y la ansiedad durante la venopunción pediátrica. Además, no se han hallado diferencias significativas entre estos métodos, consiguiéndose con ambos resultados favorables en el alivio de dichos síntomas.

La satisfacción del personal de enfermería fue elevada en el caso de la RV, quienes aseguraron que volverían a usar esta tecnología en su práctica futura; no se valoró este aspecto en Buzzy®. En la misma línea, los padres y madres de los menores percibieron una disminución del dolor y la ansiedad en los niños durante la punción venosa, así como una mayor facilidad en el desarrollo del procedimiento. Tanto la RV como Buzzy® son herramientas costo–efectiva y de fácil acceso en la actualidad, no alteran la duración del procedimiento, siendo rápidas y fáciles de usar. Por último, no se han observado complicaciones asociadas a su uso, a excepción de algunos casos puntuales de náuseas, cefalea y malestar.

Como conclusión, se puede afirmar que la RV y Buzzy® son métodos de distracción efectivos en el alivio del dolor y la ansiedad durante la punción venosa pediátrica, por lo que se recomienda que se considere incluir su uso en la práctica diaria, así como que se continúe investigando en la línea de esta temática.

Limitaciones

Entre las diversas limitaciones observadas a lo largo de este estudio se encuentra la presencia de sesgos metodológicos en los artículos seleccionados (p.ej.: falta de cegamiento) y la variabilidad apreciada en la calidad metodológica o nivel de evidencia de los mismos.

Por otro lado, se ha comprobado que existe una alta heterogeneidad entre los estudios sometidos al análisis ($I^2 > 75\%$). Esto puede deberse a la disparidad de los tamaños muestrales de los estudios elegidos, que generalmente fueron pequeños, y a diferencias propias del diseño de las investigaciones. Ade-

más, el uso de diferentes escalas para la medición del dolor y la ansiedad pudo influir en la comparación de los resultados obtenidos a través de las mismas.

Otra limitación a tener en cuenta es que, de los 21 artículos examinados en la revisión, 7 no se incluyeron en el software informático Review Manager 5.4 y tuvieron que analizarse de forma cualitativa. El motivo de esto fue que dichos estudios expresaron los datos en una taxonomía distinta a la del resto (Media (\bar{x}) y Desviación Típica (σ)).

Por último, la implementación de herramientas como la RV o Buzzy® en el ámbito de la salud es relativamente reciente por lo que la cantidad de estudios que comparan de forma directa estas herramientas es bastante limitada. Pese a que se han revisado las principales bases de datos científicas y se ha hecho una búsqueda de literatura gris por otros métodos, tan solo se han hallado dos publicaciones que cumplieran este requisito.

Prospectiva clínica del estudio

Tras analizar los estudios incluidos en esta revisión se observa la necesidad de aumentar el conocimiento sobre los dispositivos de realidad virtual y los de frío y vibración, en especial Buzzy®, en cuanto al manejo del dolor y la ansiedad en pacientes pediátricos durante la venopunción. Por ello, se sugiere seguir investigando en esa misma dirección e incrementar el número de publicaciones sobre dicha temática, para que de esta forma se puedan conseguir resultados extrapolables de mayor calidad. Asimismo, sería conveniente que los nuevos estudios tomen como referencia los que se han realizado hasta el momento y empleen diseños o metodologías similares con el objetivo de poder comparar los datos.

Consolidar estas novedosas herramientas en la práctica diaria enfermera, especialmente la realizada por las profesionales especialistas en Enfermería Pediátrica, como alternativas óptimas y seguras, además de eficaces y accesibles, contribuiría a realizar unos cuidados personalizados con los que se conseguirían aliviar síntomas como el dolor y la ansiedad, tan comunes entre los pacientes pediátricos. Al mismo tiempo, otorgaría a los cuidados de enfermería prestigio, demostrándose que la actividad de este colectivo se lleva a cabo siempre basada en la evidencia científica más actual.

AGRADECIMIENTOS

En agradecimiento al Excmo. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla, destacando su implicación e impulso en la investigación enfermera, que en el “XXXVIII Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla” ha galardonado a esta investigación con el primer premio. En reconocimiento al Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja, adscrito a la Universidad de Sevilla, y a todos sus docentes por fomentar la ciencia y la investigación entre su alumnado.

BIBLIOGRAFÍA

1. "Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica", Boletín Oficial del Estado, núm. 157, (2010).
2. Zunino C, Notejane M, Bernadá M, Rodríguez L, Vanoli N, Rojas M, et al. "Dolor en niños y adolescentes hospitalizados en un centro de referencia", *Rev Chil Pediatr*, 89(1), 67-73, (2018).
3. Orenius T, Säilä H, Mikola K, Ristolainen L "Fear of Injections and Needle Phobia Among Children and Adolescents: An Overview of Psychological, Behavioral, and Contextual Factors", *SAGE Open Nursing*, 4, 1-8, (2018).
4. McMurtry CM, Riddell RP, Taddio A, Racine N, Asmundson GJG, Noel M, et al. "Far From "Just a Poke". Common Painful Needle Procedures and the Development of Needle Fear", *Club J Pain*, 31(10S), S3-11, (2015).
5. García Herrero MA, González Alguacil E, Antúnez Segura AL "Manejo del dolor en Atención Primaria" AEPap Curso de Actualización Pediatría 2017, Lúa Ediciones 3.0, 385-96, (2017).
6. Castro Cuervo C, Sánchez Alonso P "Uso de métodos frente al dolor durante la venopunción en niños", *Nure Inv*, 13(83), 7, (2016).
7. Ioannou A, Papastavrou E, Avraamides MN, Charalambous A "Virtual Reality and Symptoms Management of Anxiety, Depression, Fatigue, and Pain: A Systematic Review", *SAGE Open Nursing*, 6, 1-13, (2020).
8. Eijlers R, Utens EMWJ, Staals LM, De Nijs PFA, Berghmans JM, Wijnen RMH, et al. "Systematic Review and Meta analysis of Virtual Reality in Pediatrics: Effects on Pain and Anxiety", *Anesth Analg*, 129(5), 1344-1353, (2019).
9. Ryu JH, Park JW, Nahm FS, Jeon YT, Oh AY, Lee HJ, et al. "The Effect of Gamification through a Virtual Reality on Preoperative Anxiety in Pediatric Patients Undergoing General Anesthesia: A Prospective, Randomized, and Controlled Trial", *J. Clin Med*, 7(9), 284, (2018).
10. Chan E, Foster S, Sambell R, Leong P "Clinical efficacy of virtual reality for acute procedural pain management: A systematic review and meta analysis". *PLoS One*, 13(7), 13, (2018).
11. Baxter AL, Cohen LL, McElvery HL, Lawson ML, Von Baeyer CL "An Integration of Vibration and Cold Relieves Venipuncture Pain in a Pediatric Emergency Department", *Pediatr Emerg Care*, 27(12), 1151-1156, (2011).
12. Schreiber S, Cozzi G, Rutigliano R, Assandro P, Tubaro M, Wiel LC, et al. "Analgesia by cooling vibration during venipuncture in children with cognitive impairment", *Acta Paediatr*, 105(1), 12-16, (2016).
13. Gates M, Hartling L, Shullhan Kilroy J, MacGregor T, Guitard S, Wingert A, et al. "Digital Technology Distraction for Acute Pain in Children: A Meta analysis", *Pediatrics*, 145(2), e20191139, (2020).
14. Sajeev MF, Kelada L, Yahya Nur AB, Wakefield CE, Wewege MA, Karpelowsky J "Interactive video games to reduce paediatric procedural pain and anxiety: a systematic review and meta-analysis", *Br J Anaesth*, 127(4), 608-619, (2021).
15. Ridout B, Kelson J, Campbell A, Steinbeck K "Effectiveness of Virtual Reality Interventions for Adolescent Patients in Hospital Settings: Systematic Review", *J Med Internet Res*, 23(6), e24967, (2021).
16. Saliba T, Schmartz D, Fils JF, Van Der Linden P "The use of virtual reality in children undergoing vascular access procedures: a systematic review and meta-analysis" *J Clin Monit Comput*, 36, 1003-1012 (2021).
17. Canbulat N, Ayhan F, Inal S "Effectiveness of external cold and vibration for procedural pain relief during peripheral intravenous cannulation in pediatric patients", *Pain Manag Nurs*, 16(1), 33-9, (2015).
18. Ballard A, Khadra C, Adler S, Trotter ED, Le May S "Efficacy of the Buzzy Device for Pain Management During Needle-related Procedures: A Systematic Review and Meta-analysis", *Clin J Pain*, 35(6), 532-543, (2019).
19. Su HC, Hsieh CW, Lai NM, Chou PY, Lin PH, Chen KH "Using Vibrating and Cold Device for Pain Relieves in Children: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials", 61, 23-33 (2021).
20. Leyva Carmona M, Torres Luna R, Ortiz San Román L, Marsinyach Ros I, Navarro Marchena L, Mangudo Paredes AB "Documento de posicionamiento del Grupo Español para el Estudio del Dolor Pediátrico (GEEDP) de la Asociación Española de Pediatría sobre el registro del dolor como quinta constante", *An Pediatr*, 91(1), 58.e1-58.e7, (2019).
21. Lerwick JL "Minimizing pediatric healthcare-induced anxiety and trauma", *World J Clin Pediatr*, 5(2), 143-150, (2016).
22. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. "The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews", *Systematic Reviews*, 10(89), 11, (2021).
23. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA "Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions", Versión 6.3, (2022).
24. Scottish Intercollegiate Guidelines Network "SIGN 50: A guideline developer's handbook", 2ª Edición, (2011).
25. Piskorz J, Czub M "Effectiveness of a virtual reality intervention to minimize pediatric stress and pain intensity during venipuncture", *J Spec Pediatr Nurs*, 23(1), e12201, (2018).
26. Özalp Gerçek G, Binay S, Bilsin E, Kahraman A, Yilmaz H "Effects of Virtual Reality and External Cold and Vibration on Pain in 7- to 12-Year-Old Children During Phlebotomy: A Randomized Controlled Trial", *J Perianesth Nurs*, 33(6), 981-989, (2018).
27. Aydin AI, Özyazıcıoğlu N "Using a Virtual Reality Headset to Decrease Pain Felt During a Venipuncture Procedure in Children" *J Perianesth Nurs*, 34(6), 1215-1221, (2019).
28. Dumoulin S, Bouchard S, Ellis J, Lavoie KL, Vézina MP, Charbonneau P, et al. "A Randomized Controlled Trial on the Use of Virtual Reality for Needle-Related Procedures in Children and Adolescents in the Emergency Department", *Games Health J*, 8(4), 285-293, (2019).
29. Koç Özkan T, Polat F, "The Effect of Virtual Reality and Kaleidoscope on Pain and Anxiety Levels During Venipuncture in Children", *J Perianesth Nurs*, 35(2), 206-211, (2020).
30. İnangil D, Şendir M, Büyükyılmaz F "Efficacy of Cartoon Viewing Devices During Phlebotomy in Children: A Randomized Controlled Trial", *J Perianesth Nurs*, 35(4), 407-412, (2020).
31. Özalp Gerçek G, Ayar D, Özdemir EZ, Bektaş M "Effects of virtual reality on pain, fear and anxiety during blood draw in children aged 5-12 years old: A randomised controlled study", *J Clin Nurs*, 29(7-8), 1151-1161, (2020).

32. Erdogan B, Özdemir AA “The Effect of Three Different Methods on Venipuncture Pain and Anxiety in Children: Distraction Cards, Virtual Reality, and Buzzy® (Randomized Controlled Trial)”, *J Pediatr Nurs*, 58, e54--e62, (2021).
33. Atzori B, Vagnoli L, Graziani D, Hoffman HG, Sampaio M, Alhalabi W, et al. “An Exploratory Study on the Effectiveness of Virtual Reality Analgesia for Children and Adolescents with Kidney Diseases Undergoing Venipuncture”, *Int J Environ Res Public Health*, 19(4), 2291, (2022).
34. Atzori B, Vagnoli L, Messeri A, Grotto RL “Virtual Reality for Pain Management Among Children and Adolescents: Applicability in Clinical Settings and Limitations”, *Universal Access in Human--Computer Interaction. Virtual, Augmented, and Intelligent Environments*, 15--27, (2018).
35. Chan E, Hovenden M, Ramage E, Ling N, Pham JH, Rahim A, et al. “Virtual Reality for Pediatric Needle Procedural Pain: Two Randomized Clinical Trials”, *J Pediatr*, 209, 160--167.e4, (2019).
36. Toledo del Castillo B, Pérez Torres JA, Morente Sánchez L, Escobar Castellanos M, Escobar Fernández L, González Sánchez MI “Disminuyendo el dolor en los procedimientos invasivos durante la hospitalización pediátrica: ¿ficción, realidad o realidad virtual?”, *An Pediatr (Barc)*, 91(2), 80--87, (2019).
37. Tejada Muñoz S, Tafur Santillán IT, Díaz Manchay RJ, Rodríguez Cruz LD, Milla Pino ME, Huyhua Gutiérrez SC, et al. “Realidad virtual en la reducción del dolor y la ansiedad en niños sometidos a venopunción”, *Revista De La Universidad Del Zulia*, 11(30), 438--447, (2020).
38. Osmanliu E, Trottier ED, Bailey B, Lagacé M, Certain M, Khadra C, et al. “Distraction in the Emergency department using Virtual reality for INtravenous procedures in Children to Improve comfort (DEVINCI): a pilot pragmatic randomized controlled trial”, *CJEM*, 23(1), 94--102, (2021).
39. Inal S, Kelleci M “The Effect of External Thermomechanical Stimulation and Distraction on Reducing Pain Experienced by Children During Blood Drawing”, *Pediatr Emerg Care*, 36(2), 66--69, (2020).
40. Tork M “Comparison of the Effectiveness of Buzzy, Distracting Cards and Balloon Inflating on Mitigating Pain and Anxiety During Venipuncture in a Pediatric Emergency Department”, *Am J Nurs Sci*, 6(1), 26--32, (2017).
41. Bergomi P, Scudeller L, Pintaldi S, Dal Molin A “Efficacy of Non--pharmacological Methods of Pain Management in Children Undergoing Venipuncture in a Pediatric Outpatient Clinic: A Randomized Controlled Trial of Audiovisual Distraction and External Cold and Vibration”, *J Pediatr Nurs*, 42, e66--e72, (2018).
42. Susam V, Friedel M, Basile P, Ferri P, Bonetti L “Efficacy of the Buzzy System for pain relief during venipuncture in children: a randomized controlled trial”, *Acta Biomed*, 89(6--S), 6--16, (2018).
43. Küçük Alemdar D, Yaman Aktaş Y “The Use of the Buzzy, Jet Lidokaine, Bubble--blowing and Aromatherapy for Reducing Pediatric Pain, Stress and Fear Associated with Phlebotomy”, *J Pediatr Nurs*, 45, e64--e72, (2019).
44. Cozzi G, Crevatin F, Dri V, Bertossa G, Rizzitelli P, Matassi D, et al. “Distraction Using Buzzy or Handheld Computers During Venipuncture”, *Pediatr Emerg Care*, 37(9), e512--e516, (2021).
45. García Aracil N, Ramos Pichardo JD, Castejón de la Encina ME, José Alcaide L, Juliá Sanchís R, Sanjuan Quiles A “Efectividad de medidas no farmacológicas para la disminución del dolor y el miedo en niños durante la venopunción en urgencias: dispositivos de vibración más frío frente a distracción”, *Emergencias*, 30, 182--185, (2018).

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Merino Lobato C. Realidad virtual vs. Buzzy®: Manejo del dolor y la ansiedad durante la venopunción pediátrica. *Hygia de Enfermería*. 2023; 40(1): 12-20

Técnicas de alivio del dolor realizadas por enfermería durante la vacunación infantil

Pain relief techniques performed by nurses during infant vaccination

Francisco Javier Rodríguez Ferrete^A, Carmen Lindes Pallares^A, Ana Ponce Troncoso^B y María José Polvillo Avilés^C

^A Enfermera. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla).

^B Enfermera. Hospital Infantil Virgen del Rocío (Sevilla).

^C Enfermera. Profesora del Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios. Universidad de Sevilla.

RESUMEN

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de sistema nervioso central. La administración de vacunas es el procedimiento doloroso que se realiza con más frecuencia en la infancia a niños sanos, un bebé de 15 meses ha recibido en torno a 13 pinchazos según el calendario vacunal.

