

VOLUMEN

41

TOMO

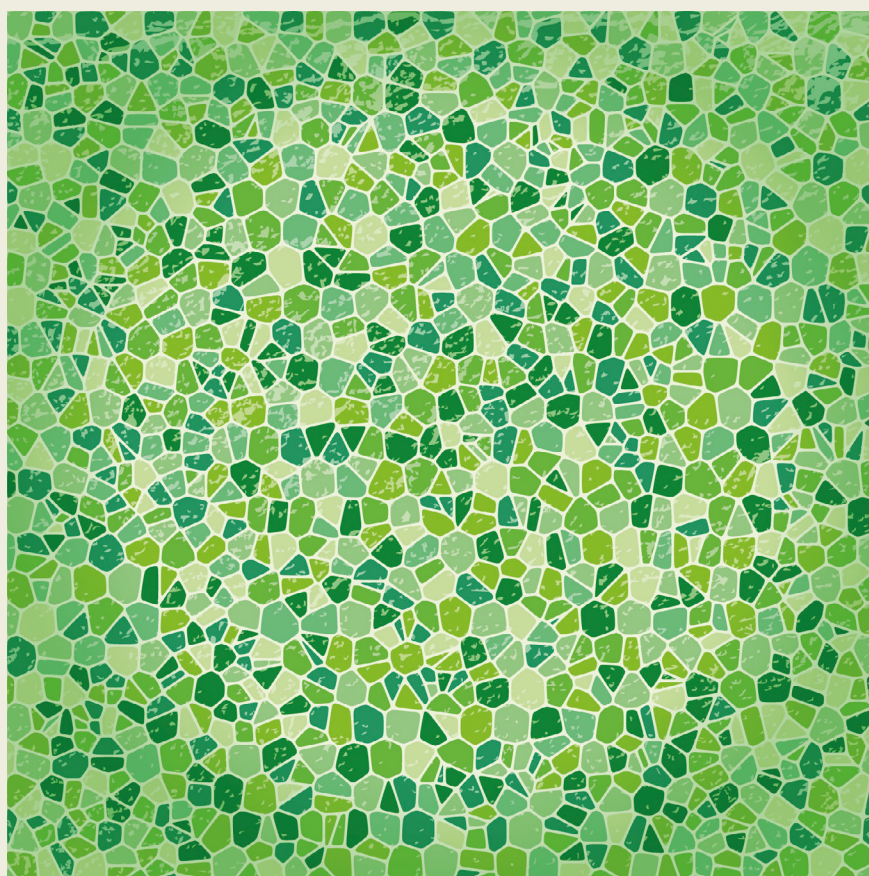
3

Revista científica del Colegio de Enfermería de Sevilla

ISSN: 1576/3056

Septiembre/diciembre de 2024

HYGIA DE ENFERMERÍA



Adeslas



Adeslas Completa + Dental Plus

Condiciones exclusivas para Colegiados del ICOES
y sus familiares directos



**SIN
PERIODOS
DE CARENCIA**

Excepto embarazo y parto (10 meses de carencia).



**SIN
CUESTIONARIO
DE SALUD**

Excepto enfermedades graves descritas en la solicitud



**CON
DENTAL
INCLUIDO**

Cobertura dental incluida en el precio de la póliza

y además...

Cobertura completa

Incluyendo urgencias y hospitalización.

Sin Copagos

El uso de la tarjeta no conlleva gastos extras

Primas por asegurado/mes

De 0 a 54 años	46,30 €
De 55 a 60 años	49,49 €
De 61 a 67 años	59,51 €

Precios válidos hasta 31/12/2025

Edad máxima de contratación: 65 años

Más información y contratación:


AndalBrok
Correduría de Seguros

 954 233 254

 663 878 882

 comunicacion@andalbrok.es

 Oficina Colg. de Enfermería de Sevilla



EDITA

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

Jorge Romero Martínez

CONSEJO DE REDACCIÓN

Coordinadora editorial

Mercedes Terrero Varilla

Ana María Moltó Boluda

Comité editorial

Ana Magdalena Vargas Martínez

Marta Lima Serrano

Raquel Martín Martín

Rocío Romero Serrano

Rocío Cordero Rodríguez

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Jesús Fernández

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@icoes.es

ENVÍO DE ARTÍCULOS

hygia@icoes.es

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Juan José Sánchez

FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.



ILUSTRE 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

108 Una pincelada sobre la Ineptocracia

Ana María Moltó Boluda

ORIGINALES / ORIGINALS

109 Innovación en la gestión logística del material de curas

Advanced logistics management for wound care materials

Pedro Serrano Fernández, José Manuel Fernández Medina,
María Dolores Gómez Malpartida y Rosario Jiménez Caro

115 Perspectiva de las matronas sobre los programas de educación maternal

Midwives' perspective on maternal education programmes

Alicia López-Araez, Teresa Isaltina Gomes-Correia
y Jorge Serrano-Carrasco

ARTÍCULOS ESPECIALES / SPECIAL ARTICLES

123 Píldoras asistenciales: entendiendo la terapia compresiva en miembros inferiores

Understanding compression therapy in lower limbs

Adrián García Montero, Elisa Bolívar Gilpérez
y Verónica Galindo Cantillo

128 Píldoras metodológicas; calidad de la evidencia científica

Notes on nursing research: levels of scientific evidence and grades of recommendations

Jorge Romero Martínez

132 La prescripción enfermera de antibioterapia empírica en casos de infección del tracto urinario no complicada. Análisis y defensa de la medida

Nurse prescribing of empirical antibiotic therapy for uncomplicated UTIs: An analysis and justification of the measure

Francisco Isaac de la Rosa Negrón

136 Revisión de la literatura sobre el manejo del parto en presentación podálica

Literature review on the management of breech birth

Alejandro Espinosa de la Torre

142 Premio ICOES Mejor Artículo Científico Primer Trimestre 2024

Isabel Rodríguez Gallego

144 Premio ICOES Mejor Artículo Científico Segundo Trimestre 2024

Carmen Barrera Villalba

AREA INVESTIGACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO

146 Plan de investigación del ICOES 2025

PROGRAMA

148 III Jornada de Investigación

Una pincelada sobre la Ineptocracia

Ana María Moltó Boluda

Miembro del comité de redacción de Hygia

La ineptocracia, un término de origen francés que muchos atribuyen al escritor Jean d'Ormesson¹, se utiliza para describir un sistema de gobierno en el que las personas ineptas, o poco capacitadas, ocupan posiciones de poder y toman decisiones. En este tipo de régimen, la incompetencia y la falta de habilidades son la norma, lo que lleva a una mala gestión y a la implementación de políticas ineficaces.

Si llevamos este término a empresas, colectivos o agrupaciones nos referiremos a situaciones en las que personas poco capacitadas ocupan posiciones de liderazgo y toman decisiones que afectan negativamente a la organización. Esta falta de meritocracia donde las posiciones de liderazgo se ocupan por favoritismos o conexiones, puede generar daños importantes que no solo afectan al funcionamiento interno del grupo, sino que también repercuten en su credibilidad y visibilidad ante el exterior.

Podríamos considerar que este sistema, tan característico del ámbito político (sin entrar en el debate sobre la situación catastrófica y ampliamente conocida que ha atravesado la Comunidad Valenciana, marcada por una ineptocracia extrema), ha ido permeando otros sectores, como el sanitario. En este contexto, la profesión de la enfermería no ha quedado exenta de sufrir los efectos de esta ineptocracia en ciertos momentos de su historia.

Para ilustrar algunos episodios poco afortunados de nuestra historia reciente, basta recordar ciertos planes o protocolos que, aunque en la teoría son prometedores, en la práctica suelen distar mucho de lo esperado. Por ejemplo, los protocolos de la consulta de acogida enfermera en atención primaria². Estos se presentaban como un avance significativo, una mejora para la enfermería, pero en la mayoría de los casos han resultado ser un fracaso debido a su implementación apresurada y descoordinada.

De manera similar, la integración de enfermeras especializadas, en particular las enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria³, después de llevar varios años formadas, en muchos de los casos, en esta especialidad y con sus competencias

teóricamente definidas, está siendo apremiante y desorganizada. Su incorporación al equipo de Atención Primaria se está llevando a cabo de manera atropellada, sin que se hayan establecido claramente las funciones que desempeñarán dentro del equipo de Atención Primaria ni el tipo de apoyo que recibirán por parte del resto de los profesionales.

La gestión y puesta en marcha de planes y protocolos no solo requiere de personas capacitadas, sino también de personas formadas en liderazgo, ya que el éxito de su implementación dependerá de la capacidad para coordinar, hacerla efectiva y garantizar su sostenibilidad a lo largo del tiempo.

Sería razonable suponer que las enfermeras especializadas asuman roles de responsabilidad en las áreas en las que han sido formadas, dado que sus competencias incluyen, teóricamente, aspectos fundamentales del liderazgo. Se espera que posean la capacidad de influir en los demás, diseñar estrategias eficaces para la promoción y prevención de la salud, guiar al equipo hacia objetivos comunes, que tengan habilidades para identificar problemas y proponer soluciones efectivas y que su figura genere confianza en la comunidad fortaleciendo el compromiso y la colaboración.

No debemos de olvidar que la puesta en funcionamiento de un plan o protocolo debe ser un proceso dinámico y flexible, con un enfoque en la planificación meticulosa, la formación adecuada, la comunicación abierta y la capacidad de adaptarse a las circunstancias. Contar con profesionales adecuadamente preparadas, en este caso, especializadas, en puestos de responsabilidad, garantizará una puesta en marcha más efectiva capaz de guiar a su equipo hacia el éxito y de enfrentar los desafíos de un entorno cambiante obteniendo un impacto más positivo a largo plazo.

En resumen, la meritocracia, el liderazgo efectivo y una implementación adecuada son claves para el éxito y la sostenibilidad de planes, protocolos y políticas. Estos elementos garantizan que las iniciativas se ejecuten de forma eficiente y perduren en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Otero M. "Ineptocracia", "fachosfera", glosarios franceses recientes [Internet]. El Debate. 2024 [citado 2024 Oct 24]. Disponible desde: https://www.eldebate.com/opinion/tribuna/20240518/ineptocracia-fachosfera-glosarios-franceses-recientes_197939.html
2. Protocolos de consulta de acogida [Internet]. Servicio Andaluz de Salud. Disponible desde: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/planes-marco-y-estrategias/estrategia-de-cuidados-de-andalucia/protocolos-de-consulta-de-acogida>
3. Manual de Competencias del Enfermero de Atención Familiar y Comunitaria. Servicio Andaluz de Salud. Disponible desde: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/ME-1-02-03-Manual-de-Competencias-Enfermero-Atenci%C3%B3n-Familiar-Comunitaria.pdf>.

Innovación en la gestión logística del material de curas

Advanced logistics management for wound care materials

Pedro Serrano Fernández^A, José Manuel Fernández Medina^B, María Dolores Gómez Malpartida^C y Rosario Jiménez Caro^D

^A Enfermero. Subdirector de enfermería.

^B Enfermero. Jefe de bloque de recursos materiales y cuidados.

^C Enfermera. Directora de enfermería.

^D Enfermera. Jefe de servicio de formación, calidad, docencia e investigación.

^{A,B,C,D} Hospital Universitario de la Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Osuna (Sevilla).

RESUMEN

Justificación: Las heridas crónicas representan un desafío significativo en el ámbito de la salud debido a su prevalencia y al impacto que tienen en la calidad de vida de los pacientes. El mercado ofrece una amplia gama de material de curas lo que requiere una selección adecuada para optimizar su eficacia y asegurar una atención racional y eficiente

Objetivo: Implementar un cambio en el modelo de suministro del material de curas en el AGS Osuna

Metodología: Se ha creado un grupo de trabajo con referentes de heridas que, tras analizar la situación inicial, propone un catálogo común de artículo que cubra las necesidades actuales y ha desarrollado un programa de formación para los enfermeros del área.

Resultados: El análisis del impacto económico en capítulo II y IV durante los 3 primeros años de implantación, revela un ahorro superior a 1.200.000 € (95'04%). Se ha establecido un grupo de trabajo permanente, formado por la EPA-HCC y líderes clínicos de cada UGC, que sirven de referentes para el resto de los profesionales. Además, se ha implementado el uso de un catálogo único de apósitos en todos los centros del área.

Conclusiones: Se ha logrado homogeneizar la práctica clínica mediante la creación de un catálogo común de productos en todas las unidades.

PALABRAS CLAVE

heridas y lesiones, calidad de vida, costos de la atención en salud

ABSTRACT

Justification: Chronic wounds represent a significant challenge in healthcare due to their prevalence and the impact they have on patients' quality of life. The market offers a wide range of wound care materials, necessitating proper selection to optimize their efficacy and ensure rational and efficient care.

Objective: Implementing a new supply chain model for wound care materials at AGS Osuna

Methodology: A working group with wound care experts was created. After analyzing the initial situation, they proposed a common catalog of articles that meets current needs and developed a training program for the area's nurses.

Results: The economic impact analysis in Chapters II and IV during the first three years of implementation reveals savings exceeding €1,200,000 (95.04%). Additionally, a unique catalog of dressings has been implemented across all centers in the area. A permanent working group, consisting of EPA-HCC and clinical leaders from each UGC, has been established. This group serves as a reference for other professionals

Conclusions: Clinical practice has been standardized through the creation of a common product catalog in all units.

KEYWORDS

wounds and injuries, quality of life, healthcare costs

INTRODUCCIÓN

Las heridas crónicas representan un desafío significativo en el ámbito de la salud, ya que repercuten en el nivel de salud y calidad de vida de quienes las presentan; en su entorno familiar y en el consumo de recursos del sistema de salud. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un indicador de salud percibida. Analiza la percepción del impacto que la enfermedad o su tratamiento han provocado sobre el sentimiento de

bienestar y funcionalidad, considerando para ello la dimensión física, emocional y social. Estas lesiones que se cronifican en el tiempo limitan la movilidad, son dolorosas, afectan a la imagen personal y tienen repercusiones emocionales y sociales¹.

FECHA DE RECEPCIÓN: 22/10/2024

FECHA DE ACEPTACIÓN: 18/11/2024

Correspondencia: Pedro Serrano Fernández

Correo electrónico: pesefe83@gmail.com

Si nos centramos, por ejemplo, en las lesiones por presión (LPP), concepto sobre el que versan la mayoría de los estudios disponibles, los estudios de prevalencia de estas lesiones se utilizan actualmente en muchas instituciones de todo el mundo para monitorizar la calidad de la atención sanitaria prestada². La tabla 1 resume los resultados de los cinco estudios de prevalencia desarrollados en España, los cuales, reflejan una evolución positiva en el cuidado de pacientes con estas lesiones en el ámbito hospitalario³⁻⁷.

Un apartado fundamental en el tratamiento de heridas crónicas y una de las tareas asistenciales que más tiempo y recursos consume tanto al personal de enfermería como de medicina, es la selección adecuada y eficiente del material de curas, pero es importante dedicar un tiempo previo a la adecuada selección de este, para optimizar su eficacia y hacer las curas de manera más racional y eficiente⁸. Es necesario realizar una valoración global del paciente y de la herida en particular antes de elegir el método de cura idóneo, ya que, el cuidado de las heridas crónicas es un proceso complejo que involucra diversos factores, siendo el paciente el centro de atención. Las heridas crónicas pueden empeorar el pronóstico de la patología de base, disminuir la calidad de vida del paciente y aumentar la morbimortalidad, lo que también conlleva un mayor consumo de recursos sanitarios.

La elección del material de cura no es una tarea fácil debido a la amplia oferta de tratamientos disponibles, la variabilidad de la idiosincrasia de los pacientes y el coste que estos tratamientos representan para el sistema sanitario. Es importante considerar la eficiencia de los apósitos, ya que su uso implica un gran coste para el sistema de salud, especialmente considerando el progresivo envejecimiento de la población, lo que se espera que aumente la demanda de tratamientos para heridas crónicas en los próximos años. Por lo tanto, es crucial buscar formas más eficientes y efectivas de tratar estas heridas, como la compra centralizada de apósitos, para mejorar la atención al paciente y reducir los costos.

Por otro lado, no hay que dejar de lado la importancia de establecer medidas de prevención para evitar la aparición de lesiones por presión, las cuales representan una parte significativa de las heridas crónicas. Actualmente y con la evidencia científica disponible, nadie discute que la mejor estrategia para el abordaje de las lesiones por presión es la prevención de estas. Se debe llevar a cabo un plan de cuidados individualizado que se base en las siguientes líneas⁹:

1. Valoración del riesgo de aparición de LPP de manera estructurada e integral.
2. Valoración y cuidados de la piel, manteniendo su integridad.
3. Valoración y cuidados nutricionales.
4. Control sobre el exceso de humedad
5. Manejo de la presión, a través de la realización de cambios posturales, protección local mediante apósitos y la colocación de superficies especiales de manejo de presión (SEMP).

En los últimos años, el Servicio Andaluz de Salud (SAS), ha incorporado a la práctica clínica, una figura esencial para el abordaje de estos pacientes: La Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC)¹⁰. Esta enfermera es una profesional que ejerce un liderazgo clínico en el ámbito de su trabajo, con autonomía para la toma de decisiones complejas, basadas en la aplicación de la evidencia y en los resultados de la investigación a su práctica profesional. La

Tabla 1. Prevalencia media LPP 2001-2017.

	Prevalencia media (hospitales)	Prevalencia media (cuidados críticos)
2001 ³	8,81	13,16
2005 ⁴	8,91	22,67
2009 ⁵	7,22	24,2
2013 ⁶	7,87	18,5
2017 ⁷	6,7	14,9

Fuente: Elaboración propia.

EPA-HCC, desempeña un papel clínico efectivo en el manejo de heridas crónicas complejas en Andalucía, contribuyendo significativamente a la mejora de los cuidados y los resultados clínicos de los pacientes, siendo además un referente para el resto de los profesionales¹¹. Su papel fundamental en la atención y seguimiento de estos pacientes se enfatiza en la importancia de estrategias integrales que se centran en la prevención, el diagnóstico preciso y la mejora de las tasas de cicatrización para lograr una atención óptima y mejorar la calidad de vida de los pacientes con heridas crónicas

Su labor coordinada y centrada en el paciente aporta una atención más eficiente, una reducción en las derivaciones a especialistas que posibilita una eficiencia en el tratamiento, así como un ahorro importante de costes asociados y, además, un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes con heridas crónicas.

El régimen de gestión económica del Servicio Andaluz de Salud se divide en segmentos de asignación presupuestaria. En este sentido, el capítulo II se refiere a los "gastos corrientes en bienes y servicios", incluyendo, por tanto, suministros y servicios que se consumen por el normal funcionamiento de los centros sanitarios, entre otros:

- Medicamentos y otros materiales sanitarios utilizados en los centros.
- Gastos de infraestructura de funcionamiento (agua, teléfono, electricidad, combustible).
- Gastos de arrendamiento de maquinaria electromédica y de locales para centros de atención primaria, así como el mantenimiento de todos los centros.
- Gastos en seguridad, lavandería, productos alimenticios, material de oficina.
- Transporte sanitario y conciertos para asistencia con otras entidades sanitarias.

Por otro lado, el capítulo IV se refiere a las "transferencias corrientes", incluyendo gastos de recetas médicas, prótesis y ortopedia, así como convenios de colaboración con Agencias Sanitarias, Universidades y Sociedades Científicas.

El ámbito de aplicación de esta experiencia es el Área de Gestión Sanitaria de Osuna (AGSO), la cual, fue la primera institución del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) que se constituyó con estas características (Decreto 96/1994 de 3 de mayo). A lo largo de estos años de andadura se han ido

desarrollando numerosas iniciativas de integración de unidades, programas y servicios, en un contexto sanitario que ha apostado decididamente por propiciar diversos instrumentos de cooperación y continuidad entre los niveles asistenciales y las distintas unidades y centros del sistema.

Está situada al este de la provincia de Sevilla y, con unos 178.205 habitantes (con fecha 1 de enero de 2023). Los municipios que la integran tienen una dispersión geográfica máxima de 36 km. así como una crona máxima de 35 minutos, hasta el Hospital Universitario de La Merced. La atención primaria consta de 7 zonas básicas de salud donde se distribuyen 31 centros sanitarios entre centros de salud, consultorios locales y consultorios auxiliares (figura 1). La atención hospitalaria se localiza en el Hospital Universitario de La Merced de Osuna, donde dan servicio todas aquellas especialidades que están dentro de su cartera de servicio, hasta el 31 de diciembre de 2021.

