

Nuberos Científica



INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Enfermería en salud mental y terapias complementarias. *Mental health nursing and alternative therapies.*

Montserrat Fernández Rubio, M^a Nieves Izco García, Marta Argüelles Eransus.

Actitudes y expectativas de la enfermería en el uso de las redes sociales como estrategia en la continuidad del cuidado. *Attitudes and expectations of nursing in the use of social networks as a strategy in the continuity of care.*

M^a Lara Bielsa Antúnez.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Los peques también pueden salvar vidas. *Kids can also save lives.*

María Sellers Sánchez, Pablo Sellers Asensio.

REVISIÓN SISTEMÁTICA

Ejercicio físico y embarazo. *Physical exercise and pregnancy.*

Patricia Barranco Obís, Ana Pilar Sánchez López, Alicia Amor Loscertales, Raquel Delgado Rubio.

Revisión sistemática sobre la efectividad de los programas de Mindfulness y Compasión para la prevención y el manejo del burnout en personal de Enfermería. *Systematic review of the effectiveness of Mindfulness and Compassion programs for the prevention and management of burnout in Nursing.*

María Ángeles Mancebo Santamaría.

MONOGRAFÍAS

La práctica del running y sus posibles efectos negativos. *Running and its possible negative effects.*

Sonia Crespo Jiménez.

Enfermedad celiaca: una nueva perspectiva enfermera desde la Atención Primaria de Salud. *Celiac disease: a new nursing perspective from primary healthcare.*

Lidia Herrera Fernández.

RESEÑAS

CARTAS A LA DIRECCIÓN



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

VOL. 4 NÚM. 29 NOVIEMBRE 2019 - FEBRERO 2020

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE LA ENFERMERÍA DE CANTABRIA

C/ Cervantes, 10 - 5º - SANTANDER
Tfnos. (942) 31 97 20 / 21 y 696 433 625
colegio@enfermeriacantabria.com
www.enfermeriacantabria.com

MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN:

ARTES GRÁFICAS J. MARTÍNEZ S. L.

Pol. Ind. de Guarnizo, par. 4, naves 1 y 2. 39611 GUARNIZO (Cantabria)
T. 942 35 60 65 - F. 942 35 60 66 - www.imprentajmartinez.com

Revista indexada
en la base de datos



Revista indexada
en la base de datos



Incluida en el Catalogo de Publicaciones Periódicas en
Bibliotecas Nacionales de Ciencias de la Salud **C17**.



Impresión realizada con papel libre de cloro y
procedente de árboles de talas controladas.



ISSN: 2173-822X

Dep. Legal: SA-135-2011

NUBEROS CIENTÍFICA es una publicación de la FECAN (Fundación de Enfermería de Cantabria) y se publica con periodicidad cuatrimestral.

La **FECAN** es la fundación del Colegio de Enfermería de Cantabria. Tiene entre sus fines el desarrollo profesional y científico de la profesión Enfermera, el propiciar la mejora de la calidad asistencial, el fomentar la calidad de vida en salud de los ciudadanos y el promover la participación de la sociedad en el cuidado de la salud.

Protección de datos: La FECAN declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

La **FECAN** no se responsabiliza de los contenidos de los manuscritos publicados en esta revista que pudieran violar el derecho de la propiedad intelectual de otros

DIRECCIÓN:

M^a Alexandra Gualdrón Romero

Directora.

Graduada en Enfermería. Doctora en Medicina y Cirugía. Máster universitario de Cuidados en Salud. Vocal Del CEI-CEIm de Cantabria. Enfermera del Servicio Cántabro de Salud. (Cantabria-España)

CONSEJO ASESOR:

Montserrat Cabré i Pairet

Profesora Titular de Historia de la Ciencia. Universidad de Cantabria. (Cantabria-España)

Rocío Cardeñoso Herrero

Máster en Investigación de Cuidados. Presidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria. (Cantabria-España)

Mario Corral García

Director de la Biblioteca Marquesa de Pelayo. (Cantabria-España)

Pedro Muñoz Cacho

Técnico de Salud Pública. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. (Cantabria-España)

Óscar Pérez González

Sociólogo de Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Fundación Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Yully Dahianna Vanegas Perez

Médico. Especialista en Auditoría Médica y Calidad en Salud. Diplomado en verificación de condiciones de habilitación de instituciones prestadoras de servicios de salud.

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Paula Alonso González

Enfermera especialista Obstétrica-Ginecológica (Matrona). Servicio Cántabro de Salud. Certificate of Proficiency in English (C2)

Víctor Balbas Liaño

Diplomado en Enfermería. Especialista en Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Supervisor de área de servicios centrales. Hospital Sierrallana. (Cantabria-España)

Montserrat Carrera López

Diplomada en Enfermería. Unidad de Críticos y Postoperados de Cardiovascular. H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Cristina Dimoni PhD, MSc

Head Nurse. Cardiotoracic Surgery Dpt. University General Hospital of Thessaloniki AHEPA

María Luz Fernández Fernández

Enfermera. Licenciada en Historia. Master en Historia Contemporánea. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cantabria. (Cantabria-España)

M^a Luz Fernández Núñez

Diplomada en Enfermería. Área de Calidad, Formación, Docencia e Investigación de los Hospitales Sierrallana y Tres Mares. (Cantabria-España)

Ángela Fernández Rodríguez

Graduada en Enfermería. Máster universitario en Investigación en Cuidados de Salud. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria. Profesora asociada Facultad de Enfermería, Universidad de Cantabria. (Cantabria-España)

Francisco José Gracia Cordero

Diplomado en Enfermería. SUAP Liébana. Servicio Cántabro de Salud. First Certificate in English (FCE) B2 EOI. Acreditación B1 en inglés Universidad de Zaragoza. (Aragón-España)

Noelia Prieto Gutiérrez

Graduada en enfermería. Máster en Gestión Integral e Investigación en los Cuidados de Heridas Crónicas. Profesora asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cantabria. (Cantabria-España)

David Ramos Saiz

Graduado en Enfermería. Enfermero Especialista en Geriátrica. Experiencia en Investigación. Unidad asistencial en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

NUMEROS CIENTÍFICA

es una revista de carácter científico dirigida a profesionales de la Salud, en general.

Su distribución se hace de forma direccionada a todos los colegios de Cantabria. Además, se envía a todas las bibliotecas de las Escuelas de Enfermería de España, a los principales hospitales y a diversas instituciones públicas y privadas del ámbito sanitario.

NUMEROS CIENTÍFICA

se reserva todos los derechos de publicación de los trabajos que aparecen publicados, pero permite su reproducción siempre que sea para fines divulgativos, sin ánimo de lucro.

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

6 ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS. *MENTAL HEALTH NURSING AND ALTERNATIVE THERAPIES.*

Montserrat Fernández Rubio, M^a Nieves Izco García, Marta Argüelles Eransus

11 ACTITUDES Y EXPECTATIVAS DE LA ENFERMERÍA EN EL USO DE LAS REDES SOCIALES COMO ESTRATEGIA EN LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO. *ATTITUDES AND EXPECTATIONS OF NURSING IN THE USE OF SOCIAL NETWORKS AS A STRATEGY IN THE CONTINUITY OF CARE.*

M^a Lara Bielsa Antúnez

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

18 LOS PEQUES TAMBIÉN PUEDEN SALVAR VIDAS. *KIDS CAN ALSO SAVE LIVES.*

María Sellers Sánchez, Pablo Sellers Asensio

REVISIÓN SISTEMÁTICA

24 EJERCICIO FÍSICO Y EMBARAZO. *PHYSICAL EXERCISE AND PREGNANCY.*

Patricia Barranco Obís, Ana Pilar Sánchez López, Alicia Amor Loscertales, Raquel Delgado Rubio

30 REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE MINDFULNESS Y COMPASIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL MANEJO DEL BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA. *SYSTEMATIC REVIEW OF THE EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS AND COMPASSION PROGRAMS FOR THE PREVENTION AND MANAGEMENT OF BURNOUT IN NURSING.*

María Ángeles Mancebo Santamaría

MONOGRAFÍAS

39 LA PRÁCTICA DEL RUNNING Y SUS POSIBLES EFECTOS NEGATIVOS. *RUNNING AND ITS POSSIBLE NEGATIVE EFFECTS.*

Sonia Crespo Jiménez

48 ENFERMEDAD CELIACA: UNA NUEVA PERSPECTIVA ENFERMERA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. *CELIAC DISEASE: A NEW NURSING PERSPECTIVE FROM PRIMARY HEALTHCARE.*

Lidia Herrera Fernández

59 RESEÑAS

61 CARTAS A LA DIRECCIÓN

AHORA ES NUESTRO MOMENTO. AHORA LAS ENFERMERAS

El 28 de mayo de 2019, en el marco de la Séptima Sesión Plenaria 72ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebrada en Ginebra, se aprueba por unanimidad, el tercer punto del Informe de la Comisión B, a propuesta del Consejo Ejecutivo (Documento (Proyecto) A72/75), por el que se proclama el **2020: Año Internacional del Personal de Enfermería y Partería**.

Sin lugar a dudas, la elección del año no es baladí, dado que se ha tenido en cuenta que coincide con el Bicentenario del nacimiento de la figura más relevante en Enfermería a nivel mundial, Florence Nightingale, el 12 de mayo de 1820. Es hecho viene precedido por el lanzamiento, el 27 de Febrero de 2018 en Londres y Ginebra, de la a Campaña **Nursing Now** impulsada por la (OMS) en colaboración con el Consejo Internacional de Enfermeras y el Burdett Trust for Nursing (Fondo Nacional de Pensiones para Enfermeras (RNPFN), que lleva el nombre de su fundador, Sir Henry Burdett). La campaña, que tiene una duración de tres años, pretende, como se especifica en los documentos de la misma, "mejorar la salud al elevar el estado y el perfil de la enfermería".

En octubre de 2018, el Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, reafirmó el compromiso de este Organismo con las Enfermeras y las matronas especificando: *"Las enfermeras y las parteras son fundamentales para lograr la salud de todos y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La Organización Mundial de la Salud se enorgullece de trabajar con el Consejo Internacional de Enfermeras y el Burdett Trust para apoyar la campaña Nursing Now y su visión de mejorar la salud a nivel mundial a través del empoderamiento de las enfermeras en todas partes"*.

Los profesionales enfermeros estamos ante un momento histórico que ha de afrontarse con emoción, responsabilidad y compromiso. Esto significa, aportar evidencias científicas concluyentes, que pongan de manifiesto nuestro rol ineludible en la mejora de la salud y el bienestar de las personas.

María Luz Fernández Fernández

Enfermera. Licenciada en Historia. Máster en Historia Contemporánea. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cantabria. (Cantabria-España).

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

P. 6. Enfermería en salud mental y terapias complementarias. *Mental health nursing and alternative therapies.*

Revisión bibliográfica de la evidencia científica disponible sobre el uso de las terapias complementarias y estudio piloto sobre el uso de las terapias alternativas en las personas con enfermedad mental.

La evidencia científica pone de manifiesto que son frecuentemente utilizadas por los pacientes con patología psiquiátrica y el estudio piloto demuestra que son muy utilizadas en este medio, teniendo un impacto positivo sobre la salud, la calidad de vida y el bienestar. Asimismo, el personal de Enfermería que les atiende debe tenerles en cuenta e incorporar modelos humanistas que integren en la excelencia una asistencia donde el cuidado no intangible sea posible.

P. 11. Actitudes y expectativas de la enfermería en el uso de las redes sociales como estrategia en la continuidad del cuidado. *Attitudes and expectations of nursing in the use of social networks as a strategy in the continuity of care.*

A través de un estudio descriptivo transversal de un año de duración, el presente artículo trata de identificar las actitudes y expectativas de los profesionales de enfermería en el uso de las redes sociales como estrategia de continuidad en el cuidado. La muestra la constituyen, 75 enfermeros colegiados en Cantabria, siendo las variables estudiadas los aspectos sociodemográficos, los profesionales, así como actitudes y expectativas ante las redes sociales.

Los resultados obtenidos muestran que, aunque en la práctica se registran bajos porcentajes de usuarios proactivos, los enfermeros cántabros utilizan las redes sociales y tienen altas expectativas como estrategia en el cuidado. Así, puede concluirse, que es posible dar un paso más en el aprovechamiento de los nuevos recursos tecnológicos con el fin de realizar una labor profesional de forma más eficiente y efectiva en los cuidados proporcionados.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

P. 18. Los peques también pueden salvar vidas. *Kids can also save lives.*

El estudio titulado "Los peques también pueden salvar vidas", trata sobre el aprendizaje y posterior puesta en práctica de situaciones de emergencia que pueden llegar a encontrarse en su vida cotidiana, niños con edades comprendidas entre los 4-12 años. El aprendizaje se realiza a través de talleres teórico-prácticos. Este estudio demuestra la importancia de educar en ámbitos sanitarios como la prevención y protección desde una infancia temprana.

REVISIÓN SISTEMÁTICA

P. 24. Ejercicio físico y embarazo. *Physical exercise and pregnancy.*

Revisión bibliográfica de la evidencia científica disponible sobre el ejercicio durante el embarazo. Los resultados obtenidos demuestran que se puede practicar deporte moderado, adecuado a las circunstancias específicas de la gestación, sin que entrañe un riesgo para la salud materno-fetal. Es importante el abordaje profesional en esta área concreta de conocimiento para realizar las indicaciones y recomendaciones adecuadas al periodo gestacional.

P. 30. Revisión sistemática sobre la efectividad de los programas de Mindfulness y Compasión para la prevención y el manejo del burnout en personal de Enfermería. *Systematic review of the effectiveness of Mindfulness and Compassion programs for the prevention and management of burnout in Nursing.*

Revisión sistemática sobre la aplicación de las técnicas de Mindfulness a los profesionales de la salud y la incorporación de la formación en Mindfulness y Compasión y los resultados obtenidos en términos de reducción del burnout y aumento de la calidad de vida en los profesionales de Enfermería.

Los resultados obtenidos demuestran que la práctica de Mindfulness y Compasión, disminuye el síndrome de burnout, ya que reduce los niveles de estrés, ansiedad y rumiación e incrementa la afectividad positiva y la humanidad compartida.