Existen muchas técnicas para aliviar el dolor en la vacunación recogidas en muchas publicaciones, pero pocos profesionales han integrado estas recomendaciones en su práctica habitual, con la consiguiente disminución en la satisfacción de profesionales, familias y un peor seguimiento del calendario vacunal.

El objetivo es determinar la evidencia científica que existe sobre las técnicas de alivio del dolor durante la vacunación infantil.

La metodología empleada ha sido la realización de una revisión bibliográfica de la literatura existente con mayor evidencia científica sobre técnicas de alivio del dolor durante la vacunación infantil en las bases de datos CUIDENplus, Scielo, PubMed y Cinahl.

Se han revisado 23 artículos tras el cribado de resultados siguiendo las recomendaciones de PRISMA.

Conclusiones: el amamantamiento es la técnica no farmacológica más usada y mejor para controlar el dolor, seguida de las soluciones de sacarosa, la enseñanza a progenitores/as y los anestésicos tópicos. Por otro lado, se puede decir que no hay muchas referencias a este aspecto en los manuales de vacunación, libro o guías, produciendo un cierto grado de desconocimiento por parte de los profesionales que administran las vacunas.

PALABRAS CLAVE

dolor, inmunización, vacunación, vacuna, niño, bebé, lactante

ABSTRACT

Pain is an unpleasant sensory and emotional experience that can be experienced by all living beings that have a central nervous system. The administration of vaccines is a painful procedure that is performed most frequently in childhood to healthy children, a 15-month-old baby has received around 13 injections according to the vaccination schedule.

There are many techniques to relieve pain during vaccinations which are collected in many publications, but few professionals have integrated these recommendations into their usual practice, with the consequent decrease in the satisfaction of professionals, families and poorer adherence to the vaccination schedule.

The objective is to determine the scientific evidence that exists on the techniques of pain relief during childhood vaccination.

The methodology used has been to carry out a bibliographic review of the existing literature with the greatest scientific evidence on pain relief techniques during childhood vaccination in the CUIDENplus, Scielo, PubMed and Cinahl databases.

23 articles have been reviewed after screening the results following the PRISMA recommendations.

Conclusions: breastfeeding is the most used and best non-pharmacological technique to control pain, followed by sucrose solutions, educating parents and topical anesthetics. On the other hand, it can be said that there are not many references to this aspect in vaccination manuals, books or guides, producing a certain degree of ignorance on the part of the professionals who administer the vaccines.

KEYWORDS

pain, immunization, vaccination, vaccine, child, baby, infant

INTRODUCCIÓN

El acto vacunal es aquel en el que el paciente recibe una vacuna, administrada por un profesional, con la finalidad de producir una inmunidad específica inducida por el fármaco administrado. Algunos preparados contienen varias vacunas, como la hexavalente (DTPaHibVPIHB), TV (SRP) y otros contienen una sola vacuna como VNC13v, MenB¹.

Actualmente, según el calendario vacunal de Andalucía, un bebé hasta los 15 meses de edad, recibe 13 pinchazos (3 a los 2 meses, 4 a los 4 meses, 2 a los 11 meses, 2 a los 12 meses y

FECHA DE RECEPCIÓN: 18/1/2023

FECHA DE ACEPTACIÓN: 15/3/2023

Correspondencia: Francisco Javier Rodríguez Ferrete

Correo electrónico: franferrete91@gmail.com

2 a los 15 meses), haciéndose necesario un buen manejo del acto vacunal por parte de la enfermera y evitar así situaciones indeseadas¹.

La inserción de una aguja para inyecciones es la forma más común de inducción de dolor iatrogénico. La administración de vacunas es el procedimiento doloroso que se realiza con más frecuencia en la infancia a niños sanos. El impacto del dolor para las personas produce o puede producir sufrimiento innecesario, insatisfacción con el procedimiento, riesgo de incumplimientos futuros y desarrollo de miedo a las agujas².

El dolor es una experiencia sensorial y emocional (subjetiva), desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de sistema nervioso central. Es una experiencia asociada a una lesión tisular. Este proceso produce en el organismo la segregación de hormonas como catecolaminas, aldosterona, cortisol y glucagón. El producto que se obtiene tras sufrir dolor se relaciona con el efecto de dichas hormonas, una exposición prolongada a esta sensación puede lograr una depresión del sistema inmune³.

El alivio del dolor durante un procedimiento es un derecho humano básico, que todos los profesionales sanitarios deben cumplir, ya que viene recogido en el Juramento Hipocrático y en la Declaración de Ginebra. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un derecho principal, si el personal sanitario no vela por satisfacer este derecho estaría incurriendo en una falta de ética profesional⁴.

La falta de un manejo adecuado del dolor durante el acto de la vacunación expone a los niños a un sufrimiento innecesario y puede ser el origen de consecuencias a largo plazo como el temor a las agujas y a la atención sanitaria. En torno al 25% de las personas mayores de 18 años tienen miedo a las agujas, en la mayoría de estos casos dicha animadversión se desarrolla en la infancia, produciendo que sobre el 10% de la población no acude a completar el calendario vacunal u otros actos que impliquen el uso de agujas⁵.

Unas de las consideraciones a tener en cuenta para prevenir el contagio de enfermedades que son inmunoprevenibles consiste en lograr un nivel elevado en la cobertura vacunal en la población infantil. Para conseguir esto debemos obtener la confianza de la población y de los profesionales implicados en los programas de vacunas, debemos hacer promoción de la salud en todos los grupos de edades y por último y también muy importante implicar a los agentes de salud en la creación de estrategias comunicativas correctas, que sirvan para divulgar información adecuada y veraz que resalten los beneficios y la seguridad⁶.

Existen muchas técnicas para aliviar el dolor en la vacunación recogidas en muchas publicaciones, pero pocos profesionales han integrado estas recomendaciones en su práctica habitual, por desconocimiento o creencias erróneas².

Existen 2 tipos de técnicas de alivio del dolor, las farmacológicas y las NO farmacológicas. Las primeras se pueden definir como el uso de estrategias físicas y psicológicas para lograr el fin deseado, como pueden ser: (amamantamiento, soluciones azucaradas, método canguro, distracción, posicionamiento del niño...), sin embargo, la segunda categoría incluye el uso de medicamentos como herramienta para aliviar el dolor en los niños, concretamente el uso de anestésicos tópicos.

A modo de referencia, según un estudio publicado en la revista *Hygia de enfermería* en 2019, en el que habla de dos de las principales y más conocidas técnicas de alivio de dolor como son la tetanalgesia y no aspirar tras el pinchazo, los profesionales tan solo aplican la primera en el 19% de los casos y la segunda no la suelen usar por no considerarla completamente segura⁷.

Si estas técnicas se difundieran como recomendaciones basadas en la evidencia para el control del dolor durante el acto de la vacunación infantil y los profesionales las utilizaran más, se conseguiría un incremento en la satisfacción de profesionales, familias y pacientes y un mejor cumplimiento del calendario vacunal infantil⁷.

En España existe un organismo llamado Comité Asesor de Vacunas (CAV) de la Asociación Española de Pediatría (AEP) que establece una serie de recomendaciones durante la vacunación basados en el estudio realizado por un equipo multidisciplinar llamado "Alivio del dolor y el estrés al vacunar. Síntesis de la evidencia. Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la AEP"⁸.

Centrándonos en las técnicas de alivio del dolor, aseguran que el dolor durante la vacunación se puede disminuir a través de técnicas simples que toda enfermera debe conocer, además de los padres y los propios pacientes. Las técnicas recomendadas han demostrado su eficacia científicamente, teniendo mayor efectividad al ser usadas combinadamente, aunque no hay ninguna evidencia sobre la reducción a 0 del dolor tras su uso de forma combinada⁸.

Para clasificar el grado de recomendación que ofrecen de cada técnica se basan en el sistema de clasificación GRADE, el cual solo tiene 2 categorías según la fuerza de recomendación, fuerte o débil, además del consenso de autores.

Establecen varios grupos en las que engloban todas las técnicas recomendadas junto con su fuerza de recomendación. Entre las técnicas con una fuerza de recomendación fuerte a favor se encuentra el amamantamiento, uso de soluciones azucaradas, anestésicos tópicos, evitar la posición supina y usar distracciones⁸.

Por otra parte, mencionan técnicas relacionadas con la administración de la vacuna como es administrar rápido sin aspirar, aplicar la vacuna más dolorosa al final, frotar la vacuna entre las manos previo a la inoculación, elegir la zona de punción adecuada, elegir agujas largas⁸.

OBJETIVOS

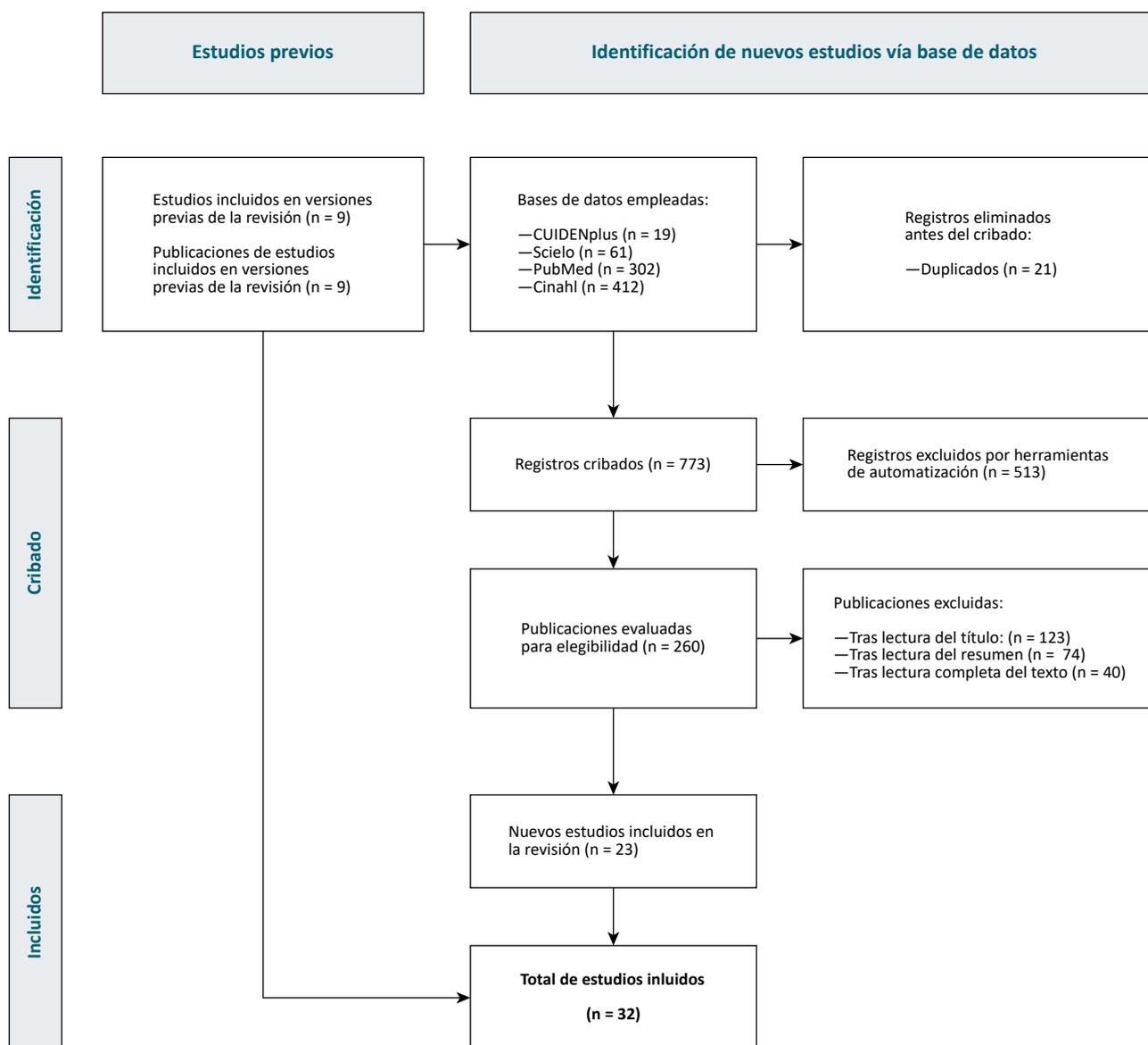
Objetivo general

- Conocer la evidencia científica que existe acerca de las técnicas de alivio del dolor durante la vacunación infantil.

Objetivos específicos

- Enumerar las distintas técnicas de alivio del dolor que existen en la actualidad.
- Conocer la efectividad de las técnicas de alivio del dolor en vacunación infantil.

Figura 1. Flujograma.



METODOLOGÍA

La metodología empleada ha sido la realización de una revisión bibliográfica de la literatura existente con mayor evidencia científica sobre técnicas de alivio del dolor durante la vacunación infantil.

Este método consigue que nos aproximemos al conocimiento que existe de un tema concreto, identificar que se sabe y las lagunas de conocimiento, nos permite agrupar las diferentes publicaciones, investigaciones y demás sobre el tema tratado, con el fin de tener una idea del estado actual del tema que vamos a investigar⁹.

Para ello hemos usado bases de datos de ciencias de la salud, el acceso a ellas se ha realizado a través de Fama, Catálogo de la Biblioteca de la Universidad de Sevilla. Las bases de datos seleccionadas han sido las siguientes: CUIDENplus, Scielo, PubMed y Cinahl.

Los criterios de inclusión propios que cumplen los artículos seleccionados son: idioma inglés y/o español, publicados entre 2015 y 2022, con resumen o abstract disponible (PubMed y Cinahl), con mención de alguna técnica de alivio del dolor realizadas durante la vacunación, tras lectura del resumen.

Como criterios de exclusión, en la base de datos de PubMed excluimos las revisiones sistemáticas con el fin de eliminar conclusiones de los mismos artículos por duplicado.

Para la obtención de las palabras clave se han utilizado los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS y MeSH), que fueron combinadas mediante los operadores booleanos AND y OR.

Para la estrategia de búsqueda se utilizó la siguiente combinación: (immunization OR vaccination OR vaccines) AND pain AND (infant OR baby).

Tras la revisión de todos los artículos que cumplen los criterios de inclusión procedimos a eliminar las duplicidades entre ellos.

Tabla 1. Menciones de las técnicas de alivio del dolor.

	CUIDENplus	Scielo	PubMed	Cinahl	TOTAL
Tetanalgesia	3	1	11	15	30
Soluciones azucaradas	1	1	12	9	23
Apego o método canguro	2	0	8	6	16
Enseñanza padres/madres	0	1	4	7	12
Anestésicos tópicos	0	1	3	4	8
Distracción	2	2	3	0	7
Control del ambiente	1	0	3	2	6
Posición del niño	0	2	3	1	6
Vibración	1	0	4	1	6
Succión no nutritiva	1	0	2	2	5
Orden de las vacunas	0	1	1	2	4
No aspirar	1	0	3	0	4
Administración rápida	0	0	0	2	2
Atemperar la vacuna	0	1	1	0	2
Administración múltiple	0	1	1	0	2
Refuerzo positivo	1	0	0	0	1
Otras	0	0	4	5	9

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Los artículos seleccionados fueron 23, después de descartar algunas publicaciones tras utilizar la metodología Prisma.

Existen 9 tipos diferentes de estudios analizados en nuestra revisión, ordenados de mayor a menor son: 8 ensayos clínicos controlados aleatorios, 4 revisiones, 3 ensayos clínicos controlados doble ciego, 2 ensayos clínicos controlados ciego simple y 2 ensayos clínicos, 1 revisión sistemática y metanálisis, 1 ensayo controlado aleatorio longitudinal, 1 estudio tipo descriptivo transversal, 1 estudio de cohorte prospectivo.

Las técnicas con mayor número de menciones, ordenadas de mayor a menor son: a) tetanalgesia, b) soluciones azucaradas o sacarosa, c) apego o método canguro, d) enseñanza a padres y madres e) anestésicos tópicos. Además de estas cinco técnicas, hemos encontrado otras de gran interés: refuerzo positivo, no aspirar antes de inocular, la administración rápida, control del ambiente, vibración o toquecitos, atemperar la vacuna antes de administrar, administración múltiple y orden de la administración de vacunas (tabla 1).