El 01 de enero de 2022, con la extinción de la Agencia Sanitaria del Bajo Guadalquivir, el Hospital de Alta Resolución de Écija pasó a depender del AGSO, por lo que, a partir de esa fecha la atención hospitalaria del Área se realiza entre ambos centros hospitalarios.

En este sentido, nos planteamos el proyecto de efectuar un cambio en el modelo de elección y dispensación de apósitos a pacientes con heridas, pasando de una dispensación a través de la prescripción por receta de manera individualizada por parte de cada profesional, a la adquisición de productos a través de la Central Provincial de Compras (CPC) de la provincia de Sevilla.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Implementar un cambio en el modelo de suministro del material de curas en el AGS Osuna

Objetivos específicos

- Crear un grupo de trabajo que lidere las actuaciones a llevar a cabo para la mejora del cuidado del paciente con deterioro de la integridad cutánea.
- Unificar los catálogos de material de curas en todos los almacenes de los centros.

METODOLOGÍA

Se ha diseñado un estudio de coste-efectividad para evaluar las implicaciones económicas y clínicas de cambiar el suministro de apósitos a los pacientes con heridas, pasando de un modelo basado en prescripción individualizada a la elaboración de un catálogo unificado en todos los centros. Inicialmente se configuró un grupo de trabajo integrado por los siguientes profesionales:

- Dirección y subdirección de enfermería
- Jefatura de bloque de cuidados y recursos materiales
- EPA-HCC
- Una enfermera referente de heridas de cada Unidad de Gestión Clínica (UGC) de atención primaria

Figura 1. Mapa del AGS Osuna.



Fuente: Elaboración propia.

Este grupo llevó a cabo varias sesiones clínicas de trabajo durante las cuales, ejecutó las siguientes actuaciones:

- Análisis de la situación actual:
 - Revisión pormenorizada de las prescripciones en el programa de explotación de datos de la prestación farmacéutica del SSPA. Aquí pudimos analizar las prescripciones anuales de toda el área sanitaria en tres niveles: UGC, profesionales y producto prescrito. En cuanto a las prescripciones, pudimos analizar los envases y precios de todas las prescripciones al objeto de poder conocer cuáles eran las necesidades de cada centro.
 - Análisis del registro de heridas disponible en Diraya® (módulo de historia de salud digital de Andalucía), donde pudimos comprobar una importante variabilidad en el registro por parte de los profesionales, así como un infra-registro.
 - Estudio del catálogo de apósitos disponible en la CPC de Sevilla. En el año 2012, el SAS unificó las compras de los centros sanitarios de manera provincial, de forma que se dispone de un almacén central encargado de suministrar todo el material a los centros. En este catálogo de apósitos se encontraban todos aquellos tipos de productos necesarios para un abordaje adecuado del paciente con heridas. De hecho, cuando se cruzaron estos datos a las prescripciones, observamos que el 98'9% de los apósitos prescritos, estaban disponibles en el catálogo de la CPC de Sevilla.
 - Estudio de las compras de apósitos de cada centro, comprobando el tipo de apósito, el número de envases y su coste económico.
- Elaboración de un catálogo unificado para todos los centros. Al carecer de una base de datos fiable de pacientes con heridas, las cantidades estimadas se elaboraron a partir de

las prescripciones realizadas desde cada centro. La gestión económica del SAS se realiza, desde hace varios años, a través de la aplicación corporativa SIGLO® (Sistema Integral de Gestión Logística). Esta aplicación fue desarrollada para gestionar todos los procesos logísticos (pedido, almacenaje, distribución, compra) y económicos (facturación) que se dan en los centros sanitarios, adaptado a las necesidades generales de la organización. A efectos técnicos, se trata de una aplicación Web centralizada, que solo precisa de un navegador Web y acceso a la intranet corporativa del SAS. Por tanto, a través de esta aplicación, se configuraron los diferentes catálogos de cada centro de manera homogénea (en cuanto a la disponibilidad de productos), pero luego se adaptaron las unidades disponibles de cada material, a las necesidades de cada centro.

- Configuración de un procedimiento de solicitud del material y llegada a los centros, donde este material se suma al material fungible de uso habitual en el centro.
- Formación a los profesionales. Se diseñaron 2 ediciones de sesiones formativas a los referentes de heridas y, posteriormente, una sesión presencial en cada centro de salud dirigida a todos los profesionales de éste. Estas sesiones formativas abordaban la siguiente temática:
 - Justificación del proyecto
 - La piel y el proceso de cicatrización de las heridas
 - Preparación del lecho de la herida: concepto TIME
 - Principios de la cura en ambiente húmedo
 - Algoritmos para la toma de decisiones
 - Uso de apósitos: conceptos, propiedades, indicaciones y contraindicaciones
 - Productos disponibles en el catálogo del AGS Osuna
 - Registro
- Diseño de un programa de monitorización y seguimiento del consumo de apósitos de cada UGC, tanto en las posibles prescripciones que se continuasen realizando, como en el material suministrado a través del almacén central. Estos resultados se analizaban trimestralmente y se ponían en conocimiento de los responsables de cada UGC al objeto de buscar posibles áreas de mejora.

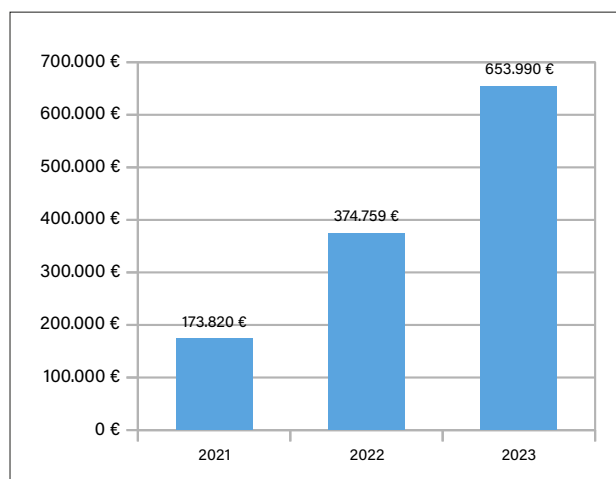
RESULTADOS

Se ha conseguido alcanzar un cambio en el modelo de suministro de material de curas en el AGSO, pasando de las prescripciones individualizadas, al suministro desde la CPC. Como se puede ver en el gráfico 1, el consumo de apósitos a través de la compra centralizada se ha incrementado en un 276´25 %, pasando de 173.820 € en 2021, a unos 653.990€ en 2023.

En cuanto al consumo a través de prescripciones en receta que muestra el gráfico 2, el consumo se ha reducido en un 97´32 %, pasando de 1.799.896 € en 2021 a 48.149 € en 2023.

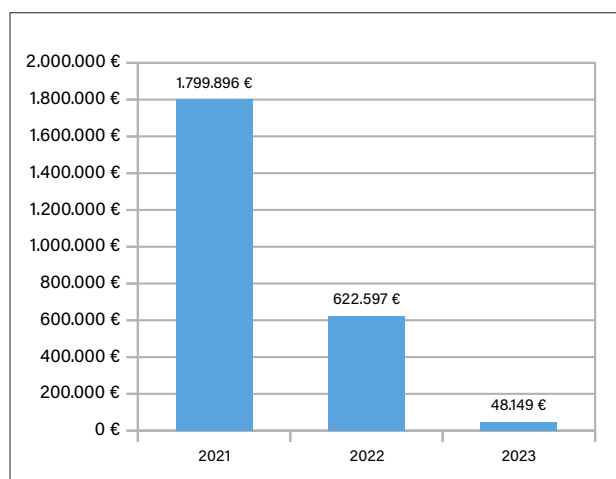
Este cambio en el modelo ha provocado un ahorro económico total en estos tres años de implantación de 1.271.577 € (gráfico 3)

Gráfico 1. Evolución de consumo 2021-2023 en capítulo II.



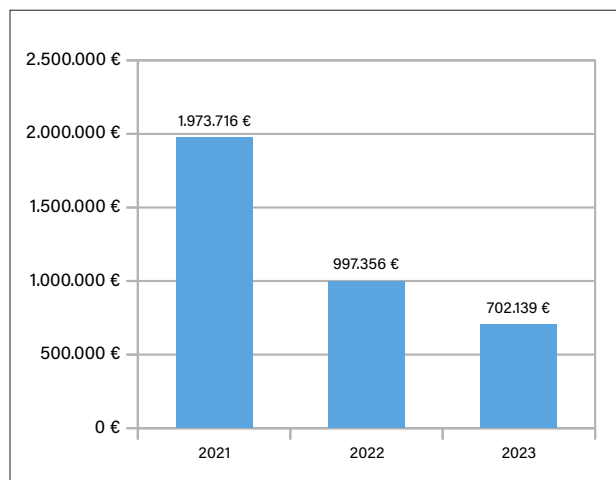
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2. Evolución de consumo 2021-2023 en capítulo IV.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3. Evolución de consumo 2021-2023 (total).



Fuente: Elaboración propia.

Se ha configurado un grupo de trabajo para la mejora de los cuidados del paciente con deterioro de la integridad cutánea, el cual, ha culminado con la creación de la comisión de heridas del AGSO. Una comisión que lidera y monitoriza las actuaciones que se llevan a cabo, establece una vía de comunicación bidireccional y efectiva entre la dirección y los profesionales, evalúa sus resultados e implementa áreas de mejora.

Se ha unificado el catálogo de apósitos en todos los centros, disponiendo de un elenco de productos más que suficiente para el abordaje de la mayoría de las heridas que nos podemos encontrar. Este catálogo consta de los siguientes tipos de apósitos:

- Apósitos absorbentes con adhesivo. Apósitos básicos indicados en el tratamiento de heridas cerradas por primera intención.
- Apósitos absorbentes. Apósitos indicados para heridas con exudado moderado.
- Apósitos superabsorbentes. Apósitos indicados para heridas con exudado moderado.
- Apósitos antimicrobianos. Apósitos indicados para el tratamiento de heridas con colonización crítica o infección.
- Apósitos desbridantes. Apósitos indicados para el tratamiento de heridas con tejido desvitalizado.
- Apósitos de espumas de poliuretano (con y sin silicona). Apósitos indicados para el mantenimiento de la cura en ambiente húmedo, ya sea como apósito primario o secundario.
- Apósitos hidrocoloides. Apósitos indicados para el tratamiento de heridas que requieran un pequeño aporte de humedad o bien, una protección del tejido.
- Apósitos de silicona. Apósitos indicados para el tratamiento de heridas de pacientes con piel extremadamente frágil.
- Apósitos moduladores de metaloproteasas: Apósitos indicados para el tratamiento de heridas con retraso en la cicatrización.

Además, se ha establecido un circuito para que, aquellos pacientes que requieran algún producto no incluido en el catálogo, sea valorado por la EPA-HCC y se proceda a su adquisición, si

lo considera necesario. También se ha dispuesto de la figura de un profesional referente en su unidad, así como a una enfermera experta en el manejo de estos pacientes (EPA-HCC) para aquellos casos más complejos en los que necesite, bien un asesoramiento puntual o bien una derivación.

DISCUSIÓN

El ahorro económico se ha producido sin conllevar merma alguna en el cuidado de los pacientes con heridas, sino todo lo contrario. Este proyecto ha conseguido unificar la práctica clínica en todos los centros sanitarios del área sanitaria de forma que, cualquier profesional tiene a su disposición el mismo tipo de material disponible, así como las indicaciones claras de cómo utilizarlos, y la figura de personal experto en su manejo.

Por último, consideramos necesaria la realización de estudios posteriores que evalúen el impacto de las medidas puestas en marcha, destacando como áreas claves, la efectividad de la formación impartida mediante encuestas de evaluación de conocimiento, así como el impacto en la salud de los pacientes en relación con los tiempos de cicatrización de las heridas.

CONCLUSIONES

En conclusión, se ha conseguido un cambio en el modelo de suministro de material de curas a pacientes con heridas, disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica a través de la creación de un catálogo común de productos en todas las unidades. Se ha implantado un grupo de trabajo permanente, formado por la EPA-HCC y líderes clínicos de cada UGC, los cuales sirven de referentes para el resto de los profesionales, realizan formación continuada y aseguran una comunicación más fluida en toda el área. Todo ello posibilita una mejora sustancial en el cuidado de estos pacientes.

Por último, esta medida también ha tenido un importante impacto económico, consiguiendo un ahorro superior a 1.200.000 € durante sus tres primeros años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Muñoz B. Calidad de vida de las personas con úlceras por presión. Estudio cualitativo fenomenológico. *Index de Enfermería*. 2018;27:206-10.
2. Gunningberg L, Stotts NA. Tracking quality over time: what do pressure ulcer data show? *Int J Qual Health*. 2008; 20(4): 246-53.
3. Torra i Bou JE, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J. 1er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y los pacientes*. *Gerokomos*. 2003;14(1):37-47.
4. Soldevilla Agreda J, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos*. 2006;17(3):154-72.
5. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos*. 2011;22(2):77-90.
6. Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Torra Bou JE, Verdú Soriano J, Soldevilla Ágreda J. *Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia*. *Gerokomos*. 2014;25(4):162-70.
7. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Pérez-López C, Soldevilla-Agreda JJ. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5º Estudio Nacional de 2017. *Gerokomos*. 2019;30(2):76-86.
8. Felices Mas J.G., & Ibarra Lorente M.I.F. (2018). Estrategia terapéutica de las heridas crónicas: uso racional del material de curas. *Bol Farmacoter Castilla La Mancha*. 2018; XIX, N.º1. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/bft_1_2018.pdf

9. Generalitat Valenciana; Conselleria de Sanitat. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, 2013.
10. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Enfermera de Práctica Avanzada en la atención de personas con Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC). Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2018.
11. Jiménez García, J.F., Aguilera Manrique, G., Arboledas Bellón, J., Gutiérrez García M.G., González Jiménez, F., García Fernández F.P. Efectividad de la enfermera de práctica avanzada en el cuidado de los pacientes con úlceras por presión en atención primaria. Gerokomos. 2019;30(1):28-33.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Serrano Fernández P, Fernández Medina JM, Gómez Malpartida MD, Jiménez Caro R. Innovación en la gestión logística del material de curas. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(3): 109-114

Perspectiva de las matronas sobre los programas de educación maternal

Midwives' perspective on maternal education programmes

Alicia López-Araez^A, Teresa Isaltina Gomes-Correia^B y Jorge Serrano-Carrasco^C

^A Enfermera. Matrona. IBCLC. Equipo de Valoración y Orientación. Instituto Murciano de Acción Social (IMAS).

^B Escuela de la Salud. Research Centre for Active Living and Wellbeing (LiveWell). Instituto Politécnico de Bragança.

^C Matró. Servicio de Enfermería. Centro de Salud Francisco Palao Molina.

RESUMEN

Objetivo: Describir la percepción de las matronas asignadas al área de paritorio y de atención primaria sobre los programas de educación maternal.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal. Las participantes fueron matronas asignadas al área de paritorio y de atención primaria con experiencia en atención puerperal en diversas instituciones de salud como hospitales y centros de atención primaria. Se utilizó un cuestionario de elaboración propia para recopilar datos sociolaborales y evaluar la percepción de las matronas sobre la eficacia de los programas de educación maternal, incluyendo áreas específicas como anatomía, cuidado prenatal, nutrición, entre otras. El tratamiento de los datos se realizó con el software SPSS, respetando principios éticos y garantizando la confidencialidad de la información según la comisión de ética del Instituto Politécnico de Bragança (IPB), Portugal.

Resultados: El estudio reveló una percepción mayoritariamente positiva de las matronas sobre la eficacia de los programas de educación maternal, especialmente en áreas de cuidado prenatal, parto y postparto. Sin embargo, se observó insatisfacción en cuanto a los recursos disponibles, particularmente en atención primaria, y una participación variable de las madres.

Conclusión: Las matronas valoran positivamente los programas de educación maternal, aunque resaltan la necesidad de mejorar los recursos y fomentar mayor participación materna, especialmente en atención primaria, para optimizar la efectividad en el cuidado postparto.

PALABRAS CLAVE

educación prenatal, enfermeras obstétricas, salas de parto, atención primaria

ABSTRACT

Objective: To describe the perception of midwives assigned to the delivery area and primary care about maternal education programs.

Methods: An observational, analytical, cross-sectional study was conducted. Participants were midwives assigned to the delivery area and primary care with experience in postpartum care in various health institutions such as hospitals and primary care centers. A self-developed questionnaire was used to collect socio-occupational data and to assess the midwives' perception of the effectiveness of maternal education programs, including specific areas such as anatomy, antenatal care, nutrition, among others. Data processing was carried out with SPSS software, respecting ethical principles and guaranteeing the confidentiality of the information according to the ethics commission of the Instituto Politécnico de Bragança (IPB), Portugal.

Results: The study revealed a mostly positive perception of midwives on the effectiveness of maternal education programs, especially in the areas of prenatal care, childbirth, and postpartum. However, dissatisfaction with available resources was highlighted, particularly in primary care, and variable participation of mothers, suggesting key areas for improvement in the implementation of these programs.

Conclusion: Midwives rate maternal education programs positively, although they highlight the need to improve resources and encourage greater maternal participation, especially in primary care, to optimize the effectiveness of postpartum care.

KEYWORDS

prenatal education, nurse midwives, delivery rooms, primary care

INTRODUCCIÓN

La educación maternal es una intervención diseñada para proporcionar a las mujeres conocimientos, habilidades y apoyo emocional para cuidar de sí mismas y de sus hijos de forma competente durante el embarazo, el parto y el posparto¹. Para garantizar la eficacia del apoyo maternal, es esencial implicar a las beneficiarias desde el principio. Cuando se atienden suficientemente las demandas de la madre, ésta alcanza una mayor

sensación de control y satisfacción. Además, es más probable que los problemas de salud se identifiquen con prontitud, lo que reduce los desplazamientos innecesarios a hospitales y centros de atención primaria.

FECHA DE RECEPCIÓN: 19/11/2024

FECHA DE ACEPTACIÓN: 29/11/2024

Correspondencia: Alicia López-Araez

Correo electrónico: alicia.araez@gmail.com

En la actualidad, las mujeres se responsabilizan de su atención sanitaria y buscan activamente un modelo de atención que priorice sus necesidades específicas². Además, esperan que se reconozcan y respeten sus creencias, expectativas y circunstancias durante las fases de embarazo, parto, posparto, lactancia y crianza³. Se espera que los profesionales sanitarios, incluidas las matronas, ofrezcan apoyo continuo y proporcionen información precisa, actualizada, personalizada y fácilmente accesible en tiempo real⁴.

Numerosas investigaciones han delineado las necesidades informativas particulares de las mujeres a lo largo de la gestación y el posparto. Estas necesidades abarcan el conocimiento de los indicadores de peligro⁴, las medidas para mejorar su propia salud y la del recién nacido³, sus cuidados⁵, las transformaciones físicas y emocionales tras el parto⁶ y los recursos comunitarios⁷. Las sesiones de educación maternal suelen abordar todos estos temas, además de otras cuestiones pertinentes.

Además, la importancia de cada necesidad varía con el tiempo y puede diferir entre sociedades⁸. En consecuencia, las mujeres suelen creer que el sistema sanitario no satisface suficientemente sus necesidades de información durante el embarazo⁹.

La percepción de los profesionales de la salud, y en particular de las matronas, sobre los programas de educación maternal es crucial para entender y mejorar estos programas. Las matronas juegan un papel esencial en la implementación y éxito de la educación maternal, ya que son las encargadas de impartirla en distintos niveles asistenciales, como la atención primaria y especializada. La formación en educación maternal forma parte de los programas formativos de las matronas, aunque su intensidad y enfoque pueden variar. Generalmente, la educación maternal se estructura en sesiones grupales o individuales, abordando temas relacionados con el embarazo, parto, puerperio y cuidado del recién nacido. Existen diferencias en cómo se imparte la educación maternal entre los distintos niveles asistenciales; en atención primaria, suele enfocarse más en el seguimiento del embarazo y preparación al parto, mientras que en atención especializada se atienden aspectos más específicos y complicaciones que puedan surgir. Además, otros profesionales de la salud, como enfermeras y médicos, pueden participar en estos programas, aunque la figura de la matrona es la principal responsable.

Por tanto, el objetivo de esta investigación es describir la percepción de las matronas asignadas al área de paritorio y de atención primaria sobre la efectividad de los programas de educación maternal.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se diseñó un estudio observacional, analítico y transversal.

Participantes

Las participantes en este estudio fueron matronas del Servicio de Ginecología y Obstetricia de hospitales y centros de salud de diferentes áreas de salud de la Región de Murcia. Se seleccionaron matronas con experiencia en el área de paritorio y atención primaria en dichas instituciones.