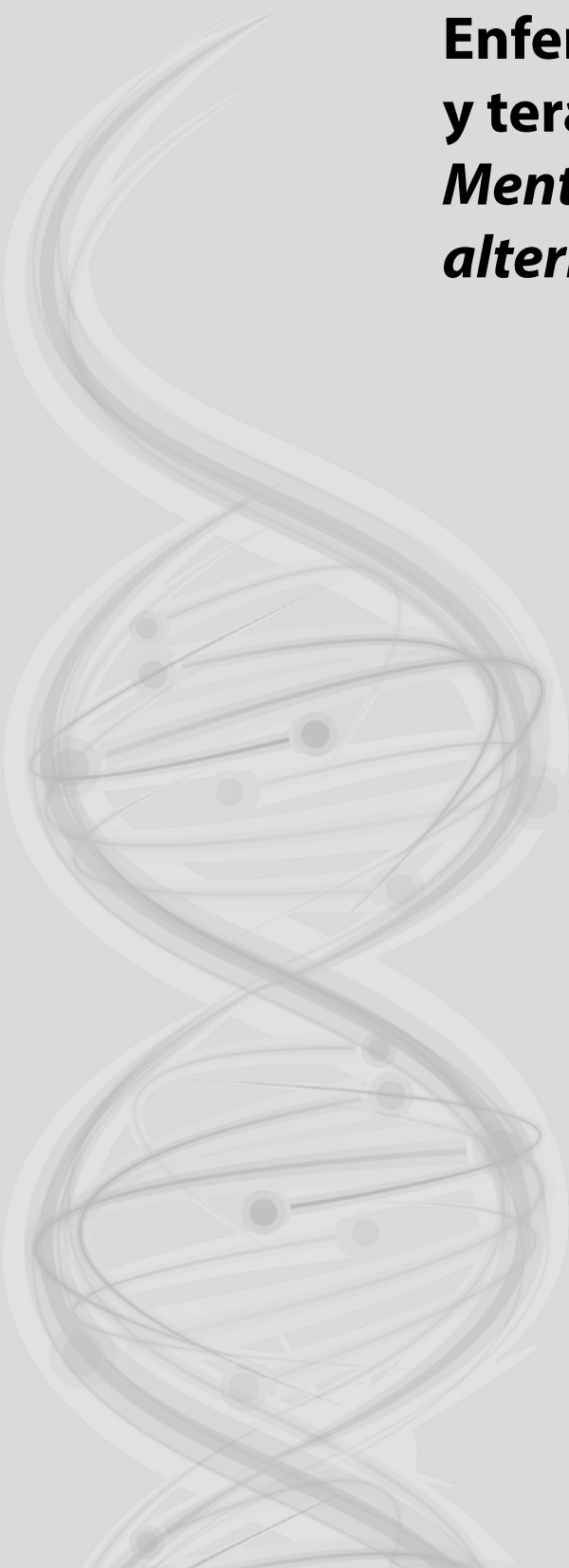
MONOGRAFÍAS

P. 39. La práctica del *running* y sus posibles efectos negativos. *Running and its possible negative effects.*

El manuscrito presentado bajo este título trata sobre una revisión bibliográfica donde la autora nos relata cuáles son los problemas más perjudiciales con esta práctica deportiva que ha creado tantos adeptos en los últimos años, así como la exposición de las intervenciones generales a realizar en los tres niveles de prevención, con el fin de evitar esas posibles consecuencias negativas.

P. 48. Enfermedad celiaca: una nueva perspectiva enfermera desde la Atención Primaria de Salud. *Celiac disease: a new nursing perspective from primary healthcare.*

En esta monografía se hace una revisión pormenorizada de la enfermedad celiaca, desde su heterogénea epidemiología, pasando por su diagnóstico y tratamiento, hasta el papel clave y protagonista que puede y debe llevar la enfermería para paliar los déficits de conocimientos y los cambios emocionales que afectan a los pacientes diagnosticados.



Enfermería en salud mental y terapias complementarias. *Mental health nursing and alternative therapies.*

Autoras:

Montserrat Fernández Rubio⁽¹⁾

M^a Nieves Izco García⁽¹⁾

Marta Argüelles Eransus⁽²⁾

*⁽¹⁾Enfermera Especialista en Salud Mental.
Universidad de Navarra. Unidad de
Hospitalización psiquiátrica II, Complejo
Hospitalario de Navarra. España.*

*⁽²⁾Graduada en Enfermería, Máster
Universitario en Investigación en Ciencias de la
Salud. Universidad Pública de Navarra. Unidad
de Hospitalización psiquiátrica II, Complejo
Hospitalario de Navarra. España.*

*Dirección para correspondencia:
montserrat.fernandez.rubio@navarra.es*

Recibido: 26 de marzo de 2019

Aceptado: 26 de diciembre de 2019

RESUMEN

El interés en las terapias complementarias se ha incrementado en los últimos años, tanto por parte de los ciudadanos como por los profesionales de la salud, entre ellos en la enfermería de salud mental, a pesar de los prejuicios sobre la racionalidad científica en que se apoyan y la ausencia de aceptación en la mayoría de los sistemas de salud de nuestro entorno.

La revisión de la literatura concluye que son frecuentemente utilizadas por los pacientes con patología psiquiátrica y que tienen un impacto positivo sobre la salud, la calidad de vida y el bienestar.

A través de una consulta realizada entre pacientes ingresados en la unidad de agudos en la que trabajamos, hemos corroborado en nuestro entorno el uso cada vez mayor de terapias complementarias como práctica de autocuidado.

Por todo ello consideramos que debemos introducir cambios en la dimensión de los cuidados enfermeros, de forma que no solo se centre en la tecnología y la patología, hay que ir más allá e incorporar modelos humanistas que integren la excelencia clínica basada en evidencias y una asistencia donde el cuidado y la sanación sean posibles.

Palabras clave: terapias complementarias, terapias complementarias, psiquiatría, enfermera en salud mental

ABSTRACT

In the last few years there has been a heightened interest in alternative therapies by citizens and health professionals. This interest includes mental health nursing, despite the prejudices about scientific rationality, which alternative therapies are based on and the lack of acceptance of most health systems of our environment.

Literature review concludes that alternative therapies are often used by patients with psychiatric disorders and they also have a positive impact on health, quality of life and well-being.

Through a consultation among patients admitted to the Acute Medical Unit, where we were working, we have verified the increased in the use of alternative therapies such as self-care practice in our environment.

Therefore, we consider that we should make changes to the dimension of nurse caring, thus, not only it been focused on technology and pathology. We must go beyond and include humanist models that incorporate clinical excellence based on evidence-based information and assistance where care and healing were possible.

Keywords: alternative therapies, complementary therapies, psychiatry, mental health nurse

INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Las terapias complementarias se definen como un conjunto de diversas prácticas centradas en la atención de la salud, que no son consideradas actualmente por la medicina tradicional, entre ellas se encuentran la naturopatía, acupuntura, fitoterapia, reflexoterapia, magnetoterapia, aromaterapia, hidroterapia, osteopatía, siatsu, reiki, cromoterapia, flores de Bach, hipnosis, kinesiología, yoga, biofeedback.

Este tipo de prácticas se llevan a cabo en todos los países del mundo y la demanda va en aumento a pesar de la consolidación del modelo médico científico¹.

Los límites de la medicina alternativa han cambiado a lo largo del tiempo a medida que algunas técnicas y terapias anteriormente consideradas como complementarias han sido aceptadas por la medicina convencional. Lo opuesto también ha ocurrido, con métodos que se pensaban eran eficaces pero han sido descartados al demostrarse que su única eficacia se debía al efecto placebo. Sin embargo, desde la medicina científica esto no es más que el resultado del avance del conocimiento médico, según el cual su progreso conlleva la inclusión o exclusión de ciertos tratamientos¹.

Debe tenerse en cuenta que la consideración de un tratamiento como convencional o alternativo no responde a criterios exclusivamente científicos, el agrupamiento es más sociocultural y económico. Técnicas como la hipnosis y el biofeedback son reconocidas como tratamientos convencionales en algunos países o contextos y como alternativos en otros¹.

Los motivos de selección de las terapias no convencionales han sido atribuidos a diversos factores entre los que destacan los siguientes: la insatisfacción con el modelo biomédico de atención; la demanda de un nuevo tipo de relación con el especialista, frente a los límites del paternalismo biomédico; la aparición de nuevas subjetividades que, en el contexto de la posmodernidad, asignan un rol central de responsabilidad al sujeto en el cuidado de su salud; y la búsqueda de nuevos estilos de terapia más suaves, holísticos y menos invasivos que la biomedicina, entre otros².

Ha sido señalado también el importante rol que, desde la perspectiva de los usuarios, cumplen estas medicinas frente al tratamiento de enfermedades graves, hasta distintos trastornos mentales o a alguna medicina no convencional. Estas terapias no solo cumplen una importante función en tanto ayudan a afrontar el estrés que acompaña los tratamientos de largo plazo o de características invasivas, sino que fundamentalmente otorgan a los pacientes la experiencia de involucrarse más activamente en el proceso de tratamiento de la enfermedad².

Acerca del posicionamiento de diferentes organismos en el ámbito de enfermería. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)³, federación cuya misión es conducir a nuestras sociedades hacia una salud mejor mediante la promoción de estilos de vida sanos, lugares de trabajo saludables y comunidades sanas, está en primera línea en la incorporación de tecnología avanzada en los cuidados sin olvidar el elemento humano. Alega que para la disciplina enfermera se trata de una oportunidad de mejorar la calidad de los cuidados prestados mediante la elaboración e implementación de métodos de cuidado que sean compatibles con los

tratamientos convencionales³. En 2006, la American Nurses Association (ANA)⁴ reconoció oficialmente la enfermería holística como una especialidad. Un año después, publicó el documento "ANA Holistic Nursing; Scope and Standards of Practice" para informar a todo profesional sanitario, así como a los gobiernos, los financieros, los empleadores y el público, sobre el desempeño y los estándares en la práctica de enfermería holística. La Orden de enfermeros y enfermeras de Québec (OIIQ)³, en el informe "Los Instrumentos Complementarios de los ciudadanos", opina que las TAC comprenden un conjunto de instrumentos que complementan a otros medios e instrumentos convencionales y que la enfermera utiliza para el mantenimiento, promoción y/o conservación de la salud. Por último, la OMS reconoce específicamente que los enfermeros están preparados para orientar a los usuarios a la hora de elegir entre las distintas opciones terapéuticas. En este sentido, destaca la medicina complementaria entre los recursos de la enfermería para conseguir la "salud para todos", y recomienda su compatibilización con las formas de atención convencional tras su formación en las mismas¹.

La formación acerca de terapias complementarias en los estudios universitarios de Enfermería en nuestro país se inició en 1989, con la creación de un curso de postgrado⁵. Las escuelas de Santa Madrona y la de Gimbernat de Cataluña introdujeron por primera vez las terapias complementarias como asignatura optativa en la formación básica de Enfermería⁵. Posteriormente, la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona comenzó a incluir asignaturas optativas tales como métodos de relajación y visualización, reflexología, masaje y técnica metamórfica⁵. En cuanto a los estudios de postgrado de enfermería, el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona lleva organizando cursos sobre los instrumentos complementarios en los cuidados enfermeros desde 1995. El mismo grupo, ofertó en 2009 másters en medicina alternativa para los estudiantes de Medicina y Enfermería⁵. En un estudio realizado en el periodo 2011-2012, se observó que, de todas las escuelas, facultades y centros públicos de Enfermería de España en la modalidad de Grado, en solo veinte se ofrecen asignaturas optativas que incluyen contenidos de medicina tradicional, siendo 67 de ellas las que no ofrecen ninguna materia relacionada. Además, la mayor parte de estas ofertas se concentran en Cataluña, País Vasco, Andalucía y las Islas Canarias⁵. Los contenidos establecidos más comunes entre las distintas comunidades son reflexología podal, flores de Bach, relajación e hidroterapia⁵. En la actualidad, aunque varias universidades y organizaciones ofertan masters no oficiales en diferentes provincias (Madrid, Barcelona, Toledo, Navarra, Zaragoza, etc.), no existen másters oficiales de medicina tradicional a nivel nacional⁵.

JUSTIFICACIÓN

Este es un trabajo de reflexión tras el conocimiento del uso habitual de terapias complementarias en los pacientes con enfermedad mental con los que trabajamos.

Nos interesa el estudio del comportamiento de búsqueda de salud y la observación de las estrategias sobre la salud y la enfermedad y su acción cuando ellos o sus familiares enferman.

Las enfermeras especialistas en salud mental tenemos que convertir en objetivo de nuestro cuidado lo que para los pacientes puede suponer bienestar.

OBJETIVOS

- **Objetivo general:** Analizar la importancia del uso de terapias complementarias en los pacientes con enfermedad mental.

- **Objetivos específicos:** Mostrar la situación actual de la medicina alternativa en la población con trastorno mental aportada por la bibliografía revisada; identificar las prácticas de autocuidado complementarias llevadas a cabo por los pacientes que atendemos; identificar intervenciones de la relación terapéutica enfermera-paciente vinculados al uso de terapias complementarias y así favorecer el tratamiento global del paciente con malestar psíquico.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica disponible actualmente a partir de metabuscadores y bases de datos de artículos actuales partiendo de los Descriptores en Ciencias de la Salud: "terapias complementarias", "terapias complementarias", "psiquiatría", "enfermera en salud mental".

Las bases de datos consultadas fueron; SCIELO, PubMed, Cochrane Library Plus y Google Académico.

Posteriormente, realizamos una encuesta anónima Ad hoc a los 28 pacientes ingresados el 4 de febrero de 2019 en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Complejo Hospitalario de Navarra, previo paso de un consentimiento informado para participar en la consulta, como dato orientativo para comprobar si los datos en nuestro medio se asemejan a la literatura consultada. (Ver ANEXO 1).

RESULTADOS

A continuación resaltamos datos que consideramos significativos de la bibliografía consultada.

Como punto de partida, los pacientes acuden a la medicina alternativa en busca de solución para problemas, generalmente crónicos, para los que la medicina convencional no ofrece resultados o no resultan totalmente satisfactorios para el paciente, o bien acarrear unos efectos secundarios excesivos. En concreto, los usos más frecuentes para los que se utilizan estos tratamientos en la población general son preventivos del envejecimiento, estrés, memoria, depresión, ansiedad, insomnio y dolor⁶.

Los pacientes con patología psiquiátrica que más recurren a estas terapias son aquellos diagnosticados de trastornos afectivos y cognitivos⁷.

Cerca de la mitad de la población de los países desarrollados usa medicina complementaria y alternativa. En España el 55% de la población ha empleado terapias complementarias⁸.

La homeopatía es la principal práctica alternativa a la que se recurre en consulta de salud mental y le sigue en importancia el consumo de hierbas medicinales⁷.