La tetanalgesia ha sido la técnica más estudiada, con un total de 30 menciones, en las que podemos destacar los siguientes resultados obtenidos:

Esta técnica no solo es efectiva por el hecho de estar alimentándose durante el procedimiento, también interviene un factor importante a la hora de aliviar el dolor como es el propio olor que la madre desprende al bebé, por lo que en situaciones en las que no se pueda alimentar al bebé, el mero hecho de acercarlo al pecho obtiene resultados positivos. También se ha demostrado que alimentando al bebé con leche artificial no se consiguen los resultados que se obtienen con la leche materna^{10,11}.

Este método puede llevarse a cabo en poblaciones con bajos ingresos económicos, ya que tiene un coste mínimo, por ejemplo, en Egipto se llevó a cabo un estudio comparativo entre la lactancia materna y la sacarosa oral en bebés de hasta 6 meses, posteriormente evaluaron el dolor mediante la escala del dolor FLACC, cuyos resultados arrojaron que hubo diferencias significativas a favor de la primera, llegando a la conclusión que debe ofrecerse como forma rutinaria durante la vacunación¹².

En el estudio de Erkul y Efe¹³ llevado a cabo en 2017, monitorizó las constantes vitales de los niños durante el proceso de vacunación y comparó los resultados de bebés que fueron amamantados con los que no, obteniendo como conclusión que la puntuación obtenida en la escala NIPS de medición del dolor en paciente que estaban siendo amamantados era menor que los que no, basándose en que los niños lloraban menos tiempo, tuvieron frecuencias cardíacas más bajas y saturaciones de oxígeno más altas durante el proceso.

Existen experiencias positivas al aplicar esta técnica durante la vacunación, obteniendo beneficios a corto y medio plazo y sobre todo la adherencia al calendario vacunal que se produce. Todo ello se consigue tras un entrenamiento de los profesionales que intervienen en el proceso¹⁴.

Otras ventajas adicionales en el uso de este método es que no implica gastos adicionales, ni más formación a los padres, es el alimento preferido por los bebés y el amamantamiento fomenta la participación activa de la madre en el proceso de vacunación¹⁵.

La segunda técnica de alivio del dolor en la vacunación más nombrada ha sido la administración de soluciones de sacarosa, que se mencionan en 23 publicaciones, cuyos resultados más significativos son:

El estudio llevado a cabo por Kassab¹⁸ obtuvo un resultado satisfactorio a la hora de aplicar la sacarosa antes de la vacunación, en comparación con pacientes que tomaban un placebo, se consiguió un menor dolor durante la vacunación, además, está demostrado que la ingestión de estas soluciones disminuye la duración del llanto entre 12 y 77 segundos después de la administración, en población hasta los 18 meses^{16,17}.

Su uso en conjunto con aplicación de calor radiante el beneficio se ve aumentado al doble, en comparación con la ingestión de la solución azucarada individualmente¹⁹.

Si comparamos la ingestión de glucosa al 25% antes de la administración y la succión no nutritiva durante y tras el acto, los resultados respaldan a la primera, obteniendo una puntuación casi del doble que la succión no nutritiva con parámetros evaluados como son el dolor y el tiempo de llanto, en función de los cambios en la expresión facial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, entre otros (escala NIPS)²⁰.

En situaciones en la que la vacuna con inyectables coincida con la vacuna oral del rotavirus, que contiene solución de sacarosa, se puede evitar la administración extra de soluciones azucaradas como método de alivio del dolor, ya que no existe diferencia entre un grupo control que ingirió sacarosa y posteriormente recibió la inyección en comparación con el otro grupo que recibió primero la vacuna del rotavirus y posteriormente el inyectable²¹.

La ingestión de sacarosa o soluciones azucaradas no debe realizarse en cualquier situación, por ejemplo, hay que poner especial atención o no realizarla en situaciones como pueden ser con madres diabéticas, bebés con enterocolitis necrotizante, trastornos gastrointestinales o recién nacidos sometidos a cirugía y sobre todo en bebés prematuros por riesgo de desarrollo anormal neurológico cuando hay dosis excesivas¹⁵.

El método canguro ha sido la tercera técnica más referenciada con 16 artículos, los cuales concluyen:

Es una técnica que puede usarse en combinación con otras como con la tetanalgesia o lactancia materna, obteniendo resultados más favorecedores que usándola individualmente^{22,23}.

Hay evidencia sobre su beneficio en bebés menores de 14 semanas, se usó la escala NIPS, obteniendo puntuaciones más bajas al minuto y a los 5 minutos en el grupo de estudio que seguía este método en comparación con el que no²⁴.

En 2016 se realizaron 2 grupos aleatorios para comparar los resultados de la aplicación de la lactancia materna y el método canguro. Para el primero, los neonatos se amamantaron durante 10 minutos antes, durante y 1 minuto después de la vacunación y para el segundo se realizó 10 minutos antes, durante y 1 minuto después de la vacunación. Los resultados respaldaron a la lactancia materna, tras evaluar las puntuaciones de dolor 1 minuto y 2 minutos tras la administración²⁵.

Como inconveniente hemos encontrado que para este método hay escasez de datos publicados en recién nacidos a término y lactantes, siendo mayoritariamente el grupo de control de los estudios los neonatos²⁴.

En siguiente lugar, la enseñanza o educación a padres y madres es abordada en 12 estudios, cuyas conclusiones principales son:

Esta técnica debe realizarse con el fin de obtener un beneficio tanto para pacientes como un apoyo hacia los profesionales que la practican²⁶.

La enseñanza o educación hacia los padres puede estar compuesta por diversas metodologías, desde la visualización de videos, folletos sobre técnicas y ambos a la vez, tras su aplicación entre el 50-60% de los niños cuyos padres han recibido algún tipo de educación, posteriormente se han beneficiado de la solicitud por parte de los progenitores de la aplicación de alguna técnica para mitigar el dolor, el resumen es que tras la enseñanza de padres en régimen ambulatorio se utilizan en situaciones futuras un mayor número de técnicas para aliviar el dolor^{27,28}.

En el estudio de Riddel²⁴, se estableció que este método es eficaz en el manejo del dolor en niños pequeños tras mostrar videos a los padres de como mecerse y mantener el autocontrol físico, pero no fue capaz de afirmar su beneficio con los padres de niños lactantes.

En otro estudio se realizó previo a la vacunación la reproducción de un video control, una grabación de la vacunación de los hijos y la posterior reproducción de éste tras la vacunación para el análisis de la angustia psicológica de los padres, el dolor en el niño y la conducta tranquilizadora de los padres tras la vacunación. Los resultados fueron que los padres con gran angustia psicológica no mostraron tanto beneficio tras la visualización del video control, solo estuvieron influenciados y cambiaron su actitud en función del dolor que el niño expresaba durante la vacunación. Por otro lado, el grupo de control cuyos progenitores mantenían una conducta tranquilizadora antes del proceso, si se vio modificada de forma positiva tras visualizar el video control³⁰.

Por último, los anestésicos tópicos fueron abordados en 8 publicaciones, destacando como principales resultados:

La aplicación crema con lidocaína y la prilocaína como anestésico tópico es efectivo como técnica para aliviar el dolor en los recién nacidos prematuros. Sin embargo, otros autores afirman que la calidad de la evidencia en el uso de este producto es baja o muy baja, por lo que es necesario seguir estudiando para obtener conclusiones fiables, esto último se ve afirmado en otro estudio realizado, en el que combinaban la aplicación de dicha crema con lactancia materna y aerosol vapocoolant con lactancia materna, sin encontrar diferencias en la aplicación de lactancia materna de forma individual, en bebés hasta los 3 meses de edad^{31,32}.

Con respecto a España, más de la mitad de las publicaciones nacionales se han realizado en Andalucía, concretamente 4 de las 6 se han producido en nuestra comunidad, la ciudad con mayor número de escritos es Granada con 3. Fuera del territorio andaluz solo Valencia y Zaragoza cuentan con 1 publicación.

CONCLUSIONES

Según la revisión bibliográfica descrita, el amamantamiento constituye el mejor método analgésico no farmacológico para controlar el dolor en los procedimientos de intensidad leve-moderada y corta como es la administración de vacunas.

En caso de no ser posible el amamantamiento, la administración oral de sacarosa, la enseñanza a padres y los anestésicos tópicos son muy eficaces para aliviar el dolor durante la vacunación.

En general los mecanismos para aliviar el dolor son multifactoriales y pueden combinarse entre sí, como la lactancia materna, la succión no nutritiva, el contacto piel con piel, el calor, el mecer, el olor de la madre...

Las técnicas de alivio del dolor más usadas según las publicaciones revisadas, coinciden con las técnicas descritas en las "Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la AEP", que son catalogadas con una fuerza de recomendación Fuerte a Favor. Sin embargo, en esta publicación aparecen dos técnicas con una fuerza de recomendación Débil a Favor o Consenso de Autores, de las que no hemos encontrado referencias en la bibliografía revisada y que son fáciles de aplicar y por tanto, de recomendar: a) Técnica correcta de inyección IM de vacunas (pinchar rápido, sin aspirar) y b) Aplicar la vacuna más dolorosa al final, por tanto podrían ser una fuente futura de investigación en el campo enfermero.

No son muchas las publicaciones que abordan esta materia y por tanto es muy raro encontrar referencia a las técnicas de alivio del dolor en la vacunación infantil en los manuales, libros o guías de vacunación.

Por tanto, podemos pensar que pueda haber un cierto grado de desconocimiento de dichas técnicas por parte de los profesionales de enfermería que administran vacunas a los niños, lo que pudiera motivar que sean pocos los profesionales que han integrado estas recomendaciones en su práctica habitual, por desconocimiento o creencias erróneas.

La difusión de estas técnicas y la enseñanza a los profesionales que administran vacunas, y a los estudiantes de Grado de Enfermería, es fundamental para incrementar su uso, para mejorar la satisfacción de profesionales, familias y pacientes y para aumentar el cumplimiento del calendario vacunal infantil.

La vacunación no es la simple técnica de administración de una vacuna, sino que es un procedimiento de enfermería clave para asegurar la mayor eficacia y seguridad de la misma. Se requiere de profesionales con formación y experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Junta de Andalucía. Calendario de Vacunaciones Andalucía 2021-2022. Instrucción DGSPYOF-9/2021. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Servicio Andaluz de Salud.
2. García Sánchez N., Merino Moína M., García Vera C., Lacarta García I., Carbonell Muñoz L., Pina Marqués B. et al. Alivio del dolor y el estrés al vacunar. Síntesis de la evidencia: recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la AEP. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2015 [citado 20 enero 2022]; 17(68): 317-327. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000500006&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000500006>
3. Lobato Miranda C L, Sánchez-Arjona M, Lobato Miranda A, León Larios F. Estudio Piloto de un Ensayo Clínico Aleatorizado sobre Tetanalgesia como método analgésico no farmacológico durante la vacunación de lactantes de dos meses de edad en Atención Primaria. *Enfermería Comunitaria*. 2019; 15. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ec/e11518>
4. Martínez Caballero C., Collado Collado F., Rodríguez Quintosa J., Moya Riera J. El alivio del dolor: un derecho humano universal. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2015 [citado 2022 Ene 22]; 22(5): 224-230. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462015000500007&lng=es
5. Taddio A, Appleton M, Bortolussi R, Chambers C, Dubey V, Halperin S, et al. Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline (summary). *CMAJ* December 14, 2010 182 (18) 1989-1995; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.092048>
6. Limia Sánchez A, Olmedo Lucerón C, Soler Soneira M, Cantero Gudino E, Sánchez-Cambronero Cejudo L. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones y evolución del calendario de vacunación en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94: 11 de marzo 2020.
7. Ponce González JM, Ponce Troncoso A. Técnicas de alivio del dolor en la administración de vacunas en niños: conocimiento y opinión de las enfermeras. *Hygia*. 2019; (100): 113-16.
8. Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Manual de Vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; 2021. [consultado el 22/01/2022]. Disponible en: <http://vacunas.aep.org/documentos/manual/manual-de-vacunas>

9. Guirao Goris Silamani JA. Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Revista de Enfermería*. 2015 ago v. 9, n. 2, ISSN 1988 348X. Disponible en <http://ene.enfermeria.org/ojs>
10. Rad ZA, Aziznejadroshan P, Amiri AS, Ahangar HG, Valizadehchari Z. The effect of inhaling mother's breast milk odor on the behavioral responses to pain caused by hepatitis B vaccine in preterm infants: a randomized clinical trial. *BMC Pediatrics* [Internet]. 2021 Feb [cited 2022 Jan 28];21(1):1–6. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=148426102&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
11. Nallely Zurita-Cruz J, Rivas-Ruiz R, Gordillo-Álvarez V, Ángel Villasís-Keever M, Zurita-Cruz JN, Villasis-Keever MÁ. Lactancia materna para control del dolor agudo en lactantes: ensayo clínico controlado, ciego simple. *Nutricion Hospitalaria* [Internet]. 2017 Mar [cited 2022 Jan 28];34(2):301–7. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=123435642&lang=es&site=ehost-live&scope=site> 10.20960/nh.163
12. Gad RF, Dowling DA, Abusaad FE, Bassiouny MR, Abd El Aziz MA. Oral Sucrose Versus Breastfeeding in Managing Infants' Immunization-Related Pain: A Randomized Controlled Trial. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing* [Internet]. 2019 Mar [cited 2022 Jan 28];44(2):108–14. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=134851187&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
13. Erkul M, Efe E. Efficacy of Breastfeeding on Babies' Pain During Vaccinations. *Breastfeed Med*. 2017 Mar; 12:110-115. doi: 10.1089/bfm.2016.0141. Epub 2017 Jan 4. PMID: 28051876.
14. Komaroff A, Forest S. Implementing a clinical protocol using breastfeeding to mitigate vaccination pain in infants. *Journal of Pediatric Nursing* [Internet]. 2020 Sep [cited 2022 Jan 28];54:50–7. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=145414102&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
15. Lobato Miranda CL, Bernal Sánchez-Arjona M, De las Heras Moreno J, Delgado Begines E. Ensayo clínico aleatorizado sobre tetanalgesia durante la vacunación de lactantes en atención primaria. *Biblioteca Lascasas*, 2016; 12(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0874.php>
16. Levine H. Help Desk Answers: Does giving a sweet-tasting solution before vaccine injection reduce infant crying? *Journal of Family Practice* [Internet]. 2017 Mar [cited 2022 Jan 28];66(3):185–6. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=123870567&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
17. Luongo DL. Sucrose Use in Children: A Systematic Review. *Sucrose Use in Children: A Systematic Review* [Internet]. 2017 Dec 31 [cited 2022 Jan 28];1. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=130415870&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
18. Kassab M, Almomani B, Nuseir K, Alhouary AA. Efficacy of Sucrose in Reducing Pain during Immunization among 10- to 18-Month-Old Infants and Young Children: A Randomized Controlled Trial. *J Pediatr Nurs*. 2020 Jan-Feb;50:e55-e61. doi: 10.1016/j.pedn.2019.11.010. Epub 2019 Dec 23. PMID: 31870702.
19. Gray L, Garza E, Zageris D, Heilman KJ, Porges SW. Sucrose and warmth for analgesia in healthy newborns: an RCT. *Pediatrics*. 2015 Mar; 135(3):e607-14. doi: 10.1542/peds.2014-1073. Epub 2015 Feb 16. PMID: 25687147; PMCID: PMC4338320.
20. Lima AGCF, Santos VS, Nunes MS, Barreto JA., Ribeiro CJN, Carvalho J, et al. Glucose solution is more effective in relieving pain in neonates than non-nutritive sucking: A randomized clinical trial. *European Journal of Pain* [Internet]. 2017 Jan [cited 2022 Jan 28];21(1):159–65. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=120282798&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
21. Taddio A, Flanders D, Weinberg E, Lamba S, Vyas C, Ilersich AF, Ipp M, McNair C. A randomized trial of rotavirus vaccine versus sucrose solution for vaccine injection pain. *Vaccine*. 2015 Jun 9;33(25):2939-43. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.057. Epub 2015 Apr 24. PMID: 25917674.
22. Hashemi F, Taheri L, Ghodsbin F, Pishva N, Vossoughi M. Comparing the effect of swaddling and breastfeeding and their combined effect on the pain induced by BCG vaccination in infants referring to Motahari Hospital, Jahrom, 2010-2011. *Applied Nursing Research* [Internet]. 2016 Feb [cited 2022 Jan 28];29:217–21. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=116434307&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
23. Johnston C, Campbell-Yeo M, Disher T, Benoit B, Fernandes A, Streiner D, Inglis D, Zee R. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb 16;2(2):CD008435. doi: 10.1002/14651858.CD008435.pub3. PMID: 28205208; PMCID: PMC6464258.
24. Pandita A, Panghal A, Gupta G, Verma A, Pillai A, Singh A, Naranje K. Is kangaroo mother care effective in alleviating vaccination associated pain in early infantile period? A RCT. *Early Hum Dev*. 2018 Dec;127:69-73. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2018.10.001. Epub 2018 Oct 12. PMID: 30321774.
25. Fallah R, Naserzadeh N, Ferdosian F, Binesh F. Comparison of effect of kangaroo mother care, breastfeeding and swaddling on Bacillus Calmette-Guerin vaccination pain score in healthy term neonates by a clinical trial. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017 May;30(10):1147-1150. doi: 10.1080/14767058.2016.1205030. Epub 2016 Jul 20. PMID: 27364689.
26. Santos Fontes V, Nunes Ribeiro CJ, Neves Dantas RS, Oliveira Ribeiro MC. Pain relief strategies during immunization REVIEW ARTICLE. 2018 Jul-Sep; BrJP 1 (3). <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180051>
27. Taddio A, Shah V, Bucci L, MacDonald NE, Wong H, Stephens D. Effectiveness of a hospital-based postnatal parent education intervention about pain management during infant vaccination: a randomized controlled trial. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* [Internet]. 2018 Oct 22 [cited 2022 Jan 28];190(42):E1245–52. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=132545856&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
28. Taddio A, Parikh C, Yoon EW, Sgro M, Singh H, Habtom E, et al. Impact of parent-directed education on parental use of pain treatments during routine infant vaccinations: a cluster randomized trial. *PAIN* [Internet]. 2015 Jan [cited 2022 Jan 28];156(1):185–91. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=109694403&lang=es&site=ehost-live&scope=site>