Los criterios de inclusión fueron:

- Matronas asignadas al área de paritorio y de atención primaria de hospitales y centros de salud de la Región de Murcia.
- Matronas con al menos un año de experiencia en la impartición de educación maternal.
- Matronas entre 26 y 65 años.

Los criterios de exclusión fueron:

- Menos de un año de experiencia laboral como matrona.
- No aceptar el consentimiento informado.

Las participantes fueron seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se invitó a participar a matronas que cumplieran con los criterios de inclusión y que aceptaron el consentimiento informado.

Instrumentos y medidas

- Cuestionario de datos sociolaborales: cuestionario de elaboración propia que recopiló información sobre edad, sexo, años de experiencia profesional y formación en programas de educación maternal.
- Cuestionario de percepción de eficacia de los programas de educación maternal: se elaboró un cuestionario para evaluar la percepción de las matronas sobre la eficacia de los programas de educación maternal y las posibles áreas de mejora. El cuestionario constaba de 10 ítems, evaluados en una escala Likert de 1 a 5, donde 1 es "totalmente en desacuerdo" y 5 es "totalmente de acuerdo". Una puntuación media de 3 o superior se consideró indicativa de una percepción positiva de la eficacia del programa, mientras que una puntuación media inferior a 3 indicaba una percepción negativa o neutral. Las áreas de evaluación incluyeron anatomía y fisiología, cuidado prenatal, nutrición, ejercicio, preparación para el parto, cuidados del recién nacido, lactancia materna, cuidado postnatal, salud emocional y planificación familiar.

Recogida de datos

El procedimiento de recogida de datos se llevó a cabo por correo electrónico a las participantes seleccionadas entre mayo y julio de 2024. El equipo investigador envió los cuestionarios a las matronas, proporcionándoles instrucciones claras sobre cómo completarlos y devolverlos. Se estableció un plazo para la devolución de los cuestionarios para garantizar la recopilación oportuna de datos.

Tratamiento de los datos

Los datos fueron analizados mediante el software SPSS, versión 29. Se realizó un análisis descriptivo univariante mediante el cálculo de media y desviación típica para las variables numéricas y frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas. La relación de la percepción de eficacia con el sexo y formación en programas de educación maternal se analizó mediante la prueba no paramétrica de Mann-Whitney. La relación del tipo de contrato y lugar de trabajo con la percepción de eficacia se examinó mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. La relación de la percepción con edad y años de experiencia se evaluó mediante la correlación no paramétrica de Spearman. Se consideró un nivel de significación del 5%.

Tabla 1. Datos demográficos y sociolaborales de la muestra.

	n	M	DT	Mínimo	Máximo
Edad (años)	61	44,8	10,4	25	68
Experiencia (años)	61	16,1	10,9	1	43
Tiempo (horas/semana)	60	36,4	17,6	6	160

Género	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	7	11,5
Mujer	54	88,5

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera/o	6	9,8
Casada/o; En pareja	47	77
Divorciada/o; Separada/o	7	11,5
Viuda/o	1	1,6

Tipo contrato	Frecuencia	Porcentaje
Funcionaria/o	22	36,1
Interina/o	18	29,5
Laboral indefinida/o	5	8,2
Laboral temporal	11	18
Otros	5	8,2

Lugar	Frecuencia	Porcentaje
Paritorio	16	26,2
AP	35	57,4
Ambos	10	16,4

Formación previa	Frecuencia	Porcentaje
Formación específica en educación maternal (sí)	45	73,8
Cursos (sí)	21	34,4
Talleres (sí)	24	39,3
Diplomaturas/Posgrado (sí)	17	27,9
Otras (sí)	17	27,9
Programas (sí)	39	63,9
Competencia	56	91,8

n: tamaño muestra; M: media; DT: desviación típica.

Tabla 2. Eficacia percibida de los programas de formación por parte de las matronas.

1. Los programas de educación maternal actuales son efectivos en preparar a las madres para el parto	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	7	11,5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	9,8
De acuerdo	29	47,5
Totalmente de acuerdo	19	31,1
2. Los programas de educación maternal actuales son efectivos en preparar a las madres para el cuidado postnatal	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	6	9,8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	16,4
De acuerdo	25	41
Totalmente de acuerdo	20	32,8
3. Los contenidos incluidos en los programas de educación maternal son relevantes para preparar a las madres para el parto	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	5	8,2
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	11,5
De acuerdo	19	31,1
Totalmente de acuerdo	30	49,2
4. Los contenidos incluidos en los programas de educación maternal son relevantes para preparar a las madres para el cuidado postnatal	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	5	8,2
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	13,1
De acuerdo	25	41
Totalmente de acuerdo	23	37,7
5. Las madres participan activamente en los programas de educación maternal	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	3	4,9
En desacuerdo	6	9,8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16	26,2
De acuerdo	25	41
Totalmente de acuerdo	11	18
6. Los programas de educación maternal abordan adecuadamente las preocupaciones y preguntas de las madres sobre el parto	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	3	4,9
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	11,5
De acuerdo	27	44,3
Totalmente de acuerdo	24	39,3
7. En general, ¿cómo evalúas la efectividad de los programas de educación maternal en preparar a las madres para el parto y el cuidado postnatal?	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	7	11,5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	16,4
De acuerdo	26	42,6
Totalmente de acuerdo	18	29,5

Tabla 3. Relación de lugar de trabajo con eficacia de programas de formación.

Ítem	Paritorio (n = 16)			AP (n = 35)			Ambos (n = 10)			Test Kruskal-Wallis		
	M	Me	DT	M	Me	DT	M	Me	DT	H	p	r
1	3,69	4	1,01	4,14	4	0,91	3,9	4	0,88	2,99	0,225	0,05
2	3,81	4	0,83	4,23	4	0,84	3,3	3	1,16	7,39	0,025	0,12
3	3,94	4	1,06	4,34	5	0,87	4,2	4,5	1,03	1,86	0,395	0,03
4	3,94	4	0,85	4,31	4	0,76	3,5	3,5	1,27	4,97	0,083	0,08
5	3,25	3,5	1,06	3,6	4	1,03	4	4	1,05	3,2	0,202	0,05
6	3,88	4	0,96	4,37	4	0,65	4	4	1,05	3,36	0,187	0,06
7	3,69	4	1,14	4	4	0,87	3,9	4	0,99	0,81	0,667	0,01

n: tamaño muestra; M: media; Me: mediana; DT: desviación típica; H: estadístico de contraste; p: nivel crítico de significación; r: estadístico de tamaño del efecto. 1. Los programas de educación maternal actuales son efectivos en preparar a las madres para el parto; 2. Los programas de educación maternal actuales son efectivos en preparar a las madres para el cuidado postnatal; 3. Los contenidos incluidos en los programas de educación maternal son relevantes para preparar a las madres para el parto; 4. Los contenidos incluidos en los programas de educación maternal son relevantes para preparar a las madres para el cuidado postnatal; 5. Las madres participan activamente en los programas de educación maternal; 6. Los programas de educación maternal abordan adecuadamente las preocupaciones y preguntas de las madres sobre el parto; 7. En general, ¿cómo evalúas la efectividad de los programas de educación maternal en preparar a las madres para el parto y el cuidado postnatal?

Aspectos éticos

Este estudio se llevó a cabo respetando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y en conformidad con las normativas éticas y legales aplicables en investigación biomédica según la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica¹². Se garantizó la confidencialidad y privacidad de la información recopilada, asignando códigos de identificación a las participantes para preservar su anonimato.

La participación en el estudio fue voluntaria, y se obtuvo el consentimiento informado por escrito de cada matrona participante. Se explicó claramente el propósito del estudio, la naturaleza de su participación y los posibles beneficios y riesgos asociados. Las matronas tenían el derecho de retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas para su relación laboral o personal.

RESULTADOS

Datos sociolaborales

La Tabla 1 proporciona una descripción de la edad, la experiencia laboral y el tiempo de trabajo semanal de las participantes en el estudio. La edad oscila entre 25 y 68 años. La experiencia laboral promedio es de 16,1 años. En cuanto a la carga laboral, las matronas reportan un promedio de 36,4 horas semanales, con una variabilidad reflejada en el rango de 6 a 160 horas.

La distribución de género es predominantemente femenina (88,5%), y la mayoría de las participantes están casadas o en pareja (77,0%). Respecto al tipo de contrato, una mayor proporción de las matronas es funcionaria (36,1%) o interina (29,5%). En términos de ubicación laboral, más de la mitad trabajan en atención primaria (57,4%), y el resto se reparte entre el área de paritorio y ambos contextos.

En formación previa, el 73,8% ha recibido capacitación específica en educación maternal, y el 63,9% ha participado en

programas específicos en esta área. La percepción de competencia profesional es alta, con el 91,8% de las participantes considerándose competentes en su área.

Eficacia de los programas de formación

La Tabla 2 muestra la percepción de las matronas sobre diversos aspectos de la efectividad de los programas de educación maternal. La mayoría de las participantes considera que estos programas son eficaces en la preparación de las madres para el parto, con un 47,5% de acuerdo y un 31,1% totalmente de acuerdo. La preparación para el cuidado posnatal también es valorada positivamente, con un 41% de acuerdo y un 32,8% totalmente de acuerdo.

La relevancia de los contenidos es apreciada, con un 49,2% totalmente de acuerdo sobre su adecuación para el parto y un 37,7% para el posnatal. Sin embargo, la participación activa de las madres muestra una evaluación más dispersa; un 26,2% permanece neutral y un 14,7% muestra desacuerdo.

En la Tabla 3, los resultados muestran una diferencia estadísticamente significativa en la percepción de la efectividad de los programas en la preparación para el cuidado posnatal (ítem 2) en función del lugar de trabajo de las matronas (p = 0,032). Las matronas de atención primaria presentan una media más alta (4,23) en comparación con las que trabajan en paritorio (3,81) o en ambos entornos (3,30).

La Tabla 4 refleja la percepción de las matronas sobre la eficacia de los programas en distintas áreas de competencia. En "Cuidado Prenatal", las matronas muestran una alta percepción de eficacia, con un 45,9% de acuerdo y un 34,4% totalmente de acuerdo. En áreas como "Preparación al parto", "Cuidados del recién nacido" y "Lactancia", las percepciones positivas son elevadas.

En cuanto a "Recursos", la percepción es más dispersa, con un 45,9% de las matronas manteniéndose neutrales y un 19,7% en

Tabla 4. Percepción de eficacia en áreas de competencia de las matronas.

Anatomía y Fisiología	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	1	1,6
En desacuerdo	5	8,2
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	26	42,6
De acuerdo	18	29,5
Totalmente de acuerdo	11	18

Cuidado Prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	1	1,6
En desacuerdo	1	1,6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	16,4
De acuerdo	28	45,9
Totalmente de acuerdo	21	34,4

Nutrición	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	9	14,8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16	26,2
De acuerdo	20	32,8
Totalmente de acuerdo	16	26,2

Ejercicio	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	1	1,6
En desacuerdo	9	14,8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12	19,7
De acuerdo	23	37,7
Totalmente de acuerdo	16	26,2

Formación Matronas	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	2	3,3
En desacuerdo	4	6,6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	13	21,3
De acuerdo	21	34,4
Totalmente de acuerdo	21	34,4

Recursos	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	3	4,9
En desacuerdo	9	14,8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	28	45,9
De acuerdo	14	23
Totalmente de acuerdo	7	11,5

Preparación al parto	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	3	4,9
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12	19,7
De acuerdo	23	37,7
Totalmente de acuerdo	23	37,7

Cuidados del RN	Frecuencia	Porcentaje
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12	19,7
De acuerdo	23	37,7
Totalmente de acuerdo	26	42,6

Lactancia	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	4	6,6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	6,6
De acuerdo	26	42,6
Totalmente de acuerdo	27	44,3

Cuidado Postnatal	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	2	3,3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	16,4
De acuerdo	22	36,1
Totalmente de acuerdo	27	44,3

Salud Emocional	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	3	4,9
En desacuerdo	7	11,5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	15	24,6
De acuerdo	21	34,4
Totalmente de acuerdo	15	24,6

Planificación Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	3	4,9
En desacuerdo	7	11,5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	13	21,3
De acuerdo	21	34,4
Totalmente de acuerdo	17	27,9

Percepción de eficacia	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	2	3,3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	15	24,6
De acuerdo	29	47,5
Totalmente de acuerdo	15	24,6

Tabla 5. Relación de lugar de trabajo con percepción de eficacia de programas de formación.

Ítem	Paritorio (n = 16)			AP (n = 35)			Ambos (n = 10)			Test Kruskal-Wallis		
	M	Me	DT	M	Me	DT	M	Me	DT	H	p	r
1	3,56	4	1,09	3,49	3	0,89	3,7	4	0,95	0,75	0,687	0,01
2	4	4	1,03	4,2	4	0,76	3,9	4	0,88	1,26	0,533	0,02
3	3,81	4	0,98	3,77	4	1,03	3,3	3	1,06	2,02	0,363	0,03
4	3,75	4	0,93	3,77	4	1,14	3,5	3,5	1,08	0,71	0,701	0,01
5	4,31	4	0,7	3,77	4	1,21	3,7	3,5	0,82	3,23	0,199	0,05
6	3,5	3,5	1,1	2,94	3	0,94	3,7	3,5	0,82	6,75	0,034	0,11
7	4,25	4,5	0,93	4,03	4	0,89	4	4	0,82	1,14	0,565	0,02
8	4,06	4	0,77	4,34	4	0,73	4,1	4	0,88	1,78	0,411	0,03
9	3,94	4	1	4,46	5	0,66	4	4	1,05	4,07	0,13	0,07
10	4	4	0,89	4,37	5	0,77	4	4	0,94	2,9	0,234	0,05
11	3,63	4	1,02	3,71	4	1,05	3,3	3	1,57	0,61	0,736	0,01
12	3,38	3,5	1,09	3,91	4	1,01	3,4	3,5	1,58	2,91	0,234	0,05
13	3,81	4	0,66	4	4	0,8	3,9	3,5	0,99	1,03	0,597	0,02

n: tamaño muestra; M: media; Me: mediana; DT: desviación típica; H: estadístico de contraste; p: nivel crítico de significación; r: estadístico de tamaño del efecto. 1. Anatomía y Fisiología; 2. Cuidado Prenatal; 3. Nutrición; 4. Ejercicio; 5. Formación Matronas; 6. Recursos; 7. Preparación al parto; 8. Cuidados del RN; 9. Lactancia; 10. Cuidado Postnatal; 11. Salud Emocional; 12. Planificación Familiar; 13. Percepción de eficacia.

desacuerdo o totalmente en desacuerdo. Las áreas de “Salud Emocional” y “Planificación Familiar” muestran niveles moderados de acuerdo.

En la Tabla 5, los resultados muestran una diferencia estadísticamente significativa en el ítem 6 (Recursos) (p = 0,021). Las matronas que trabajan en atención primaria tienen una percepción menor de la eficacia de los recursos disponibles (media = 2,94) en comparación con las que trabajan en el área de paritorio (media = 3,50) o en ambos entornos (media = 3,70).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue describir la percepción de las matronas asignadas al área de paritorio y de atención primaria sobre los programas de educación maternal, considerando el ámbito de trabajo. Los resultados indican que las matronas tienen una percepción mayoritariamente positiva sobre la eficacia de estos programas en la preparación de las madres para el parto y el cuidado posnatal.

La mayoría de las matronas considera que los programas actuales son efectivos, aunque existe un porcentaje que no está plenamente convencido de su efectividad, lo que sugiere áreas de mejora. Estos hallazgos coinciden con estudios previos que destacan la importancia de adaptar los programas a las necesidades cambiantes de las madres^{13,14}.

La participación activa de las madres es un aspecto donde se observó variabilidad en las percepciones. Algunas matronas perciben una falta de compromiso por parte de las madres, posiblemente debido a factores como la accesibilidad y la re-

levancia percibida de los programas. Esto concuerda con los hallazgos de Slomian et al¹⁵, quienes identificaron desafíos en la participación materna relacionados con la disponibilidad de tiempo y acceso a recursos.

La diferencia significativa encontrada en la percepción de la eficacia en el cuidado posnatal y los recursos disponibles según el lugar de trabajo sugiere que las matronas en atención primaria pueden tener una visión diferente debido a su mayor contacto con las madres en esta etapa. La menor percepción de eficacia en cuanto a los recursos en atención primaria indica la necesidad de mejorar la dotación en este nivel asistencial.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra el tamaño de la muestra y su limitación geográfica a dos áreas de salud de la Región de Murcia, lo que puede afectar la generalización de los resultados. Además, al utilizar un cuestionario de elaboración propia, aunque adaptado al contexto del estudio, podría existir sesgo en la interpretación de las preguntas por parte de los participantes. Otra limitación es la ausencia de la perspectiva de las madres, lo que podría ofrecer una visión más completa de la eficacia de los programas de educación maternal.

Para futuras investigaciones, sería valioso realizar estudios que incluyan la percepción de las mujeres que han participado en los programas de educación maternal, permitiendo comparar sus experiencias con las percepciones de las matronas. Además, ampliar la muestra a diferentes regiones y contextos asistenciales podría proporcionar una visión más global de la eficacia y áreas de mejora de estos programas. Investigaciones longitudinales podrían explorar el impacto a largo plazo de la educación maternal en los resultados perinatales y la satisfacción materna.

CONCLUSIONES

Las matronas perciben positivamente la eficacia de los programas de educación maternal en la preparación de las madres para el parto y el cuidado postnatal. Sin embargo, identifican

áreas de mejora, especialmente en cuanto a los recursos disponibles en atención primaria y la participación activa de las madres. Mejorar estos aspectos podría optimizar la efectividad de los programas y, en última instancia, la calidad de la atención brindada a las madres.

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. Truccolo I, Mazzocut M, Cipolat Mis C, Bidoli E, Zotti P, Flora S, et al. Patients and caregivers' unmet information needs in the field of patient education: results from an Italian multicenter exploratory survey. *Support Care Cancer*. 2019;27(6):2023-2030.
3. McLeish J, Harvey M, Redshaw M, Alderdice F. "Reassurance that you're doing okay, or guidance if you're not": a qualitative descriptive study of pregnant first time mothers' expectations and information needs about postnatal care in England. *Midwifery*. 2020; 89:102813.
4. McLeish J, Harvey M, Redshaw M, Alderdice F. A qualitative study of first-time mothers' experiences of postnatal social support from health professionals in England. *Women Birth*. 2021;34(5): e451-e460.
5. Ramos-García V, Ten-Doménech I, Moreno-Giménez A, Campos-Berga L, Parra-Llorca A, Ramón-Beltrán A, et al. Fact-based nutrition for infants and lactating mothers-The NUTRISHIELD study. *Front Pediatr*. 2023;11:1130179.
6. Walker LO, Murphey CL, Nichols F. The broken thread of health promotion and disease prevention for women during the postpartum period. *J Perinat Educ*. 2015;24(2):81-92.
7. Slomian J, Emonts P, Erpicum M, Vigneron L, Reginster JY, Bruyère O. What should a website dedicated to the postnatal period contain? A Delphi survey among parents and professionals. *Midwifery*. 2017; 53:9-14.
8. Chikalipo MC, Chirwa EM, Muula AS. Exploring antenatal education content for couples in Blantyre, Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):497.
9. Heim MA, Miquelutti MA, Makuch MY. Perspective of pregnant women regarding antenatal preparation: A qualitative study. *Women Birth*. 2019;32(6):558-563.
10. Aventin Á, Lohan M, O'Halloran P, Henderson M. Design and development of a film-based intervention about teenage men and unintended pregnancy: applying the Medical Research Council framework in practice. *Eval Program Plann*. 2015; 49:19-30.
11. Abuidhail J, Mrayan L, Jaradat D. Evaluating effects of prenatal web-based breastfeeding education for pregnant mothers in their third trimester of pregnancy: Prospective randomized control trial. *Midwifery*. 2019; 69:143-149.
12. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. *Boletín Oficial del Estado*, 159, de 4 de julio de 2007.
13. McLeish J, Harvey M, Redshaw M, Alderdice F. "Reassurance that you're doing okay, or guidance if you're not": a qualitative descriptive study of pregnant first time mothers' expectations and information needs about postnatal care in England. *Midwifery*. 2020; 89:102813.
14. Ramos-García V, Ten-Doménech I, Moreno-Giménez A, et al. Fact-based nutrition for infants and lactating mothers-The NUTRISHIELD study. *Front Pediatr*. 2023; 11:1130179.
15. Slomian J, Emonts P, Erpicum M, et al. What should a website dedicated to the postnatal period contain? A Delphi survey among parents and professionals. *Midwifery*. 2017; 53:9-14.
16. McLeish J, Harvey M, Redshaw M, Alderdice F. A qualitative study of first-time mothers' experiences of postnatal social support from health professionals in England. *Women Birth*. 2021;34(5): e451-e460.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

López-Araez A, Gomes-Correia TI, Serrano-Carrasco J. Perspectiva de las matronas sobre los programas de educación maternal. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(3): 115-122

Píldoras asistenciales: entendiendo la terapia compresiva en miembros inferiores

Understanding compression therapy in lower limbs

Adrián García Montero^A, Elisa Bolívar Gilpérez^B y Verónica Galindo Cantillo^C

^A Enfermero de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC). Distrito sanitario Sevilla.