La Colaboración Cochrane destaca el uso de la estimulación transcutánea para el tratamiento de las demencias; valeriana para el tratamiento de los trastornos de ansiedad; medicina ayurvédica para el tratamiento de la esquizofrenia; terapia artística para el tratamiento de la esquizofrenia; folato para el tratamiento de los trastornos depresivos; ginkgo biloba para

el tratamiento del deterioro cognitivo en demencias; ginseng para mejorar las funciones cognitivas; dietas sin gluten y caseína para los trastornos del espectro autista; homeopatía para el tratamiento del TDAH y demencias; hipnosis para el tratamiento de la esquizofrenia; inositol para el tratamiento de los trastornos depresivos; kava para el tratamiento de la ansiedad; terapia luminosa para la mejora de los trastornos de conducta, así como el sueño en demencias y para el tratamiento de depresiones no estacionales; masajes para el tratamiento de las demencias; meditación para los trastornos de ansiedad; musicoterapia para el tratamiento de depresión, demencia y esquizofrenia; omega-3 para la prevención de las demencias y trastorno bipolar; pasiflora para el tratamiento de los trastornos de ansiedad; estimulación sensorial para el tratamiento de la demencia; testosterona para el tratamiento de la esquizofrenia; acupuntura para dejar de fumar, así como para el tratamiento de la depresión, del insomnio, de demencias varias y de la esquizofrenia; y aromaterapia para el tratamiento de las demencias⁹.

Más de la mitad los pacientes que utilizan estas terapias no informan al personal sanitario de que lo hacen porque temen represalias en forma de peor cuidado⁸.

Los defensores de la medicina alternativa opinan que la ausencia de pruebas sobre su eficacia no significa que no la tenga, sino que la investigación, que no se ha realizado hasta ahora, debería acometerse. La ausencia de pruebas no es lo mismo que la ausencia de hechos, únicamente demuestra la falta de investigación adecuada¹⁰.

En muchas ocasiones se considera a la medicina alternativa como un complemento de la medicina occidental no oficial. Pero es también una opción para la curación y una forma, más integral, de ver la vida, la salud y los momentos de enfermar, así como el mantenimiento de la salud. Puede proporcionar beneficios a la salud mediante la participación activa del paciente, ofreciendo más opciones al público, incluidos tratamientos que simplemente no están incluidos en la medicina convencional.

Los defensores de la medicina alternativa reconocen que el efecto placebo puede jugar un papel en el beneficio que proporcionan estas terapias, pero éste también se da en la medicina convencional. Por tanto, señalan que esto no disminuye su validez¹⁰.

Las respuestas obtenidas en nuestra Unidad tras pasar la encuesta a una muestra piloto de 20 pacientes corroboran los datos de la bibliografía. Los resultados fueron que el 67% respondió afirmativamente a la pregunta de si alguna vez había utilizado la medicina alternativa frente al 33% que lo hizo de forma negativa. Las razones de su uso fueron tratar la depresión, ansiedad, miedos, dolor, insomnio, dejar de fumar y astenia. Un 70% se quedó satisfecho con los efectos obtenidos tras el uso de terapias complementarias frente al 30% que no encontró resultados positivos.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Se puede deducir de la evidencia científica que no hay pruebas concluyentes de que el tratamiento alternativo sea mejor que la medicina tradicional. Cualquier terapia debe tener evidencias de que su efecto es mejor que el placebo y dichas terapias no lo ofrecen. Ninguna de las terapias complementarias evaluadas resultó concluyentemente eficaz en comparación con el placebo para el tratamiento de los pacientes depresivos¹¹.

La Cochrane en su revisión concluye que la eficacia de las terapias complementarias para los problemas relacionados con la salud mental no ha demostrado su eficacia y es necesaria una mayor investigación.

A pesar de la información que aporta la investigación, la realidad es que el uso de terapias complementarias es frecuente en los pacientes con enfermedad mental sobre todo como práctica de autocuidado. Por ello entendemos que la enfermera de salud mental tiene que tener una mirada holística respecto de la salud y la enfermedad que nos permita ampliar la perspectiva tradicional hospitalaria. El concepto "bienestar" no se circunscribe a la ausencia de malestar y el proceso de enfermedad y terapia abarca diferencias de atribución que debemos integrar e individualizar en las intervenciones enfermera con cada paciente.

Las terapias naturales y complementarias tienen un impacto positivo sobre la calidad de vida estimada y el bienestar de las personas. Debido a los resultados obtenidos en el estudio piloto, cuyos datos no son generalizables debido al tamaño muestral escaso, demuestran que la amplia utilización y aceptación de estas terapias por nuestros pacientes hacen que los profesionales de la salud deban conocerlas y formarse en ellas, tanto en lo relativo a su aplicación, como a los posibles efectos terapéuticos o adversos que puedan producir.

Debemos sensibilizar al personal de Enfermería acerca de la importancia de las prácticas complementarias a la medicina convencional para mejorar el tratamiento global del paciente atendiendo a las necesidades, expectativas y las demandas que estas personas buscan en este tipo de ayudas. Actuar en el marco de los valores del cuidar nos obliga a escuchar a las personas, a respetar sus actuaciones respecto a la salud, y a hacer un esfuerzo de comprensión respecto a sus preocupaciones y vivencias relacionadas con la salud y la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [acceso 24 abril 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>
2. Saizar MM., Sarudiansky M., Korman G. Salud mental y nuevas complementariedades terapéuticas. La experiencia en dos hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina. *Psicol. Soc.* [online]. 2013, 25 (2): 451-460.
3. González E, Quindós AI. La incorporación de terapias naturales en los servicios de salud. España: Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona, Fundación "la Caixa"; 2010.
4. Snyder M, Lindquist R. Terapias complementarias y complementarias en enfermería. 6ª edición. Mexico D.F: Manual Moderno; 2011.
5. Cervilla AB, Dorado AI, Vives ME, González A. Situación actual de las Terapias Complementarias en España en el Grado de Enfermería. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [consultado 2 abr 2018]; 21 (3): [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0679.pdf
6. Godoy M. ¿Por qué la medicina complementaria? *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2004. 74: 114-116
7. Ernst E. Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *WHO Bull* 2010. 78: (2).
8. Gol-Freixa J. Las medicinas no convencionales en España. *Humanitas Humanidades Médicas* 2003; 1 (2):135-146.

9. The Cochrane Collaboration. Cochrane complementary medicine field. Disponible en URL: <http://www.compmed.umm.edu/cochrane/Field.html>

10. Rojas F. En defensa de una medicina natural y tradicional avalada por la ciencia. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013; 39(4): 623-626.

11. Ernsts E. Obstacles to research in complementary and alternative medicine. http://www.mja.com.au/public/issues/179_06_150903/ern10442_fm-1.html. *Medical Journal of Australia*, 2003; 179(6): 279-80.

12. Stastny P, Lehmann P, editors. *Alternatives beyond psychiatry*. Berlin, Eugene, Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing; 2007.

13. Berenzon Gorn, S., Navarro, S. A., & Saavedra Solano, N. (2009). El uso de las terapias complementarias y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: resultados de una encuesta en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 31(2): 107-115.

14. Cartwright, T. & Torr, R. Making sense of illness: The experiences of users of complementary medicine. *Journal of Health Psychology*, 2005. 10: 559-572

15. Illouz, E. (2010).. (2006). La salvación del alma moderna. *Terapia, emociones y la cultura de Korman, G. P. & Saizar, M*

16. Druss BG, Rosenheck RA. Use of practioner-based complementary therapies by persons reporting mental consitions in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 57:708-714.

17. Gea, M. Guía de buenas prácticas basada en la evidencia. Mejoramos la calidad de vida y el bienestar de las personas mediante las terapias naturales y complementarias. Colegio oficial de enfermeros y enfermeras de Barcelona. 2019.

ANEXO

ENCUESTA SOBRE USO DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
1. ¿ALGUNA VEZ HAS UTILIZADO TERAPIAS COMPLEMENTARIAS?	SI: 67%	NO: 33%
2. ¿CON QUÉ MOTIVO?	TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD, MIEDOS, DOLOR, DEJAR DE FUMAR, ASTENIA.	
3. ¿EL RESULTADO FUE SATISFACTORIO?	SATISFECHO: 70%	NO SATISFECHO: 30%



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Actitudes y expectativas de la enfermería en el uso de las redes sociales como estrategia en la continuidad del cuidado.
Attitudes and expectations of nursing in the use of social networks as a strategy in the continuity of care.

Autora:

M^a Lara Bielsa Antúnez⁽¹⁾

⁽¹⁾Enfermera. CAD Sierrallana. ICASS.

Torrelavega. Profesor Asociado. Departamento de Enfermería. Universidad de Cantabria.

Santander. España.

Dirección para correspondencia:

mlarabielsa@hotmail.com

Recibido: 5 de noviembre de 2019

Aceptado: 23 de enero de 2020

Accesit al XVI Premio de Investigación en Enfermería "Sor Clara". Edición 2018. Colegio de Enfermería de Cantabria.

RESUMEN

La llegada de la Web 2.0 al entorno de las redes sociales ha supuesto una auténtica revolución en la forma de relacionarse, aunque hoy en día, en el ámbito sanitario, aún continúan siendo un recurso poco explotado.

El objetivo de esta investigación es identificar las actitudes y expectativas de los profesionales de enfermería en el uso de las redes sociales como estrategia de continuidad en el cuidado.

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal cuya muestra han sido 75 enfermeros colegiados en Cantabria. La duración del mismo ha sido de un año y entre las variables estudiadas se encuentran los aspectos sociodemográficos, los profesionales, así como actitudes y expectativas ante las redes sociales.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que, aunque en la práctica se registran bajos porcentajes de usuarios proactivos, los enfermeros cántabros utilizan las redes sociales y muestran altas expectativas como estrategia en el cuidado. Esto significa que es posible dar un paso más en el aprovechamiento de los nuevos recursos tecnológicos, que ya están presentes y a los que se accede desde cualquier lugar y dispositivo, con el fin de realizar una labor profesional de forma más eficiente y efectiva en los cuidados proporcionados.

Palabras clave: internet, red social, redes comunitarias, enfermería, alfabetización digital

ABSTRACT

The arrival of the Web 2.0 to the social media has revolutionized the way we interact, although in the healthcare field nowadays, it is still an underused resource.

The aim of this study is to identify attitudes and expectations of nursing professionals when using social networks as a tool for continuity of care.

A cross-sectional descriptive study has been carried out. The study sample was 75 nursing professionals registered in the Nursing Council of Cantabria. The length of the study was one year and amongst the variables analysed were sociodemographic and professional aspects, as well as attitudes and expectations towards social networks.

Results show that, although in practice there are low percentages of proactive users, Cantabrian nurses use social media and show high expectations for them to be used as a caring tool. This shows that it is possible to take another step on the use of new technological resources. These resources are already available from any place and device, so they can be used by nursing professionals in order to perform a more efficient and effective care.

Keywords: internet, social networking, community networks, nursing, digital literacy

INTRODUCCIÓN

Actualmente, más de 3.000 millones de usuarios hacen uso diario de las redes sociales, o lo que es lo mismo, un 42% de la población mundial y en España la cifra asciende a 25'5 millones¹. Este último dato, según el estudio "Ciudadano ante la e-Sanidad" del Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y Sociedad de la Información (ONTSI) de abril de 2016², un 22'3% del total de usuarios de redes sociales utiliza las mismas como canal de información en salud, porcentaje que aumenta hasta el 27,6% en caso de tratarse de usuarios habituales.

Hasta hace relativamente poco tiempo, Internet se limitaba a ofrecer a los usuarios una gran cantidad de información sobre salud siempre de manera unidireccional, a través de páginas web o portales destinados a la difusión de información, en los que podían encontrar herramientas de retroalimentación como el correo electrónico de contacto, enlaces recomendados o sección de sugerencias³. En los últimos años, venimos asistiendo a un cambio tecnológico que constituye una segunda generación de espacios web de naturaleza más democrática y social (conocida como Web 2.0), donde los usuarios, además de ser consumidores de información, son creadores de su propio contenido, provocando la extinción progresiva de aquellos sitios web tradicionales (ahora llamados Web 1.0)⁴.

En lo relativo a la salud, también se ha producido una transformación de paradigma similar al de Internet, lo que ha supues-

to que los pacientes deseen ser parte activa e imprescindible en el proceso clínico, con un protagonismo creciente en la toma de decisiones. Estamos en la era del "Paciente Emponderado"⁵, que supone un 21'5% de la población⁶ de nuestro país y se caracteriza por conocer en profundidad su estado de salud, ser activo en la búsqueda de información y en la toma de decisiones. Este tipo de paciente busca interactuar con otras personas en su misma situación de salud, consulta foros y blogs de profesionales sanitarios, participa de manera activa en comunidades virtuales, e incluso, busca contactar a través de estos medios con profesionales especializados en un área concreta⁷. Para ello, utiliza como herramienta las denominadas "Redes Sociales", cuyo nombre proviene del inglés ("Social Network Sites") y que la RAE⁸ define como "plataformas digitales de comunicación global que ponen en contacto a un gran número de usuarios".

Sin duda, existen diferencias entre las distintas redes sociales tanto en el nombre como en su funcionamiento, es el caso entre otras de Facebook y Twitter, aunque todas comparten una serie de características generales en Internet⁹:

- Permiten crear un perfil personal con la información más relevante de cada usuario.
- Ayudan a elaborar una lista de contactos personalizada a través de herramientas automatizadas como la agenda del correo electrónico, explorando listas de contactos o publicaciones de otras personas, o bien, mediante la aprobación individual de los contactos tras establecer el tipo de relación mantenida con la otra persona.

Actitudes y expectativas de la enfermería en el uso de las redes sociales como estrategia en la continuidad del cuidado. *Attitudes and expectations of nursing in the use of social networks as a strategy in the continuity of care*

- Proporcionan un espacio individual, donde cada usuario puede publicar y también recibir información.
- Para acceder y publicar en estos espacios, en la gran mayoría se requiere un alta en la plataforma.

El Estudio Anual de Redes Sociales en España de 2018 elaborado por IAB Spain¹ muestra, que dentro del perfil social de usuarios que consumen Redes Sociales, el número de hombres es similar al de las mujeres (51% vs 49%, respectivamente) y que el 39% son personas con edades comprendidas entre 31 y 45 años. Ahora bien, cuando se pregunta por redes de tipo profesional, sólo un 10'4% de internautas responde afirmativamente la mayoría de ellos con edades comprendidas entre 25 y 34 años de edad.

El crecimiento exponencial que están viviendo las redes sociales, también afecta al ámbito sanitario. En la actualidad, existen múltiples opciones en la Web 2.0, que agrupan pacientes, familiares y profesionales según enfermedades, estado de gravedad o cronicidad.