29. Riddell RP, O'Neill MC, Campbell L, Taddio A, Greenberg S, Garfield H. Featured Article: The ABCDs of Pain Management: A Double-Blind Randomized Controlled Trial Examining the Impact of a Brief Educational Video on Infants' and Toddlers' Pain Scores and Parent Soothing Behavior. *J Pediatr Psychol*. 2018 Apr 1;43(3):224-233. doi: 10.1093/jpepsy/jsx122. PMID: 29145589.
30. Gennis H, Pillai Riddell R, O'Neill MC, Katz J, Taddio A, Garfield H, Greenberg S. Parental Psychological Distress Moderates the Impact of a Video Intervention to Help Parents Manage Young Child Vaccination Pain. *J Pediatr Psychol*. 2018 Nov 1;43(10):1170-1178. doi: 10.1093/jpepsy/jsy058. PMID: 30137497; PMCID: PMC6199178.
31. Sridharan K, Sivaramakrishnan G. Pharmacological interventions for reducing pain related to immunization or intramuscular injection in children: A mixed treatment comparison network meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Journal of Child Health Care [Internet]*. 2018 Sep [cited 2022 Jan 28];22(3):393–405. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=131373225&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
32. Gupta NK, Upadhyay A, Dwivedi AK, Agarwal A, Jaiswal V, Singh A. Randomized controlled trial of topical EMLA and vapocoolant spray for reducing pain during wDPT vaccination. *World J Pediatr*. 2017 Jun;13(3):236-241. doi: 10.1007/s12519-017-0004-y. Epub 2017 Jan 19. PMID: 28101779.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Rodríguez Ferrete FJ, Lindes Pallares C, Ponce Troncoso A, Polvillo Avilés MJ. Técnicas de alivio del dolor realizadas por enfermería durante la vacunación infantil. *Hygia de Enfermería*. 2023; 40(1): 21-28

Del cribado oportunista al cribado sistemático del cáncer de cérvix. ¿Qué implicaciones prácticas tiene en nuestra actividad asistencial?

From opportunistic screening to systematic screening for cervical cancer. What practical implications does it have in our care activity?

Carmen Mejías Paneque

Matrona Hospital Universitario Virgen Macarena. Vocal de Sevilla de la Asociación Andaluza de Matronas. Pertenece al grupo de trabajo de cribado de cáncer de cérvix de la Junta de Andalucía.

INTRODUCCIÓN

En España el cáncer de cérvix es la 11ª neoplasia más frecuente en mujeres con una estimación de 1942 nuevos casos aproximadamente para el año 2021, según el informe del cáncer en España de SEOM de 2021, con una incidencia de 10.8 casos/100.000 mujeres / año y una mortalidad de 3.6 casos/100.000 mujeres / año¹.

En mujeres, se estima que en 2021 los tipos de cáncer responsables de una mayor mortalidad serán los cánceres colorrectales (6.830; 15,1%), y los de mama (6.606; 14,6%), seguidos de cerca por los de pulmón (5.584; 12,3%) ocupando el cáncer de cérvix la 8ª causa de muerte por cáncer en mujeres (1.647; 3,6%).

El cribado de mujeres sanas mediante citología cervical ha demostrado claramente su eficacia, puesto que su aplicación de forma adecuada y sistemática en determinados países ha conseguido reducir en un 70-80% la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino². Hasta ahora el cribado era de tipo oportunista, lo cual supone captar a la mujer cuando acude a consulta por otros motivos (planificación familiar, consulta general con médico de familia, control de embarazo...) esto dificulta una cobertura óptima y penaliza la equidad (aquellas mujeres que no acuden al centro de salud no serán cribadas) lo cual explica que más del 60% de los cánceres de cuello uterino en nuestro país afectasen a mujeres sin cribado previo o cribado inadecuado³. El cribado sistemático implicaría una invitación individual a cada persona objetivo haciendo que todas las actividades estén planificadas y organizadas garantizando la equidad. Pero esto también supone un reto importante, sobre todo para enfermería (generalista y especializada (matronas)) porque supondrá un aumento notable de la población a cribar debiendo actualizar conocimientos sobre a quién debe hacérselo, qué hacer con determinados

resultados y, lo más importante: muchas mujeres con Virus del papiloma humano (VPH) positivo o citologías alteradas vivirán con gran angustia este proceso si no reciben la información adecuada.

¿Se producirá este cambio en nuestra Comunidad Autónoma? En abril de 2019, tras su publicación en BOE (BOE Núm. 101 sábado 27 de abril de 2019), se establece una modificación de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud que establece un plazo de 5 años para que todas las comunidades autónomas inicien un programa poblacional de cribado en las mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años. Por tanto, el cambio de cribado oportunista a cribado sistemático es una realidad para la que debemos estar preparados.

PRUEBA DE CRIBADO

El cáncer de cuello uterino se da principalmente en mujeres sexualmente activas, existiendo evidencia consistente de que está relacionado con la infección del virus del papiloma humano (VPH). Se conocen más de 150 tipos de VPH, de los cuales alrededor de 40 infectan el área genital y anal, atribuyéndose capacidad oncogénica a los tipos 16, 18, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58 y 59, siendo el paradigma de los de alto riesgo los tipos 16 y 18. Cuando en este artículo hablamos de prueba VPH-AR hacemos referencia a la detección de los serotipos 16 y 18 presentes en más del 99 % de los tipos de cáncer en el área anogenital, tanto epiteliales como adenocarcinomas. Pero a pesar de ser un factor necesario del cáncer de cérvix, no es un factor suficiente y se requiere la presencia de cofactores de riesgo para el desarrollo y progresión de este cáncer. Como ejemplo de cofactores de riesgo podemos destacar: un estado de inmunosupresión, la multiparidad, el tabaquismo y el uso prolongado de anticonceptivos orales. En concreto, el tabaquismo sumado a la infección por el VPH ocasiona un aumento del riesgo del 80% respecto a las mujeres no fumadoras, mientras que el uso de anticonceptivos orales comporta un aumento del riesgo del 60% frente las mujeres que no realizan este tratamiento (International Collaboration

FECHA DE RECEPCIÓN: 15/02/2023

FECHA DE ACEPTACIÓN: 18/03/2023

Correspondencia: Carmen Mejías Paneque

Correo electrónico: maricarmenmejias80@gmail.com

Tabla 1. Diferencia entre citología y prueba de VPH.

CITOLOGIA TRADICIONAL	PRUEBA DE VPH
Detecta células anormales.	Detecta VPH AR.
Sensibilidad para detectar HSIL (47-62%). Algo más en medio líquido.	Mayor sensibilidad para lesiones CIN2 / CIN 3. Mayor valor predictivo negativo (alarga el tiempo entre cribados).
Especificidad 90%.	Menor especificidad, sobre todo en mujeres jóvenes.
Necesidad de repetir por baja sensibilidad cada 3 años.	Su realización cada 5 años (en comparación con citología) reduce mortalidad.
Resultados más subjetivos.	Resultados más objetivos (prueba automatizada) pero precisa validación.
Posibilidad de detectar VPH-AR si es en medio líquido.	En medio líquido, permite hacer posteriormente citología reflex.

of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, 2007). Otros posibles cofactores a tener en cuenta son las infecciones cérvico- vaginales concomitantes por Chlamydia y el virus del herpes simple.

El objetivo fundamental del cribado es reducir la incidencia y la mortalidad puesto que la larga fase preclínica de la infección por VPH desde la transformación del epitelio cervical hasta su invasión (10-15 años) permite la identificación y tratamiento de las lesiones.

En los últimos años, la evidencia científica ha demostrado que, el cribado primario con una prueba VPH tiene mayor sensibilidad que la citología convencional para la detección de lesiones premalignas y mejor rendimiento en la prevención del cáncer de cuello de útero.

Según establece la Guía 2022 de prevención secundario del cáncer de cuello de útero⁴.

- Edad de inicio del cribado: 25 años con independencia de la edad de inicio de las relaciones sexuales, del estado vacunal u otros factores de riesgo.
- Edad de finalización del cribado: 65-70 años con la condición de que el cribado haya sido negativo durante los 10 últimos años (dos pruebas de VPH o tres citologías negativas).
- Estrategia de cribado:
 - 1.ª Mujeres con edades comprendidas entre 25 y 34 años: Citología cada tres años.
 - 2.ª Mujeres con edades comprendidas entre 35 y 65 años: Determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR). En las mujeres con antecedentes de patología cervical, la finalización del cribado se puede realizar tras un periodo mínimo de cribado de 20 años desde la resolución de la patología y con pruebas de cribado negativas⁵.
 - Si VPH-AR es negativo, repetir prueba VPH-AR a los cinco años.
 - Si VPH-AR es positivo, triaje con citología. Si la citología es negativa, repetir VPH-AR al año

Ver tabla 1 (Diferencia entre citología y prueba de VPH)⁶.

Visto la tabla anterior, lo recomendable en mujeres con edades superior a 35 años es la prueba de VPH en medio líquido para poder hacer en laboratorio citología de la muestra obtenida en aquellas donde el resultado sea positivo a VPH, de esta manera evitamos doble visita a la mujer a la consulta para repetir citología tras VPH positivo.

Antes de citar a la mujer se le debe informar que el día de la cita no debe estar con la regla. Debe haber finalizado la menstruación al menos cinco días antes de la prueba. Llame al centro de salud para cambiar la cita si se encuentra en esta situación. Abstenerse de relaciones sexuales 48 horas previas a la toma. No hacer lavados vaginales ni con desodorantes vaginales en las últimas 24 horas. No usar tratamientos tópicos (óvulos, cremas, etc..) en 5-7 días antes de la prueba. El uso de anillo vaginal no interfiere en la prueba

PREVENCIÓN

Como el VPH es factor de riesgo de otro tipo de cánceres y no exclusivamente del cáncer de cérvix se recomienda la vacunación tanto a niños como a niñas a partir de los 12 años. El Plan Vacunal de Andalucía incluye este año por primera vez a los varones para la vacuna del VPH, se hace a la edad de 12 años con el objetivo de alcanzar la máxima inmunogenicidad al administrarse habitualmente antes de las primeras relaciones sexuales. La pauta vacunal actual son 2 dosis separadas con un intervalo de 12 meses y con el tipo Gardasil 9 (protege frente a los serotipos 6 y 11 (causantes de verrugas genitales) 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58 de VPH)

La inclusión de los varones para la vacuna del VPH supone un hito a remarcar porque⁷:

- Teniendo en cuenta toda la patología oncológica relacionada con el VPH, un tercio se produce en varones, sobre todo de cabeza y cuello, de ano, de pene, de escroto.
- A nivel mundial, se observa una tendencia creciente de la incidencia de carcinoma de células escamosas de ano y de cánceres de localizaciones en cabeza y cuello relacionados con el VPH, sobre todo en varones.

DERRIBANDO MITOS

A continuación, se exponen algunos de los mitos/barreras más frecuentes que podemos encontrar en la población, estos obstaculizan que la mujer acuda a hacerse la prueba de cribado. Una adecuada respuesta sanitaria o incluso adelantarnos a las dudas es una eficaz herramienta para derribar estas barreras y asegurar una buena cobertura poblacional.

Mito: ¿Se puede coger usando baños públicos sucios? ¿qué es el vph? ¿yo no he mantenido relaciones de penetración puedo tenerlo? ¿qué síntomas produce?

“Es un virus que se transmite en las relaciones sexuales, aumentando el riesgo a mayor número de parejas y relaciones. El VPH es la ITS más frecuente, el 80% de las mujeres sexualmente activas se infectan por algún tipo. La mayoría tendrán una infección transitoria Existen más de 150 tipos, pero algunos como el 16 y 18 son responsables del 70-80% de los cánceres Casi todas las personas infectadas no tienen síntomas por tanto puede transmitirse sin saberlo No es necesario el coito ya que también puede transmitirse a través del contacto de las zonas genitales”.

Mito: Prefiero no hacérmelo no vaya a ser que mi marido/pareja me engañe y prefiero no saberlo...

“No hay forma de saber con Certeza cuándo contrajo el VPH o quién se lo transmitió. Se puede tener durante muchos años. Por tanto tener VPH no significa necesariamente que usted o su pareja estén teniendo una relación sexual con otra persona. El virus puede permanecer en un estado latente e indetectable reactivándose años después”.

Mito: Yo uso siempre preservativo, así que no necesito hacerme esa prueba.

“Aunque es cierto que el uso correcto del preservativo reduce notablemente las posibilidades de infección: reduce el riesgo de progresión de las lesiones y favorece el aclaramiento del virus NO elimina las lesiones ni supone contagio 0 ya que el VPH puede afectar a las zonas que no están protegidas por él”.

Mito: Mi hija tiene 20 años y va ya por el tercer novio conocido, yo estoy muy preocupada por esto del VPH y quiero que le haga la prueba aunque me diga que no está dentro del cribado.

“El cáncer de cuello uterino es muy raro en mujeres de menos de 25 años. En la adolescencia el cuello se encuentra aún en desarrollo pudiendo dar resultados anormales. En muchas ocasiones el virus será eliminado por la propia mujer, si hacemos pruebas innecesarias será más perjudicial que beneficioso La evidencia científica demuestra que es a partir de los 25 años cuando es eficaz el cribado”.

Mito: Si estoy vacunada. ¿Tengo que hacerme la prueba?

“Sí, es necesario, aunque las vacunas protegen de forma eficaz frente a los principales tipos de VPH la efectividad puede verse afectada si la mujer ya está infectada previa a la vacunación. El cribado sigue siendo esencial porque no se vacuna sistemáticamente a todas las mujeres adultas sexualmente activas y no todas las niñas se vacunarán aunque esté en calendario vacunal (12 años). Además la vacuna actual no confiere protección frente a todos los tipos oncogénicos pero sí ante los más prevalentes”.

Fuente: Elaboración propia.

- No existen medidas de cribado del cáncer relacionado con VPH en varones (pene, ano, cabeza y cuello).
- Impacto de las verrugas genitales, la patología asociada a VPH más prevalente, y que algo más de la mitad de todos los casos se dan en varones.
- Para que exista igualdad-equidad sexual en el acceso a la salud en cuanto a esta medida los varones deben tener el mismo derecho que las mujeres para poder prevenir cáncer.
- La vacunación del varón mejora la inmunidad de grupo, ayudando al objetivo global de la erradicación del VPH. Los varones son los mayores transmisores del VPH a nivel mundial.
- Aquellas personas que no estén vacunadas, pueden estar protegidas de forma indirecta con la vacunación del varón.