^B Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC). Distrito sanitario Sevilla.

^C Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC). Distrito sanitario Aljarafe-Sevilla Norte.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras de extremidad inferior suponen un importante problema de salud tanto para el sistema sanitario, por la elevada prevalencia en población adulta y el coste económico, como para los pacientes y familiares que lo sufren, por la repercusión socioeconómica y el impacto en su calidad de vida. El reto de las enfermeras que se enfrentan en su práctica clínica consiste en la diferenciación, diagnóstico y abordaje de estas lesiones. Según los últimos estudios, entre el 75-80% de las úlceras de extremidad inferior son de etiología venosa¹.

Existen pocas medidas terapéuticas que presenten tanta evidencia científica como la efectividad de la terapia compresiva aplicada al tratamiento de las úlceras de etiología venosa (nivel de evidencia 1, grado de recomendación A)². Está demostrado que la terapia compresiva reduce el tiempo de cicatrización de las úlceras venosas, la sensación dolorosa y otros síntomas relacionados con la insuficiencia venosa crónica (IVC), lo cual implica una mejora en la calidad de vida³.

Fisiopatología de la insuficiencia venosa crónica

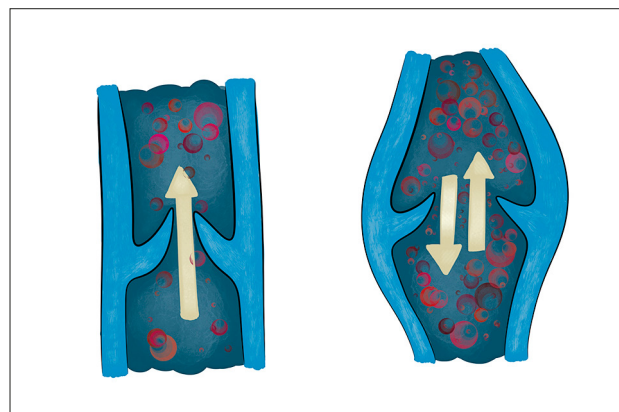
Para entender cómo la terapia compresiva es capaz de resolver la IVC y las úlceras de etiología venosa, hay que comprender y recordar cómo funciona el sistema venoso de los miembros inferiores.

El sistema venoso de los miembros inferiores se compone de: sistema venoso superficial y profundo. Por el sistema venoso superficial (safena menor y mayor) discurre el 10% de la sangre venosa de vuelta al corazón, mientras que por el profundo (venas peroneas, tibial anteriores y tibial posteriores) discurre el 90% aproximadamente. Ambos sistemas se comunican a través de las venas perforantes.

Las venas de los miembros inferiores tienen la peculiaridad de que tienen que luchar contra la fuerza de la gravedad, por lo que cuentan con válvulas antirreflujo que facilitan que el sentido

de la sangre sea ascendente. Además, existen una serie de bombas que impulsan la sangre y facilitan el retorno venoso: la bomba muscular de la pantorrilla y la bomba de Lejars. Estas se activan cuando la persona deambula o hace ejercicios de dorsiflexión del pie⁴.

Figura 1. Reflujo de sangre por válvula incompetente.



En determinadas circunstancias (ciertas patologías, largos periodos de bipedestación, sedestación o inmovilidad, etc.) aumenta la tensión a nivel de las válvulas, lo cual hace que se dilaten y dichas válvulas ya no sean competentes, lo que genera que haya un reflujo de sangre hacia la parte distal de la extremidad (Figura 1).

Esta dilatación e incompetencia valvular pasa del sistema venoso profundo al sistema venoso superficial, viendo los primeros signos de la insuficiencia venosa crónica: las arañas vasculares y varices. El aumento de la tensión a nivel valvular origina mayor filtración capilar desde el espacio vascular hacia los tejidos y menor reabsorción, lo cual origina edema. Este edema dificulta la llegada de nutrientes a los tejidos y el intercambio gaseoso y va creando un estado inflamatorio e hipertensivo a nivel venoso en el miembro dando lugar a eczema y prurito. Esta mayor filtración capilar hace que proteínas, células inflamatorias y hemoglobina se depositen en el espacio intersticial⁴. Aquí la hemoglobina se va degradando y liberando hemosiderina que se va acumulando en la piel dando lugar a trastornos tróficos

Figura 2. Clasificación CEAP.



como la dermatitis ocre tan característica de los pacientes con insuficiencia venosa crónica. Todas estas circunstancias dan lugar a una lipodermatosclerosis, una fibrosis del tejido con el famoso signo de botella de champán invertida: una zona a nivel de tobillo estrecha y fibrosada y una zona gemelar edematizada, con un gran desnivel entre ambas áreas⁴. En cualquier momento esta hipertensión venosa puede generar una úlcera, precedida o no por algún pequeño traumatismo. Todas estas fases de la insuficiencia venosa pueden apreciarse en la clasificación CEAP (Figura 2).

TERAPIA COMPRESIVA

Indicaciones y contraindicaciones de la terapia compresiva

La terapia compresiva resuelve esta hipertensión venosa, permitiendo unas válvulas normofuncionantes y solucionando todos los fenómenos anteriormente descritos. Por lo tanto, la terapia compresiva tiene una serie de efectos físicos positivos como son:

- Reducción del edema: al reducirse la filtración capilar y mover el líquido de zonas comprimidas a no comprimidas.
- Disminución de la filtración capilar.
- Aumento del drenaje linfático total.
- Efecto antiinflamatorio: liberación de mediadores antiinflamatorios, reducción de las citoquinas.
- Aumento del flujo arterial.
- Reducción del dolor.

Todo esto convierte a la compresión en el mejor tratamiento antihipertensivo y antiinflamatorio de las miembros inferiores². Aunque la terapia compresiva es la principal indicación en las úlceras de etiología venosa, sus beneficios no se circunscriben solo a ella, ya que todas las heridas en piernas comportan un estado inflamatorio con el consiguiente aumento de la filtración capilar y de hipertensión venosa que dificulta la cicatrización⁵.

Antes de realizar compresión, hay que tener en cuenta una serie de circunstancias que contraindican esta técnica, como se puede observar en la tabla 1. Por ello, es necesario que antes de realizar la compresión, realicemos un adecuado examen vascular que comprende la palpación de pulsos a nivel pedio y tibial posterior y la realización de un ITB en la extremidad afectada^{2,6}.

Eficacia hemodinámica

La terapia compresiva debe ser decreciente, es decir, debe hacer el 100% de la compresión a nivel de tobillo y, a medida que asciende, debe ir reduciendo la dosis de compresión (por debajo del hueso poplíteo debe ser del 70%).

La compresión cuenta con muchas modalidades, entre ellas la aplicación de un vendaje en la pierna. El vendaje se compone de la aplicación de diferentes vendas en el miembro, con diferentes materiales y propiedades. Diferenciamos las vendas en 3 tipos, en función de su extensibilidad y elasticidad⁷:

- **Alta elasticidad (o largo estiramiento/tracción):** aumenta su capacidad de extensión hasta entre un 100%-140%.
- **Baja elasticidad (o corto estiramiento/tracción):** aumenta su capacidad de extensión hasta entre un 30%-90%.
- **Inelásticos:** aumenta su capacidad de extensión hasta un 30%.

La aplicación de una venda genera dos tipos de presiones: presión de reposo y presión de trabajo.

- La **presión de reposo** es la tensión que genera el vendaje sobre la pierna cuando la pierna está en reposo. Esta presión se genera en el vendaje y va hacia la piel, por lo que actuará más en el sistema venoso superficial (10%). Todo vendaje ejerce cierta presión de reposo.
- La **presión de trabajo** es la tensión que genera el músculo cuando se expande contra el vendaje. Esta presión nace desde dentro, pues la ejerce el músculo contra el vendaje, por lo que actuará más sobre el sistema venoso profundo (90%).

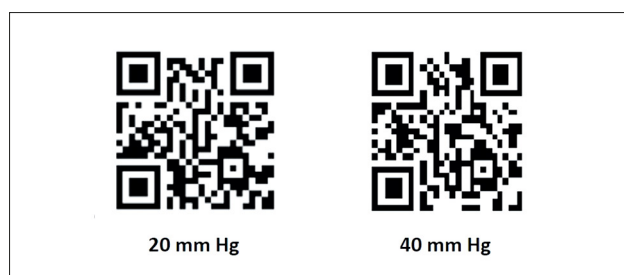
Para lograr una buena terapia compresiva, la clave está en conseguir un vendaje con alta presión de trabajo y baja presión de reposo, pues esta última es la responsable de la mala tolerancia y adherencia de los pacientes a la compresión. De esta manera, estaremos comprimiendo con mayor seguridad, ya que una elevada presión de trabajo es seguro en arteriopatía. Cuanto menos elástico es el vendaje, mayor presión de trabajo conseguiremos, por lo que la clave está en usar materiales inelásticos o de baja elasticidad⁷.

Otro concepto importante a tener en cuenta es la rigidez. La rigidez se define como la resistencia del vendaje a la expansión muscular^{2,7}. El uso de unos tipos de vendas u otros dará lugar

Tabla 1. Contraindicaciones relativas y absolutas.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS	CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS
<ul style="list-style-type: none"> — Arteriopatía periférica leve o moderada — Neuropatía moderada — Intolerancia al material — Patologías neoplásicas — Problemas cutáneos — Tras cirugía de bypass con presión arterial periférica mejorada e insuficiencia cardíaca compensada 	<ul style="list-style-type: none"> — EAP severa (ITB > 0,5), con pulsos ausentes — Presión sistólica en tobillo < 60 mm Hg — Insuficiencia Cardíaca y Renal descompensada — Malformaciones graves de la extremidad — Microangiopatía o Neuropatía severa — Linfangitis — Erisipela — Infecciones locales difundidas con riesgo de sepsis — Flegmasía cerúlea dolens — Sospecha de bypass arterial epifascial existente

Figura 3. Enlaces a vídeos sobre técnica de vendaje compresivo con vendas de baja elasticidad.



a un vendaje más o menos rígido. Los materiales inelásticos o de baja elasticidad dan lugar a vendajes más rígidos, por lo que así conseguiremos picos altos de presiones de trabajo (60-80 mm Hg) durante el ejercicio muscular⁸.

Todas estas presiones se miden en B1 a nivel de tobillo, en el punto de transición entre el músculo gastrocnemio y el tendón de Aquiles². Para mejorar la cicatrización de las úlceras venosas, se requieren compresiones de entre 30-40 mm Hg, mientras que para el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica será de entre 20-30 mm Hg⁸. Las presiones por encima de 60 mm Hg se reservan para el tratamiento del linfedema.

Propiedades físicas de la compresión: LAPLACE

La aplicación de la ley de Laplace nos permite calcular la presión bajo el vendaje sobre una pierna. Esta presión es mayor cuanto mayor es la tensión de la venda, mayor número de capas superponemos, menor radio de circunferencia en ese punto de la extremidad y menor anchura de la venda.

- La tensión de la venda depende del material de ésta. Las vendas de baja elasticidad, colocadas al 50% de su máximo estiramiento, ofrecen una tensión de aproximadamente 0,2 kg de fuerza.
- El número de capas depende de la técnica que realicemos superponiendo las capas al 50%: en circular aplicaremos durante el mismo punto 2 capas, mientras que en espiga aplicaremos 4 capas (el doble). Existen otras técnicas que superponen capas al 66% y 75%, obteniendo mayor número de éstas.

- El radio de la circunferencia de la pierna está medido a nivel B1 de tobillo. Por lo general, la mayoría de las personas tendrán una circunferencia de tobillo entre 18 y 25 mm Hg.
- Las vendas que solemos utilizar son de 8 y 10 centímetros.

La presión final resultará de la suma de las presiones de todas las vendas colocadas en la pierna. La modificación de algunos de estos parámetros tendrá repercusión en la presión final que ejerza el vendaje.

SISTEMAS DE COMPRESIÓN

Vendaje de alta elasticidad

Por la alta elasticidad y poca rigidez que presentan, no hay mucha diferencia entre la presión de reposo y de trabajo, por lo que es poco eficaz para reducir el edema. Además, son peor toleradas por los pacientes, especialmente aquellos que presentan cierto grado de arteriopatía².

Vendaje de baja elasticidad

Generan vendajes rígidos, con bajas presiones de reposo y altas presiones de trabajo durante la contracción muscular. Son eficaces para la reducción del edema. Sin embargo, requieren cambios periódicos y frecuentes, pues tras reducir el edema no son capaces de adaptarse a la nueva circunferencia de la extremidad y deben ser colocados nuevamente². Además, la presión que se aplica va decayendo al cabo de los días⁹. Aplicando la ley de LAPLACE a este tipo de vendas, si para un tobillo de 21 cm, colocamos una venda de 8 cm de baja elasticidad en circular con un estiramiento al 50% y superponiendo el 50% las capas, podemos calcular que la presión bajo el vendaje será de 11 mm Hg. Si añadimos una segunda venda de 10 cm en las mismas condiciones, ésta dará una presión bajo el vendaje de 8,80 mm Hg. De esta manera, colocando dos vendas de corta tracción de 8 y 10 cm en las condiciones anteriormente descritas, obtendremos una presión sumatoria bajo el vendaje de aprox. 20 mm Hg (Figura 4A). Si se realizara en espiga, las presiones se duplicarían obteniendo una presión de aproximadamente 40 mm Hg.

En la Figura 3 se puede escanear y visualizar la técnica correcta para realizar este tipo de vendaje.

Figura 4. Sistemas de vendaje compresivo.



Sistemas de vendas multicomponentes

Existen en el mercado distintos kits preparados para realizar compresión en el miembro. Estos kits incluyen un juego de vendas de distintos materiales e indicadores de presión. (Figura 4B). Cabe destacar que, para conseguir la presión objetivo, hay que seguir las recomendaciones marcadas por cada laboratorio en cada producto.

Vendaje inelástico

También denominado Bota de Unna (Figura 4C⁵). Se tratan de vendas inelásticas, que generan alta presión de trabajo (con grandes picos de presión durante la contracción muscular) y apenas nula presión de reposo. Algunas de estas vendas vienen impregnadas en productos como óxido de zinc y calamina, que tienen un especial interés como antiinflamatorio y astringente en dermatitis por estasis².

Medias de compresión

Son dispositivos textiles que facilitan la puesta y retirada por parte del paciente (Figura 5A). Existe una gran variedad de modelos, dependiendo del tipo de tejido (tricotado circular o plano), de la puntera (abierta o cerrada), de la clase de compresión (CCL), etc. Asimismo, los hay de varias tallas e incluso personalizadas. Se debe comprobar que son medias de calidad médica que lleven incorporados algún sello de garantía de calidad¹⁰. En el mercado, disponemos de distintas ayudas técnicas que facilitan la colocación de las medias y mejora la adherencia terapéutica por parte del paciente⁷. El uso de estas medias es imprescindible en el día a día de personas con IVC para mejorar los síntomas asociados a la enfermedad y evitar la progresión de esta.

Sistemas de compresión con velcros autoajustables

Son dispositivos de un material similar al neopreno, muy inelástico y con gran rigidez (Figura 5B). Su particularidad reside en la facilidad de colocación por parte del paciente, en la posibilidad de ajustar la dosis de compresión (20, 30, 40 o 50 mm Hg) y de adaptarse a distintas formas de pierna^{2,7}. Son dispositivos indicados especialmente en casos de arteriopatía leve-moderada, linfedema y extremidad con gran diferencia de perímetros.

Figura 5. Sistemas de compresión sin vendas.**BIBLIOGRAFÍA**

- 1 Marinel.lo Roura J, Verdú Soriano J (Coord.). Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I.) [Internet]. Documento de consenso 2018. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018. [Consultado el 29/10/2024]. Disponible en: <https://sghweb.es/documentos-consenso/conuei/ulceras-de-la-extremidad-inferior-conuei.pdf>
- 2 Conde Montero E, Serra Perrucho N, de la Cueva Dobao P. Principios teórico-prácticos de la terapia compresiva para el tratamiento y prevención de la úlcera venosa [Internet]. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111(10): 829-834. [Consultado el 29/10/2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.03.007>
- 3 Soldevilla Ágreda JJ, Torra i Bou JE. Documento de posicionamiento: Comprendiendo la terapia compresiva [Internet]. EWMA. MEP Ltd, 2003. [Consultado el 29/10/2024]. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/comprendiendo-la-terapia-compresiva.pdf>
- 4 Journal of Wound Care (JWC). Leg ulceration in venous and arteriovenous insufficiency: assessment and management with compression therapy. International consensus document [Internet]. MA Healthcare Ltd 2024;33(10B); S1-S31. [Consultado el 29/10/2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39401103/>
- 5 Conde Montero E, Dissemonn J, Protz K. Terapia compresiva en dermatología [Internet]. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 115(2024) 693-701. [Consultado el 29/10/2024]. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-terapia-compresiva-dermatologia-articulo-S000173102400156X>
- 6 Rabe E, Partsch H, Morrison N, Meissner MH, Mosti G, Lattimer CR et al. Risks and contraindications of medical compression treatment – A critical reappraisal [Internet]. *An international consensus statement. Phlebology.* 2020 Aug;35(7):447-460. [Consultado el 29/10/2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7383414/>
- 7 Molina Carrillo R. Abordaje de edemas y úlceras de extremidad inferior. Guía de bolsillo. 2023 Ergon.
- 8 World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principios de las mejores prácticas: Compresión en las úlceras venosas de las extremidades inferiores. Documento de consenso [Internet]. Londres: MEP Ltd, 2008. [Consultado el 29/10/2024]. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/compression-en-las-ulceras-venosas-de-las-extremidades-inferiores.pdf>
- 9 Protz K, Heyer K, Verheyen-Cronau I, Augustin M. Loss of interface pressure in various compression bandage systems over seven days. *Dermatology* 2014;223:343-352.
- 10 Molina Carrillo R, Rozas Martín JM. Revisión bibliográfica de las recomendaciones de las guías de práctica clínica para la prescripción de medias de compresión médica [Internet]. *Rev enferm vascular* 2020 julio-diciembre; 3 (6): 22-29. [Consultado el 29/10/2024]. Disponible en: <https://revistaevascular.es/index.php/revistaenfermeriavascular/article/download/81/130>.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

García Montero A, Bolívar Gilpérez E, Galindo Cantillo V. Píldoras asistenciales: entendiendo la terapia compresiva en miembros inferiores. *Hygia de Enfermería.* 2024; 41(3): 123-127

Píldoras metodológicas; calidad de la evidencia científica

Notes on nursing research: levels of scientific evidence and grades of recommendations

Jorge Romero Martínez

Matrona. Profesor Centro Universitario San Juan de Dios Bormujos. Equipo de redacción Hygia.

La evidencia en enfermería es un componente esencial para garantizar la calidad del cuidado y la toma de decisiones fundamentadas para la práctica de los cuidados. Más allá de un positivismo clínico, desde una perspectiva teórica crítica, no solo valida las prácticas basadas en datos empíricos, sino que también promueve una reflexión profunda sobre las estructuras de poder y las relaciones sociales dentro del ámbito de la salud¹. Contrarresta una fuente del conocimiento basada en la autoridad jerárquica que si bien antagoniza los conocimientos basados en la evidencia científica aún continúan siendo una importante base del aprendizaje en ciencias de la salud.

El uso de la enfermería basada en la evidencia (EBE) implica que los profesionales integren en sus conocimientos los resultados de las investigaciones que vayan siendo publicadas. Sin embargo, ni todas las publicaciones tienen la misma validez científica a la hora de implementar en la práctica clínica sus resultados ni la evidencia válidamente demostrada es invariable en el tiempo. Eso exige manejar dos conceptos; conocimientos sobre la calidad de la evidencia científica y los grados de recomendación, y actualizar el conocimiento cada cierto tiempo.