Son varios los autores que indican las principales funciones que estas redes podrían cumplir en los sistemas sanitarios¹⁰ como, por ejemplo:

- Hacer accesible la información sanitaria a todos los actores del ámbito sanitario (profesionales, pacientes, familiares, etc.).
- Aprovechar la información proveniente de personas que comparten sus experiencias y conocimientos sanitarios.
- Crear un espacio colaborativo para producir información sanitaria, filtrando y gestionando la sobrecarga de información disponible.
- Potenciar las ventajas del uso de la red a través del apoyo entre personas con intereses comunes.

Como se ha dicho anteriormente, es importante facilitar que el paciente asuma un papel activo en las redes sociales⁵ ya que puede ser determinante en el tratamiento de muchas patologías, sobre todo en las de tipo crónico. Para ello, necesita disponer de una información adecuada y fiable, y es, precisamente en este punto, donde entra de nuevo la responsabilidad de los enfermeros. Es decir, no sólo debe limitarse a emprender acciones terapéuticas, ya que, a sabiendas de que las personas harán uso de Internet deben indicarles las fuentes de información más adecuadas, fiables y libres de sesgos, para que realmente sean de utilidad y les permita mejorar sus conocimientos¹¹.

Por otra parte, según datos publicados por el Sindicato de Enfermería en 2015¹², el 60% de la población española desconoce cuáles son las funciones y competencias reales de la enfermera, identificándolo con el rol asistencial más habitual lejos de percibir el potencial de su acción y la capacidad para transformar la atención y adaptarla a las necesidades de las personas.

JUSTIFICACIÓN

En nuestro país, es necesario mejorar la alfabetización digital de la población en el ámbito sanitario. Para ello, las redes constituyen un importante aliado, ya que permiten la difusión de información desde un enfoque profesional a un mayor número de personas, además de ser un medio importante a través del cual escuchar propuestas, poner en valor buenas prácticas y facilitar la comunicación y la transparencia entre profesionales y pacientes¹³. Tampoco se puede olvidar, que este tipo de recursos incor-

porados a las estrategias de salud de las organizaciones sanitarias, pueden contribuir a aumentar la visibilidad de la enfermería y de los cuidados en la sociedad¹⁴, además de mejorar la imagen pública y reforzar la posición de la misma en los entornos de trabajo.

Por tanto, la integración y la utilización de las redes sociales en la salud y los cuidados, se presentan como un reto inmediato que, los profesionales sanitarios deben afrontar y, es ahí, donde surge la necesidad de investigar más al respecto, ya que hasta el momento apenas existe bibliografía publicada.

El objetivo de este estudio es identificar, como paso previo, aquellas actitudes iniciales de los profesionales enfermeros ante el uso de las redes sociales y las claves que permitan su aceptación y materialización en el ámbito de la salud y los cuidados.

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar las actitudes y expectativas de la enfermería en el uso de las redes sociales como estrategia en la continuidad del cuidado.

Objetivos específicos

- Identificar la presencia de la enfermería en las redes sociales.
- Describir los hábitos presentes en los profesionales de enfermería a la hora de utilizar redes sociales.
- Descubrir las redes sociales de referencia.
- Enumerar los diferentes usos de las redes sociales por los profesionales de enfermería.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional transversal y descriptivo de corte cuantitativo que se desarrolló desde diciembre de 2018 a noviembre de 2019 y que consistió en la realización de un cuestionario elaborado "ad-hoc" y estructurado de preguntas cerradas.

Para seleccionar un número representativo de los diferentes profesionales de enfermería de Cantabria, se solicitó la difusión del estudio al Colegio de Enfermería de la Comunidad Autónoma entre todos sus colegiados. De esta forma, se consiguió una muestra aleatoria adecuada de un total de (N)= 75.

La participación en el estudio fue totalmente voluntaria, solicitándose previamente la autorización mediante consentimiento informado y excluyéndose aquellos profesionales que mostraron su negativa a participar.

El cuestionario auto-administrado constaba de 18 preguntas estructuradas de fácil comprensión, con alternativas de respuesta fijas, de las cuales, 13 ítems eran de respuesta única y 5 ítems de elección múltiple (Anexo I).

Se consideraron cuatro variables significativas para el análisis del objeto del estudio, que corresponden al perfil sociodemográfico y profesional de los participantes: edad, sexo, tipo de estudios cursados y experiencia laboral. El resto de variables recogidas hacían referencia a las actitudes y expectativas de la enfermería en el uso de las redes sociales.

Los datos se incluyeron en una base de datos específica para el estudio en la que se identificaron los casos por un código nu-

mérico, de esta forma se garantizaba la protección de los datos personales de acuerdo a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril (GDPR) y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD).

Para el análisis estadístico se utilizó el programa informático Excel 2016. Las variables se describieron mediante frecuencias y porcentajes de cada una de sus categorías, además de gráficos.

RESULTADOS

La administración del cuestionario diseñado y elaborado en el marco de la investigación, ha permitido tener una visión sobre las actitudes y expectativas de la enfermería en el uso de las redes sociales como estrategia en la continuidad del cuidado. A continuación, se describen los resultados obtenidos.

Se obtuvieron un total de 75 cuestionarios, de los cuales no tuvo que desecharse ninguno por estar todos cumplimentados en más de un 60%.

En lo que respecta a la muestra de la investigación, se encuentra una mayor presencia femenina, concretamente un 86,7% se corresponde a mujeres, mientras que la participación de los hombres asciende al 13,3%. En la correlación de los datos, no se encontraron diferencias significativas respecto al género.

Del total de la muestra, más de la mitad (62,6%) se encontraba en un rango de edad de 20 a 40 años, seguido del grupo con más de 55 años (25,3%) y 41-55 años (12,1%).

En lo que concierne al tipo de estudios cursados por parte de los participantes, la mayor parte de ellos (84%) corresponde a estudios de Grado, concretamente un 32% y un 52% con Diplomatura. Además, un 16% del total de la muestra ha recibido formación Postgrado concretamente de Máster un 14,7%, y un 1,3% de Doctorado.

Por último, en este primer apartado de la encuesta, relacionado con la experiencia laboral, el 41,3% tienen 10 años o menos de profesión, seguidos de aquellos que acumulan más de 30 años en activo (26,7%), 11-20 años (24%) y 21-30 años (8%).

A la cuestión relacionada con el manejo de las redes sociales se observa, que un 86,7% las utiliza mayoritariamente con perfil personal, Facebook (92,2%), Instagram (48,4%) y Twitter (32,8%), mientras que a nivel profesional manifestaron usar Facebook (31,3%) y Twitter (4,7%).

Por otra parte, se planteó el uso a nivel profesional que hace la enfermería de las redes sociales, encontrando que la mayoría (60,8%) utiliza las redes sociales a nivel profesional, frente a un 39,2% que no lo hace.

En lo que se refiere a la regularidad de uso, un 34,2% refiere no utilizar nunca las redes sociales a nivel profesional, frente al 26% que las utiliza a diario, 20,6% de manera ocasional durante el mes y 19,2% entre una y tres veces a la semana.

Cuando se preguntó a los participantes sobre su inclusión como miembros en alguna comunidad virtual especializada, la gran mayoría (75,3%) reconoció no pertenecer a ninguna, frente al 24,7% que sí formaba parte de alguna.

Dando un paso más respecto a los datos anteriores, se preguntó acerca de las preferencias y expectativas que tenían los participantes sobre los contenidos que debía albergar un sitio web dedicado a la salud y/ a la enfermería, de manera unánime (100%), toda la muestra coincidió en que les gustaría encontrar

información acerca de la actualidad, noticias, documentos y materiales basados en evidencias científicas.

En lo referente a la percepción de los participantes respecto a la presencia de la enfermería en las redes sociales (véase gráfico 1), la gran mayoría (74,7%) indicó que tenían mucha (36%) o alguna (38,7%) importancia como parte de su profesión, frente a un 25,3% que consideró que poca (16%) o ninguna (9,3%) importancia.

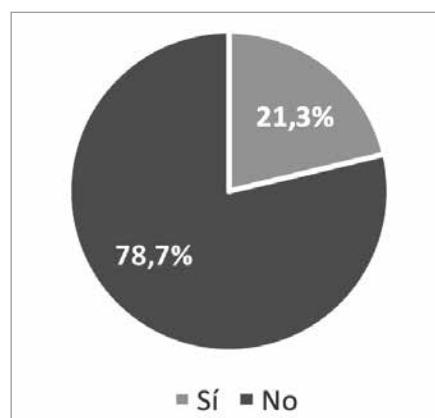


Gráfico 1. ¿Qué importancia tienen para usted las redes sociales como parte de su profesión?

Además, resulta importante considerar, que el 88% de los participantes afirmó, que la presencia de la enfermería en las redes sociales puede llegar a ser una buena estrategia de continuidad de los cuidados (véase gráfico 2).

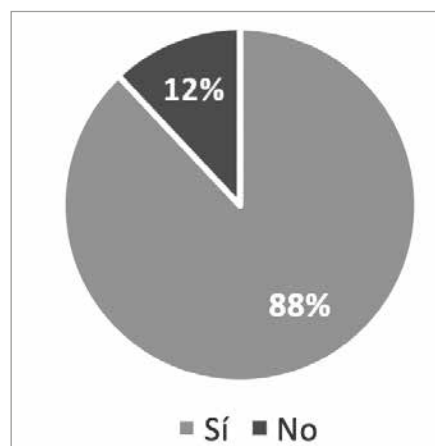


Gráfico 2. ¿Cree que la presencia de la enfermería en las redes sociales es una buena estrategia de continuidad de los cuidados?

A pesar de estos últimos datos, llama la atención, que el 78,7% de la muestra encuestada se consideren parte no activa en las redes sociales, mientras que el 21,3% sí lo son (véase gráfico 3).

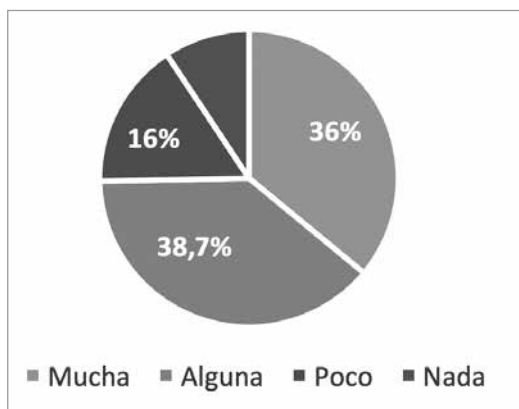


Gráfico 3. ¿Se considera un profesional activo en redes sociales?

Cuando se preguntó acerca de la periodicidad de publicación de contenido de ámbito profesional en las redes sociales, más de la mitad de los participantes (52,1%) reconoció no hacerlo nunca, el 30,1% menos de una vez al mes, 12,3% de una a tres veces al mes, 2,7% a diario y 2,7% de una a tres veces por semana.

Asimismo, se consideró interesante saber qué dificultades podían encontrarse a la hora de utilizar las redes sociales en el ámbito profesional. Tal y como puede observarse en el gráfico 4, la mayor dificultad percibida fue el exceso de información de poco rigor científico (50,7%), seguido del riesgo de pérdida de privacidad (31%) y la falta de tiempo (21,1%), frente a un 25,4% que consideró no tener ningún tipo de dificultad o un 11,3% que no se encuentra familiarizado con la tecnología.

Por último, se preguntó acerca del dispositivo utilizado para acceder a la red, siendo el dispositivo móvil (Smartphone, Tablet o similar) el más utilizado con un 93,3%.

DISCUSIÓN - CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten exponer, que los profesionales de enfermería de Cantabria presentan una buena actitud como usuarios de las redes sociales, tanto, que un 86,7% pertenece a alguna, siendo las más conocidas y utilizadas Facebook (92'2%), Instagram (48'4%) y Twitter (32,8%). Estos datos concuerdan con los publicados en 2018 por IAB Spain en el Estudio Anual de Redes Sociales¹, que sitúan el índice de internautas que utilizan redes sociales en un 85%, fundamentalmente Facebook (78%), Twitter (51%) e Instagram (51%).

Igualmente ocurre con la edad de los enfermeros cántabros que más manejan estas redes, un 62,2%, tienen un rango de edad de 20 a 40 años, y que no dista mucho más allá de la realidad española como se aprecia en el estudio de IAB Spain¹, ya que son este mismo grupo de edades las que tienen una mayor presencia, concretamente el 70%. Sin duda, esto pone de manifiesto unos índices de conocimiento y uso de algunas redes sociales especialmente altos, lo que presupone que no debiera existir recelo alguno para no utilizarlas.

Por otro lado, según los datos obtenidos en cuanto a la utilidad profesional que la enfermería espera para las redes sociales, queda patente la alta expectativa depositada en las mismas, tanto, que la gran mayoría de los encuestados, un 74,4%, indicó, que las redes sociales tenían mucha o alguna importancia como parte de su profesión.

En línea con lo expuesto anteriormente resulta aún más llamativo, que el 88% considerase que la presencia de la enfermería en las redes sociales pudiera llegar a ser una buena estrategia de continuidad en los cuidados. Esto nos plantea la primera paradoja, puesto que si los profesionales consideran importante ser parte activa en redes llama la atención, que el 78,7% de los encuestados no se consideren profesionales activos en las mismas. Todo esto demuestra que, a pesar de que los enfermeros presenten altas expectativas en lo que respecta al aprovechamiento profesional de las redes sociales, la actitud que deposi-

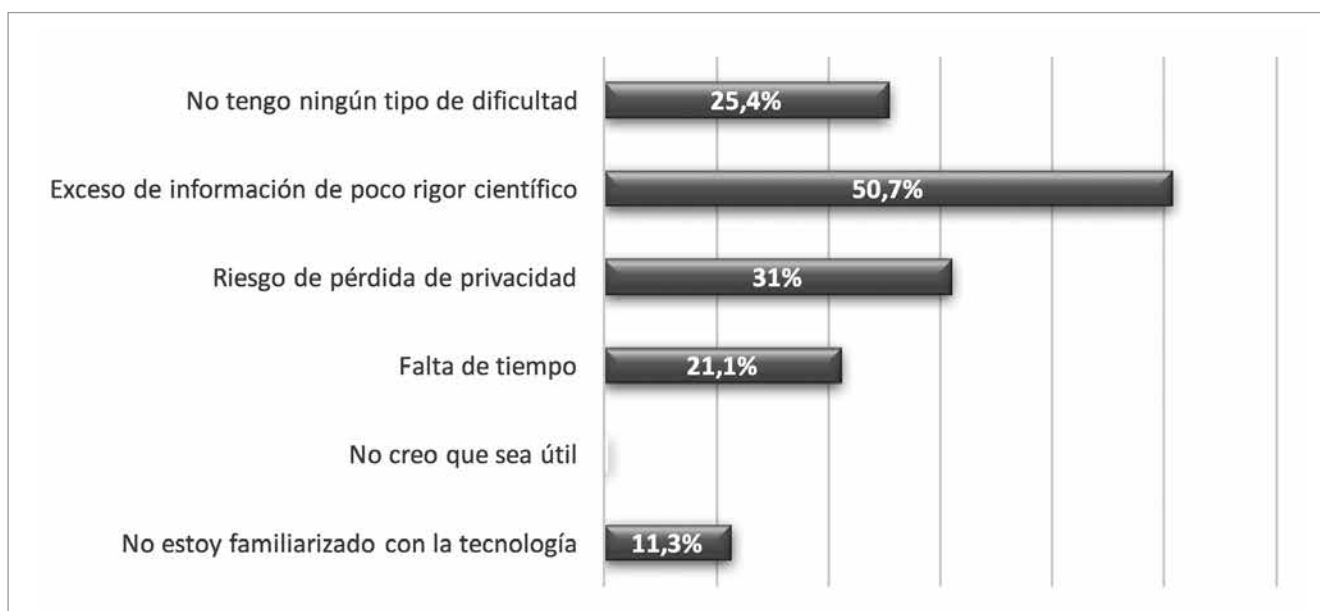


Gráfico 4. ¿Qué dificultades encuentra a la hora de utilizar las redes sociales en el ámbito profesional?

tan en ellas es considerablemente inferior, ya que se registran índices muy pobres de utilización en la práctica.