CONCLUSIONES

El cambio de cribado oportunista a sistemático en Andalucía supondrá un reto a nivel asistencial porque somos una de las comunidades autónomas con mayor densidad poblacional, enfermería (generalista y especializada) debe estar capacitada para asumir este reto además de convertirse en elemento clave para informar y tranquilizar a las mujeres ya que muchas vivirán con gran ansiedad el que reciban un resultado anómalo de la citología y otras tendrán diferentes mitos/barreras (ver tabla) que harán que no acudan al cribado, lo cual puede suponer un fracaso del mismo. Debemos formarnos y capacitarnos para ser líderes en este cambio de estrategia poblacional contribuyendo a la mejora de la salud de la mujer al poder usar el momento de la citología como consulta “llave” para atender otras necesidades de la mujer invisibilizadas en el sistema: atención a su salud sexual, reproductiva o premenopáusicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Juan A, Redondo A, Rubio MJ, García Y, Cueva J, Gaba L, et al. SEOM clinical guidelines for cervical cancer (2019). *Clinical and Translational Oncology*. 2020 Jan 24;22(2):270–8.
2. Bladé AT, Saladrígues M del P, Gimferrer MC, Quillet FA, Ortiz DA, Piqué XC, et al. Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2014 Sep;57:1–53.
3. Castillo M, Astudillo A, Clavero O, Velasco J, Ibáñez R, de Sanjosé S. Poor Cervical Cancer Screening Attendance and False Negatives. A Call for Organized Screening. *Consolaro MEL*, editor. *PLOS ONE*. 2016 Aug 22;11(8):e0161403.
4. Torné A. et al. Prevención secundaria del cancer de cuello del útero, 2022. Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado [Internet]. *Guías AEPCC*, editor. 2022. Disponible en: https://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2022/05/AEPCC-Guia_Prevencion-cancer-cervix_2022_v05.pdf
5. Smith M, Keech S, Perryman K, Soutter W. A long-term study of women with normal colposcopy after referral with low-grade cytological abnormalities. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2006 Nov;113(11):1321–8.
6. Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespín C. [Overdiagnosis in cancer]. *Atencion Primaria [Internet]*. 2018 Nov 1 [cited 2021 Nov 19];50 Suppl 2:51–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30268494/>
7. Ordenación Farmacéutica DG de SP, Editor. Calendario de Vacunaciones de Andalucía 2023 [Internet]. 22AD [cited 24AD Feb]. Disponible en: https://www.andavac.es/wp-content/uploads/2022/12/Instruccion_DGSPyOF-12_2022_Calendario_Vacunaciones_Andalucia_2023.pdf

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Mejías Paneque C. Del cribado oportunista al cribado sistemático del cáncer de cérvix. ¿Qué implicaciones prácticas tiene en nuestra actividad asistencial? *Hygia de Enfermería*. 2023; 40(1): 29-32

Intervención de las enfermeras de salud mental con madres y padres que han experimentado una pérdida perinatal. Revisión crítica

Intervention of mental health nurses with people who have experienced perinatal grief. Critical review

Alicia Aguilares de la Torre

Enfermera Interna Residente de segundo año. Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental. Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

ARTÍCULO SELECCIONADO

Robinson M, Robinson Esq CD. The silent cry: A psychiatric-mental health nurse's guide for fathers experiencing perinatal loss. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2022;29(5):619–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12849>

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Pueden las enfermeras de salud mental intervenir en la resolución del duelo perinatal en las madres y los padres?

RESUMEN

Introducción

La muerte de un hijo antes de nacer, durante el nacimiento o a los pocos días de vida marca para siempre a las madres y a los padres. Aun así, el duelo perinatal parece invisible para la sociedad, incluso para los profesionales sanitarios, ya que la mayoría de los centros carecen de un protocolo adecuado para abordar dicha situación.

Cuando muere un bebé también se pierde el esquema mental de los progenitores proyectado hacia su futuro. Este es un evento psicológico increíblemente angustiante para los padres y madres, que genera un miedo intenso. Independientemente de la duración del embarazo, estos sentimientos pueden persistir para ambos. El duelo perinatal puede complicarse por el hecho de que, para cualquiera de los padres, el otro progenitor al que recurrirían en tiempos de crisis puede estar demasiado afectada para dar ese apoyo.

También puede haber diferencias entre las parejas en la forma en que afrontan la pérdida, lo que puede aumentar la angustia individual y provocar conflictos de pareja, conduciendo a un sufrimiento continuo.

La falta de una intervención de apoyo al duelo puede provocar una angustia constante, por ello el acompañamiento de profesionales expertos en el duelo permite valorar los intensos sentimientos que se producen. En este contexto las enfermeras especialistas en salud mental son una figura esencial para cuidar emocionalmente y evitar que el duelo se cronifique, y derive en problemas de depresión y/o ansiedad.

Objetivo

Resaltar la experiencia vivida de pérdida perinatal en una familia y discutir cómo los profesionales de la salud pueden abordar el duelo con los padres.

Diseño

Estudio cualitativo de tipo descriptivo, mediante la técnica historia de vida.

Lugar

La investigación fue llevada a cabo en Nueva Jersey, Estados Unidos.

Participantes

Una pareja, compuesta por un hombre y una mujer.

Intervención

La intervención se compone de dos partes principales: un relato sobre la experiencia vivida de una pareja que experimentó duelo perinatal, y una segunda parte, en la que se realiza una búsqueda bibliográfica acerca del tema en cuestión.

FECHA DE RECEPCIÓN: 20/02/2023

FECHA DE ACEPTACIÓN: 14/03/2023

Correspondencia: Alicia Aguilares de la Torre

Correo electrónico: aliciaaguilares98@gmail.com

La entrevista fue realizada a una pareja que experimentaron múltiples pérdidas perinatales, que tuvieron lugar durante un período de 10 años (desde el 23 de febrero de 2007 hasta el 27 de diciembre de 2017), en concreto cinco, narran los acontecimientos, sus sentimientos en esos momentos, sus miedos, y las dificultades que encontraron por parte de los profesionales sanitarios que los atendieron.

Principales resultados

En la experiencia relatada se abordan diferentes cuestiones. El padre relata cómo lo vivió durante esos acontecimientos: sentía que no le escuchaban, se sentía ignorado, refiere que no le fue brindado el apoyo que sí sintió hacia la madre, ni por parte de los profesionales sanitarios ni por parte de su familia, lo que aumentó su angustia, incluso se sintió distanciado de su pareja.

La madre expresa que, tras la tercera pérdida perinatal, sentía que su marido ya no quería estar con ella, a pesar de los momentos tan duros que pasaron. Decidieron volver a intentarlo y tuvieron un hijo cinco años después de su primera pérdida perinatal.

Más tarde, sufrieron dos pérdidas más en el primer trimestre de embarazo. Luego tuvieron otro hijo que nació sano. Informan que su familia creció en medio de un conflicto con los recuerdos de múltiples pérdidas que ocurrieron y que afectaron su matrimonio y, por ello, buscaron asesoramiento. La terapia de pareja los ayudó a reconectar y seguir adelante con la idea de tener una familia, pero no abordó las formas en que las deficiencias en el sistema de salud contribuyeron a las complicaciones de los duelos sufridos.

La revisión bibliográfica recoge los riesgos a largo plazo para la salud mental de los padres y madres del duelo no resuelto. Se encuentra que, en lugar de ser un momento de alegría, expectativas y un nuevo comienzo, el embarazo subsiguiente puede desencadenar miedos, ansiedad y puede recordar a los padres y madres que la muerte es un posible resultado. Para evitar estas situaciones es importante intervenir precozmente en los duelos perinatales. Por otra parte, la revisión bibliográfica habla de las intervenciones eficaces en el duelo perinatal, como son los servicios de apoyo, la psicoterapia y la farmacoterapia.

Finalmente, se expone que la falta de recursos para los padres y madres podría resultar en un duelo no resuelto. Aquí el papel de las enfermeras de salud mental en el cuidado de los progenitores que experimentan un duelo inmediato y prolongado es importante. Las enfermeras tienen la oportunidad de reconocer y responder a las necesidades del padre y de la madre para el apoyo de la salud mental.

Los profesionales de la salud mental deben estar formados en duelo perinatal a la hora de abordar todos los aspectos de la atención relacionados con los padres que experimentan una pérdida perinatal.

Conclusiones

La intervención para el manejo del duelo en padres que experimentan pérdidas perinatales es importante, mediante diferentes métodos, que incluyen servicios de apoyo, asesoramiento y, si es necesario, psicoterapia y farmacoterapia. Las enfermeras de salud mental pueden desempeñar un papel importante en el reconocimiento y manejo del duelo, y en la planificación de intervenciones para apoyar a los padres en duelo.

Entidad financiadora

No han existido conflicto de intereses. No se recibió ninguna financiación externa o interna para el estudio.

Email de correspondencia de los autores

mamilda.robinson@rutgers.edu

Palabras clave

parto, afrontamiento, duelo, pérdida, salud mental materna, trauma

COMENTARIO CRÍTICO.

Calidad metodológica

La herramienta utilizada para evaluar la calidad del artículo fue el cuestionario COREQ. Los criterios incluidos en COREQ constan de una lista de verificación de 32 elementos, pueden ayudar a los investigadores a informar sobre aspectos importantes del equipo de investigación, los métodos de estudio, el contexto del estudio, los hallazgos, el análisis y las interpretaciones¹.

En relación a los resultados obtenidos al pasar el cuestionario COREQ son: de los 32 elementos a valorar, 11 pueden ser respondidos. Sin embargo, 21 elementos no pueden ser respondidos, ya que se desconocen dichos datos porque no son aportados en el artículo (ver tabla 1).

Basándonos en la lista de orientación para la lectura crítica de una investigación cualitativa de Gálvez Toro² este artículo no tiene la suficiente validez interna como para aceptar sus conclusiones, ya que se basa en la experiencia de una única pareja participante, aunque su profundización en la visión del tema por parte de los afectados es interesante para seguir investigando en esta área.

Resultados y discusión

La validez interna del artículo de Mamilda Robinson y Courtney Robinson se ve comprometida por las limitaciones que presenta el artículo, debido a la falta de información sobre la recogida de datos, como por ejemplo detallar quién hace la entrevista, en qué lugar, los criterios de selección de la pareja que explica la experiencia vivida, la estructura de la entrevista, los criterios de búsqueda bibliográfica o si ésta se produce antes o después de la entrevista.

Habría sido interesante ampliar el número de participantes y, por tanto, el número de entrevistas en el estudio para obtener una muestra más completa, al igual que explicar en el artículo los datos que se recopilan en el cuestionario COREQ¹.

El artículo establece un punto de partida para profundizar en estudios con hallazgos más relevantes, aunque la lección clave de este artículo es interesante para seguir investigando en esta área, como que los profesionales de salud mental, incluidas las enfermeras especialistas en salud mental, pueden proporcionar los servicios y el apoyo necesario para los padres que experimentan duelo por pérdida perinatal.

Tabla 1. Mixed Methods Impact Evaluation Appraisal Tool.

	SE RESPONDE EN EL ESTUDIO	NO INFORMA	NO APLICA
DOMINIO 1: EQUIPO DE INVESTIGACIÓN Y REFLEXIVIDAD			
CARACTERÍSTICAS PERSONALES			
1. Entrevistador/facilitador ¿Qué autor/es realizó la entrevista o grupo focal?	x		
2. Credenciales ¿Cuáles eran las credenciales del investigador? P.ej. PhD, M.D.	x		
3. Ocupación ¿Cuál era su ocupación al momento del estudio?	x		
4. Género ¿El investigador era hombre o mujer?	x		
5. Experiencia y formación ¿Qué experiencia o formación tenía el investigador?	x		
6. Relación establecida ¿Se estableció una relación antes del comienzo del estudio?		x	
7. Conocimiento de los participantes sobre el entrevistador ¿Qué sabían los participantes sobre el investigador? p.ej. metas personales, razones para hacer la investigación		x	
8. Características del entrevistador ¿Qué características se informaron sobre el entrevistador/facilitador? p.ej. Sesgos, suposiciones, razones e intereses en el tema de investigación		x	
DOMINIO 2: DISEÑO DEL ESTUDIO			
MARCO TEÓRICO			
9. Orientación metodológica y teoría ¿Qué orientación metodológica se planteó para sustentar el estudio? p.ej. teoría fundamentada, análisis del discurso, etnografía, fenomenología, análisis de contenido.	x		
SELECCIÓN DE PARTICIPANTES			
10. Muestreo ¿Cómo se seleccionaron los participantes? p.ej. útil, conveniencia, consecutivo, bola de nieve		x	
11. Método de abordaje ¿Cómo se abordó a los participantes? p.ej. Presencial, teléfono, correo postal, correo electrónico		x	
12. Tamaño de la muestra ¿Cuántos participantes había en el estudio?	x		
13. No participación ¿Cuántas personas se negaron a participar o abandonaron? ¿razones?		x	
AJUSTE			
14. Ámbito de la recopilación de datos ¿Dónde se recopilaron los datos? p.ej. hogar, clínica, lugar de trabajo		x	
15. Presencia de no participantes ¿Hubo alguien más presente además de los participantes e investigadores?		x	
16. Descripción de la muestra ¿Cuáles son las características importantes de la muestra? p.ej. datos demográficos		x	
RECOPIACIÓN DE DATOS			
17. Guía de entrevista ¿Los autores proporcionaron preguntas, sugerencias y guías? ¿Fue una prueba piloto?	x		
18. Entrevistas repetidas ¿Se realizaron entrevistas repetidas? Si es así, ¿cuántos?		x	
19. Grabación de audio/visual ¿Utilizó la investigación grabación de audio o visual para recopilar los datos?		x	
20. Notas de campo ¿Se realizaron notas de campo durante y/o después de la entrevista o grupo focal?		x	
21. Duración ¿Cuál fue la duración de las entrevistas o grupo focal?		x	
22. Saturación de datos ¿Se discutió la saturación de datos?	x		
23. Devolución de las transcripciones ¿Se devolvieron las transcripciones a los participantes para comentarios y/o correcciones?		x	
DOMINIO 3: ANÁLISIS Y HALLAZGOS			
ANÁLISIS DE LOS DATOS			
24. Número de codificadores de datos ¿Cuántos codificadores de datos codificaron los datos?		x	
25. Descripción del árbol de codificación ¿Los autores proporcionaron una descripción del árbol de codificación?	x		
26. Derivación de temas ¿Se identificaron los temas de antemano o se derivaron de los datos?	x		
27. Software ¿Qué software, en su caso, se utilizó para gestionar los datos?			x
28. Comprobación de los participantes ¿Los participantes proporcionaron retroalimentación sobre los hallazgos?		x	
REPORTANDO			
29. Citas presentadas ¿Se presentaron citas de los participantes para ilustrar los temas/hallazgos? ¿Se identificó cada cita? p.ej. número de participante		x	
30. Datos y resultados coherentes ¿Hubo coherencia entre los datos presentados y los resultados?	x		
31. Claridad de los temas principales ¿Se presentaron claramente los temas principales en los hallazgos?	x		
32. Claridad de temas menores ¿Hay descripción de casos diversos o discusión de temas menores?	x		

Se debe tener en cuenta que el diseño cualitativo no tiene por objetivo la transferibilidad del estudio, sino la profundización en la experiencia de las personas en determinada situación vital, sin embargo, estos hallazgos pueden servir de base en situaciones y contextos similares, y tienen una utilidad en la práctica asistencial habitual, considerando las limitaciones del diseño cualitativo.

La investigación realizada por Jones y cols³. concuerda con el artículo revisado, ya que también afirman que muchos padres interiorizan su duelo para proteger y dar fuerza a sus parejas, lo cual puede generar un descuido de su propio bienestar. Por ello, el apoyo que reciban por parte de su núcleo familiar y social será fundamental, además, deben ser incluidos en los cuidados de los profesionales sanitarios tras la pérdida .

Este trabajo puede ser usado para la generación de conocimiento científico enfermero junto a otros estudios similares de vivencias de personas del duelo perinatal, poniendo en relevancia la importancia de la prestación de unos cuidados enfermeros especializados en salud mental y del trabajo en equipo multidisciplinar, incluyendo la perspectiva de las personas afectadas.

Importancia de los resultados

Los resultados obtenidos en este artículo son importantes para el avance del conocimiento en cuanto al duelo perinatal y la prevención del duelo complicado en los padres, poniendo en relevancia el papel de la enfermera especialista en salud mental.