MANEJO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Para que un profesional de la salud sepa cuáles son las mejores evidencias requiere de unas habilidades en la identificación de análisis crítico y jerarquización de las evidencias disponibles en la literatura². El mayor interés de la EBE está en su utilización por grupos de expertos que desarrollan guías de práctica clínica (GPC) para la prevención, cuidados de enfermería, diagnóstico o tratamiento de un problema de salud. Las guías de práctica clínica (GPC) son un “conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes”³. En España, en el marco del Programa de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS), coordinado por GuíaSalud, se elaboran GPC sobre diferentes situaciones clínicas siguiendo

una metodología común, recogida en el ‘Manual Metodológico de Elaboración de GPC en el SNS’⁴. Así se han venido publicando GPC sobre el manejo de la vía subcutánea, sobre la asistencia al parto normal, manejo de la anticoncepción hormonal e intrauterina, entre otras muchas, con el objetivo de orientar a los profesionales con la mejor evidencia disponible de manera actualizada. Se puede consultar todo el catálogo en el portal de guíasalud⁵.

Para evaluar el nivel de evidencia se suelen usar los sistemas de graduación de la calidad de la evidencia, como el GRADE (del inglés ‘Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation’). La actualización del manual de elaboración de GPC en el Sistema Nacional de Salud de 2016 (Grupo de trabajo sobre GPC, 2016) ya presenta únicamente la metodología desarrollada por el grupo GRADE. El sistema GRADE abarca la mayoría de las etapas de elaboración de una GPC, desde la formulación de la pregunta y la selección de los desenlaces de interés hasta la formulación de las recomendaciones y su redacción⁶. El sistema GRADE distribuye el nivel de evidencia en cuatro categorías: calidad alta, moderada, baja y muy baja. De manera general, los ensayos clínicos aleatorizados tienen calidad alta y los estudios observacionales calidad baja. Sin embargo, se pueden aplicar unos factores adicionales para que un estudio baje o suba de calidad. Por ejemplo, las limitaciones en el diseño o la inconsistencia entre los resultados disminuyen la calidad de la evidencia. A su vez, una gran magnitud del efecto aumenta la calidad de la evidencia²⁻⁷.

En base a la calidad de los estudios se establecerán diferentes grados de recomendación:

- **Recomendación fuerte:** se refiere a una recomendación con confianza en que las consecuencias deseables de la intervención superan a las indeseables (recomendación fuerte a favor), o en que las consecuencias indeseables de la intervención superan las deseables (recomendación fuerte en contra). Ver tabla 1.
- **Recomendación débil:** se refiere a una recomendación según la cual las consecuencias deseables probablemente superan las consecuencias no deseables (recomendación débil a favor de una intervención) o las consecuencias no deseables probablemente son mayores que las deseables (recomendación débil en contra de una intervención), pero con una incertidumbre apreciable⁷.

FECHA DE RECEPCIÓN: 1/11/2024

FECHA DE ACEPTACIÓN: 21/11/2024

Correspondencia: Jorge Romero Martínez

Correo electrónico: romeromanuelj88b@gmail.com,

Tabla 1. Recomendaciones según sistema GRADE sobre el contacto piel con piel.

RECOMENDACIONES	
Fuerte	Se recomienda realizar el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido tras el parto, colocando al recién nacido en decúbito prono, desnudo, con la cabeza ladeada sobre el abdomen y pecho desnudo de la madre durante los primeros 120 minutos tras el nacimiento. Se recomienda secar suavemente la cabeza y espalda del recién nacido, pero no sus manos. Para evitar la pérdida de calor se recomienda cubrirle con una manta precalentada y ponerle un gorro. El estado de la madre y del recién nacido deben ser supervisados durante ese tiempo por un acompañante correctamente informado o por un profesional sanitario.
Fuerte	En recién nacidos por cesárea, se recomienda realizar el contacto piel con piel inmediato tras el parto siempre que la situación del recién nacido y la madre lo permita. Los cuidados que sean necesarios se pueden realizar con el recién nacido sobre el pecho de la madre.

Fuente: 'Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna' del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

CALIDAD DE LA EVIDENCIA SEGÚN LOS DIFERENTES DISEÑOS DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN.

Las fuentes del conocimiento en nuestra disciplina no siempre provienen de la investigación disciplinada, aun por sorprendente que pueda parecer los estudiantes y residentes adquieren conocimientos de la tradición - siempre se ha hecho así-, de la autoridad, de la experiencia o ensayo error y del razonamiento lógico. En otras ocasiones se carece de conocimientos necesarios para hacer una lectura crítica de los diferentes estudios según el diseño realizado.

La finalidad u objetivos del estudio determinan el tipo de diseño. Así estudios de casos, de prevalencia o ecológicos tienen como finalidad la descripción de una muestra, son los 'estudios descriptivos'. También servirán para la generación de hipótesis etiológicas. Es decir, genera una suposición de porqué puede estar ocurriendo un fenómeno y cual factor causal puede estar en el origen de una enfermedad. Es frecuente encontrar investigadores noveles que hacen afirmaciones demasiado categóricas con estudios de tipo descriptivo, sin embargo, no se pueden hacer recomendaciones en base a ellos. Son importantes para conocer la realidad de nuestro medio y están en el origen de investigaciones cuya finalidad es evaluar una relación causal; los 'estudios analíticos'. Los estudios analíticos son los experimentales como los ensayos clínicos, los cuasiexperimentales o los observacionales que son los de cohortes o los de casos y controles. Comparan 2 o más muestras o poblaciones, comparan características de personas que padecen una enfermedad con personas sanas y relacionan factores de riesgo con enfermedades⁷.

Según el tipo de diseño de la investigación consultada se asociará a un mayor rigor científico. La asignación aleatoria a los grupos experimental y control de la intervención sanitaria a evaluar, la existencia de un grupo control coincidente en el tiempo, el sentido hacia adelante del estudio, el enmascaramiento a doble ciego y la inclusión en el estudio de un tamaño muestral de sujetos de estudio suficiente como para detectar diferencias estadísticamente significativas en la determinación del efecto verdadero de la tecnología o procedimiento que se evalúa aumentan la validez y por tanto la calidad de la eviden-

cia que resulten de esas investigaciones. Además del tipo de diseño es importante valorar la calidad y el rigor científico del estudio, y resultar que un estudio de menor gradación científica como por ejemplo una investigación de casos y controles bien diseñada presentara una validez interna mayor que la de un ensayo controlado no aleatorizado con un sesgo de selección⁸.

Figura 1. Calidad de la inferencia de los diferentes diseños de investigación.



Fuente: Elaboración propia.

Las escalas de clasificación de la evidencia científica diferencian de forma jerárquica los distintos niveles de la evidencia en función del rigor científico del diseño del estudio. Hay diferentes Escalas de gradación de la calidad de la Evidencia Científica, todas ellas similares entre sí como la 'National Institute for Health and Care Excellence' (NICE) o la 'Scottish Intercollegiate Guidelines Network' (SIGN) entre otras (Tabla 2).

Como conclusión de este breve informe decir que la integración de estos conceptos junto al manejo de estas herramientas y la actualización del conocimiento debiera ser una norma habitual en nuestra práctica para conseguir la excelencia en nuestros cuidados en base a la práctica de la enfermería basada en la evidencia.

Tabla 2. Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)

NIVELES DE EVIDENCIA CIENTÍFICA	
1++	Meta-análisis (MA), de alta calidad, revisiones sistemáticas (RS) de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	MA bien realizados, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	MA, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	
A	Al menos un MA, RS o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestren gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestren gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

BIBLIOGRAFÍA

- Ramiro Altimira, C. Evidencia clínica en enfermería: perspectivas rumbo a la ciencia ciudadana del cuidado. Evidentia Evidentia 2024;v21(Supl):e1516.
- Aguayo-Albasini, JL, Flores-Pastor, B y Soria-Aledo, V. Sistema GRADE: clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. Cir esp 2014; 92(2): 82 – 88.
- Institute of Medicine (U.S.). Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical practice guidelines we can trust [Internet]. Graham R, et al., editores. Washington, D.C.: The National Academies Press; 011 [citado el 30/11/2024]. Recuperado a partir de: <http://www.nap.edu/read/13058/chapter/1>.

4. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [Febrero 2018].
5. Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Instituto Nacional de Salud [Internet]. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud: España; [citado el 30/11/2024]. Recuperado a partir de: <https://portal.guiasalud.es/gpc/>
6. Alonso Coello, P., Rotaeche del Campo, R., Rigau, D., Arritxu Etxebarria, A. y Martínez L. La evaluación de la calidad de la evidencia y la graduación de la fuerza de las recomendaciones: el sistema GRADE [Internet]. España: Elsevier. 2023; [citado el 07/12/2024]. Recuperado a partir de: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/la-evaluacion-calidad-evidencia-graduacion-fuerza-recomendaciones-sistema-grade/>
7. Manterola C., Quiroz, G., Salazar P. y García, N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. RMCLC. 2019; 30(1):36-49
8. Díaz Portillo, J., Orgaz Morales, T. y Roviralta Arango, J.E. Guía Metodológica de investigación en ciencias de la salud [Internet]. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria: España; ; [citado el 07/12/2024]. Recuperado a partir de: <https://ingesa.sanidad.gob.es/>.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Romero Martínez J. Píldoras metodológicas; calidad de la evidencia científica. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(3): 128-131

La prescripción enfermera de antibioterapia empírica en casos de infección del tracto urinario no complicada. Análisis y defensa de la medida

Nurse prescribing of empirical antibiotic therapy for uncomplicated UTIs: An analysis and justification of the measure

Francisco Isaac de la Rosa Negrón

Enfermero. Estudiante tercer ciclo doctorado. Universidad de Huelva.

INTRODUCCIÓN

El día 19 de agosto de 2024 fue publicado en el BOE la resolución de la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud, por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las enfermeras para infecciones de tracto urinario inferior no complicada en mujeres adultas, incluyendo cistitis y pielonefritis. Esta aprobación aduce principalmente a motivos pragmáticos. Según datos del Ministerio de Sanidad⁴, las infecciones del tracto urinario (ITU) son unas de las consultas más comunes en los servicios de atención primaria, siendo además de vital importancia para la correcta evolución de la afección el tratamiento precoz con antibioterapia empírica. Afección que se presenta cuando las bacterias entran y se multiplican en el aparato urinario (riñones, uréteres, vejiga y uretra). La mayoría de las infecciones urinarias ocurren en la vejiga o la uretra¹. Una ITU no complicada son aquellas que afectan a individuos con un tracto urinario estructuralmente normal y cuyos mecanismos de defensa se encuentran intactos. Este tipo de infecciones afecta principalmente a mujeres jóvenes². Quedan excluidas, por tanto, las siguientes situaciones: embarazo, recidiva clínica, clínica recurrente o prolongada, uso de sonda vesical, instrumentación urinaria o anomalías urológicas, y pacientes con enfermedades o situaciones que producen inmunosupresión o riesgo de infección con un microorganismo resistente en últimos tres meses³.

De esta manera, la administración pública reconoce a las enfermeras como profesionales capacitadas para diagnosticar y tratar infecciones de orina. Sin embargo, algunas organizaciones

colegiales y profesionales del ámbito de la medicina han alzado la voz en contra de esta medida, esgrimiendo argumentos que carecen de fundamento. En vista a estas críticas y con el fin de justificar esta competencia, el presente ensayo pretende exponer de manera sintetizada la exposición de motivos de la resolución de la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud para conceder a enfermería esta competencia, así como manifestar una serie de argumentos fundamentados para defender la medida y responder a las principales críticas formuladas.

OBJETIVOS

- Sintetizar, resumir y analizar la medida publicada en el BOE “por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las enfermeras para infecciones de tracto urinario”.
- Responder a las críticas argumentadas por distintos organismos colegiales y profesionales.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un informe de opinión o comentario. Se realizó una lectura crítica del BOE donde está publicada la resolución con el objetivo de exponer y resumir los motivos principales que alega para capacitar a la Enfermería de esta nueva competencia. Posteriormente, en el apartado argumentos y evidencia, mediante una metodología comparativa, se contrastaron los motivos de la resolución con la bibliografía científica para después poder responder de manera fundada a las protestas levantadas por distintas asociaciones profesionales. Se han usado bases de datos de ciencias de salud y de artículos de prensa con el fin de poder abordar las críticas.

FECHA DE RECEPCIÓN: 3/9/2024

FECHA DE ACEPTACIÓN: 13/11/2024

Correspondencia: Francisco Isaac de la Rosa

Correo electrónico: franciscorosanegron@gmail.com

DISCUSIÓN

Exposición de motivos del BOE

En el documento oficial del BOE se describe detalladamente la medida y su justificación. En líneas generales podríamos clasificar estos argumentos en:

- 1. Alta incidencia de ITU en mujeres:** “La infección del tracto urinario es una de las razones más comunes para consultar en Atención Primaria; anualmente, cerca del 5% de las mujeres acuden al médico por este motivo; a lo largo de su vida, afecta al 50% de las mujeres al menos una vez y su frecuencia aumenta con la edad”².
- 2. Accesibilidad y eficiencia en el tratamiento:** “El tratamiento de la ITU no complicada, que es frecuente en mujeres adultas, se basa en el inicio temprano de medicación con antibiótico, sin necesidad de urocultivo rutinario. El objetivo es aliviar los síntomas y erradicar la infección de manera rápida y eficaz, maximizando la accesibilidad al sistema sanitario”².
- 3. Capacitación y marco de actuación para enfermeras:** “La guía, resultado de un trabajo colaborativo multidisciplinar, ofrece un marco de referencia para que las enfermeras. Excluye casos complejos que requieren valoración médica, como infecciones recurrentes, uso de sonda vesical o inmunosupresión. Además, establece protocolos específicos para el manejo de medicamentos, definiendo cuándo las enfermeras pueden iniciar, modificar, interrumpir o finalizar un tratamiento en función de los síntomas y evolución del paciente”².
- 4. Precedentes y experiencia en la prescripción de medicamentos:** “Esta es la novena guía destinada a la indicación de medicamentos por parte de las enfermeras. Ya están publicadas las referentes a deshabituación tabáquica, anestésicos locales, fiebre, anticoagulación oral, tratamiento de heridas, hipertensión, diabetes tipo 1 y tipo 2, quemaduras y ostomías”².

ARGUMENTOS Y EVIDENCIA

En este apartado, respaldaremos los argumentos previamente expuestos en base a la literatura científica, complementándolos con artículos de prensa que nos permitirán contextualizar esta medida dentro de la situación sanitaria actual y dar respuesta a las principales críticas planteadas.

En cuanto a la alta prevalencia de las infecciones del tracto urinario (ITU) en mujeres, la evidencia es clara e innegable. Diversos estudios estiman que entre el 50% y el 60% de las mujeres adultas experimentarán al menos un episodio de ITU a lo largo de su vida⁵. La prevalencia de ITU sintomáticas es considerablemente más alta en mujeres que en hombres, alcanzando su pico entre los 14 y 24 años, lo cual está estrechamente relacionado con la actividad sexual⁶. Esto sugiere que el perfil más común corresponde a mujeres jóvenes que consultan por molestias asociadas a una ITU no complicada, generalmente provocada por la bacteria *Escherichia coli*, según los datos del Ministerio.

En resumen, es importante partir del hecho de que la mayoría de las ITU que se presentan en las urgencias de atención primaria son de tipo no complicado. La detección precoz de estas infecciones es crucial para su correcta evolución y alivio

de la sintomatología. En la actualidad, la evidencia científica respalda que el inicio temprano de un tratamiento empírico es la estrategia más eficaz para erradicar las bacterias del tracto urinario en estos casos de ITU no complicadas⁷.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) presentan signos y síntomas distintivos que son fácilmente identificables. En la consulta de acogida, las enfermeras ya realizamos el diagnóstico inicial, basándonos en la clínica y utilizando la tira reactiva de orina para interpretar los resultados directamente.

Cuando la ITU no es complicada ni recurrente, el médico, basándose en los resultados que obtenemos e interpretamos las enfermeras, prescribe la antibioterapia empírica siguiendo el protocolo establecido sin más.

Es entonces cuando surge la cuestión, ¿es estrictamente necesaria una interconsulta en estos casos de fácil resolución? Vemos que la realidad asistencial choca con las declaraciones del Consejo Andaluz del Colegio de Médicos, organismo que ha declarado que “en ningún momento Enfermería puede hacer un diagnóstico y establecer un tratamiento antibiótico”⁸.

Otra crítica, esta vez de la SEMERGEN, argumenta que: “En el caso del tratamiento de las infecciones de orina, y en un contexto global donde la resistencia a los antimicrobianos es una amenaza creciente, el diagnóstico diferencial por parte del médico y la selección adecuada de antibióticos es crucial para evitar su uso innecesario”⁹. Crítica que carece de fundamento, ya que en el caso de ITU no complicada son los protocolos y la evidencia científica los que aconsejan usar antibioterapia empírica cuanto antes sin la realización de urocultivo; Frente a un cuadro clínico típico de cistitis aguda no complicada en una mujer, el urocultivo no es necesario porque los organismos causantes y sus sensibilidades a antibióticos son predecibles¹⁰.

Resulta llamativa la estricta rigurosidad con la que algunas de estas asociaciones de profesionales médicos abordan la resistencia a los antibióticos cuando de actuaciones enfermeras se trata. Aunque el protocolo está claro y bien fundamentado, no cabe duda de que, con tan entusiasta colaboración multidisciplinar, todo transcurrirá sin inconvenientes

Otra crítica notable es la que ha hecho el presidente del Colegio de Médicos de Castilla y León, que pide a la presidencia de su comunidad que haga caso omiso de un reglamento jurídicamente vinculante como lo es el BOE y bloquee la medida.

El médico alega que la medida supone un grave riesgo para la seguridad de los pacientes, argumentando que nos limitaríamos a tratar síntomas en vez de abordar la enfermedad subyacente¹¹. Aunque esta crítica es razonable en teoría, no se aplica en el caso específico de las ITU no complicadas. En estos casos, donde la causa suele ser la actividad sexual y el patógeno más común es *Escherichia coli*, el tratamiento empírico es, de hecho, una solución efectiva que resolverá la infección, evitará que progrese y aliviará a la paciente.

Es importante destacar que los profesionales de enfermería están altamente capacitados en farmacología y en la administración de medicamentos. La formación de las enfermeras incluye una educación rigurosa en el uso de antibióticos y en la identificación de posibles efectos adversos, lo cual asegura que puedan manejar de manera segura la prescripción en estos casos. Además, la experiencia con guías previas para la

prescripción de otros medicamentos y tratamientos ha demostrado la competencia y eficacia de las enfermeras en la gestión de condiciones comunes y en la toma de decisiones clínicas.

Lamentablemente ya estamos acostumbrados a estos mensajes catastrofistas, como cuando el SMA dijo que “solo es cuestión de tiempo que alguien muera a causa de la falta de formación médica de este personal”¹². Sabemos que el SMA es un destructor inflexible de las consultas de acogida de enfermería, tal como se evidencia en su publicación titulada “El fracaso de las consultas de acogida en datos: resuelven menos del 5% de los casos que atienden”¹³.

A pesar de los creativos intentos del SMA por desviar la atención con datos convenientemente manipulados, la realidad es mucho más clara. En su artículo, han decidido basarse en un único centro de salud —sin siquiera tomarse la molestia de citar o justificar su muestra— y extrapolar esos resultados a toda Andalucía. Una táctica, cuando menos, cuestionable. Lo que realmente pasan por alto es que las consultas de acogida resuelven efectivamente el 52% de los casos no demorables

que llegan sin cita a los centros de salud¹⁴. Estos, por si queda alguna duda, son los datos oficiales.

Si algo es cuestionable, es el funcionamiento de la consulta de acogida en ese centro de salud, donde parece haber serias deficiencias en la resolución de casos. Quizás lo que realmente correspondería sería una auditoría interna para evaluar la mala dirección y planificación de dicho centro, especialmente considerando que en el resto de Andalucía se resuelven más del 50% de los casos de forma efectiva.