En la actualidad, se debe reconocer que todas aquellas actuaciones profesionales enmarcadas en el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) suscitan un interés que los métodos tradicionales no tienen². Ahora bien, es cierto, que un porcentaje de los encuestados, no se mostraron especialmente entusiastas con el uso profesional de las redes sociales. Esto, puede estar estrechamente relacionado con que no sean consumidores de las mismas, nunca las hayan utilizado en el ámbito profesional, o bien, no sean conscientes del amplio abanico de posibilidades que estas pueden ofrecer desde el punto de vista profesional, ampliando los usos que se hacen de las mismas desde el punto de vista personal.

Así, tras lo descrito, a pesar de que en la actualidad el principal uso que se hace de las redes sociales es "social", aquellos usuarios con perfiles profesionales, al ser preguntados sobre la utilidad que hacen de ellas, la mayor parte, un 61,3%, refieren destinarlos a seguir y leer investigaciones, a la formación y aprendizaje personal, así como a rastrear la actualidad sobre sanidad. Por debajo del 30%, el uso de estos perfiles estaría destinado a educar e informar en materia de salud a la población, participar en debates online y aumentar la visibilidad de la enfermería, entre otros. Por tanto, y dado que la mayoría utiliza las redes para su actualización profesional, son perfiles que distan mucho de ser proactivos e interactuar con el paciente.

Otro dato interesante de los resultados de esta encuesta es que, el 93,3% de los enfermeros utilizan los dispositivos móviles para acceder a las redes a través de su Smartphone o Tablet. Unas cifras que se asemejan a los resultantes del estudio de IAB Spain de 2018¹, donde el móvil se consolidó como el principal dispositivo de conexión con un 95%. Así, estamos aquí ante la segunda paradoja, de este trabajo, y es que, a pesar de que los dispositivos móviles hacen más fácil, más frecuente y desde cualquier lugar el acceso a estas redes, todavía hay profesionales de enfermería que tienen dificultades a la hora de utilizarlas. Esto puede estar relacionado con el hecho de pertenecer a una generación que vio cómo la tecnología irrumpía en su vida y tuvo que adaptarse a una nueva forma de trabajar, lo cual puede resultar costoso. Aunque también, puede estar relacionado con las limitaciones que continúan encontrándose a la hora de hacer un uso responsable y profesional de las redes, siendo una de las más referenciadas por los encuestados la fiabilidad de las fuentes de información.

Por tanto, puede decirse, que la enfermería cántabra está conectada a las redes sociales, de las que forman parte, en las que interactúan, se relacionan, conocen gente y aprenden. Esto demuestra que es posible dar un paso más en el aprovechamiento de las mismas puesto que ya están presentes, puede accederse desde cualquier lugar y dispositivo, lo que permite realizar una labor de forma más eficiente y efectiva en los cuidados proporcionados, desenvolverse con facilidad en el acceso a la información sobre la salud y generar y difundir conocimiento.

ASPECTOS ÉTICOS

El manuscrito cumple con los requisitos éticos indicados en las normas de publicación de Nuberos Científica.

La recogida de datos se realizó asignando un código numérico consecutivo a cada caso, garantizando de esta forma la protección de los datos personales de acuerdo a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril (GDPR) y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD).

Además, se solicitó el consentimiento informado a cada profesional de enfermería.

La autora del manuscrito manifiesta no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spain IAB. Estudio anual de redes sociales 2018 [Internet]. España; 2018 [citado 24 Sep 2018]. Disponible en: https://iabspain.es/wp-content/uploads/estudio-redes-sociales-2018_vreducida.pdf
2. Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI) y de la Dirección de Programas de la Entidad Pública Empresarial Red.es, del Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Los Ciudadanos ante la e-Sanidad. Estudio sobre opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de las TIC en el ámbito sanitario [Internet]. España; 2016 [citado 24 Sep 2018]. Disponible en: https://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/ontsi/files/los_ciudadanos_ante_la_e-sanidad.pdf
3. Molina JC. La comunicación 2.0. REVISTA ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD (RECS). 2016; 7: 115-119.
4. Herreros, MC. La Web 2.0 como red social de comunicación e información. Estudios sobre el mensaje periodístico. 2008; 14: 345-361.
5. Areosa LA. Prescribir Links y Apps para empoderar a los pacientes. Enferm Dermatol. 2014; 8(22): 44-49.
6. Salazar SF, Robles, NL. Integración de internet y las redes sociales en las estrategias de salud. Enferm Clínica. 2016; 26(5): 265-267.
7. Mapelli G. La comunicación (e)-médico/(e)-paciente en los foros de salud. CERLIS SERIES. 2015; 6: 131-150.
8. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. 2014 [citado 14 Oct 2018]. Disponible en <http://www.rae.es/rae.html>
9. Jiménez- Pernet J, Bermúdez- Tamayo C, García-Gutiérrez JF. Guía para el uso de las redes sociales en el ámbito de la salud. 1ª ed. Barcelona: Grupo FERRER; 2011. 17p.
10. Moorhead SA, Hazlett DE, Harrison L, Carroll JK, Irwin A, Hoving C. A new dimension of health care: systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. J Med Internet Res. 2013; 15(4).
11. Areosa LA. Prescribir Links y Apps para empoderar a los pacientes. Enferm Dermatol. 2014; 8(22): 44-49.
12. SATSE. Radiografía de la Enfermería española: Visión política y visibilidad social [Internet]. 2015 [citado 14 Oct 2018]. Disponible en: <http://media.satse.es/media/docs/pyaoxmgl.pdf>
13. TICBioMed. Guía práctica para el uso de redes sociales en organizaciones sanitarias [Internet]. España: Social Media Pharma; 2013 [citado 14 Oct 2018]. 74 p. Disponible en: <https://www.guiaredessocialesysalud.es>
14. Salazar SF, Morcillo AJR. Comunicación, imagen social y visibilidad de los Cuidados de Enfermería. ENE, Revista de Enfermería. 2013; 7(1).

ANEXOS**ANEXO I. CUESTIONARIO PARA LA RECOGIDA DE DATOS.
MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCIÓN U OPCIONES CON LAS
QUE MÁS SE IDENTIFIQUE****Datos sociodemográficos y laborales****1. Edad:**

- 20-25 años
 26-30 años
 31-35 años
 36-40 años
 41-45 años
 46-50 años
 51- 55 años

2. Sexo:

- Femenino Masculino

3. Tipo de estudios cursados:

- Grado
 Diplomaturas/licenciaturas
 Máster
 Doctorado

4. Experiencia laboral (años de profesión desde la finalización de los estudios universitarios):

- 0- 5 años
 6-10 años
 11-20 años
 21-30 años
 31 o más años

Presencia en redes sociales**5. ¿Utiliza redes sociales?**

- Sí No

6. Tiene... (puede seleccionar más de una opción):

- Blog profesional
 Blog Personal
 Grupo o página de Facebook
 Perfil de Facebook
 Perfil profesional de Twitter
 Perfil personal de Twitter
 Perfil profesional de Instagram
 Perfil personal de Instagram

Hábitos de utilización de las redes sociales**7. ¿Desde cuándo utiliza las redes sociales a nivel profesional?**

- Menos de un año
 Entre 1 y 2 años
 Más de 2 años
 No utilizo redes sociales a nivel profesional.

8. ¿Con qué regularidad utiliza redes sociales a nivel profesional?

- A diario
 De una a tres veces por semana
 De una a tres veces al mes
 Menos de una vez al mes
 Nunca

Redes sociales de referencia**9. Selecciona todos los medios sociales que utiliza con fines profesionales (puede seleccionar más de una opción):**

- RSS Canales de vídeo Otros.
 Blogs Twitter Ninguno de los anteriores
 Instagram Facebook
 LinkedIn Comunidades Virtuales

10. ¿Es miembro de alguna comunidad virtual especializada?

- Sí No

Uso de las redes sociales**11. ¿Qué le gustaría encontrar en un sitio web sobre salud/enfermería? (puede seleccionar más de una opción)**

- Espacios de debate y encuentro entre profesionales y pacientes.
 Actualidad, noticias, documentos y materiales basados en evidencias científicas.

12. ¿Qué importancia tienen para usted las redes sociales como parte de su profesión?

- Mucha Alguna Poco Nada

13. ¿Cree que la presencia de la enfermería en las redes sociales es una buena estrategia de continuidad de los cuidados?

- Sí No

14. ¿Cuáles son las razones por las cuales utiliza las redes sociales con fines profesionales? (puede seleccionar más de una opción):

- Seguir y leer investigaciones.
 Compartir mi propia investigación y/o publicaciones.
 Entrar en contacto con otros colegas de profesión.
 Participar en debates online.
 Espacio de encuentro entre profesionales y pacientes.
 Educar e informar en materia de salud a la población.
 Conocer la actualidad acerca de la profesión.
 Formación y aprendizaje personal.
 Aumentar la visibilidad de la enfermería y de los cuidados de la sociedad.
 No utilizo las redes sociales para fines profesionales.

15. ¿Se considera un profesional activo en redes sociales?

- Sí No

16. ¿Con qué periodicidad publica contenido del ámbito profesional en sus redes sociales?

- A diario
 De una a tres veces por semana
 De una a tres veces al mes
 Menos de una vez al mes
 Nunca

17. ¿Qué dificultades encuentra a la hora de utilizar las redes sociales en el ámbito profesional? (puede seleccionar más de una opción)

- No estoy familiarizado con la tecnología.
 No creo que sea útil.
 Falta de tiempo.
 Riesgo de pérdida de privacidad.
 Exceso de información de poco rigor científico.
 No tengo ningún tipo de dificultad.

18. ¿Utiliza un dispositivo móvil para acceder a la red? (Smartphone, tablet u otros)

- Sí No



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



**Los peques también pueden
salvar vidas.
*Kids can also save lives.***

Autores:

María Sellers Sánchez⁽¹⁾

Pablo Sellers Asensio⁽²⁾

*⁽¹⁾Enfermera del área quirúrgica de Hospital
Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.
España.*

*⁽²⁾Enfermero de la unidad de cuidados
intensivos de la Clínica Mompía. Cantabria.
España.*

*Dirección para correspondencia:
merynuser86@hotmail.com*

Recibido: 25 de septiembre de 2019
Aceptado: 23 de enero de 2020

Accesit al XVI Premio de Investigación en En-
fermería "Sor Clara". Edición 2018. Colegio de
Enfermería de Cantabria.

RESUMEN

Es un hecho que el factor tiempo en una situación de parada cardiorespiratoria es de vital importancia para intentar lograr el máximo de supervivencia posible.

Conseguir que el mayor porcentaje de la población general esté formada en materia de resucitación cardiopulmonar (RCP), incrementaría de forma considerable las probabilidades de que ante una situación de PCR el primer testigo tuviese los conocimientos necesarios para actuar optimizándose así los resultados.

Si esta formación se recibe desde los centros escolares no sólo nos aseguraríamos que los niños se irían formando año tras año en primeros auxilios por profesionales en la materia, sino que llegaría algún momento en el que la mayoría de la población estuviera formada.

Tras finalizar este estudio se pone de manifiesto que los niños tanto de infantil como de primaria muestran un elevado interés en los talleres y se observa la adquisición de un mayor conocimiento en la materia tras el desarrollo de los mismos.

A su vez todos los padres de los alumnos coinciden en que les parece una práctica útil que deberían aprender sus hijos.

Palabras clave: reanimación cardiopulmonar, preescolar, educación en salud, atención de enfermería

ABSTRACT

It is a fact that timing in a cardiac arrest is vitally important to achieve the best survival rate possible.

Achieving that the vast majority of general public was trained on cardiopulmonary resuscitation (CPR) would significantly increase the chances that, in the event of a cardiac arrest, the first witness would have the knowledge to act, optimizing the outcomes.

If this training was received at schools, not only we would ensure that the children were trained year after year on first aid by professionals on the field, but also there would be a point where the majority of the population was trained.

After completing this study, it is shown that children at both kindergarden and primary schools show a high interest on the workshops and it was observed that they acquired a greater knowledge on the field after the development of said workshops.

At the same time, all the students' parents agree that they find it a useful practice for their children to learn.

Keywords: cardiopulmonary resuscitation, child pre-school, health education, nursing care

INTRODUCCIÓN

«Una vez, una madre preguntó a un famoso pediatra a qué edad debía empezar a formar a su niño.

Él le contestó: «¿cuándo va a nacer el niño?».

«Bueno, —observó la madre— ya tiene cinco años»

«Señora, váyase a casa rápidamente—urgió el especialista— Ha malgastado ya los mejores cinco años de la vida de su hijo»¹.

ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe sobre nuevos métodos de educación sanitaria en la Atención Primaria de Salud² indica que los modelos cognoscitivos y de motivación empleados para la educación sanitaria a la población hasta hace unos años, no consiguen los resultados deseados en la modificación de conductas de las personas y las sociedades³.

Los nuevos enfoques se basan en la ecología humana. Es decir, en los modelos ecológicos basados en factores sociales, por lo tanto, en la interacción social. Se sabe que los estilos de vida se desarrollan bajo las exigencias y contradicciones del medio social de las personas e interactúan entre factores biológicos y ambientales. Por otro lado, la educación para la salud es una excelente herramienta para promover la auto responsabilidad en materia de salud en los contextos comunitarios, de modo que de la comunidad surja el deseo de cambio. Además, la escuela, como institución, ejerce un influjo decisivo en el futuro estilo de vida del individuo a través de la socialización².