Nivel de evidencia

Medimos el nivel de evidencia mediante la escala GRADE⁴, el cual es bajo al ser un estudio observacional/serie caso.

Respuesta a la pregunta

Este artículo sí responde a la pregunta planteada, las enfermeras de salud mental si pueden identificar e intervenir en la resolución del duelo perinatal en los padres.

Conflictos de intereses de la autora

La presente autora afirma que no existe ningún tipo de interés financiero o de otro tipo en este estudio más que la adquisición de conocimientos propios y la difusión de estos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allison Tong, Peter Sainsbury, Jonathan Craig, Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 19, Issue 6, December 2007, Pages 349–357. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
2. Gálvez Toro A. Lectura Crítica de un Estudio Cualitativo Descriptivo. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2003; 40-41. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/40-41_articulo_51-57.php
3. Jones K, Robb M, Murphy S, Davies A. New understandings of fathers' experiences of grief and loss following stillbirth and neonatal death: A scoping review. *Midwifery [Internet]*. 2019;79(102531):102531. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102531>
4. Manterola Carlos, Asenjo-Lobos Claudla, Otzen Tamara. Jerarquización de la evidencia: Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Rev. chil. infectol. [Internet]*. 2014 Dic [citado 2022 Sep 20]; 31(6): 705-718. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182014000600011>

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Aguilares de la Torre A. Intervención de las enfermeras de salud mental con madres y padres que han experimentado una pérdida perinatal. *Revisión crítica. Hygia de Enfermería*. 2023; 40(1): 33-36

¿Se conocen las competencias de las enfermeras especialistas en salud mental? Revisión crítica

Are the competencies of mental health nurse specialists known? Critical Review

Marta Gálvez Albert

Enfermera Interna Residente de segundo año. Unidad docente multiprofesional de Salud Mental. Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

ARTÍCULO SELECCIONADO

Moyo, N., Jones, M., & Gray, R. (2022). What are the core competencies of a mental health nurse? A concept mapping study involving five stakeholder groups. *International journal of mental health nursing*, 31(4), 933–951.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/inm.13003>

RESUMEN

Introducción

Las competencias que una persona debe tener para realizar un trabajo son aquellos conocimientos, habilidades y actitudes que le permitan realizar su actividad de manera segura y efectiva. Para conocer las competencias específicas de las enfermeras especialistas en salud mental se decidió explorar las opiniones de usuarios de los servicios, enfermeras de salud mental, académicos de enfermería, psiquiatras y directores de enfermería en un contexto australiano.

Diseño

Consiste en un estudio descriptivo con metodología mixta, que se basa en el desarrollo de un mapa conceptual en el que se combinan las perspectivas cuantitativa y cualitativa, empleando herramientas analíticas cuantitativas con un posterior enfoque cualitativo.

Objetivo

Describir y contrastar las opiniones de múltiples grupos de partes involucradas en salud mental sobre las competencias básicas de las enfermeras de salud mental.

Metodología

El estudio se llevó a cabo en Australia y quiso abordarse desde diferentes perspectivas por lo que se contó con un perfil variado de personas seleccionadas:

- Usuarios del servicio de salud mental >18 años que hubieran experimentado una enfermedad mental, reclutados mediante técnica de bola de nieve.
- Enfermeras de salud mental, gerentes de enfermería y psiquiatras con licencia para ejercer en Australia y activos en el momento de la investigación en entornos de salud mental.
- Enfermeras docentes de una universidad australiana que contribuyeron en la educación sobre salud mental.

Los grupos de profesionales se reclutaron mediante redes sociales y técnicas de bola de nieve. Como requisitos, todos los grupos debían tener conocimientos básicos de informática y saber leer y hablar inglés. En total intervinieron 48 personas en el estudio.

Los datos se fueron recogiendo a través de entrevistas individuales realizadas por un enfermero de salud mental a través de videoconferencia, que se centraron en responder a la pregunta ¿cuáles son las competencias básicas (conocimiento, habilidades clínicas y actitudes) de una enfermera de salud mental?. Las declaraciones recogidas fueron devueltas a las personas participantes, a las que se les pidió que las priorizaran según grado de importancia siguiendo una escala de puntuación de un 1 a un 5 (siendo 1 la más importante y 5 la menos). Dichas puntuaciones se introdujeron en el software Ariadne, que calculó la puntuación media de cada declaración, destacando como la más importante en general “Habilidades en implicar a las personas cuando están angustiadas” y además generó distintos mapas conceptuales tras su estructuración y categorización, entre los cuales se seleccionó el definitivo.

Resultados

El mapa conceptual final tiene ocho grupos, presentándose junto a las declaraciones más importantes dentro de cada uno de ellos de la siguiente manera:

1. Evaluación y gestión del riesgo:
'puede realizar una evaluación de riesgos (autoagresividad)'
2. Comprensión de los principios de recuperación
'conocimiento sobre los principios de recuperación'
3. Atención centrada en la persona y la familia:
'trabajan de una manera centrada en el paciente'
4. Buenas habilidades de comunicación:
'habilidades para involucrar a las personas cuando están angustiadas'
5. Conocimiento sobre los trastornos mentales y su tratamiento:
'conocedoras de los factores de riesgo para las enfermedades mentales'
6. Evaluar la investigación y promover la salud física:
'habilidades para poder evaluar críticamente nuevas investigaciones'
7. Sentido del humor:
'tener buen sentido del humor'
8. Intervenciones físicas y psicológicas:
'competencia en la aplicación de diferentes técnicas psicoterapéuticas'

En el análisis de la importancia de los grupos las personas participantes los percibieron de manera diferente dando lugar a discrepancias. Un ejemplo claro se ve reflejado en el grupo uno, 'evaluación y gestión de riesgos', el cual los usuarios de servicios de salud mental situaron como menos importante mientras que el resto lo clasificó como el más importante.

Discusión

En general, los ocho grupos resultantes de este estudio son concordantes con los expuestos en anteriores revisiones sistemáticas, suponiendo además una ampliación de conocimientos al permitir comparar las diferentes perspectivas de las personas intervinientes.

En el desarrollo de la discusión se expone la importancia de la correlación entre la salud física y mental contrastando con los resultados obtenidos donde las personas participantes clasifican el grupo de "intervenciones físicas y psicológicas" como el menos importante. A pesar de dicha relevancia, hay enfermeras de salud mental que consideran no tener las competencias necesarias para proporcionar atención física mientras que otras la consideran fuera de su práctica clínica diaria.

Por otro lado, también hay que destacar el sentido del humor como una parte importante de la práctica de enfermería de salud mental. En las declaraciones de este estudio, el grupo de los psiquiatras lo cataloga como competencia importante, mientras que otros grupos no lo hacen.

Conclusiones

Existen discrepancias entre los diferentes grupos de personas seleccionadas en cuanto a la importancia de las diferentes competencias de la enfermera especialista en salud mental, por lo que los resultados no son concluyentes siendo necesaria la continuidad en la investigación sobre este tema.

COMENTARIO CRÍTICO

Hasta el momento, el número de checklists para la evaluación de la calidad de los estudios mixtos es bastante reducido respecto a los existentes para estudios con otro diseño. Por lo tanto, para dicha evaluación se ha empleado la Mixed Methods Impact Evaluation Appraisal Tool, recomendada por Fàbregues-Feijóo et al.¹, que cuenta con cinco pautas detalladas de lectura crítica específicas para métodos mixtos, además de otras cinco para evaluar la parte cualitativa y cinco más para la cuantitativa (ver tabla 1).

Calidad metodológica

Este artículo fue seleccionado porque además de estar relacionado directamente con la profesión de la enfermera especialista en salud mental, aborda un tema actual y de interés. Se trata de una investigación de enfoque mixto, no experimental con diseño descriptivo empleando el método de mapeo conceptual. La elección de dicho método se encuentra adecuadamente justificada y sus componentes están integrados de manera correcta para responder a la pregunta de investigación. Como limitaciones, además de las comentadas por los propios autores (posible sesgo de selección, falta de representación de grupos relevantes, enfermeras seleccionadas sin formación específica en salud mental, ubicación espaciotemporal y contextual de la muestra seleccionada que pudo impactar sobre las competencias generadas, muestreo de conveniencia que inhibe la generalización de los resultados, selección del mapa conceptual por parte de los investigadores y no de las personas participantes) podrían añadirse otras como el sesgo de autoselección, si hubo personas que se presentaron voluntariamente al estudio motivados por la compensación económica de 50\$. Estas limitaciones reducen la validez interna del estudio.

Resultados

La recogida de las diferentes declaraciones sobre cuáles consideran que son las competencias de una enfermera especialista en salud mental, y su posterior reagrupación, dio lugar a ocho conglomerados de opiniones, existiendo discrepancias entre los diferentes grupos de personas participantes en la percepción de la importancia relativa de cada conglomerado.

Aunque se incluyen en la descripción de esos ocho grupos citas textuales resultantes de las grabaciones de audio recogidas durante las entrevistas individuales, hubiese sido interesante y adecuado que se hubiesen expuesto de una forma más extensa para así dar lugar una mayor comprensión de lo expresado o haber aportado en forma de anexo la transcripción completa de alguna de las entrevistas, de esta manera se aportaría mayor justificación a la organización de los resultados.

Tabla 1. Criterios consolidados para informar estudios cualitativos (COREQ). Lista de verificación de 32 elementos.

CATEGORY OF STUDY DESIGNS	METHODOLOGICAL QUALITY CRITERIA	RESPONSES			
		YES	NO	CAN'T TELL	COMMENTS
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?				
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?				
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?	x			
	4.2. Is the sample representative of the target population?	x			
	4.3. Are the measurements appropriate?	x			
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?			x	
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?	x			
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?	x			
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	x			
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?	x			
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?			x	
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?.	x			

Discusión

Los ocho grupos obtenidos coinciden con los resultados de estudios realizados anteriormente. Aunque la bibliografía aporta evidencia estudios muy interesantes, esta investigación aporta como ampliación de conocimiento la oportunidad de poder comparar las impresiones y discrepancias de distintos grupos representativos, ya que esto no había sido recogido con anterioridad y estas discrepancias evidencian una desconexión entre usuarios y profesionales sobre la visión general que tienen del trabajo de la enfermera de salud mental.

Las declaraciones de las personas participantes fueron muy concisas, no coincidiendo con la forma en la que las competencias de las enfermeras de salud mental se encuentran redactadas en los documentos oficiales, pero sí coincidiendo con las mencionadas en otros estudios expuestos.

La investigación futura podría ratificar las competencias ya mencionadas u ofrecer otras nuevas ayudando así a clarificar el perfil de trabajo de una enfermera especialista en salud mental.

Importancia de los resultados

La relevancia de los resultados obtenidos radica en la importancia de los cuidados especializados en salud mental y en el desconocimiento del papel de la enfermera en esta área.

Existe una demanda social de enfermeras especialistas en salud mental que presten unos cuidados acordes con las necesidades existentes en la población, cuidados fundamentados en una base formativa específica. Por lo que la investigación de Moyo y cols. es una aportación para la comprensión del papel que ocupa la enfermera especialista en salud mental en la atención sanitaria y un aliciente para continuar investigando en un campo, a veces desatendido, como es el de la salud mental^{2,3}.

Nivel de evidencia

Su nivel de evidencia es bajo según la escala de clasificación GRADE al tratarse de un estudio observacional⁴.

Respuesta a la pregunta

Los investigadores obtienen diferentes competencias que las personas participantes consideran necesarias en una enfermera especializada en salud mental, pero los resultados son conflictivos respecto a la importancia relativa que los distintos grupos adjudican a dichas competencias. Presentan la necesidad de más investigación sobre el tema y proponen un estudio adicional para examinar las diferentes perspectivas.

Sería recomendable mejorar las limitaciones descritas para aumentar la solidez de estas respuestas, mejorando así su validez interna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fàbregues-Feijóo S, Serra Sutton V. La evaluación de la calidad de los estudios incluidos en revisiones sistemáticas. Práctica basada en la evidencia. Barcelona: FUOC; 2019. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/339658369_La_evaluacion_de_la_calidad_de_los_estudios_incluidos_en_revisiones_sistematicas
2. Carretero-Román J. Enfermeras de salud mental: de dónde venimos y dónde estamos. Revista Española de Enfermería de Salud Mental [Internet] 2018;(5): p.2-4. Disponible en: <http://www.reesme.com/index.php/REESM-AEESME/article/view/33/28> DOI: <http://doi.org/10.35761/reesme.2018.5.01>
3. Chávez-Guerrero BS, Martínez-Salinas YG, Contreras-Juárez MN, Rede González M, Muñoz Livas JF. Enfermería Psiquiátrica: Un pilar en la salud mental. CULCyT [Internet] 2018;15(65):p.75-84. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7209101>
4. Aguayo-Albasini JL, Flores-Pastor B, Soria-Aledo V. Sistema GRADE: clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. Cirugía Española [Internet] 2014;92(2):p.82-88. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-sistema-grade-clasificacion-calidad-evidencia-S0009739X13003394>. DOI: 10.1016/j.ciresp.2013.08.002.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Gálvez Albert M. ¿Se conocen las competencias de las enfermeras especialistas en salud mental? Revisión crítica. Hygia de Enfermería. 2023; 40(1): 37-40

Píldoras metodológicas en investigación enfermera: investigación en salud con perspectiva de género

Notes on nursing research: health research with a gender perspective

Ana María Moltó Boluda

Enfermera de familia. UGC Dr. Pedro Vallina (Sevilla).

La perspectiva de género en la investigación en salud es esencial para entender las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades. A pesar de que se sabe que hombres y mujeres presentan diferencias fisiológicas y biológicas, en muchas ocasiones las investigaciones en salud se han centrado principalmente, de una manera generalista, en hombres, sin tener en cuenta estas diferencias.

La perspectiva de género en la investigación en salud implica considerar los diferentes factores que influyen en la salud de hombres y mujeres, incluyendo los factores biológicos, sociales, culturales y psicológicos. Estos factores pueden afectar a la exposición a factores de riesgo, la respuesta a los tratamientos y la experiencia de la enfermedad.

Son datos conocidos que en muchos países las mujeres tienen una esperanza de vida más larga que los hombres, pero también tienen una mayor probabilidad de vivir con discapacidades o enfermedades crónicas y que la expresión y manifestación de una misma enfermedad, así como la tolerancia a determinados fármacos, puede ser completamente distinta entre mujeres y hombres¹. Por ejemplo, en el caso de enfermedades cardíacas, se sabe que las mujeres presentan síntomas diferentes a los de los hombres^{2,3}. Las mujeres suelen experimentar dolor en el pecho, pero también pueden tener síntomas más sutiles como fatiga, náuseas o dificultad para respirar. Si los procesos investigadores no tienen en cuenta las diferencias de género, pueden pasarse por alto las señales de advertencia de enfermedades cardíacas en las mujeres, siendo infradiagnosticadas e infratratadas. De la misma manera, sin estudios donde la perspectiva de género esté presente se pueden propiciar problemas de salud como los informados con la vacuna contra el COVID-19, planteando preocupaciones específicas como la posible interacción de la vacuna con los anticonceptivos hormonales y/o cambios en el ciclo menstrual. Aunque aún no se ha establecido una relación clara entre la vacuna y los cambios menstruales, la evidencia anecdótica sugiere que es un fenómeno real que debe ser estudiado con mayor profundidad⁴.

Los estudios de investigación para la salud, en gran parte, están diseñados para atender a un cuerpo "normal" y, en muchos casos, las mujeres se desvían de esta norma. Por ejemplo, las mujeres pueden experimentar cambios hormonales durante su ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia, lo que puede generar síntomas que a menudo son considerados como problemas médicos que necesitan ser tratados en vez de considerarlos procesos naturales. La medicalización en mujeres, como resultado de la influencia de factores sociales, culturales y económicos, puede incluir la prescripción excesiva de medicamentos, la realización de procedimientos innecesarios y un mal o tardío diagnóstico de enfermedades.

Las enfermedades que afectan principalmente a mujeres y no son de origen ginecológico, como puede ser la fibromialgia, han sido poco estudiadas por la medicina y suelen estar influenciadas por los estereotipos sobre la naturaleza femenina. Esta representación tiende a psicologizar estas enfermedades, suponiendo que las mujeres tienen una fragilidad mental y una incapacidad natural para adaptarse a situaciones estresantes, lo que puede impedir la búsqueda de otras causas y llevar a considerar estas enfermedades como menos graves de lo que realmente son, a pesar de ser altamente incapacitantes en muchos casos⁵. El investigar sobre enfermedades como la fibromialgia con enfoque de género, no solo beneficiaría a las mujeres sino también a los hombres que la padecen, pues al ser una enfermedad "feminizada" es percibida como un estigma por los hombres.