EN CONCLUSIÓN

Los profesionales de Enfermería son perfectamente capaces de llevar a cabo un correcto diagnóstico y tratamiento de las ITU no complicadas. A pesar de que la medida no haya estado exenta de polémica, las críticas recibidas carecen de fundamento racional y parecieran responder más a la defensa de intereses profesionales y gremiales antes que a la defensa del bien común.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Cancer Institute. Infección urinaria. Diccionario de cáncer [Internet]. 2024 [citado 2024 Nov 12]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/infeccion-urinaria>
2. Ministerio de Sanidad. Infecciones urinarias. Sistema Nacional de Salud [Internet]. 1998 [citado 2024 Nov 12]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/urinarias.pdf>
3. Gobierno de España. Resolución de la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud, por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las enfermeras para infecciones del tracto urinario inferior no complicada en mujeres adultas. Boletín Oficial del Estado, nº 197 [Internet]. 2024 Ago 19 [citado 2024 Nov 12]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2024-17079
4. Ministerio de Sanidad. El Ministerio de Sanidad valida la guía para la prescripción enfermera de antibióticos en infecciones urinarias no complicadas en mujeres [Internet]. 2024 Ago 19 [citado 2024 Nov 12]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6496>
5. Alós JI. Epidemiología y etiología de la infección urinaria comunitaria. Sensibilidad antimicrobiana de los principales patógenos y significado clínico de la resistencia. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23(Supl 4):3-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosasmicrobiologia-clinica-28-articulo-epidemiologia-etilogia-infeccion-urinariacomunitaria--13091442>
6. Mallén P, Ortega Y. Infecciones de las vías urinarias y de transmisión sexual. *Nefrología al día* [Internet]. 2022 [citado 2024 Nov 12]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-infecciones-de-la-vias-urinarias-y-de-trasmision-sexual-462>
7. Diego L, Robert L, Pellicer A, Rodríguez G, Rosich I, Ribes E. Cistitis no complicada en mujeres: 5 estrategias para mejorar la prescripción. 2022.
8. Médicos critican que las enfermeras receten antibióticos. *El Correo Web*. 2024 Ago 20. Disponible en: <https://www.elcorreoweb.es/sociedad/2024/08/20/medicos-critican-enfermeras-receten-antibioticos-107169982.html>
9. Enfermeras y la infección de orina: una visión integral. *Diario Enfermería 2024* [fecha de acceso: 2024 Nov 12]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/enfermeras-infeccion-orina/>
10. Wurgaft KA. Infecciones del tracto urinario. *Rev Med Clin Las Condes*. 2010;21(4):629- 633. doi: 10.1016/S0716-8640(10)70579-4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-infecciones-del-tracto-urinario-S0716864010705794>
11. Colegios médicos de Castilla y León piden a Sacyl que aplique medidas para mejorar la atención. *La Gaceta de Salamanca*. 2024 Ago 29. Disponible en: <https://www.lagacetadesalamanca.es/salamanca/colegios-medicos-castilla-leon-piden-sacyl-aplique-20240829193120-nt.html>
12. El SMA advierte "riesgo de muerte" en pacientes tratados por personal de enfermería que suplanta labores médicas. *Diario de Huelva*. 2024 Nov 13. Disponible en: <https://www.diariodehuelva.es>
13. El fracaso de las consultas de acogida en datos: resuelven menos del 5% de los casos que atienden. *Sindicato Médico de Sevilla*. 2023 Mar 2. Disponible en: <https://www.smsevilla.org/2023/03/02/el-fracaso-de-las-consultas-de-acogida-en-datos-resuelven-menos-del-5-de-los-casos-que-atienden/>
14. Servicio Andaluz de Salud. Las consultas de acogida resuelven el 52% de los casos no demorables que acuden sin cita a los centros de salud [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía; 2022. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/todas-noticia/las-consultas-de-acogida-resuelven-el-52-de-los-casos-no-demorables-que-acuden-sin-cita-los-centros>

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

De la Rosa Negrón FI. La prescripción enfermera de antibioterapia empírica en casos de infección del tracto urinario no complicada. *Análisis y defensa de la medida. Hygia de Enfermería*. 2024; 41(3): 132-135

Revisión de la literatura sobre el manejo del parto en presentación podálica

Literature review on the management of breech birth

Alejandro Espinosa de la Torre

Residente de matrona. Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla).

RESUMEN

Introducción: La presentación de nalgas es una situación presente en un 4% de los fetos a término. Desde la publicación del artículo Term Breech Trial TBT en el año 2000 la práctica de este tipo de partos ha sido progresivamente abandonada. El objetivo de esta revisión es presentar un resumen sintetizado de la evidencia existente relacionada con el manejo del parto en presentación podálica.

Métodos: En octubre de 2024 se realizó una revisión de la literatura, utilizando diversas bases de datos de ciencias de la salud para identificar y obtener artículos originales que cumplieran con los criterios de selección predeterminados.

Resultados: El manejo de la dilatación presenta semejanzas con el parto en cefálica con respecto a las indicaciones de la inducción, uso de oxitocina, amniorrexis artificial o la analgesia epidural, siendo diferentes los tiempos de duración de las fases pasiva y activa del expulsivo. Además, han sido descritas diferentes maniobras para la extracción siendo las más empleadas la de Bracht, Rojas-Löwset y Mauriceau. Los resultados perinatales mostraron que en aquellas pacientes que cumplían criterios y eran atendidas por profesionales formados en parto de nalgas los resultados de morbilidad materno-fetales a largo plazo no diferían respecto a las que eran sometidas a cesárea.

Conclusiones: El parto de nalgas parece ser una opción segura cuando los profesionales se encuentran formados en el manejo del mismo. La información detallada sobre beneficios y riesgos de la cesárea frente al parto vaginal es esencial para permitir que la madre tome decisiones con respecto a su parto y haga uso del consentimiento informado.

PALABRAS CLAVE

presentación podálica, maniobras, trabajo de parto, cuidados enfermería, neonato

ABSTRACT

Backgrounds: Breech presentation is a condition present in 4% of full-term pregnancies. Since the publication of the Term Breech Trial (TBT) systematic review at Lancet in 2000, the practice of this type of birth has been progressively abandoned. The objective of this review is to present a synthesized summary of the current evidence related to the management of breech presentation birth.

Methods: In October 2024, a literature review was carried out, using health science databases to identify and obtain original trials that met the predetermined selection criteria.

Findings: The management of dilation presents many similarities with birth in cephalic presentation regarding the indications for induction, the use of oxytocin, artificial amniorrhesis or epidural analgesia, with different durations of the passive and active phases of second stage. In addition, different maneuvers have been described for the extraction of the fetal cylinder, the most commonly used being Bracht, Rojas-Löwset, and Mauriceau. Perinatal results showed that in those patients who met the criteria and were cared for by professionals trained in breech delivery, the long-term maternal-fetal morbidity and mortality results did not differ from those of pregnant women who underwent cesarean section.

Conclusions: Breech delivery appears to be a safe option when professionals are trained in its performance and management. Detailed information about the benefits and risks of cesarean section versus vaginal birth is essential to allow the mother to make decisions regarding her birth and use informed consent.

KEYWORDS

breech presentation; maneuver; labor, obstetrics; nursing care; infant, newborn

INTRODUCCIÓN

La presentación pelviana es aquella en la que el polo pélvico del feto está en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna¹. Existen tres modalidades^{1,2}:

- **Presentación completa:** Muslos y piernas flexionadas, manteniendo la actitud fetal de flexión.
- **Modalidad franca de nalgas o nalgas puras:** muslos flexionados pero piernas extendidas. La más frecuente (50-70% de los casos).
- **Nalgas incompletas:** uno o ambos pies avanzan en la presentación. Tiene peor pronóstico hacia la evolución espontánea.

FECHA DE RECEPCIÓN: 26/10/2024

FECHA DE ACEPTACIÓN: 26/11/2024

Correspondencia: Alejandro Espinosa de la Torre

Correo electrónico: aedelatorre9@gmail.com

El 20% de los fetos de menos de 28 semanas se encuentran en presentación pelviana, pero solo 4% permanecerá así más allá

de la semana 36. De acuerdo con la ley de la acomodación de Pajot: "si un cuerpo sólido es contenido por otro denominado continente (útero) susceptible de alternancias de actividad y reposo, de superficies deslizables y poco angulosas, el contenido (feto) deberá acomodar su forma y dimensiones al continente"³.

Es por ello, que los fetos más jóvenes suelen presentarse en nalgas debido al mayor tamaño de la cabeza fetal, mientras que en fetos más grandes, la parte podálica predomina y favorece la rotación a presentación cefálica³.

Existen algunos factores predisponentes que se puede relacionar con la presentación podálica, tales como²:

- **Prematuridad:** 20-25% de los fetos de nalgas antes de la semana 28 de gestación y entre el 7-16% antes de la 32.
- **Alteraciones del útero:** malformaciones, miomas, anomalías placentarias, multiparidad, extremos en la cantidad de líquido amniótico.
- **Alteraciones fetales:** anencefalia, hidrocefalia, teratoma sacrococcígeo...
- **Movilidad fetal reducida:** gestación múltiple, cordón corto...

Al diagnóstico puede llegarse tanto a través de la exploración abdominal, del tacto vaginal o ecografía. La exploración ecográfica adquiere una gran importancia pues permite conocer la actitud de la cabeza fetal⁴.

Cuando la dilatación cervical es adecuada, se palpa una masa separada en dos por la presencia del surco interglúteo y en su mitad se encuentra una depresión que corresponde al ano. El surco interglúteo equivale a la sutura sagital en la presentación cefálica, siendo frecuente el asinclitismo. En uno de los extremos del surco se identifica una prominencia ósea triangular que corresponde al coxis, y por encima tres o cuatro prominencias óseas que corresponden a la cresta sacra, punto de referencia de la presentación¹.

El mecanismo del parto es similar al cefálico pero con inversión del orden: parto del polo pelviano, de la cintura torácica y hombros y de la cabeza. Se deben considerar dos cuestiones importantes²:

- **La solidarización del cilindro fetal:** Normalmente, el cilindro fetal se mantiene íntegro, con la cabeza flexionada entre los hombros, el mentón tocando el esternón, los brazos flexionados y todo el feto en flexión ventral. La deflexión de la cabeza o extensión de la columna pueden alterar el mecanismo de parto.
- **Variación de la presentación:** En las nalgas puras, el diámetro mayor que ofrece el feto a la pelvis es el bitrocantéreo (9.5cm), mientras que en nalgas completas es el sacro-pretibial (12cm).

Mecanismo del parto de nalgas con cilindro fetal único²:

Si el cilindro está íntegro, el mecanismo es similar al parto en cefálica.

1. **Acomodación del polo pelviano al estrecho superior:** coinciden el diámetro mayor con el oblicuo de la pelvis.
2. **Descenso y rotación interna de las nalgas:** Coinciden el diámetro bitrocantéreo con el anteroposterior del estrecho inferior (rotación 45°).

3. **Desprendimiento de las nalgas:** La nalga anterior se apoya bajo el pubis y se desprende primero. En nalgas completas las extremidades inferiores se desprenden con las nalgas.

4. **Rotación externa de las nalgas y acomodación de los hombros:** Fuera de la vulva, el diámetro bitrocantéreo rota 90° de manera que el sacro fetal queda ubicado debajo de la sínfisis materna. Así, el diámetro bisacromial se posiciona en el diámetro transversal del estrecho superior.

5. **Descenso de los hombros:** Descienden en transversa con rapidez, por lo que la cabeza solo debe deflexionarse para ser expulsada.

Mecanismo del parto de nalgas con cilindro fetal no conservado²:

1. **Rotación interna de los hombros y acomodación de la cabeza:** Para pasar por el diámetro interespinoso, el bisacromial se reduce y rota para ajustarse al diámetro anteroposterior de la pelvis. La cabeza se acomoda en el estrecho superior con el occipucio hacia adelante y el mentón hacia atrás, siendo la posición más común la izquierda anterior. Esto facilita la flexión del cuello y el avance del parto.

2. **Desprendimiento de los hombros y descenso de la cabeza:** Se desprende primero el hombro anterior. En condiciones normales, los brazos se desprenden junto al tórax. Esto se acompaña del descenso de la cabeza.

3. **Rotación externa de los hombros e interna de la cabeza:** desprendidos los hombros, el diámetro bisacromial rota 90° para que la cabeza haga su rotación interna y la sutura sagital se coloque en el diámetro anteroposterior del estrecho inferior.

4. **Desprendimiento de la cabeza:** antes de expulsar la cabeza, el mentón se orienta hacia el periné. Se emplea el occipucio como punto de apoyo, apareciendo sobre la región perineal el mentón, la boca, la nariz, la frente y finalmente el occipucio.

Cuando se presentan alteraciones en la evolución normal del mecanismo del parto de nalgas se pueden presentar diversas complicaciones que dificultan o imposibilitan la expulsión fetal o producen lesiones del mismo. Las más frecuentes son²:

- **Procidencia o descenso de un solo pie:** si es el posterior, debe realizar un giro de 180° para que se convierta en anterior. La procidencia de un miembro debe considerarse perjudicial para el parto.
- **Distocia de hombros:** se relaciona con la tracción del cuerpo fetal por el asistente. El pronóstico es desfavorable pues se suelen producir fracturas de húmero o clavículas.
- **Distocia de cabeza última:** es una causa importante de morbilidad perinatal y se produce cuando la cabeza queda retenida. Se da fundamentalmente en tres situaciones:
 - Rotación de la cabeza a occipitosacra ya que el mentón choca contra la sínfisis del pubis.
 - Actitud de la cabeza en deflexión que aumenta el riesgo de lesión medular cervical.
 - Dilatación cervical incompleta.
- **Parto rápido de la cabeza fetal:** la brusca expulsión de la cabeza fetal puede originar una hemorragia intracraneal y lesiones traumáticas en el cuello del recién nacido.

En octubre del año 2000, Hanna et al publicaron el Term Breech Trial (TBT), un ensayo multicéntrico que comparó los resultados del parto por cesárea programada y el parto vaginal. En este participaron más de cien centros hospitalarios con una muestra de más de dos mil mujeres⁵.

El protocolo de actuación permitía la amniotomía, el latido fetal fue monitorizado cada quince minutos en la dilatación y cada cinco en el expulsivo. En situación de hipodinamia se empleó oxitocina intravenosa⁵.

Los resultados mostraron menor riesgo de morbilidad perinatal en las cesáreas sin diferencias en la morbilidad materna. Tras el estudio, se realizó un seguimiento los tres primeros meses posparto, no observando mayor riesgo de consecuencias posparto en las madres sometidas a cesárea⁶.

Tras esto, la cesárea programada se adoptó ampliamente, disminuyendo significativamente los partos vaginales de nalgas, aunque algunos países europeos mantuvieron el parto vaginal si la selección era adecuada^{7,8,9}.

Un estudio posterior en Irlanda mostró una disminución de los partos vaginales de nalgas tras el TBT, pero sin reducir la mortalidad¹⁰. En cambio, en países como Francia y Bélgica donde se mantenía el parto vaginal, un estudio observacional (PREMODA) no encontró diferencias significativas en la morbilidad perinatal entre cesáreas y partos vaginales¹¹. A raíz de esto, la ACOG actualizó sus guías, sugiriendo considerar los deseos de la madre y la experiencia profesional¹².

En España, los criterios de elección para el parto vaginal son estrictos (ausencia de desproporción feto-pélvica, tipo de presentación de nalgas, actitud de la cabeza fetal, peso estimado 2500g-4000g, consentimiento informado)⁸, y en 2012 solo el 11% de los hospitales realizaban partos vaginales de nalgas de forma rutinaria¹³.

A pesar de que los estudios posteriores no muestran peores resultados en morbi-mortalidad para los partos vaginales de nalgas, la tendencia hacia la cesárea programada sigue siendo predominante^{7,8}.

Es por ello que el objetivo de esta revisión es realizar una actualización de la evidencia acerca del manejo del parto en presentación podálica.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de la biblioteca virtual del SAS "Gerión" en bases de datos electrónicas internacionales, tales como Pubmed, Web of Science, Cochrane, Scopus y Cinahl, y en bases de datos nacionales, como es el caso de Cuiden Plus. Esta búsqueda se llevó a cabo durante el mes de octubre de 2024.

Así mismo, se han realizado búsquedas en páginas web oficiales como la del Ministerio de Sanidad o el Instituto Nacional de Estadística, así como actas de congresos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

En las bases de datos se realizaron diversas cadenas de búsqueda con términos estandarizados a través del portal DeCS/MeSH, uniendo los mismos mediante el uso de los operadores

booleanos AND y OR. Los términos estandarizados a los que nos referimos son los siguientes: "breech presentation", "ma-neuver", "labor, obstetrics", "nursing care", "infant, newborn".

En la búsqueda bibliográfica realizada se han establecido los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios realizados en los últimos diez años.
- Estudios a texto completo gratuito.
- Publicaciones en español, inglés, francés o portugués.
- Estudios originales (se incluyen ensayos clínicos aleatorizados, estudios de casos y controles, de cohortes o estudios descriptivos).

RESULTADOS

Asistencia al parto de nalgas: valoración, actuación y cuidados durante el parto

Previo a la finalización de la gestación, se debe informar adecuadamente a la gestante de los beneficios y riesgos de la vía vaginal en el parto con feto a término en presentación podálica así como proporcionar esa misma formación sobre la cesárea electiva¹⁴.

Respecto a la inducción del mismo la evidencia es escasa, aunque podría ser considerada si las condiciones personales son favorables¹⁴. No obstante, los colegios profesionales de obstetras de Canadá y Reino Unido no lo recomiendan¹⁵. Gaillard¹⁶ realizó un estudio en el que el 67.4% de las inducciones de partos de nalgas fueron exitosas y no observó un aumento de la morbilidad perinatal grave en las inducciones frente a las cesáreas programadas.

En cuanto al uso de oxitocina, puede considerarse su utilización en ausencia de progresión de la dilatación con hipodinamia primaria tras haber descartado una hipodinamia secundaria a una desproporción feto-pélvica, especialmente en múltiparas¹⁴.

No parece que la amniorrexis artificial tenga influencia en los resultados perinatales, por lo que debe realizarse cuando esté indicada con los mismos criterios que en presentación cefálica^{14,17}.

La presentación de nalgas no es en sí misma, una indicación para la monitorización electrónica fetal continua¹⁴. Sin embargo, uno de los factores evitables más importantes de la muerte perinatal en partos de nalgas en la vigilancia subóptima del bienestar fetal, diferentes publicaciones realizadas en países nórdicos como Noruega o Finlandia recomiendan la monitorización continua^{18,19}.

Respecto de la analgesia epidural, el parto vaginal de nalgas no es una indicación ni contraindicación para el mismo. Debe por tanto individualizarse la decisión respetando los deseos de la gestante¹⁴.

Benmessaoud²⁰ realizó un estudio para describir las curvas de progresión del parto en presentación de nalgas. En el mismo, dividió la primera fase del parto en una fase de latencia de 0 a 5 cm y una fase activa de 5 a 10 cm. La dilatación fue más rápida en múltiparas que en nulíparas y se aceleró en ambas en fase activa de la dilatación (1.54 cm/h para primíparas y 2.00 cm/h para múltiparas). La dilatación cervical desde los 8cm hasta la dilatación completa fue significativamente más rápido en las nalgas completas que en las nalgas francas.

La SEGO indica la realización de cesárea cuando la dilatación se detiene durante dos o más horas con dinámica uterina regular¹⁴.

Por otro lado, una vez alcanzada la dilatación completa, la fase pasiva del expulsivo puede prolongarse hasta 90 minutos. La fase activa del mismo puede ser de hasta 60 minutos. Los pujos maternos son muy importantes y deben de ser alentados^{2,14}.

Maniobras en el parto de nalgas

- **Maniobra de Bracht:** Su objetivo es liberar los hombros y la cabeza en un solo movimiento²¹. Se espera a la expulsión del tronco hasta el ombligo, luego, con una ligera tracción, se exterioriza un asa del cordón². Se mantiene la espera hasta ver el ángulo inferior de la escápula. El feto se toma por el tronco con las manos sobre él, los pulgares sobre los muslos y los muslos flexionados. Se bascula el cuerpo fetal sobre la sínfisis materna, mientras un ayudante presiona el fondo uterino, facilitando el descenso de la cabeza. Esta maniobra provoca la tracción de hombros y cabeza hacia el canal de parto, permitiendo el desprendimiento de hombros, brazos y cabeza²¹. Se considera de primera línea pues resuelve el 60% de los partos de nalgas¹.
- **Maniobra de Rojas-Löwset:** Consiste en rotar 180° el hombro posterior para convertirlo en anterior²¹. Al visualizar el ángulo inferior de la escápula, se toma al feto por la cintura pelviana, con los pulgares en el sacro. Luego, se rota al feto sobre su plano ventral hasta que el brazo se moviliza y aparece debajo de la sínfisis del pubis. En ese momento, se toma el codo y se desprende el brazo. Después, se repite la rotación en sentido contrario^{1,2,21}.
- **Maniobra de Mauriceau:** Es una técnica común para extraer la cabeza fetal². Su objetivo es acomodar la cabeza al estrecho inferior para facilitar su salida. Con la cabeza en posición occipito-púbica, el cuerpo fetal se apoya sobre el antebrazo de la mano introducida en la vagina. El dedo índice y medio se colocan en la boca del feto, apoyándose sobre la base de la lengua²¹, mientras que otros sugieren presionar sobre las eminencias malares¹. Con la otra mano, se realiza una tracción hacia abajo hasta que el occipucio pasa bajo la arcada púbica, flexionando el tronco fetal sobre el abdomen de la madre²¹.
- **Maniobra de Praga invertida:** Poco común, puesto que se emplea cuando la cabeza rota a posterior y esto no suele ocurrir. Con dos dedos de la mano derecha traccionamos de los pies hacia el abdomen de la madre y hacia arriba².
- **Maniobra de Müller:** El feto se toma por la cintura pelviana con ambas manos, con los pulgares sobre el sacro. El feto se rota hacia el lado del dorso y hacia abajo para alinear el diámetro bisacromial con el anteroposterior del estrecho inferior y libera el hombro anterior bajo la arcada púbica. Luego, se alcanza el húmero fetal en el pliegue del codo y se libera el brazo anterior. Con una tracción hacia arriba, se libera el hombro posterior. Finalmente, se utiliza la maniobra de Mauriceau para la extracción de la cabeza².
- **Fórceps en cabeza última:** Es una alternativa a la maniobra de Mauriceau para la extracción de la cabeza cuando se produce distocia de cabeza última. Algunas escuelas consideran que es una intervención que reduce los traumatismos de la cabeza y las lesiones del plexo braquial. Se rige por los mismos principios que una aplicación en presentación de vértice. Se utiliza un fórceps de Piper, con curvatura perineal².