Cada año, alrededor de 350.000 europeos sufren un paro cardíaco (PCR) fuera de los hospitales, alrededor de 100 personas al día en España, con una supervivencia de alrededor de 1 de cada 10 víctimas⁴. Está demostrado que la resucitación cardiopulmonar (RCP) realizada por testigos aumenta por 2 o por 3 la supervivencia. Sin embargo, sólo 1 de cada 5 víctimas reciben RCP⁵.

Según el estudio B+ Safe del 2016 sobre cardioprotección, en España sólo 3 de cada 10 españoles sabría realizar una reanimación cardio-pulmonar en caso de accidente cardíaco⁵.

Llama la atención que, a pesar, de la alta incidencia de parada cardio-respiratoria (PCR), Aproximadamente 350.000 personas en Estados Unidos y Canadá y 350.000-700.000 personas en Europa⁶ el nivel de formación de la población no sanitaria no es tan extenso como debiera.

A todo esto, hay que añadir también otro tipo de accidentes, que la población general sufre en el medio extra hospitalario, un ejemplo claro es el elevado número de accidentes que sufren los niños en edad escolar⁷.

Uno de los aspectos más importantes en estos incidentes es el concepto tiempo: cuanto antes sea atendida la víctima mayor posibilidades de supervivencia tiene, según las guías del 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC), por primera vez, se incide en la importancia de la contribución de los operadores telefónicos de los servicios de emergencias médicas (112/061), con el objetivo de comenzar lo antes posible las maniobras de SVB por parte de los primeros intervinientes: ciudadanos testigos presenciales de una parada cardíaca (PC)⁸.

Por todo esto, es de vital importancia que los testigos de una situación de estas características, tenga conocimientos en SV y

de cómo funciona el sistema de emergencias. Y así, el cuidado del paciente sea lo más óptimo posible, hasta la llegada del personal sanitario.

Formando a toda la población, iniciándola de manera reglada en los centros escolares⁹ desde los ciclos de infantil, el abanico de testigos con conocimientos en primeros auxilios se incrementaría de forma considerable. Sería recomendable iniciar desde estas edades a los niños en estas materias, que son de vital importancia en la vida diaria, adaptándolas a sus capacidades.

JUSTIFICACIÓN

Con la puesta en marcha del proyecto se conseguirá proporcionar conocimientos a los alumnos para aplicar SV en situaciones de emergencia, maniobras determinantes en la evolución posterior del accidente. La salud debe ser responsabilidad de todos y, por lo tanto, toda la sociedad debe implicarse en su prevención y tratamiento. Con ello se creará una población escolar más formada y por tanto más segura y saludable.

Por otro lado, y según la ley 44/2003 de Ordenación de las profesiones Sanitarias¹⁰ se indica que “corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud; así como a prevención de enfermedades y discapacidades. Por las razones expuestas queda ampliamente justificado este proyecto de educación para la salud (EpS).

Respecto a evaluaciones económicas sobre el coste-efectividad y coste-beneficio de acciones preventivas en accidentes y formativas en SV en el ámbito escolar, no se han encontrado publicaciones específicas.

No obstante, se puede entender que, a priori, el coste económico sanitario, familiar, escolar y emocional que puede suponer cualquier accidente producido en el entorno extra hospitalario, valorando: la atención del equipo sanitario in situ, el traslado al centro hospitalario, la atención hospitalaria, la alarma familiar y las consecuencias emocionales y físicas de la persona afectada, es muy elevado. Con lo que, si se logra minimizar o evitar estas situaciones a través de una población bien formada, el coste disminuirá.

METODOLOGÍA

Estudio observacional de corte transversal puesto en práctica mediante talleres teórico-prácticos, donde los niños se inician en los conocimientos de las diferentes situaciones de emergencias que puedan comprometer la vida de un paciente y en las maniobras de RCP Básica.

Iniciamos el proyecto tras el dictamen favorable del Comité de ético de investigación clínica de Cantabria (CEI- CEIm) el 26 de Marzo del 2019.

Se escogió una población muestral de 362 niños del total de escolarizados en Cantabria (Anexo 1) con edades comprendidas entre los 4 y los 12 años. Utilizando el programa estadístico “Excel” calculamos el tamaño muestral aplicando un nivel de confianza del 95%, con una precisión del 3% y un tamaño ajustado a las pérdidas del 15% dando como resultado un total de 235 con lo que ya que nuestra población diana sobrepasa esta cifra

podemos concluir que nuestro estudio tiene significación estadística.

El siguiente paso fue ponernos en contacto con los directores de los centros educativos. El proyecto se centró en dos: CEI niño Jesús-Cumbres y el Colegio La Salle. La elección de estos centros fue por conveniencia, La Salle es un colegio con un número elevado de alumnos (dos aulas por nivel) con lo que acudiendo sólo a un centro alcanzábamos un elevado porcentaje de nuestra población diana) y el CEI niño Jesús-Cumbres porque es el centro escolar al que acude mi hijo, motivo por el que surgió este proyecto.

Cabe destacar el interés mostrado por ambos directores y las facilidades que nos dieron para implantar el proyecto en sus centros.

Una vez programadas las fechas de realización de los talleres con los centros se les envió la documentación necesaria a los directores: Adecuación de las instalaciones, consentimiento informado y una encuesta dirigida a los padres de los alumnos. (Anexo 2). Esta última se trata de una entrevista semiestructurada que preservó en todo momento el anonimato tanto de los padres como de los alumnos, sólo aportaba como datos el curso y el nivel de estudios de forma que se facilitara la codificación posterior de los datos.

Para garantizar la protección de datos de carácter personal, los padres de los alumnos (al ser estos menores de edad) fueron informados de la voluntariedad y confidencialidad de los datos de forma previa a la realización del estudio mediante un consentimiento escrito según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal¹¹.

Para facilitar la organización y la interpretación definitiva de los datos se utilizó el programa informático Excel.

Una vez entregada toda la documentación al centro escolar se procedió a realizar el taller propiamente dicho.

El taller comienza invitando a los niños a sentarse en semicírculo alrededor del docente, explicándoles brevemente los accidentes más frecuentes que ocurren a su edad y como prevenirlos, para apoyar esta parte se utiliza un cuento “Sole visita nuestro Cole”, cuento de elaboración propia, en el que la protagonista es una enfermera, utilizando para captar la atención de los niños, una muñeca caracterizada. (Anexo 3)

A continuación, se les enseña el número de emergencias (112) a través de “La canción de la Reanimación”¹² para que les sea más fácil de memorizar, y se les explica de forma didáctica la manera en que deben contestar a las preguntas que se les hacen, de tal manera que consigan identificar una situación de inconsciencia, y cómo actuar ante ella. (Anexo 4).

La última parte del taller se hace la demostración de las técnicas de RCP Básica, Posición Lateral de Seguridad (PLS) y la maniobra de Heimlich, posteriormente lo realizan ellos mismos sobre un peluche que previamente se les ha pedido que traigan de casa.

El taller finaliza con un resumen de los puntos más importantes tratados, animando a los niños a que lo transmitan en casa y que no tengan miedo a poner los conocimientos aprendidos en práctica, si se diera el caso.

RESULTADOS

Dividimos los resultados en dos, por un lado el nivel de conocimientos de los alumnos antes y después de la realización del taller y por otro el interés mostrado por los padres sobre el tema a través de la encuesta.

Se les realizó un pre test y un post test compuesto de 3 preguntas de elección única a los alumnos con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos adquiridos, para hacerlo de una forma más dinámica y dado que debido a la edad de algunos de los alumnos todavía no tienen plenamente desarrollada su capacidad lecto-escritora, se les entregó dos tarjetas, una verde y otra roja, de tal manera que pudiésemos contabilizar las respuestas.

A la primera pregunta: "Imaginad que estáis solos y hay un incendio o que el adulto que está con vosotros no se despierta ¿Qué haríais? 310 niños (85,6%) contestaron correctamente (llamar al 112) antes de la realización del taller, sin embargo una vez concluido el mismo 345 (95,3%) la contestan correctamente.

A la segunda pregunta: "cuando llamamos al 112 ¿qué hay que decirles? 327 (90,3%) niños contestaron correctamente el pre test y 349 (96,4%) el post test.

A la última pregunta: "Nos encontramos con una persona que no despierta y que no respira ¿Qué hacemos?" 305 (84,2%) respondieron correctamente al inicio y 354 (97,8%) una vez concluido el taller.

Las puntuaciones más altas obtenidas en los test se encuentran en los niños con una edad comprendida entre los 6 y los 9 años.

Se puede observar que una vez concluido el taller aproximadamente un 10% más de niños responde de forma correcta.

Se recogieron datos de un total de 279 encuestas de las 362 enviadas, de los cuales cabe destacar:

- 93 (34%) padres o tutores nunca se habían planteado la importancia de que sus hijos recibieran un taller de RCP pero tras la propuesta consideran de gran interés la impartición del mismo.
- 164 (60,96%) padres o tutores siempre han creído que un niño debe aprender este tipo de cosas desde muy pequeño.
- Sólo un padre o tutor (0,3%) ha contestado que no cree adecuado que un niño deba recibir este tipo de talleres a edades tan tempranas.
- Un 88,89% de los encuestados cree que este tipo de formación tiene una gran importancia en la vida diaria y un 4,66% le da poca.
- Un 72% de los padres encuestados refiere sus hijos no han recibido nunca ningún taller de este tipo.
- Un 48,3% de los padres saber hacer algunas de las maniobras de resucitación (RCP, Heimlich) siendo similares los que no saben realizar ninguna o conocen todas.

Entre las sugerencias y observaciones la mayoría de los padres coinciden en la realización regular de este tipo de talleres y

llama la atención la petición de varios de ellos sobre recibir los padres también esta formación.

En definitiva tras la puesta en marcha de este proyecto somos perfectamente conscientes de la necesidad de aplicar estos conocimientos a la educación de los niños de forma reglada, de la alta aceptación tanto por parte de profesores, alumnos y padres que ha tenido.

Finalmente sólo nos queda lanzar al aire una pregunta: si los niños reciben la formación de buen grado, un porcentaje mayoritario de padres creen en la importancia de que se impartan estos talleres y los centros educativos no tienen problemas en que se realicen sino que dan todas las facilidades ¿cuál es el motivo por el que no se incluye dentro del sistema educativo de nuestros niños, que son nuestro futuro?

BIBLIOGRAFÍA

1. Doman G. Cómo enseñar a leer a su bebé. Madrid: EDAF; 2003. p.66.
2. OMS. Nuevos métodos de educación sanitaria en atención primaria de salud. Informe Técnico 690. Ginebra. 1983. p.15.
3. Sitgreaves R, McLean L, Davitz J, Ball S. Métodos estadísticos y de investigación en educación. Buenos Aires: Paidós; 1975.
4. Berdowski J, Berg RA, Tijssen JG, and Koster RW. Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: systematic review of 67 prospective studies. *Resuscitation*. 2010; 81(11): 1479-87.
5. Georgiou M. Restart a Heart Day: A strategy by the European Resuscitation Council to raise cardiac arrest awareness. *Resuscitation*. 2013; 84(9): 1157-58.
6. Valentín B, Blasco JA. Revisión de la evidencia sobre las maniobras y pautas de actuación en la reanimación cardiopulmonar. Madrid: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS), Agencia Laín Entralgo. 2011.
7. Torres Márquez M, Fonseca Pelegrín C, Díaz Martínez M. Accidentes en la infancia: una problemática actual en pediatría. *Cuba: Medisan*. 2010; 14(3)
8. Fernández Lozano I, Urkía C, Lopez Mesa JB, Escudier JM, Manrique I, de Lucas García N, et al. Guías de resucitación cardiopulmonar 2015 del Consejo Europeo de Resucitación: puntos clave. *Revista española de cardiología*. 2016; 69(6):588-594.
9. García Vega, F.J; Montero Pérez, F.J; Encinas Puente, R.M. La comunidad escolar como objetivo de la formación en resucitación: la RCP en las escuelas Secretaría de Formación de la SEMES. *Emergencias*. 2008; 20: 223-225.
10. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Ley 44/2003 de 21 de Noviembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 280, (23-11-2003).
11. Ley Orgánica de Protección de Datos. Ley 13/1999 de 14 de Diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 298, (14-12-1999).
12. Álvarez Zapata ML, Palacio Villazón R, Carreño Morán FA, Nonides Robles M, Sanhueza Carrasco D, Ortuzar D. Canción de la Reanimación. [Video] Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2015. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=56PrvO-fEqHQ>

ANEXOS

ANEXO 1:

2018-19		Resumen de las Enseñanzas de Régimen General en Cantabria Curso 2018-19									Alumnos y Unidades en Centros Públicos de la Administración Educativa									Alumnos y Unidades en Centros Privados de otras Administraciones									Alumnos y Unidades CONCERTADAS en Centros PRIVADOS									Alumnos y Unidades NO CONCERTADAS en Centros PRIVADOS									Alumnos y Unidades SUBVENCIONADAS en Entidades PRIVADAS sin ánimo de lucro								
		Públicos de la Administración Educativa			Públicos de otras Administraciones			Total Públicos			Concertados			No concertados			Entidades Privadas sin ánimo de lucro			Total Privados			TOTAL CANTABRIA																																
		Número de			Número de			Número de			Número de			Número de			Número de			Número de			Número de																																
CENTROS	GRUPOS	ALUMNOS	CENTROS/ ENTIDADES	GRUPOS	ALUMNOS	CENTROS/ ENTIDADES	GRUPOS	ALUMNOS	CENTROS	GRUPOS	ALUMNOS	CENTROS	GRUPOS	ALUMNOS	CENTROS	GRUPOS	ALUMNOS	CENTROS/ ENTIDADES	GRUPOS	ALUMNOS	CENTROS/ ENTIDADES	GRUPOS	ALUMNOS	CENTROS/ ENTIDADES	GRUPOS	ALUMNOS																													
1º CICLO DE INFANTIL		0 y 1 años				22	220	22	220						25	295				25	295						47	511																											
		2 años mixtas	167	2.629	5	79	172	2.708							32	453				32	453						204	3.161																											
Total 1º CICLO INFANTIL			115	167	2.629	9	29	299	124	196	2.928				30	64	748			30	64	748	154	260	3.871																														
2º CICLO DE INFANTIL		3 años	163	3.134					163	3.134		72	1.276							72	1.276					235	4.410																												
		4 años	159	3.169					159	3.169		70	1.417							70	1.417					229	4.584																												
		5 años mixtas	166	3.392					166	3.392		71	1.478							71	1.478					237	4.876																												
		mixtas 1º y 2º ciclo	36						36			8								8						44																													
Total 2º CICLO INFANTIL			136	536	9.695				136	536	9.695	53	221	4.171						53	221	4.171	189	757	13.866																														
PRIMARIA		1º	177	3.500					177	3.500		76	1.643	1	6					77	1.649					254	5.148																												
		2º	184	3.682					184	3.682		78	1.814	1	7					79	1.821					263	5.503																												
		3º	186	3.817					186	3.817		78	1.742	1	4					79	1.746					265	5.562																												
		4º	189	3.934					189	3.934		78	1.798	1	7					79	1.806					268	5.738																												
		5º	191	3.931					191	3.931		79	1.936	1	1					80	1.937					271	5.668																												
		6º	184	3.808					184	3.808		78	1.834	1	3					79	1.837					263	5.648																												
		mixtas	47						47			8								8						55																													
		mixtas inf-prim	8						8																	8																													
Total PRIMARIA			132	1.166	22.672				132	1.166	22.672	51	475	10.787	1	6	28			52	481	10.795	184	1.647	33.467																														
Educativa		Centros específicos	2	31	151				2	31	151	6	34	222						6	34	222	8	65	373																														
ESPECIAL		Centros de primaria	3	8	45				3	8	45											3	8	45																															
Total E. ESPECIAL			5	39	196				5	39	196	6	34	222						6	34	222	11	73	418																														
E.S.O.		1º	169	4.040					169	4.040		73	1.820							73	1.820					242	5.860																												
		2º	171	4.017					171	4.017		73	1.930							73	1.930					244	5.947																												
		3º	156	3.726					156	3.726		73	1.782							73	1.782					229	5.508																												
		4º	144	3.388					144	3.388		73	1.698							73	1.698					217	5.086																												
Total E.S.O.			49	640	15.171				49	640	15.171	42	292	7.230						42	292	7.230	91	932	22.401																														

ANEXO 2:

CONSENTIMIENTO INFORMADO
TÍTULO DEL ESTUDIO: Los peques también Salvan vidas
INVESTIGADOR PRINCIPAL: María Sellers Sánchez
CENTRO:

D./Dña. _____
 Como madre/ padre tutor/a del alumno/a _____

He leído y comprendido la hoja de información que se me ha entregado sobre el proyecto arriba indicado.