Los roles de género, tan arraigados en muchas sociedades, dejan a cargo de las mujeres los cuidados y la familia, pudiendo aumentar la exposición a enfermedades como así ha ocurrido en épocas de epidemias o pandemias. Durante la epidemia de Ébola en África occidental entre 2014 y 2016, se informó que murieron más mujeres que hombres. Esta mayor tasa de mortalidad estaba relacionada con los cuidados a miembros enfermos de la familia en el hogar y un menor acceso a la educación y a la información sobre cómo prevenir la infección⁶. Abordar en los estudios de investigación las desigualdades de género en el acceso a los servicios de salud y en la distribución de las responsabilidades de cuidado puede mejorar la salud y el bienestar de todas las personas, independientemente de su género.

FECHA DE RECEPCIÓN: 23/02/2023

FECHA DE ACEPTACIÓN: 05/03/2023

Correspondencia: Ana María Moltó Boluda

Correo electrónico: ana.maria.molto@eco.es

Figura 1. La construcción social del género y su relación con la salud.



Pese a conocerse todo lo argumentado anteriormente, la disgregación por sexos está infrutilizada en los estudios de investigación. Si realizamos una búsqueda bibliográfica podemos encontrar que la población de estudio es mayoritariamente masculina y que los resultados de esos trabajos se extrapolan a toda la población con carácter general (hombres y mujeres). Estudios sesgados donde no se tiene en cuenta la variable sexo, o se confunde sexo con género o no se explica si las evidencias encontradas están relacionadas con construcciones y vivencias del género.

Esta falta de rigor científico dificulta el poder estudiar las diferencias en morbilidad entre unas y otros⁷, pudiendo llevar a un retraso en el diagnóstico y tratamiento, en problemas de salud.

(Ver figura 1).

La OMS recomienda garantizar la recogida, el cotejo, el análisis y la utilización de datos desglosados por sexos para que las respuestas de los sistemas de salud se basen en datos comprobados sobre los factores determinantes y la salud de las personas, y de esta manera, diseñar políticas y asignar recursos en consecuencia.

Para poder hablar de calidad en los estudios de investigación en áreas de la salud se hace imprescindible el reconocer y evitar los sesgos de género de una manera transversal durante todo el proceso de investigación:

- Evitando el androcentrismo y los modelos de referencia.
- Incorporando el género al caracterizar los problemas de investigación.
- Incluyendo variables que tengan potencial explicativo de género.
- Eludiendo sesgos de género en el proceso de evaluación y difusión del trabajo científico.

(Ver figura 2).

Hoy en día se dispone de una variedad de guías para la incorporación de la perspectiva de género en investigación en salud^{8,9,10} que nos ayudan a examinar y corregir los múltiples sesgos de género que nos podemos encontrar en las distintas fases del proceso investigador.

Figura 2. Los pasos de una investigación científica.



En resumen, la perspectiva de género en la investigación en salud es fundamental para entender las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades. Al tomar en cuenta los factores biológicos, sociales, culturales y psicológicos que influyen en la salud de hombres y mujeres, se pueden diseñar intervenciones de salud más efectivas y equitativas.

“Es el momento de otorgar importancia a los enfoques y la sensibilidad de género en la investigación en salud. Es necesario trabajar hacia la construcción de un sistema de salud que sea más justo y equitativo en la práctica”.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Giménez MR. El enfoque de Género en la investigación en Ciencias de la salud. ¿Diferencias o desigualdades?. Encuentros multidisciplinares. 2022; 24(70):1.
2. Alemán JF, Rueda B. Influencia del género sobre factores de protección y vulnerabilidad, la adherencia y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. Atención Primaria. 2019; 51(9): 529-535.
3. Sánchez Tomás A M, Gascón Catalán A (dir). Sesgos de género en la enfermedad cardiovascular: revisión de la situación en España. [trabajo final de diploma en Internet]: Zaragoza: Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud, 2022 [citado 18 de enero de 2023]. Recuperado a partir de: <https://zaguan.unizar.es/record/112696/files/TAZ-TFG-2022-553.pdf?version=1>
4. Ding T, et al. Cambios menstruales autoinformados después de la vacunación de ARNm COVID-19: una encuesta de 140,456 individuos. Obstet Gynecol. 2021 octubre; 138 (4): 451-453. doi: 10.1097/AOG.0000000000004567. PMID: 34461681.
5. Neuprez A, Crielaard JM. Fibromialgia: estado de la cuestión en 2017. Rev Med Liege. Junio 2017; 72 (6): 288-294.
6. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad por el virus del Ébola: análisis de equidad de género y salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/gender-analysis-ebola/en/>
7. Valls C, Banqué M, Fuentes M, Ojuel J. Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. Anuario de psicología/The UB Journal of psychology. 2008;39(1):9-22.
8. García MM; Jiménez ML; Martínez E. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación. 2010.
9. Ruiz Cantero M T. El enfoque de género en la investigación y la difusión del conocimiento. sanidad.gob.es.
10. Caprile M, Valles N, Palmen R. Guía práctica para la inclusión de la perspectiva de género en los contenidos de la investigación. Cirem Fundación. 2012. Recuperado a partir de: https://www.academia.edu/15218874/Gu%C3%ADa_pr%C3%A1ctica_para_la_inclusi%C3%B3n_de_la_perspectiva_de_g%C3%A9nero_en_los_contenidos_de_la_investigaci%C3%B3n

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Moltó Boluda AM. Píldoras metodológicas en investigación enfermera: investigación en salud con perspectiva de género. Hygia de Enfermería. 2023; 40(1): 41-43

Duelo de leche

Raquel Cabeza Moreno

Gerencia de Atención Primaria de León.

Sr. Director: En mayo del año pasado se puso en contacto conmigo una compañera del hospital de Bilbao en el que inicié mi carrera profesional como matrona. En una asociación a la que ella pertenece pedían asesoramiento en lactancia materna para una madre que debía someterse a una intervención quirúrgica en el Hospital de León, mi ciudad natal y donde ahora volvía a vivir.

María es una mujer de cuarenta y tres años a la que han diagnosticado cáncer de mama susceptible de ser operado cuanto antes. Contacto con ella por teléfono y me cuenta su situación, preocupada sobremanera por el trato que ha recibido por parte del equipo médico por seguir amamantando a su hija de dieciséis meses. María se sintió ridiculizada e infantilizada cuando los médicos le propusieron dejar la lactancia materna en el momento del diagnóstico, incluso cuestionando su mantenimiento en una hija tan mayor. Ella es una mujer informada y sabe que si finalmente tiene que tratarse con quimioterapia, deberá abandonar o interrumpir la lactancia, pero no quiere pensar en ese momento todavía.

A María le ha costado mucho conseguir que su embarazo llegase a término y ha pasado por un parto cuanto menos fácil. Tras superar un postparto lleno de vicisitudes consiguió instaurar la lactancia materna y establecer un vínculo perdurable con su hija Paula, el apego. Sus antecedentes y la importancia que para ella tiene la lactancia en la relación con su hija pasan desapercibidos para los médicos y cirujanos que le diagnostican y tratan, por lo que ella busca en mí completar esa parte como sanitaria y asesora de lactancia. A estas circunstancias se suma que, en opinión de María y probablemente con mucho acierto, el diagnóstico se ha retrasado por la pandemia. Este hecho añade una gran carga mental sobre la evolución que hubiera tenido el suceso en condiciones más óptimas.

Conocida la fecha de la intervención con algo menos de un mes de antelación iniciamos la elaboración de un plan. La idea inicial era favorecer el destete progresivo de Paula antes de la intervención. Hablábamos casi a diario y me transmitía lo difícil que estaba siendo el proceso para las dos. Destetar a una hija cuando ella no lo desea puede ser complejo y la técnica de “no ofrecer, no negar” no suele funcionar demasiado bien. María no soportaba que la niña llorase cuando intentaba

disuadirla de las tomas y en muchas ocasiones era más fácil ofrecerle el pecho para que tanto ella como la niña estuvieran a gusto. El apoyo psicológico y práctico de su entorno familiar era determinante y María se sentía muy agradecida por ello.

Llegó el día del ingreso en el hospital y Paula seguía haciendo un par de tomas al día. María se sentía tremendamente culpable por no haber conseguido el destete completo antes de separarse de su hija. La propia separación le causaba tristeza, puesto que desde el nacimiento de Paula nunca habían pasado más que unas horas separadas. Acudió al hospital junto a su cuñada y Paula se quedó con su padre. Por fin conocí a María en persona, puesto que vivían a una hora y media de León y no había sido posible antes. Su complexión delgada hacía resaltar sus ojos claros llenos de esperanza a la vez que de tristeza. Como seguía amamantando establecimos un nuevo plan para vigilar la evolución del pecho durante el ingreso hospitalario.

En los días posteriores a la intervención, la cual se desarrolló sin dificultades, hablamos largo y tendido sobre sus intenciones relacionadas con la lactancia en su vuelta a casa. Ella estaba decidida a no ofrecer más el pecho a Paula. Además, sabía que en unas semanas debería empezar a tratarse con quimioterapia. Otro tema por el que estaba preocupada era por el reconocimiento de su propio cuerpo tras la mastectomía, que había sido completa, así como por lo que pensaría su hija al respecto. Durante la estancia en el hospital, que fue más o menos una semana, hablaba con su hija por teléfono y decía que a Paula se la notaba contenta. El padre se había quedado con la niña y su cuñada la acompañó durante el todo el ingreso.

En el tiempo que pasó entre la intervención y el inicio de la quimioterapia Paula siguió pidiendo teta. María conseguía distraerla en algunas ocasiones y en otras no. María sabía qué era lo que tenía que hacer, pero eso no era lo que quería hacer. Ella deseaba aprovechar todo el tiempo que le quedaba para amamantarla, porque para las dos formaba parte de su vínculo especial. Con el paso de los días y la proximidad del inicio del tratamiento, le corrumpía la idea de que alguna de las tomas fuera a ser la última.

La quimioterapia llegó y el destete se produjo de forma más o menos abrupta. Físicamente María no sufrió complicaciones a nivel de las mamas, psicológicamente lo llevó mejor de lo que pensaba. Paula se adaptó perfectamente a relacionarse con su madre de muchas otras formas y, no sin nostalgia, su madre también con ella.

FECHA DE RECEPCIÓN: 14/12/2022

Correspondencia: Raquel Cabeza Moreno
Correo electrónico: rcabeza@saludcastillayleon.es



© YAMILA ABUÁMER FLORES

Aún hablamos de vez en cuando y la vida sigue para María, resiliente y tranquila. Su hija crece feliz y ella la ve crecer. El paternalismo inculcado en las escuelas sanitarias nos incita a poner en segundo plano los sentimientos de las personas en temas que consideramos triviales. El cese de la lactancia materna puede llegar a vivirse con la misma intensidad que un duelo en algunas personas. Precisamente por ser desconocido es ocultado, y más en una sociedad en la que amamantar a un niño o niña mayor es considerado tabú. En este caso se añade el componente de la preocupación de la madre por su propia salud, que siempre puso en segundo plano, o al menos no traspasaba con la misma importancia.

El encontrar a alguien que le acompañase en el proceso específicamente con uno de los temas que más le preocupaba quizá aliviase ligeramente su sufrimiento. Su familia más cercana siempre le apoyó en sus decisiones, fiándose por completo de que María y su hija sabrían qué hacer.

Sin experiencia previa en situaciones similares intenté aplicar todas mis herramientas como matrona, asesora de lactancia y persona para que María se sintiera escuchada, respetada y acompañada. El aprendizaje que me llevo de esta experiencia me ha hecho reconstruir mis ideas preconcebidas y crecer en todas las vertientes posibles.

La experiencia ante la llegada de la Covid-19

Vanesa Cabrera Rodríguez

Hospital Universitario Río Hortega (Tordesillas, Valladolid).

Sr. Director: La pandemia ha producido un cambio en todo el mundo, pero el sistema sanitario ha sido el más afectado, sobre todo para los profesionales sanitarios que realizan su trabajo en hospitales, centros de salud, residencias de ancianos, son los que están las 24 horas del día con el paciente a pide de cama. Desde luego que todos los profesionales sanitarios vamos a recordar estas experiencias toda la vida, es un hecho impactante que no se nos olvidará jamás.

Yo soy enfermera del servicio de urología del Hospital Universitario Río Hortega, llevo 13 años trabajando en este hospital, y en la unidad de urología durante 5 años. Me gustaría comenzar mi relato contando el primer día que llegó la covid-19 a mi unidad, recuerdo que días anteriores ya se estaba comentando que había ingresado el primer paciente con covid-19 en el hospital, algunos compañeros decían que era extranjero, había llegado en taxi al servicio de urgencias y al confirmar el positivo en covid, todas las personas de contacto estuvieron en cuarentena, el paciente estaba ingresado en el servicio de neumología. Todos mis compañeros sabíamos que tarde o temprano llegaría el momento de enfrentarnos a este tipo de pacientes en nuestra unidad, al hablar del tema se notaba que estábamos atemorizados a lo desconocido, no sabíamos a lo que nos íbamos a enfrentar, podía ver el miedo en las caras de mis compañeras.

Los días posteriores nos llegaban noticias a la unidad del hospital, habían ingresado más pacientes covid-19 en el servicio de neumología y medicina interna. A los pocos días, en mi primer día de trabajo en turno de mañana viajé hacia mi hospital en coche como realizo todos los días. Al llegar a la entrada de mi unidad y girar la puerta vi cubos y empapadores por el suelo, las puertas de entrada al control de enfermería con plásticos, carteles de aislamiento en las habitaciones de la unidad. Pensé, "ya está aquí, ya ha llegado a mi unidad". Ahora tenía que enfrentarme a los pacientes covid, sentí miedo, miedo a contagiarme, miedo de infectar a mi familia, miedo a una situación desconocida para mí. Todos habíamos visto en las noticias lo que ocurría en otros hospitales, la falta de recursos materiales, recursos humanos, estaban desbordados, ahora me había tocado el turno a mí de afrontar esta situación nueva de la que nadie sabía nada.

Al ver a mis compañeras del turno de noche, vi la realidad en sus caras, estaban cansadas, habían estado recibiendo pacientes toda la noche. Todos queríamos saber lo que había ocurrido

esa noche, les hicimos preguntas de cómo debíamos actuar, cuántos pacientes había ingresados, nos comenzaron a contar todo lo vivido durante ese turno y hubo una cosa que me sorprendió, ya que después de trabajar toda esa noche horrible estaban agradecidas porque habían recibido la ayuda de otros profesionales como del neumólogo responsable en covid 19. Mi compañera nos dijo que había estado en la unidad a verlas y ofrecerles todo el material que necesitaran y del que disponían, también les dieron unas indicaciones para realizar las medidas de aislamiento en este tipo de pacientes.

Una vez que nos dieron el cambio de turno, teníamos que organizar el trabajo, no fue una situación normal, era algo excepcional, debíamos estar bien organizadas, estuvimos hablando todas las compañeras de cómo y quién iba a entrar en primer lugar en la zona de aislamiento, por lo que la supervisora nos propuso a una compañera y a mí para ser las primeras en acceder a la zona de aislamiento. No te voy a engañar, yo me asusté, pero nos miramos mi compañera y yo y sin pensarlo enseguida nos dispusimos a colocarnos el EPI. Recuerdo que el resto de compañeras estaban con nosotras para ayudarnos a poner el EPI, la bata, enseguida una compañera me ayudó a ajustarla, al ponerme los guantes, otra compañera me pegaba con esparadrappo el guante a la bata, otra me puso el gorro, las calzas y otra me ajustó las gafas protectoras. Aún hoy en día me siento agradecida por todo ello y pienso en como ante estas adversidades las personas sacamos lo mejor de nosotros mismos para ayudar a los demás, la verdad que yo he tenido mucha suerte de tener a mis compañeras a mi lado, sin ellas hubiera sido todo mucho más difícil.

La unidad está distribuida en forma de cuadrado y el centro es donde se encuentra el control de enfermería, por lo que para salir al pasillo hay que traspasar unas puertas. Cuando traspasas dichas puertas accedes a los pasillos donde se encuentran las habitaciones, toda esa zona estaba aislada, recuerdo que al traspasar esas puertas parecía que estabas en otra realidad, como si estuvieras en otra dimensión.