En un estudio realizado en Etiopía se estudió qué factores incrementan el riesgo de malos resultados perinatales en el parto de nalgas. Se encontró que el atrapamiento de la cabeza, la asfisia al nacer y el prolapso de cordón umbilical fueron las causas más comunes de mortalidad perinatal²².

Factores como el peso fetal <2500g, madres mayores de 35 años, madres con el cuello uterino no dilatado completamente y aquellas con rotura prematura de membranas tuvieron un aumento estadísticamente significativo de la mortalidad perinatal²².

Un estudio multicentro comparó los resultados perinatales de dos hospitales: uno en el que el protocolo en presentación de nalgas se ofrece el parto de manera rutinaria y otro donde se opta por la cesárea. En el mismo se obtuvieron resultados obstétricos similares en ambos grupos salvo por una tasa de pérdida de sangre mayor de 1.000 ml significativamente mayor en el grupo de parto vaginal. En los resultados neonatales hubo una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a ingresos en la UCI neonatal, distrés respiratorio al nacimiento y puntuación de Apgar <7 a los cinco minutos²³.

Wangber²⁴ expuso que la cesárea programada en comparación con el parto vaginal de los bebés a término en presentación de nalgas puede reducir la mortalidad perinatal y morbilidad infantil a corto plazo, mientras que no hay una diferencia significativa en la morbilidad de la madre o el niño a largo plazo. La morbilidad materna a corto plazo, como los eventos tromboembólicos y la incontinencia urinaria, se pueden reducir con la cesárea programada. Es por ello que los obstetras deben brindar a la mujer embarazada información individualizada para que puedan tomar una decisión informada²⁴.

Un estudio de cohortes enfatizó en la necesidad de un control riguroso del trabajo de parto, una decisión oportuna y una anticipación adecuada para la reanimación neonatal con el fin de reducir estas complicaciones. Se deben organizar cursos de actualización para el manejo del parto de nalgas para el personal de salud con el fin de minimizar el riesgo de lesión del plexo braquial (principal complicación en este estudio)²⁵.

En un estudio en Alemania, se expuso que un IMC menor y la multiparidad son factores que favorecen el éxito en el parto vía vaginal cuando hay presentación de nalgas. No hubo diferencia en las puntuaciones de Apgar al minuto, 5 minutos ni 10 minutos. Tampoco hubo diferencias significativas en la aparición de lesión del plexo braquial, convulsiones, infecciones o ingreso en la UCIN. Sí que hubo diferencias significativas en el pH de arteria umbilical que fue menor en los recién nacidos por vía vaginal. Sin embargo, solo se observó acidosis grave (pH < 7,0 y EB > 12 mmol/L) en una cesárea de emergencia debido a un prolapso de cordón²⁶.

CONCLUSIONES

De la presente revisión narrativa se extraen las siguientes conclusiones:

- La presentación pelviana presenta diferentes modalidades en las que las nalgas puras son las más frecuentes y tienen un pronóstico favorable si no se presentan complicaciones.
- La prematuridad, las alteraciones uterinas y las malformaciones fetales son algunos factores que influyen en la probabilidad de que el feto se mantenga en posición podálica a medida que avanza el embarazo.
- El diagnóstico de la presentación pelviana se realiza mediante exploración abdominal, táctil y ecográfica. El manejo de este tipo de partos depende de factores como la dilatación cervical, el estado fetal y la actitud de la cabeza.
- El estudio TBT supuso un antes y un después en el modo de abordar la presentación de nalgas de manera que a raíz de este los partos en podálica se han reducido pro-

gresivamente pese a que existe evidencia que muestra este tipo de partos como una opción segura.

- El manejo del parto de nalgas es similar al de presentación cefálica, teniendo especial relevancia la monitorización fetal continua y la formación en maniobras obstétricas adecuadas como Bracht o Mauriceau.
- La información detallada y adecuada sobre los beneficios y riesgos de la cesárea frente al parto vaginal es esencial para permitir que la madre tome decisiones informadas respecto al parto. Los criterios de elección deben ser estrictos y se debe respetar el consentimiento informado de la madre.

En conclusión, aunque la cesárea programada sigue siendo la opción preferida en la mayoría de los casos de presentación podálica, el parto vaginal sigue siendo una opción viable en situaciones seleccionadas, siempre que se cuente con la preparación adecuada y se realice una vigilancia estrecha del bienestar fetal y materno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grillo-Ardila CF, Bautista-Charry AA, Diosa-Restrepo M. Atención del parto con feto en presentación pelviana: revisión de la semiología, el mecanismo y la atención del parto. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2019;70(4):253–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3345>
2. Martínez Galiano JM. *Manual de Asistencia Al Parto + Acceso Online*. Martínez Galiano JM, editor. Elsevier; 2013
3. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Management of Breech Presentation, Clinical Guideline. UK 2017. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg20b/>
4. Auckland District Health Board, National Women's Hospital, Auckland New Zealand. Breech birth. Clinical Guideline. 2012. Disponible en: <http://nationalwomenshealth.adhb.govt.nz/healthprofessionals/policies-and-guidelines>
5. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial: Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000;356:1375–83.
6. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: The international randomized term breech trial. *Obstet Gynecol Surv* [Internet]. 2002;57(9):556–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00006254-200209000-00006>
7. Glezerman M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2006;194(1):20–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.08.039>
8. Parto en la presentación de nalgas a término. *Prog Obstet Ginecol (Internet)* [Internet]. 2011;54(9):478–500. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2011.07.005>
9. Hogle KL, Kilburn L, Hewson S, Gafni A, Wall R, Hannah ME. Impact of the international term breech trial on clinical practice and concerns: a survey of centre collaborators. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2003;25(1):14–6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)31077-5](http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163(16)31077-5)
10. Hehir MP, O'Connor HD, Kent EM, Fitzpatrick C, Boylan PC, Coulter-Smith S, et al. Changes in vaginal breech delivery rates in a single large metropolitan area. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2012;206(6):498.e1-4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.03.029>
11. Goffinet F, Carayol M, Foidart J-M, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2006;194(4):1002–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.10.817>
12. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 340. Mode of term singleton breech delivery. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2006;108(1):235–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00006250-200607000-00058>
13. *Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. 2013;56:248–53. S0304501311003852.pdf. [citado el 21 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://S0304501311003852.pdf>
15. Impey L-L, Murphy DJ, Griffiths M. en beneficio de elReal Colegio de Obstetras y Ginecólogos. *Gestión de presentación de nalgas*. *BJOG*. 2017;124:e151–77.
16. Gaillard T, Girault A, Alexander S, Goffinet F, Le Ray C. Is induction of labor a reasonable option for breech presentation? *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2019;98(7):885–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.13557>
17. Vidaeff AC. Breech delivery before and after the term breech trial. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. 2016;49(1):198–210. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.grf.0000197545.64937.40>
18. Håheim LL, Albrechtsen S, Berge LN, Bør Dahl PE, Egeland T, Henriksen T, et al. Breech birth at term: vaginal delivery or elective cesarean section? A systematic review of the literature by a Norwegian review team: Breech birth at term. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2014;83(2):126–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.0001-6349.2004.00349.x>

19. Toivonen E, Palomäki O, Huhtala H, Uotila J. Selective vaginal breech delivery at term - still an option: Vaginal breech delivery at term. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2012;91(10):1177–83.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01488.x>
20. Benmessaoud I, Jamey M, Monard B, Metz J-P, Bourtembourg-Matras A, Ramanah R, et al. Analysis of spontaneous labor progression of breech presentation at term. *PLoS One* [Internet]. 2022;17(3):e0262002.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0262002>
21. UVMF – Université Médicale Virtuelle Francophone. Manœuvres obstétricales. Comité éditorial de l'UVMaF 2013-2014. p. 4-29
22. Debero Mere T, Beyene Handiso T, Mekiso AB, Selamu Jifar M, Aliye Ibrahim S, Bilato DT. Prevalence and perinatal outcomes of singleton term breech delivery in wolisso hospital, oromia region, southern Ethiopia: A cross-sectional study. *J Environ Public Health* [Internet]. 2017;2017:9413717.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2017/9413717>
23. Bevilacqua E, Jani JC, Meli F, Carlin A, Bonanni G, Rimbault M, et al. Pregnancy outcomes in breech presentation at term: a comparison between 2 third level birth center protocols. *AJOG Glob Rep* [Internet]. 2022;2(4):100086.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.xagr.2022.100086>
24. Wängberg Nordborg J, Svanberg T, Strandell A, Carlsson Y. Term breech presentation—Intended cesarean section versus intended vaginal delivery—A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2022;101(6):564–76.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.14333>
25. Dohbit JS, Foumane P, Tochie JN, Mamoudou F, Temgoua MN, Tankeu R, et al. Maternal and neonatal outcomes of vaginal breech delivery for singleton term pregnancies in a carefully selected Cameroonian population: a cohort study. *BMJ Open* [Internet]. 2017;7(11):e017198. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017198>
26. Nothelfer A, Friedl TWP, Dayan D, Beer F, Janni W, Reister F, et al. Trial and error - Outcome of breech presentation depending on birth mode and root cause analysis of severe adverse events. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2024;299:309–16.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.06.034>

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Espinosa de la Torre A. Revisión de la literatura sobre el manejo del parto en presentación podálica. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(3): 136-141

Premio ICOES Mejor Artículo Científico Primer Trimestre 2024

Isabel Rodríguez Gallego

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Evaluación del impacto de una intervención grupal de apoyo a la lactancia materna liderada por la matrona en la prevención de la depresión postparto.

Rodríguez-Gallego, I., Vila-Candel, R., Corrales-Gutierrez, I., Gomez-Baya, D., & Leon-Larios, F. (2024). Evaluation of the Impact of a Midwife-Led Breastfeeding Group Intervention on Prevention of Postpartum Depression: A Multicentre Randomised Clinical Trial. *Nutrients*, 16(2), 227.

<https://doi.org/10.3390/nu16020227>

RESEÑA

La lactancia materna proporciona múltiples beneficios demostrados en los niveles físico, cognitivo y social tanto para la madre como para el recién nacido. Sin embargo, los beneficios psicológicos, especialmente aquellos relacionados con la depresión postparto, aún son en gran medida desconocidos. Algunos estudios indican que la depresión durante el embarazo y el posparto es uno de los factores que pueden contribuir al fracaso de la lactancia materna. Otros estudios, también sugieren una asociación entre la lactancia materna y la depresión postparto, indicando que la depresión postparto puede reducir las tasas de lactancia y, que la lactancia materna, puede disminuir el riesgo de depresión postparto. Sin embargo, la dirección de esta asociación sigue siendo incierta. Las intervenciones de apoyo en grupo durante el período postparto han demostrado ser eficaces para ayudar a las mujeres a enfrentar la depresión y mejorar las tasas de lactancia materna. Además, también hay resultados alentadores que demuestran que las intervenciones grupales son efectivas para mantener la lactancia materna durante el período postparto, especialmente cuando este apoyo entre pares se combina con el liderazgo de un profesional de la salud o un Consultor de Lactancia Certificado Internacionalmente. Asimismo, hay evidencia del impacto positivo que la lactancia materna tiene en la salud mental de las mujeres, al mejorar su bienestar, aumentar la autoeficacia percibida y promover la interacción con el recién nacido.

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad de una intervención grupal de apoyo a la lactancia materna liderada por una matrona en las tasas de lactancia materna, la depresión postparto y la autoeficacia general. Se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico tipo clúster, con grupo control e intervención, sin enmascaramiento. Antes del inicio del ensayo, fue registrado en el registro de Número de Estudio Clínico/Social Internacional Estándar (ID del ensayo: ISRCTN17263529; fecha de registro: 17 de junio de 2020). Se realizó en Andalucía (sur de España) desde octubre de 2021 hasta mayo de 2023. Participaron n total de 382 mujeres en el estudio. Los centros de salud primaria fueron asignados al azar ya sea al grupo de intervención o al grupo de control (recibiendo atención habitual), considerando si alguna forma de intervención de apoyo grupal para la lactancia ya estaba disponible. La asignación de los centros de salud en estos grupos fue realizada por una técnica de investigación, quien era independiente de los investigadores responsables del reclutamiento de participantes, utilizando una secuencia aleatoria. La técnica proporcionó identificadores únicos al azar a los centros de salud, distinguiendo entre aquellos

que pertenecían al grupo control e intervención. Posteriormente, las mujeres fueron nuevamente aleatorizadas siguiendo una estrategia simple (1:1) a las 35–37 semanas de gestación por las matronas del Centro de Salud primaria colaborador. Finalmente, cada participante recibió un código de identificación basado en el grupo al que fue asignada. El estudio fue aprobado por los Comités de Ética de la Investigación de los hospitales Virgen Macarena y Virgen del Rocío (Sevilla, España) el 24 de febrero de 2020 (Código 1936-N-19).

Los resultados mostraron una diferencia significativa en las tasas de lactancia materna exclusiva a los 4 meses posparto entre los grupos (control 50% vs. intervención 69.9%; $p < 0.001$). Además, hubo una puntuación media más baja en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en el grupo de intervención (12.49 ± 3.6 vs. 13.39 ± 4.0 ; $p = 0.044$). De manera similar, se observaron puntuaciones más altas de autoeficacia general entre las mujeres lactantes a los 2 y 4 meses posparto (77.73 ± 14.81 ; $p = 0.002$ y 76.46 ± 15.26 ; $p < 0.001$, respectivamente).

En conclusión, las mujeres que participaron en grupos de apoyo a la lactancia materna liderados por matronas mostraron niveles más altos de autoeficacia general, mantuvieron la lactancia durante un período más prolongado y presentaron menos depre-

sión posparto a los 4 meses después del parto en comparación con las mujeres del grupo de control. Estos hallazgos sugieren la necesidad de que las matronas desarrollen estrategias de intervención que aborden los factores que apoyan la iniciación y el mantenimiento de la lactancia, al mejorar la autoeficacia para reducir la incidencia de la depresión posparto, ya que estas han sido identificadas como intervenciones prometedoras, aunque se necesita más investigación.

En relación a las implicaciones para la práctica clínica, una vez demostrada la efectividad de la intervención grupal bajo el modelo de Grupo de apoyo a la lactancia materna liderados por matronas, en relación a las tasas de lactancia materna y prevalencia de la depresión posparto, se sugiere implementar tipo de apoyo durante el postparto como estrategia recomendada desde Atención Primaria de Salud. Los hallazgos de este estudio deben alentar a promover un cambio en el sistema de apoyo a la lactancia actual, hacia una red de apoyo integrada y liderada por matronas, para lograr mejorar la salud materna e infantil. Estas comunidades, formadas por los grupos de apoyo, fortalecen el vínculo entre las madres y promueven prácticas de crianza saludables que impactan positivamente en el bienestar a largo plazo de las familias.

Nivel de evidencia (Joana Briggs): Nivel II

Premio ICOES Mejor Artículo Científico Segundo Trimestre 2024

Carmen Barrera Villalba

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Alerta Cannabis: Un programa informático basado en la web y adaptado a medida para la prevención del consumo de cannabis en adolescentes

Barrera Villalba, C., Lima Serrano M., Mac-Fadden, I., Mester, I. et De Vries, H. Alerta Cannabis: A Tailored-Computer Web-Based Program for the Prevention of Cannabis Use in Adolescents: A Cluster-Randomized Controlled Trial Protocol BMC Nursing (2024);23:239.

RESEÑA

El creciente consumo de cannabis en la adolescencia es un problema de salud pública que debe abordarse desde la prevención. El cannabis es la droga ilegal más consumida en el mundo¹. En España, la edad media de inicio del consumo de cannabis en la población adolescente es de 14,8 años. A los 14 años, la prevalencia de vida de consumo de cannabis es del 11,7%, que aumenta hasta el 51,5% a los 18 años; la prevalencia de consumo de cannabis en la población de 14 a 18 años es del 28,6%², cifra que debe intentarse reducir, por eso se propone este programa de prevención escolar: Alerta Cannabis³.

El objetivo de este estudio es evaluar el efecto del programa Alerta Cannabis, para lo cual consideraremos, como resultados primarios, diferentes patrones de comportamiento hacia el uso de cannabis o la intención de consumo de cannabis en un futuro.

El proyecto de investigación Alerta Cannabis se ha desarrollado en tres fases: diseño, implementación y evaluación. En la primera fase, se desarrolla un programa de eSalud adaptado por ordenador (Alerta Cannabis) basado en el Modelo I-Change⁴, un modelo integrado basado en tres procesos principales de cambio de comportamiento a través de la toma de conciencia, la motivación y la acción; además, de este modelo teórico, la intervención cuenta con Tecnología de Adaptación Informática (Web-Based Computer-Tailored)⁵ que puede definirse como el proceso de ajustar el contenido de intervención a las características específicas de un individuo a través de un proceso digitalizado. Para el desarrollo del contenido de la intervención se han realizado entrevistas en profundidad a jóvenes en tratamiento rehabilitador por consumo de cannabis⁶ y en grupos focales con adolescentes no consumidores habituales de cannabis. También se ha realizado una revisión de la literatura para determinar los factores de éxito de programas

de características similares en prevención del cannabis^{7,8,9}. Además de basarse en la evidencia científica, el contenido de la intervención se ha adaptado culturalmente a través de grupos focales con estudiantes de edades similares a la población diana para conocer las circunstancias que rodean el consumo de cannabis y los factores asociados al consumo de cannabis en España¹⁰ (utilizando como referencia el modelo I-Change). Para esta fase cualitativa, el equipo ha seguido los criterios COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative research). Finalmente, una vez desarrollado el contenido de la intervención, se realizó un grupo focal con expertos en prevención para validarlo. También se ha contado con un equipo asesor e investigador para el desarrollo de la intervención online y el desarrollo de contenidos web. Para finalizar esta etapa, se realizó un estudio piloto de la intervención web con diferentes grupos de clase para confirmar su viabilidad y aceptación por parte del alumnado (test de usabilidad). La intervención del programa consta de cuatro sesiones de 30 minutos que proporcionan consejos culturalmente adaptados y personalizados para motivar a los estudiantes a no consumir cannabis a través de comentarios de texto, animaciones y técnicas de gamificación. En la fase de implementación, los estudiantes de secundaria de Andalucía Occidental, España (Sevilla, Cádiz, Huelva y Córdoba) y Andalucía Oriental (Jaén, Málaga y Granada) fueron asignados aleatoriamente a una condición experimental (EC) o una condición de control (CC) para un ensayo clínico aleatorizado por grupos (ECA). Cada condición tuvo 35 clases dentro de 8 escuelas. EC recibió la intervención en línea Alerta Cannabis. EC y CC tuvieron que completar un cuestionario al inicio, a los seis meses y a los doce meses de seguimiento. En la última fase, aun en proceso, se evalúa el efecto de Alerta Cannabis. Los resultados primarios estudian diferentes patrones de comportamiento hacia el uso de cannabis o la intención de consumo de cannabis en un futuro de los adolescentes. Se utilizarán estadísticas descriptivas generales para describir las características basales de los participantes. Dado que los estudiantes estarán anidados dentro de una clase en el estudio y las clases estarán anidadas dentro de las escuelas, para examinar los predictores de abandono versus no abandono, se realizará un análisis de regresión logística multinivel. Además, se utilizará un enfoque multinivel para evaluar los efectos de la intervención en el comportamiento del consumo de cannabis. El primer nivel serán medidas repetidas dentro de los participantes (medición pretest y dos postest), el segundo nivel será el estudiante, el tercer nivel será la clase y el cuarto nivel será la escuela. Se incluirán como covariables el comportamiento de consumo de cannabis de referencia y las variables demográficas descritas anteriormente. Para seleccionar predictores

e interacciones significativas, se utilizará un procedimiento de eliminación hacia atrás ($\alpha = 0,05$), con la restricción de que los predictores no se eliminarán del modelo si se incluyeron como términos. Para estudiar los predictores de adherencia, también analizaremos las asociaciones entre las características potenciales (es decir, género, edad, curso académico, religión, nacionalidad, puntuación de riqueza familiar, puntuación de Apgar y consumo de cannabis al inicio del estudio) por un lado, y la participación en la intervención (es decir, adherente o no) a través del número de sesiones a las que asistieron los participantes en las escuelas por el otro. Finalmente, para la evaluación del proceso se realizará un análisis descriptivo mediante pruebas de chi-cuadrado para examinar las diferencias entre hombres y mujeres y entre consumidores y no consumidores de

cannabis. Para estos análisis se utiliza el programa estadístico SPSS Statistics para Windows, versión 26.0 (IBM Corp.).