He recibido suficiente información sobre el proyecto.

He realizado todas las preguntas que he precisado sobre el estudio.

He hablado (en el caso de necesitarlo) con el/la responsable del proyecto: María Sellers Sánchez, Tlfón: 618076343, con quien he clarificado las posibles dudas.

Comprendo que la participación de mi hijo/a es voluntaria.

Comprendo que los datos que se van a recabar a través del proyecto son de carácter científico y que no se utilizarán para beneficio personal.

Y con ello autorizo a mi hijo/a a participar en dicho proyecto.

Firma del investigador Firma del padre/madre/tutor/a

Fecha: _____

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, D./Dña. _____
 _____ retiro el consentimiento otorgado para mi participación en el estudio arriba citado.
 Fecha y firma:

PROYECTO LOS PEQUES SALVAN VIDAS

EDAD	[Su nombre]
NIVEL DE ESTUDIOS	
CENTRO ESCOLAR	
CURSO ESCOLAR DE TU HIJO	

La encuesta es totalmente anónima con fines únicamente pedagógicos y de aplicación científica. Solo les llevará unos minutos. Les agradecemos enormemente su participación.

1¿Cree que los niños deben recibir un taller de RCP?.

- a- No, en absoluto de hecho no creo que sea adecuado para su edad.
- b- Nunca me lo había planteado pero después de este taller creemos que es importante
- c- Siempre he creído que un niño debe de aprender estas cosas desde muy pequeño.

2¿Que importancia cree que tienen estos talleres en la aplicación de la vida diaria?

- a- Ninguna
- b- poca
- c- mucha

Los peques también pueden salvar vidas. *Kids can also save lives*

3. En algún momento de su vida su hijo¿ ha recibido algún tipo de formación relacionada con este taller?

- a- No, nunca
- b- Alguna pero de manera informal
- c- Sí un taller similar previo. En caso de contestar esta respuesta ¿Cuándo?

4. Conocen la actuación a seguir en caso de atragantamiento, inconsciencia o PCR?

- a- Ninguna
- b- Alguna de las 3
- c- Todas.

Opiniones y sugerencias

ANEXO 3 : PORTADA DEL CUENTO “ SOLE VISITA EL COLE”



ANEXO 4: AUTORIZACIÓN DE LA AUTORA DE LA “CANCIÓN DE LA REANIMACIÓN”

Raquel Palacio Villazón, Felipe A. Carreño Morán y Marta Nonide Robles, autores/ ilustradora del cuento "Marcela la enfermera visita la escuela: Material Didáctico para la Educación Infantil y Primer ciclo de Primaria" (Registro General de la Propiedad Intelectual nº 05/2015102),

Autorizan a María Sellers Sánchez a utilizar y/o compartir dicho cuento libremente para la enseñanza gratuita de los primeros auxilios y la divulgación gratuita de la RCP entre los escolares.

Dra. Marta Nonide Robles
Médico del SAMU- Asturias
Gijón 24/09/2017

Ejercicio físico y embarazo. *Physical exercise and pregnancy.*

Autoras:

Patricia Barranco Obís⁽¹⁾

Ana Pilar Sánchez López⁽²⁾

Alicia Amor Loscertales⁽³⁾

Raquel Delgado Rubio⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Diplomada en Enfermería. Máster en Gerontología Social. Centro de Salud Valdefierro. Zaragoza. España.

⁽²⁾ Diplomada en Enfermería. Máster en Salud Pública y Máster en Gerontología Social. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

⁽³⁾ Graduada en Enfermería. Máster en Salud Pública y Máster en Gerontología Social. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

⁽⁴⁾ Diplomada en Enfermería. Máster en Gerontología Social. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

*Dirección para correspondencia:
patroly@hotmail.com*

Recibido: 7 de noviembre de 2019
Aceptado: 26 de diciembre de 2019

RESUMEN

Tomando en consideración la evidencia de que el ejercicio durante el embarazo causa una reacción fisiológica y psicológica positiva, la evaluación de la actividad física de las embarazadas es un tema de investigación importante.

Por medio de la revisión bibliográfica, se pretende analizar la información científica encontrada sobre la influencia del ejercicio físico desarrollado durante el embarazo.

La literatura científica recoge claramente los beneficios del ejercicio físico e igualmente muestran que se puede practicar deporte moderado, adecuado a las circunstancias específicas de la gestación, sin que entrañe un riesgo para la salud materno-fetal.

Existe una necesidad por parte de los profesionales de la salud de promover tempranamente el ejercicio físico en las embarazadas. Para ello es necesario un cambio en la educación de los profesionales sanitarios donde se introduzca consejos específicos, precisos y prácticos sobre el ejercicio físico en las consultas médicas y de enfermería.

Palabras clave: ejercicio físico, embarazo, actividad física

ABSTRACT

Taking into consideration the evidence that exercise during pregnancy causes a positive physiological and psychological impact, the evaluation of physical activity on pregnant women is an important research topic.

This literature review seeks to analyze the scientific information about the influence of physical exercise developed during pregnancy.

The scientific literature clearly reflects the benefits of physical exercise and it also states that moderate sport can be practiced, tailored to the specific circumstances of pregnancy, without meaning a risk to maternal or fetal wellbeing.

There is a need for health professionals to promote early physical exercise on pregnant women. This requires health professionals training to be changed, where specific, precise and practical advice on physical exercise would be introduced on medical and nursing clinics.

Keywords: exercise, pregnancy, physical activity

INTRODUCCIÓN

Tomando en consideración la evidencia de que el ejercicio durante el embarazo causa una reacción fisiológica y psicológica positiva⁽¹⁾, la evaluación del Ejercicio Físico (EF) de las embarazadas es un tema de investigación importante. Formular recomendaciones sobre el tipo, duración y la intensidad del EF durante el embarazo es por lo tanto de suma importancia para la salud de la madre y su hijo^(2,3).

El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos recomienda que las embarazadas logren al menos 150 minutos semanales de actividad aeróbica de intensidad moderada, como caminar a paso rápido, durante y después de su embarazo⁽⁴⁾.

Se llama EF a cualquier actividad física (AF) que mejora y mantiene la aptitud física, la salud y el bienestar de la persona. Es aconsejable la realización de EF adecuándolo a la capacidad física de cada organismo, ya que la práctica de deporte supone también una serie de riesgos para salud. El EF puede tener una serie de efectos negativos, sobre todo cuando es realizado de forma inadecuada⁽⁵⁾.

El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno⁽⁶⁾. El EF adquiere particular importancia durante la gestación por tratarse de un período en el que se producen muchas modificaciones anatómicas y físicas, que requieren de la embarazada una adaptación continua. También el crecimiento del útero provoca un cambio en el centro de gravedad de la mujer, que conlleva un aumento progresivo de la hiperlordosis lumbar y una rotación de la pelvis respecto al fémur⁽⁷⁾.

Los estudios efectuados y que se relacionan con el aparato locomotor establecen que el EF se puede llevar a cabo de forma

segura. No solo previene la ganancia excesiva de peso, sino también la hipertensión arterial y la diabetes gestacional^(8,9).

El aumento de peso gestacional, está asociado con resultados negativos de salud, tanto en las madres como en los niños. Los niños nacidos de madres que nacieron con un peso superior al normal tienen más probabilidades de tener una mayor adiposidad y patologías cardíacas y metabólicas en la infancia y más adelante⁽¹⁰⁾.

En ocasiones, surge la duda de si el EF es saludable durante el embarazo o si podrá llegar a ser peligroso para el bebé y la madre. Por ello, el objetivo de nuestro estudio será conocer la influencia del EF desarrollado durante el embarazo.

METODOLOGÍA

Revisión narrativa. Bases de datos consultadas: Pubmed. Se incluyeron los artículos publicados en español e inglés publicados en los últimos 10 años que planteaban testar la posible relación entre el EF y el embarazo.

Las palabras clave consultadas para la búsqueda de datos fueron "PregnantWomen" AND "Exercise". Para la selección de estos términos se usó el tesoro de MEDLINE (Mesh). La búsqueda se realizó en junio de 2018.

Se incluyeron todos los artículos publicados en español e inglés que planteaban testar la posible relación entre el embarazo y el EF. Se excluyeron de la selección inicial aquellos artículos que no cumplían dichos requisitos.

De los artículos finalmente incluidos se recogió información sobre distintos elementos: nombre de la revista, año de publicación, país donde se ha realizado el estudio, tamaño de la

muestra estudiada, diseño de los estudios, calidad del estudio (justificación adecuada de la selección de los sujetos, empleo de técnicas estadísticas para la identificación de factores de confusión y/o interacción, disponibilidad de datos tabulados o riesgos relativos u odds ratio, cálculo de intervalos de confianza) y principales conclusiones.

RESULTADOS

Se identificaron 34 artículos con objetivos e hipótesis que planteaban testar la relación entre el EF y el embarazo, de los cuales se incluyeron 11.

De los 11 artículos, 1 se llevó a cabo en Canadá⁽¹¹⁾, 1 en Suecia⁽¹²⁾, 4 en EEUU^(13, 14, 18, 21), 1 en Polonia⁽¹⁵⁾, 3 en Australia^(16, 19, 20) y 1 en España⁽¹⁷⁾.

Con respecto a los aspectos contemplados para analizar la calidad de los estudios, todos ellos justifican adecuadamente la selección de los sujetos, la mayoría ofrecen una definición explícita del ejercicio, y exponen con criterios concretos del tipo de pacientes a los que se les aplica. Además, todos los estudios ofrecen resultados derivados del cálculo de medidas de asociación.

En la lectura de los diversos artículos se ha encontrado una revisión literaria, cinco estudios y cinco ensayos clínicos.

La revisión literaria realizada en Canadá⁽¹¹⁾, concluyó que las embarazadas sanas tienen bajo riesgo de eventos adversos relacionados con el ejercicio cuando participan en actividades de intensidad moderada. Además, la inactividad antes del embarazo no debería ser una barrera para el ejercicio.

Por otra parte, entre los estudios encontrados, se halló un estudio transversal⁽¹²⁾ que combinó datos del Registro sueco de atención médica materna (MHCR) y el Registro del programa Salud (Salut-R), observándose que casi la mitad de las embarazadas (47,1%) lograron el nivel recomendado de EF, en comparación con las mujeres que no alcanzaron el nivel de ejercicio recomendado, estas mujeres tenían un IMC más bajo, una buena autoevaluación y un nivel educativo más alto. Concluyendo que se debe realizar una educación temprana en mujeres fértiles, sobre todo en mujeres con sobrepeso u obesidad, para evitar los riesgos que conllevan esos factores en el feto.

En EEUU⁽¹³⁾, se llevó a cabo un estudio longitudinal en 89 embarazadas sanas, observando que el porcentaje de mujeres que cumplieron con las pautas de EF varió del 5 al 100% en la semana 18 de gestación y del 9 al 100% durante la semana 35 de gestación. El porcentaje de mujeres que participaron en "ninguna actividad" varió de 0 a 42% en la semana 18 de gestación y de 0 a 44% en la semana 35 de gestación.

Además, se hallaron tres estudios descriptivos. El primero fue realizado a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (NHANES) de EEUU⁽¹⁴⁾ que examinó la prevalencia de caminar en embarazadas. Las embarazadas en el primer trimestre mostraron pasos totales medios significativamente más altos por día (media: 5.586,8 pasos/día) en comparación con las embarazadas en el tercer trimestre (media: 4.489,6 pasos/día). Las embarazadas en el tercer trimestre también mostraron disminución significativa de pasos en un minuto (media: 94,9 pasos/min) en comparación con las del primer trimestre (media: 104,9 pasos/min) y el segundo trimestre (media: 103,5 pasos/min).

El segundo realizado en Polonia⁽¹⁵⁾ a 2.852 embarazadas y tras el parto, se determinó que un bajo EF durante el embara-

zo podría suponer un desarrollo de enfermedades crónicas en la edad más adulta y un riesgo para el recién nacido, pudiendo verse afectado su estado de salud al nacer.

El último estudio realizado en Australia⁽¹⁶⁾ evaluó la adherencia dietética de las mujeres, la actitud, la motivación para el cambio dietético y el conocimiento durante el embarazo y otras recomendaciones para mantenerse sanos y activos durante el embarazo. Fueron reclutadas las embarazadas de cinco hospitales en Nueva Gales del Sur (Australia). Este estudio reveló que la mayoría de las embarazadas (el 82,8%) asociaron incorrectamente el ejercicio vigoroso (participar en al menos 30 minutos) como una de las formas que podrían ayudar a controlar el aumento de peso durante el embarazo.