Una vez traspasadas las puertas, me dirigí a la primera habitación, era diferente que otras veces, me costaba respirar con la mascarilla, las gafas se me empañaron, por lo que tenía menos visibilidad. Al llegar a la habitación, llamé a la puerta, había llegado el momento de cuidar a un paciente covid 19, me sentía con miedo, pero pensé que yo quería ayudar a ese paciente y tenía que ser valiente para afrontar la nueva situación a la que me enfrentaba, por lo que respiré, llamé a la puerta y, al abrirla, me encontré a una paciente sentada en la cama. Era de mediana edad, se encontraba un poco desconcertada, por lo que le di

FECHA DE RECEPCIÓN: 3/1/2023

Correspondencia: Vanesa Cabrera Rodríguez
Correo electrónico: vanecabrera84@hotmail.com



ánimos, le dije que todo iba a salir bien, que no se preocupara, yo estaba para ayudarla. Recuerdo no estar mucho tiempo dentro de la habitación, pero al salir me sentí bien de haber realizado correctamente mi trabajo. Cuando salí de la zona de aislamiento, me dirigí a las puertas del pasillo para volver a entrar al control de enfermería, la zona limpia. Todas mis compañeras estaban allí, dispuestas a ayudarme en todo momento para retirarme el EPI, yo me alegré al verlas, me sentí segura. Una vez que finalicé, me cambié de pijama, ya que me encontraba sudada, con marcas en cara y orejas, pero sobre todo me sentí desconcertada, no sabía la hora que era ni el tiempo que llevaba dentro en la zona de aislamiento. Y debo decir que siempre que hemos entrado en esta zona perdías la noción del tiempo.

Mis compañeras me preguntaban cómo me había sentido, qué cosas teníamos que realizar para poder organizarnos. El resto de la mañana, estuvimos recibiendo pacientes y realizando traslados ya que a nuestra unidad llegaban de urgencias pacientes sospechosos de covid, según fueran positivos o negativos se

derivaban a otras unidades. Recuerdo que el teléfono no paró de sonar en toda la mañana.

Los demás días fueron duros, llegaban protocolos nuevos cada día, pero poco a poco fuimos aprendiendo y organizándonos mejor a la nueva situación. Pero algo que no olvidaré nunca es el apoyo y compañerismo que todos mis compañeros nos mostrábamos día a día, nos hemos animado unos a otros, eso ha sido fundamental para afrontar cada día mi jornada de trabajo.

Actualmente han pasado dos años de esta terrible pandemia, en la que han fallecido miles de personas en todo el mundo, sabía de la gran profesionalidad del servicio sanitario, pero en tiempos difíciles sacamos lo mejor de nosotros mismos, a pesar del miedo y el cansancio acumulado que hemos sufrido durante todo este tiempo. Algo que puedo afirmar es que ya nada es igual que antes, ha habido un cambio en el sistema sanitario y sobre todo en nosotros, los profesionales. Yo es algo que no voy a olvidar jamás.

Pequeños pacientes, grandes lecciones

Mar Miguel Redondo

Centro de Salud Roces-Montevil (Gijón).

Sr. Director: Siempre había querido ser enfermera, por lo menos desde que alcanzo a recordar. No tenía ningún modelo cercano, ya que en mi entorno no conocía a nadie con esta profesión, pero era algo que nacía dentro de mí como si de una luz se tratase. Esa luz iluminó mi sendero, a veces con gran fuerza y en ocasiones y por situaciones de la vida, de las que estoy segura, todos alguna cosa conocemos, algo más titilante. Aunque independientemente de la intensidad, lo verdaderamente importante, es que siempre estuvo presente y que me fue dirigiendo hacia la gran meta, tan deseada, tan satisfactoria, tan peleada, tan "cuesta arriba" en ocasiones, pero al final, tan mía.

Desde que empecé mis andanzas como enfermera, he transitado por numerosos servicios. Yo siempre había dicho que podría ir a cualquier sitio al que me mandasen, al final, te acabas haciendo a todo (o no te queda otro remedio) pero pediatría me daba pánico. Para quien me conoce, puede resultar contradictorio, ya que me encantan los niños, pero, precisamente por eso, por lo que consigo empatizar con ellos y por la ternura que me producen, pensaba que no podría soportar ver a niños transitar la enfermedad.

Era noviembre y enseguida iban a salir los contratos de navidad, yo estaba ansiosa por saber qué me iban a deparar las navidades laboralmente hablando. Aquel día lluvioso de noviembre, como cada mañana cuando estás en el busca, me desperté temprano, pegada al teléfono, siempre con sonido y batería cargada. Estaba leyendo, pero era incapaz de concentrarme en la lectura, por lo que cogí el móvil y me puse a revisar mensajes, en ese preciso instante y como si lo hubiesen sabido, me llamaron. Fruto de los nervios y con el teléfono en la mano, colgué. Me gusta pensar que todo pasa por algo y que este contrato fuera a empezar de esta manera, no hizo más que confirmar mi pequeña teoría (o eso pensé ese día).

Me vuelven a llamar, esta vez sí lo cogí, me leyó los contratos y elegí el contrato más largo, hasta el 7 de enero. Después, me pasan con personal para comunicarme el servicio y como si de una broma del destino se tratase, me informan que el contrato que acababa de coger era un bloque en pediatría. No me lo podía creer, pediatría ¡y en navidad! Por mi cabeza no paraba de pasar la idea de 'niños sufriendo enfermedades, en una época del año en la que tan solo deberían disfrutar y ser felices'. Ese día fue horrible y al día siguiente empezaba mi nueva aventura

de mañanas. Los comienzos siempre suelen dar algo de miedo, en este caso, la palabra miedo se quedaba corta.

Empecé en la planta de lactantes, había muchos pequeños ingresados sobre todo por bronquiolitis, la estrella en esta época, los compañeros eran muy agradables y me enseñaron mucho. Cuando llevaba un mes en la planta, me propusieron ir a la UCI de pediatría, hacía falta personal.

Y así empecé un cinco de diciembre en UCI. Cuando llegué me asignaron el lado con menos pacientes. A mi cargo estaban tres pequeños, Lucía de tres años, una crisis asmática, Marcos de cinco años, un traumatismo craneoencefálico, y Valentín, un pequeño de cuatro meses con una enfermedad neurológica sin filiar que le producía paradas respiratorias desde el momento del nacimiento.

A Valentín no le venían a ver mucho, la familia, algo desestructurada, no vivía en Oviedo. Su caso era bastante complicado, a veces cada hora y otras cada cinco minutos, Valentín dejaba de respirar, el manejo era sencillo, simplemente con administrar oxigenoterapia a través de mascarilla, el pequeño al cabo de unos segundos volvía a respirar de manera espontánea. Sencillo, pero angustiante. Recuerdo ir corriendo cada vez que la máquina pitaba porque detectaba una desaturación y quedarme observando aquella mirada perdida mientras esperaba que esta vez la parada durara poco y que enseguida hubiera recuperado. A mí me daba la sensación de que las paradas cada vez eran más largas, no era capaz de entender por qué este niño desde que había nacido tenía que estar viviendo esto.

Un día coincidí con el padre de Valentín, empezamos a hablar, él me preguntó cómo yo le veía, objetivamente le expliqué que los cuidados cada vez eran más complejos y que cada vez era mayor el tiempo que pasaba en parada. Él me contó que tenían creencias religiosas muy intensas, que ya les habían dicho tantas veces que el pequeño no iba a pasar más allá de aquella semana, que ya toda la familia se había despedido de él y que habían arreglado todo a nivel espiritual por si se producía el fallecimiento. La entereza con la que me explicaba aquello me dejó fría, si bien es verdad que yo le acababa de conocer, ellos llevaban haciéndose a la idea de que su hijo se iba a morir desde que nació.

El día de navidad, trabajaba de tarde, ese día tuvimos que adelantar un poco la comida familiar para poder comer todos juntos. Recuerdo estar comiendo con mis sobrinas y pensar 'qué afortunadas sois y qué afortunados somos todos de que estéis sanas y podáis disfrutar de ser un par de niñas felices,

FECHA DE RECEPCIÓN: 3/1/2023

Correspondencia: Mar Miguel Redondo
Correo electrónico: marmigueldr@gmail.com



ajenas a muchos de los problemas que se encuentran ahí fuera'. Comí rápido y me fui directa a otra tarde más en la UCI. Valentín estaba muy tranquilo y tardó varias horas en hacer la primera parada, yo había ido a verle durante el turno y parecía que descansaba con tanta paz que pensé 'ojalá este momento fuera eterno para ti'.

Cuando pitó la alarma por primera vez, fui corriendo, tardó un poco más de lo habitual en remontar, cuando por fin lo hizo, me quedé allí, a su lado durante un tiempo, tratando de entender sin éxito el porqué de muchas de las cosas que suceden en la vida. Me fijé en su carita y vi cómo se le caía una lágrima por el ojo derecho, quizás del esfuerzo, no sé. Ese día no había tenido aún visita, la tarde estaba tranquila, miré al pequeño y decidí cogerlo un rato en cuello. Con cuidado de no soltar ningún cable, lo cogí y me senté en el sillón al lado de su cuna, estaba despierto, me puse a cantar el último villancico que estaba sonando antes de salir de mi casa en tono bajito para ver si lo conseguía dormir. Mientras no podía dejar de mirar las pestañas más largas y los ojos más negros que había visto nunca. No sé si fue fruto de lo especial del momento, pero en

su cara, habitualmente inexpresiva, pude ver esbozada una sonrisa por primera vez desde que le conocía.

A las dos semanas, dejé de trabajar allí y a los dos meses me enteré de su fallecimiento. Cuando lo supe, en un primer momento fue doloroso, pero después entendí que para él había sido liberador, no había conocido desde el momento de su nacimiento la paz y la tranquilidad, más allá de los momentos cada vez más breves, entre una parada y otra. Su enfermedad no tenía cura, qué vida podría esperarle, había visto el sufrimiento reflejado en su rostro, en su mirada y aquel dulce ángel merecía descanso.

Sigo sin entender muchas cosas de la vida, pero un bebé de 4 meses me enseñó mucho acerca de la enfermedad, el sufrimiento y la muerte. Nunca había querido trabajar en pediatría, pero fue una de las experiencias más enriquecedoras en mi vida, tanto a nivel personal como a nivel profesional. Muchas veces los pacientes hacen más por nosotros de lo que nosotros como profesionales hacemos por ellos. Ojalá, Valentín, nunca hubieras tenido que nacer para sufrir, pero me alegro mucho de haberte conocido y haberte podido acompañar.

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 review). 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@ceoes.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:

1. 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 deberá 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 los 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.

Conclusiones

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.

En este apartado si los autores lo estiman conveniente se pueden exponer las opiniones y reflexiones de éstos derivadas de los hallazgos y las posibles limitaciones.

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, Mejías 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, Martín C. *Enfermería. Técnicas y Procedimientos de la Enfermería*. Madrid: Panamericana; 2018.
- **Capítulos de libros:**
Forcada JA, Bayas JM, Velasco C. Generalidades sobre las vacunas. En: Álvarez 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 hemodialis: 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 arábigos 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 ICJME 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.

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.

XXXIX CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA "CIUDAD DE SEVILLA"

BASES

1.- DENOMINACIÓN

"Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".

2.- TIPOLOGÍAS DE PREMIOS Y OBJETO

Premio al mejor estudio de investigación

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.

Premio Enfermería Joven

Objeto: Este premio pretende reconocer el interés por la formación en investigación de las personas colegiadas en sus etapas iniciales. Se establecerán dos modalidades: Premio al Trabajo Fin de Grado, Premio al mejor Trabajo Fin de Residencia.

Premio Enfermería Joven Posgrado

Objeto: Este premio pretende reconocer el interés por la formación en investigación de las personas colegiadas en sus etapas iniciales en su modalidad Premio al mejor Trabajo Fin de Máster. El titular del premio será la persona que presenta el trabajo final de estudios, el tutor/a tendrá también un reconocimiento (a no ser que comunique lo contrario).

3.- DOTACIÓN

La dotación económica será de **4000 €** para el Premio al mejor estudio de investigación; **500 €** para el Premio Enfermería Joven TFG y **1000 €** para el Premio Enfermería Joven TFR, y **1000 €** para Premio Enfermería Joven Posgrado.

Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo. Las cantidades indicadas hacen referencia al importe bruto de la dotación, a dicha cantidad habrá que descontarle la retención de IRPF vigente en cada momento. Así, el beneficiario percibirá mediante transferencia el importe neto resultante tras retener la cantidad de IRPF vigente, retención que será ingresada por el Colegio en la Hacienda Pública a nombre del colegiado/a.

4.- PRESENTACIÓN

Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el **31 de octubre de 2023**.

Premio al mejor estudio de investigación

La solicitud se tramitará siguiendo las instrucciones que aparecen en las normas generales del área de investigación. Se entregará la siguiente documentación en formato electrónico:

- Documento pdf sobre el estudio realizado firmado con seudónimo y omitiendo 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 estos.
- Documento, donde se identifique el trabajo firmado con el seudónimo, con los nombres, dirección completa de autor/es, teléfono de contacto del primer firmante.
- CVA (últimos 5 años) de los firmantes siguiendo las instrucciones Fundación Española para la Ciencia y Tecnología (FECYT) del Ministerio de Ciencia e Innovación.

Premio Enfermería Joven y Enfermería Joven posgrado

La solicitud se tramitará siguiendo las instrucciones que aparecen en las normas generales del área de investigación. Se entregará la siguiente documentación en formato electrónico:

- CVA (últimos 5 años) siguiendo las instrucciones Fundación Española para la Ciencia y Tecnología (FECYT) del Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Versión definitiva del trabajo defendido y aprobado por el programa de estudios.
- Certificado de notas con la calificación del trabajo presentado.
- Resumen de un máximo de 10 páginas de trabajo donde se especifique además el plan de difusión a la comunidad científica y a la sociedad, impacto del proyecto sobre la sociedad y la profesión.
- Autorización del supervisor del trabajo para su presentación y, en su caso, renuncia a la mención.

5.- CONCURSANTES

Como requisito general, la persona solicitante, así como los/as investigadores que forman parte del equipo que propone la solicitud, debe encontrarse dada de alta en el ECOES o en otros Colegios Oficiales de Enfermería de pertenecientes al Consejo General de Enfermería. Además, deben estar al corriente en el pago de las cuotas colegiales al menos 3 meses antes de la petición de la solicitud de ayuda. En el Premio Enfermería Joven y Enfermería Joven posgrado, las personas solicitantes deberán haber realizado su trabajo final de estudios en un programa directamente relacionado con la disciplina enfermera, en los últimos 5 años.

6.- VALORACIÓN Y CRITERIOS DE CONCESIÓN

La valoración se realizará por pares anónimos expertos en la materia, previa la declaración de inexistencia de conflicto de intereses. En base a las puntuaciones realizadas, la Comisión de Investigación tomará la decisión definitiva.

Criterios de concesión. Premio al mejor estudio de investigación

- El trabajo se evaluará con una rúbrica en los evalúa la calidad de presentación de la memoria, así como los diferentes apartados: título y resumen, introducción y marco teórico, hipótesis y objetivos, metodología, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía.
- Se priorizarán los trabajos que utilizan lenguaje enfermero y con implicaciones directas para la disciplina.
- Se priorizarán los trabajos originales sobre los de revisión.

Criterios de concesión. Premio Enfermería Joven y Enfermería Joven posgrado

- El trabajo se evaluará con una rúbrica en los evalúa la calidad de presentación de la memoria, así como los diferentes apartados: título y resumen, introducción y marco teórico, hipótesis y objetivos, metodología, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía.
- Se priorizarán los trabajos que utilizan lenguaje enfermero y con implicaciones directas para la disciplina y la sociedad, así como con un adecuado plan de difusión.
- Se tendrá en cuenta la calificación obtenida.

Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por la Secretaría del ECOES.

7.- PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS

Como norma general, los beneficiarios deberán mencionar de manera expresa en todas las publicaciones y actividades derivadas de las acciones subvencionadas que la actividad ha sido financiada por el Excelentísimo Colegio de Enfermería de Sevilla, siguiendo las instrucciones proporcionadas para ello. Igualmente, se animará a los/as titulares de los premios a publicar los resultados en la revista Hygia, pudiendo recibir asesoramiento científico para ello.