El estudio pone a prueba el efecto de un programa innovador destinado específicamente a reducir el consumo de cannabis en la población adolescente a través de la eSalud en España. Los resultados pretenden desarrollar e implementar intervenciones de prevención del consumo de cannabis basadas en la evidencia, que podrían apoyar la prevención escolar, por ejemplo, la asistencia de enfermeras escolares. Si el programa demuestra ser eficaz, podría ser útil para prevenir el consumo de cannabis a escala nacional e internacional. Se espera que tras los análisis de efecto la intervención obtenga un grado de evidencia A, según los niveles de evidencia de Joanna Briggs.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Folleto 3: Informe mundial sobre drogas en línea 2023: últimos datos y análisis de tendencias. Naciones Unidas: Oficina contra la Droga y el Delito. [consultado el 28 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2023-online-segment.html>
2. Observatorio Español de Drogas y Adicciones. Informe 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. [citado 2024 Oct 28]. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2023OEDA-INFORME.pdf>
3. Lima-Serrano, M., Barrera-Villalba, C., Mac-Fadden, I. et al. Alerta Cannabis: un programa informático basado en la web y diseñado a medida para la prevención del consumo de cannabis en adolescentes: un protocolo de ensayo controlado aleatorizado por grupos. *BMC Nurs* 23, 239 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01889-x>
4. De Vries H. Un enfoque integrado para comprender el comportamiento de salud; el modelo I-Change como ejemplo. *PBSIJ*. 9 de marzo de 2017 [actualizado en 2017; citado el 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://juniperpublishers.com/pbsij/PBSIJ.MS.ID.555585.php>
5. De Vries H, Brug J. Intervenciones adaptadas por computadora que motivan a las personas a adoptar conductas que promuevan la salud: introducción a un nuevo enfoque. *Patient Educ Couns*. 1999;36(2):99–105.
6. González-Cano-Caballero M, Torrejón-Guirado C, Cano-Caballero MD, Mac-Fadden I, Barrera-Villalba C, Lima-Serrano M. Opiniones de adolescentes y jóvenes sobre los factores asociados al consumo de cannabis: un estudio cualitativo basado en el modelo I-Change. *BMC Nurs*. 2023;22(114). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01283-z>
7. Boumparis N, Loheide-Niesmann L, Blankers M, Ebert DD, Korf D, Schaub MP, et al. Efectos a corto y largo plazo de las intervenciones de prevención y tratamiento digitales para la reducción del consumo de cannabis: una revisión sistemática y un metanálisis. *Drug Alcohol Depend*. 2019;200:82–94.
8. Espada JP, González MT, Orgilés M, Lloret D, Guillén-Riquelme A. Metaanálisis de la eficacia de los programas escolares de prevención del abuso de sustancias en España. *Psicotema*. 2015;27(1):5–12.
9. Villanueva VJ, Puig-Perez S, Becoña E. Eficacia del programa Sé tú Mismo en la prevención del consumo de cannabis en adolescentes. *Int J Ment Health Addict*. 2021;19(4):1214–26.
10. Torrejón-Guirado MC, Lima-Serrano M, Mercken L, de Vries H. ¿Qué factores se asocian al consumo de cannabis entre los adolescentes de Andalucía? Una aplicación del modelo I-Change. *Journal of Nursing Scholarship*. [citado 5 de abril de 2023];n/a(n/a). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/https://doi.org/10.1111/jnu.12806>

ÁREA INVESTIGACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO

Plan de investigación del ICOES 2025

Comisión de Investigación ICOES

Según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 1981), la enfermera debe implicarse en el desarrollo de la investigación. Así mismo, en su revisión del Código Ético del Consejo General de Enfermería (CIE, 2021), las enfermeras deben implicarse en la generación, difusión y aplicación de estudios de investigación orientados a mejorar resultados de salud para las personas, familias y comunidades. Esto es respaldado por documentos como el Código Deontológico de la Enfermería Española (Consejo General de Enfermería, 1998).

La práctica enfermera además de tomar en consideración factores como las necesidades y preferencias de los usuarios, así como las prioridades y recursos que tiene a su alcance, debe basarse en la evidencia basada en la investigación científica. La investigación enfermera puede definirse como el proceso científico que valida y mejora el conocimiento existente y genera nuevo conocimiento transferible a la práctica enfermera. Tradicionalmente, las enfermeras, en su práctica, han transmitido el conocimiento a través de diferentes maneras: a) Tradición y autoridad; b) Ensayo-error; c) Experiencia personal e intuición; d) Modelado de roles, y e) Razonamiento lógico. A estas formas de adquirir conocimiento, es necesario sumar la investigación para proporcionar una base de conocimiento científico enfermero.

La responsabilidad de investigar implica el derecho a recursos para poder desarrollar esta tarea. Por ello, se sigue apostando por la ya existente Área de Investigación del Colegio de Enfermería con el objetivo de poner al alcance recursos materiales y económicos para que las enfermeras puedan desarrollar investigaciones de calidad e impacto sociosanitario, que puedan servir para una práctica basada en la evidencia, contribuyendo también a la mejora de la imagen de la enfermería en nuestra sociedad, estableciendo sinergias con otros organismos de investigación.

En la anualidad de 2025 la dotación presupuestaria será de 41.000 euros distribuida en 3 Líneas de Actuación; Investigación (22.500 euros), divulgación (2.000 euros) y movilidad y capacitación (16.500 euros).

La investigación es un pilar básico para el avance de la profesión, el desarrollo y aplicación del método científico nos reafirma en la labor fundamental que desarrollamos. Se puede consultar

toda la información relacionada con el Área de Investigación en la web del Colegio de Enfermería:

<https://colegioenfermeriasevilla.es/certamenes/>

1. CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA 'CIUDAD DE SEVILLA'

Dotación de premios

Importe destinado para cubrir el gasto ocasionado por los premios fijados en la convocatoria del Certamen nacional de Enfermería "Ciudad de Sevilla".

La dotación económica será de 6.500 € que se distribuyen de la siguiente manera:

- Premio al mejor estudio de investigación: 4.000 €.
- Premio Enfermería Joven. Premio al mejor trabajo fin de residencia: 1.000 €.
- Premio Enfermería Joven. Premio al trabajo fin de Grado: 500 €.
- Premio Enfermería Posgrado. Premio al mejor trabajo fin de Máster: 1.000 €.

2. CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

El certamen para la presente anualidad tendrá una dotación económica de 16.000 € que se distribuyen de la siguiente manera:

2.1. Premio al mejor Proyecto de Investigación Enfermera

- a. Investigador consolidado: 6.000 €.
- b. Investigador novel: 5.500 €.
- c. Investigador EIR: 2.500 €.

2.2. Premio a la mejor Tesis Doctoral

Dotación: 2.000 €.

3. DIVULGACIÓN

Con este apartado se pretende premiar la visibilidad de la investigación desarrollada por las personas colegiadas en el Colegio de Enfermería con impacto en la comunidad científica y potenciando la enfermería basada en la evidencia. Este capítulo tiene un presupuesto global de 2000 € que se desglosan de la siguiente forma:

3.1. Premio al Mejor artículo científico

Dotación: 1.500 €.

Se premiará el artículo más relevante publicado en cada trimestre, con un certificado acreditativo, además, de entre artículos recibidos durante el año, se seleccionarán los 2 mejores que recibirán un premio en metálico: 1º premio: 1.000 €; 2º premio: 500 €.

3.2. Premio al Mejor artículo científico novel

Dotación: 500 €.

Se premiará el artículo más relevante publicado en cada trimestre, con un certificado acreditativo, además, de entre artículos recibidos durante el año, se seleccionará al mejor que recibirá un premio en metálico de 500 €.

4. BECAS DE MOVILIDAD Y CAPACITACIÓN

Las dotación global para este 2025 será de 13.500 €, las mismas comprenden:

4.1. Estancias de Investigación

Promover el perfeccionamiento de las personas colegiadas en el Colegio de Enfermería mediante la financiación de becas para realizar estancias breves en organismos de investigación nacionales e internacionales de impacto para la profesión enfermera. Dotación: 4.500 € (Sólo se podrá ser beneficiario de una beca en la anualidad. La estancia deberá ser de un plazo mínimo de 15 días y el importe máximo financiado será de 1.000 € / beneficiario).

4.2. Rotaciones Externas de EIR

Promover el perfeccionamiento de las personas colegiadas en el Colegio de Enfermería durante el periodo de formación de especialista, mediante la realización de rotaciones externas nacionales e internacionales de impacto para la profesión enfermera. Dotación: 4.500 € (Sólo se podrá ser beneficiario de una beca en la anualidad. La estancia deberá ser de un plazo mínimo de 15 días y el importe máximo financiado será de 1.000 € / beneficiario).

4.3. Participación en Jornadas Científicas y Congresos

Estimular a las personas colegiadas en el Colegio de Enfermería a la presentación de trabajos científicos en congresos y jornadas apoyando la financiación de la asistencia al evento. Dotación: 4.500 € y la financiación máxima por evento de 200 € (tendrán prioridad aquellos solicitantes que no hayan disfrutado previamente de esta ayuda, concediéndose un máximo de dos becas por año y una por cada evento científico).

4.4. Ayudas para la realización de Másteres Universitarios Oficiales conducentes al Doctorado

Estimular a las personas colegiadas en el Colegio de Enfermería a la realización de formación de postgrado bonificando parte del pago de la matrícula en Másteres Universitarios Oficiales, cuya obtención facilite el acceso al Doctorado de Enfermería. Dotación: 3.000 €, con financiación máxima por colegiado de 300 €.

CÁTEDRA DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN CUIDADOS, RESULTADOS Y EXPERIENCIAS DEL PACIENTE "INVEXCARE"

Dotación: 15.000 euros.

Se establece un convenio de colaboración para la financiación de la Cátedra INVEXCARE para facilitar una relación estable con la Universidad de Sevilla que tiene por objetivo crear estructura para las enfermeras en materia de investigación y conocimiento al servicio de las/os colegiadas/os. Se plantean las siguientes líneas de actuación dirigidas al fomento de la carrera investigadora, y considerando tres niveles en la misma: iniciación, consolidación y senior. Estas acciones son:

1. Captación de talentos. Desarrollando programas de tutorización y asesoramiento para fomentar el talento investigador.
2. Promover la realización de proyectos de investigación para dar respuesta a problemas asociados a la práctica clínica.
3. Comunicación y transferencia del conocimiento: incluyendo difusión en web y redes sociales, charlas, píldoras informativas, entre otras campañas de difusión, comunicación y sensibilización.
4. Reconocimiento de actividades de investigación y transferencia.

Este plan de investigación ha sido elaborado por la comisión de investigación del ICOES, compuesta por:

- Marta Lima Serrano. (Vocal ICOES)
- Bienvenida Gala Fernández (Vicesecretaria ICOES)
- Manuel Jorge Romero Martínez (Vocal ICOES)
- Mercedes Terrero Varilla (Vocal ICOES)
- Ana M.ª Porcel Gálvez (Profesora Titular Universidad de Sevilla)
- Eugenia Gil García (Profesora Titular Universidad de Sevilla)

III JORNADA DE INVESTIGACIÓN

Conocer y fomentar la investigación desde las especialidades



MARTES 11 FEBRERO

SEDE ICOES
AVDA RAMÓN Y CAJAL, 20
SEVILLA
954 93 38 00

Inscripción de colegiados: ventanilla única
Inscripción de no colegiados: colegio@icoes.es

Confirmación de asistencia: antes del 3 de febrero

PROGRAMA

PRESENTACIÓN

El artículo 21 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias y el artículo 7 del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, establecen respectivamente, el procedimiento para aprobar los programas formativos de las especialidades sanitarias en general y de las especialidades de Enfermería en particular.

Las Especialidades de Enfermería tienen su marco regulador dentro de las diferentes áreas de las unidades docentes multidisciplinarias. En Andalucía, actualmente se imparte formación en cinco de las siete especialidades reconocidas en Enfermería.

La III Jornada de Investigación del Ilustrísimo Colegio de Enfermería de Sevilla (ICOES) que tiene por título 'Conocer y fomentar la investigación desde las especialidades', tiene los objetivos:

- Conocer los recursos y ayudas para el desarrollo investigador de enfermeras especialistas.
- Conocer y fomentar proyectos comunes entre las especialidades para dar respuesta a problemas de salud.
- Visibilizar y potenciar el liderazgo enfermero en proyectos de investigación que se están llevando a cabo en las unidades docentes multiprofesionales.
- Estimular la colaboración entre las unidades docentes multiprofesionales y la Universidad para mejorar la aplicabilidad de la investigación a la práctica clínica.

Por último, se presentará el Plan de Investigación del ICOES para el año 2025 así como el trabajo de las personas premiadas en las diferentes modalidades de 2024.

Normas para el envío de trabajos para la mesa de comunicaciones

Liderazgo enfermero en proyectos de investigación en unidades multiprofesionales

En la III Jornada de Investigación del ICOES se darán a conocer los proyectos de investigación que se desarrollan en las unidades docentes multidisciplinarias (proyectos interdisciplinarios y disciplinares).

Se admiten resúmenes de los proyectos o resultados de los mismos: resumen estructurado (IMRD), de máximo 250 palabras sobre las líneas de investigación, que será valorado para su posible presentación en la Jornada.

La recepción de resúmenes estará abierta hasta el 15 de enero de 2024. (investigacion@icoes.es con el asunto 'Mesa Grupos Investigación-Jornada ICOES').

AGENDA PROVISIONAL**8:30 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN****9:00 MESA INAUGURAL**

- Presidencia de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía.
- Presidencia de la Consejería de Universidad, Investigación e Innovación de la Junta de Andalucía.
- Alcaldía de Sevilla.
- Rector de la Universidad de Sevilla.
- Presidencia del Consejo General de Enfermería.
- Presidencia del Consejo Andaluz de Enfermería.
- Presidencia del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla.

9:40 MESA REDONDA**¿Cómo fomentar la carrera investigadora de las enfermeras especialistas? Convocatorias y captación de talentos**

- **Belén Jiménez Ojeda.**
Directora de I+D+I Fundación Progreso y Salud.
- **Yolanda Mejías Martín.**
Estrategia de Cuidados de Andalucía.
- Modera: **Ana M^a Porcel Gálvez.**
Miembro de la Comisión de Investigación ICOES.

11:00 ENTREGA Y PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS PREMIADOS PLAN DE INVESTIGACIÓN ICOES. ANUALIDAD 2024**Modalidad Premio al Mejor Artículo Científico**

- Modera: **Mercedes Terrero Varilla.**
Vocal. Miembro de la Comisión de Investigación.

11:45 CAFÉ**12:15 MESA COMUNICACIONES I****¿Cómo fomentar la carrera investigadora de las enfermeras especialistas: Convocatorias y captación de talentos**

- Modera: **Manuel Jorge Romero.**
Comisión Ejecutiva. Director de la revista Hygia de Enfermería. Miembro de la Comisión de Investigación.

14:00 ALMUERZO**16:00 MESA REDONDA****¿Cómo mejorar la colaboración entre universidad y las unidades docentes para mejorar la aplicabilidad de la investigación?**

- **Francisco Javier Portero Prados.**
Enfermero Especialista en Pediatría. Enfermero UCI Hospital Virgen del Rocío. Centro Docente Cruz Roja (adscrito a la US).
- **Cristina Márquez Calzada.**
Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria. Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla.
- **María del Socorro Arnedillo Sánchez.**
Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital de la Mujer. Virgen del Rocío. Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla.
- **Dolores García Perea.**
Enfermera Especialista del Trabajo. Hospital Virgen Macarena. Unidad de Salud Pública.
- Modera: **Marta Lima Serrano.**
Vocal. Miembro de la Comisión de Investigación del ICOES.

17:15 ENTREGA DE PREMIOS Y PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS PREMIADOS PLAN DE INVESTIGACIÓN ICOES. ANUALIDAD 2024**Certamen Enfermería Basada en la Evidencia**

- Modera: **Bienvenida Gala Fernández.**
Comisión Ejecutiva y miembro de la Comisión de Investigación.
- Premiadas.

18:00 PRESENTACIÓN PLAN DE INVESTIGACIÓN ICOES. ANUALIDAD 2025

- **Marta Lima Serrano.**
Vocal de Investigación y Perfeccionamiento.
- Modera: **Mercedes García Murillo.**
Vocal ICOES y miembro de la Comisión de Investigación.

18:15 CONCLUSIONES Y CLAUSURA DE LAS JORNADAS

- **Víctor Bohórquez Sánchez.**
Presidente del ICOES.

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@coees.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 debería hacer referencia a las implicaciones en el desarrollo científico y profesional de la Enfermería.

CASOS CLÍNICOS

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

1. Valoración general y diagnóstica

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

2. Planificación y Ejecución de los cuidados

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

3. Evaluación de los resultados/seguimiento

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS DE ENFERMERÍA

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

Introducción

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

Metodología

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

Resultados

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

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

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 Enfermería. Madrid: Panamericana; 2018.
- **Capítulos de libros:**
Forcada JA, Bayas JM, Velasco C. Generalidades sobre las vacunas. En: Alvarez MJ, Velasco C, coordinadores. Asociación Española de Vacunología. Vacuna a Vacuna. 3ª ed. Zaragoza: Amazing Books; 2018. p. 51-87.

Artículo en Internet

- **En edición electrónica, indique url y fecha de acceso, o bien solo el Doi.**
Raquel Pelayo A, Cuadrado Mantecón MA, Martínez Álvarez P, Rojo Tordable M, Ibarguren Rodríguez E, Reyero López M. Heparinización directa del paciente frente a heparinización del circuito extracorpóreo en hemodilísis: 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, fotos 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.

1/6

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

Banco Santander está adscrito al Fondo de Garantía de Depósitos de Entidades de Crédito. Para depósitos en dinero el importe máximo garantizado es de 100.000 euros por depositante en cada entidad de crédito.



En el Santander os tenemos en cuenta.

Por ello, tenemos una cuenta que se adapta a ti: la **Cuenta Corriente Colectivos del Santander**, sin comisión de administración ni mantenimiento de la cuenta¹, sin comisión por transferencias en euros, nacionales y UE realizadas por internet, banca móvil o cajeros.

No aplica a urgentes e inmediatas, y con las tarjetas*:

- **Tarjeta Débito Santander**
Comisión de emisión y mantenimiento: 0€
- **Tarjeta Crédito Santander²**
Comisión de emisión y mantenimiento: 0€

También tenemos una **oferta preferente de financiación** para ti.

Infórmate en el **915 123 123** o en nuestras oficinas.

1. Cuenta no remunerada. TIN 0% **TAE 0%**. Para un supuesto de que se mantenga de forma constante durante 1 año un saldo diario de 7.000€, aplicando un tipo de interés nominal anual de 0% y una comisión de mantenimiento de 0€. 2. Concesión de la tarjeta sujeta a previa aprobación del Banco. Esta tarjeta permite el pago aplazado. Ten en cuenta que, si eliges una cuota demasiado baja, tu deuda puede alargarse en el tiempo más de lo previsto, ya que la cuota mensual se destinará en primer lugar al pago de intereses y comisiones y en una cantidad menor a la amortización del capital. Recuerda usar tu tarjeta de crédito de forma responsable. El uso abusivo de financiación implica un riesgo de sobreendeudamiento con consecuencias a largo plazo que pueden afectar a tu planificación financiera.

*Consulta resto de condiciones en tu oficina más cercana.

Feliz Navidad