En cuanto a los ensayos clínicos, en un centro deportivo de Algeciras (España) se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado⁽¹⁷⁾ con 46 embarazadas, donde se concluyó que la práctica de un programa de EF en el medio acuático para embarazadas sanas brinda beneficios relacionados con la percepción de calidad de vida relacionada con la salud.

También, en EEUU realizaron un ensayo clínico aleatorizado⁽¹⁸⁾ donde se examinó el uso de una intervención de ejercicios de motivación. Después de la intervención de 12 semanas, las mujeres del grupo intervención con ejercicios experimentaron una disminución menor en la actividad total (-1,0 MET-h/semana, equivalente a 15 minutos de actividad moderada por semana) en comparación con las mujeres del grupo salud y bienestar (-10,0 MET-h/semana, equivalente a 2,5 horas por semana de actividad de intensidad moderada). Más importante aún, las mujeres del grupo intervención de ejercicio experimentaron un aumento significativamente mayor en deportes/ejercicio (0,9 MET-h/semana, equivalente a 14 minutos por semana) en comparación con las mujeres del grupo salud y bienestar que experimentaron una ligera disminución.

Además, en Australia se realizó un ensayo controlado aleatorizado⁽¹⁹⁾ con 77 participantes donde se concluyó que el asesoramiento personal adaptado del EF y el acceso de artículos en una biblioteca online conduce a un mayor compromiso con el sitio web, satisfacción y mayores niveles de EF entre las embarazadas, que aquellas que sólo se les proporcionó acceso a una biblioteca online genérica.

Igualmente se realizó un ensayo controlado aleatorio multicéntrico⁽²⁰⁾ en LifestyleAdvice en Australia del Sur donde participaron en una intervención de dieta y estilo de vida durante el embarazo. Los fetos de mujeres que recibieron consejos sobre el estilo de vida demostraron una masa grasa media del muslo medio significativamente mayor que los fetos de mujeres que recibían atención estándar (IC del 95% 0,02 a 0,32 p=0,0245). Mientras que la masa grasa subescapular aumentó entre 28 y 36 semanas de gestación en ambos grupos de tratamiento, la tasa de deposición de tejido adiposo disminuyó entre los fetos de mujeres que recibieron asesoramiento, en comparación con los que no (p=0,0160).

Por otra parte, en un ensayo estratificado aleatorizado⁽²¹⁾ realizado a 80 embarazadas en diferentes etapas del embarazo, que se dividieron en 4 grupos aleatorizados con diferentes tiempos de EF, concluyeron que, igual que en la población general, las embarazadas tienen barreras interpersonales para realizar EF (tiempo, motivación, recursos) que se complican aún más por las principales barreras del embarazo (náuseas, fatiga, dolor de espalda baja).

EJERCICIO FÍSICO Y EMBARAZO

Autores	Año publicación	Sujetos (n) y origen	Diseño estudio	Métodos	Resultados-Conclusiones
Bredin SS, et al. (11)	2013		Revisión literaria	Revisión literaria	Las embarazadas sanas tienen bajo riesgo de eventos relacionados con el ejercicio fetal cuando participa en actividades de intensidad moderada. Por otra parte, inactividad antes del embarazo no debería ser una barrera para el ejercicio.
Lindqvist M. et al. (12)	2017	3.868 embarazadas Suecia	Estudio transversal	Combinación de datos del Registro Sueco de Atención de Salud Materna (MHCR) y el Salut Programa de registro (Salut-R) para 2011 a 2012.	La mayoría de las mujeres alcanzan el nivel de EF recomendado. Se debe realizar una educación sobre la EF, en la mujer fértil sobre todo en mujeres con sobrepeso u obesidad, para mejorar la salud general en dicha población.
Smith KM et al. (13)	2012	89 embarazadas sanas EEUU	Estudio longitudinal	Cuestionarios sobre edad, peso, etnia, ejercicio físico previo, educación y embarazos previos.	El porcentaje de mujeres que cumplieron con las pautas de EF varió del 5% al 100% en la semana 18 y del 9% al 100% durante la semana 35. El porcentaje de mujeres que participaron en "ninguna actividad" varió de 0 a 42% en la semana 18 y de 0 a 44% en la semana 35.
Kim Y et al. (14)	2015	197 embarazadas EEUU	Estudio descriptivo	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (NHANES) 2005-2006	Las embarazadas tenían niveles bajos de EF por debajo de la recomendación, un promedio de 5.281,8 pasos totales/día.
Wojtyła A et al. (15)	2012	2853 embarazadas y postparto Polonia	Estudio descriptivo	Cuestionario de EF del embarazo (PPAQ), cantidad, rango y tipo de EF. Test de APGAR	Las embarazadas en Polonia se caracterizan por realizar un EF nulo en el embarazo (sólo las tareas del hogar). Los médicos les advierten de los efectos negativos de la realización de EF durante el embarazo. Dicha recomendación puede traer efectos negativos en la salud de la madre y del recién nacido.
Bookari K et al. (16)	2016	472 embarazadas Australia	Estudio descriptivo	Encuesta multidimensional	El estudio reveló que la mayoría de las embarazadas (el 82,8%) asociaron incorrectamente el ejercicio vigoroso como una de las formas que podrían ayudar a controlar el aumento de peso durante el embarazo.
Vázquez Lara J.M. et al. (17)	2017	46 embarazadas	Ensayo clínico aleatorizado	Programa de EF en el medio acuático "PAF-MAE" Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud "SF-36v2"	Los ítems de dolor corporal, salud general, rol emocional y salud mental mejoraron después del PAF-MAE
Chasan-Taber L et al. (18)	2016	110 embarazadas EEUU	Ensayo clínico aleatorizado	Cuestionario de EF del embarazo (PPAQ)	Las mujeres del grupo intervención con ejercicios tuvieron una disminución menor en la actividad total en comparación con las mujeres del grupo salud y bienestar. Las mujeres del grupo intervención experimentaron un aumento significativamente mayor en deportes/ejercicio en comparación con las mujeres del grupo salud y bienestar que experimentaron una ligera disminución.
Hayman M. et al. (19)	2017	77 embarazadas	Ensayo controlado aleatorizado	Asesoramiento personal adaptado de EF y acceso a biblioteca online de artículos relacionados con la EF en el embarazo	Los participantes en el grupo de intervención vieron significativamente más páginas en el sitio web ($p < 0,05$) aumentaron significativamente su EF desde el inicio hasta la intervención (diferencia de medias=35,87 min), en comparación con el grupo de control (diferencia media=9,83 min) ($p < 0,05$), lo que sugiere eficacia.
Grivell RM et al. (20)	2016	2.212 mujeres con un embarazo único en 10 y 20 semanas de gestación y un IMC ≥ 25 kg/m2 Australia	Ensayo controlado aleatorizado multicéntrico	Las mujeres se asignaron al azar a LifestyleAdvice, se les ofrecieron dos ecografías de investigación a las 28 y 36 semanas de gestación y se les realizaron medidas de ultrasonido de crecimiento y adiposidad fetal.	Los fetos de mujeres que recibieron consejos demostraron una masa grasa media del muslo medio significativamente mayor que los fetos de mujeres que no lo recibían (IC del 95% 0,02 a 0,32 $p=0,0245$). Mientras que la masa grasa subescapular aumentó entre las 28 y 36 semanas de gestación en ambos grupos de tratamiento, la tasa de deposición de tejido adiposo disminuyó entre los fetos de mujeres que recibieron asesoramiento, en comparación con los que no ($p=0,0160$).
Huberty JL. et al. (21)	2016	80 embarazadas EE.UU	Ensayo estratificado aleatorizado	Captación a través de publicaciones en redes sociales, folletos publicados en obstetricia y consultas de ginecología, tiendas de bebés, listas de correo electrónico y cuestionario confidencial online. Servicio móvil gratuito de información de salud a nivel nacional.	La educación basada en mensajes de móvil por sí sola no es una estrategia suficiente para mejorar el EF. Sería interesante incorporar aplicaciones móviles.

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

La literatura científica recoge claramente los beneficios que aporta la práctica de EF y muestra que se puede practicar deporte moderado, adecuado a las circunstancias específicas de la gestación, sin que entrañe un riesgo para la salud materno-fetal; muy al contrario, se trata de un una actividad beneficiosa tanto para la madre como para el feto⁽²²⁻²⁴⁾.

Se ha informado que las embarazadas son menos activas que las no embarazadas y su actividad disminuye con el embarazo⁽²⁵⁾. Esta disminución puede ser el resultado de cambios físicos relacionados con el embarazo. Sin embargo, dado el mayor riesgo de complicaciones físicas de la madre a medida que progresa el embarazo^(26, 27) y los posibles beneficios para la salud del EF para reducir dichos riesgos^(28, 29), las embarazadas deben ser físicamente activas durante el embarazo. Por lo tanto, alentar a las embarazadas a realizar actividad moderada en lugar de vigorosa podría ser la clave⁽³⁰⁾.

CONCLUSIONES

A través de la revisión bibliográfica realizada, se puede concluir que existe una necesidad por parte de los profesionales de la salud de promover tempranamente el EF en las embarazadas. Es importante detectar especialmente a aquellas mujeres con bajos niveles de EF y sobrepeso/obesidad para prestar atención específica a las pautas recomendadas para un aumento de peso saludable durante el embarazo. Para ello es necesario un cambio en la educación de los profesionales sanitarios donde se introduzca consejos específicos, precisos y prácticos sobre la EF en las consultas médicas y de enfermería.

En las políticas de salud pública y preventiva durante el embarazo deberían desarrollarse programas de intervención dirigidos a esta población, que atiendan su esfera emocional y psicológica general, a fin de fomentar una mejor calidad de vida; considerando no solo proveer a este grupo de mujeres una atención médica de control fisiológico del embarazo sino también una atención a los cambios emocionales asociados a esta etapa vital de cada mujer. El conocimiento por sí solo no es suficiente para cambiar los comportamientos y producir resultados positivos, pero se considera un requisito previo necesario que los sanitarios deben fomentar. Es por eso que los servicios de salud deben implementar programas de popularización de la EF durante los periodos de embarazo y posparto.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Brown W. The benefits of physical activity during pregnancy. *Journal of Science and Medicine in Sport* 2002;5(1):37-45.
 (2) ACOG Committee Obstetric Practice. ACOG Committee opinion. Number 267, January 2002: exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol.* 2002; 99(1): 171-173.
 (3) Smith KM, Campbell CG. Physical activity during pregnancy: impact of applying different physical activity guidelines. *J Pregnancy* 2013; 2013:165617.
 (4) Artal R, O'Toole M. Directrices de la universidad estadounidense de obstetras y ginecólogos para el ejercicio durante el embarazo y el período de posparto. *Br J SportsMed.* 2003; 37: 6-12. doi: 10.1136

/bjsm.37.1.6.
 (5) Wikipedia.org [Internet]. España [actualizado 24 May 2018; citado 4 junio 2018]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Ejercicio_f%C3%ADsico.
 (6) Diccionario de la lengua española (vigésima segunda edición), Real Academia Española, 2001.
 (7) Aguilar Cordero MJ, Sánchez López AM, Rodríguez Blanque R, Noack Segovia JP, Pozo Cano MD, López-Contreras G y Mur Villar N. 2014. Actividad Física En Embarazadas Y Su Influencia En Parámetros Materno-Fetales; Revisión Sistemática. *Nutrición Hospitalaria.* 2014;30(4):719-726. ISSN 0212-1611. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/7679>[consultado el 6 de julio 2018].
 (8) Da Silva JR, Borges PS, Agra KF, Pontes IA, Alves JGB. Effects of an aquatic physical exercise program on glycemic control and perinatal outcomes of gestational diabetes: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2013;14(1):390.
 (9) Bisson M, Rhéaume C, Bujold E, Tremblay A, Marc I. Modulation of blood pressure response to exercise by physical activity and relationship with resting blood pressure during pregnancy. *J Hypertens* 2014 Jul;32(7):1450-7; discussion 1457.
 (10) Criss S, Oken E, Guthrie L, Hivert MF. A qualitative study of gestational weight gain goal setting. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16(1):317.
 (11) Bredin SS, Foulds HJ, Burr JF, Charlesworth SA. Risk assessment for physical activity and exercise clearance: in pregnant women without contraindications. *Can Fam Physician.* 2013 May; 59(5):515-7.
 (12) Lindqvist M, Lindqvist M, Eurenus E, Persson M, Ivarsson A, Mogren I. Leisure time physical activity among pregnant women and its associations with maternal characteristics and pregnancy outcomes. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2016; 9:14-20.
 (13) Smith KM, Campbell CG. Physical activity during pregnancy: impact of applying different physical activity guidelines. *J Pregnancy.* 2013;2013:165617.
 (14) Kim Y, Chung E. Descriptive Epidemiology of Objectively Measured Walking Among US Pregnant Women: National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2006. *Prev Chronic Dis.* 2015 Dec 10;12:E217.
 (15) Wojtyła A, Kapka-Skrzypczak L, Paprzycki P, Skrzypczak M, Biliński P. Epidemiological studies in Poland on effect of physical activity of pregnant women on the health of offspring and future generations – adaptation of the hypothesis Development Origin of Health and Diseases. *Ann Agric Environ Med.* 2012; 19(2): 315.
 (16) Bookari K, Yeatman H, Williamson M. Australian pregnant women's awareness of gestational weight gain and dietary guidelines: opportunity for action. *Journal of pregnancy* 2016;2016.
 (17) Vázquez Lara JM, Rodríguez Díaz L, Ramírez Rodrigo J, Villaverde Gutiérrez C, Torres Luque G, Gómez-Salgado J. Calidad de vida relacionada con la salud en una población de gestantes sanas tras un programa de actividad física en el medio acuático (PAFMAE). *RevEsp Salud Pública.* 2017;91:30.
 (18) Chasan-Taber L, Silveira M, Marcus BH, Braun B, Stanek E, Markenson G. Feasibility and efficacy of a physical activity intervention among pregnant women: the behaviors affecting baby and you (BABY) study. *Journal of Physical Activity and Health* 2011;8(5): S228-S238.
 (19) Hayman M, Reaburn P, Browne M, Vandelanotte C, Alley S, Short CE. Feasibility, acceptability and efficacy of a web-based computer-tailored physical activity intervention for pregnant women - the Fit4Two randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):96.
 (20) Grivell RM, Yelland LN, Deussen A, Crowther CA, Dodd JM, Turn-

bull D, et al. Antenatal dietary and lifestyle advice for women who are overweight or obese and the effect on fetal growth and adiposity: the LIMIT randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2016;123(2):233-243.

(21) Huberty JL, Buman MP, Leiferman JA, Bushar J, Hekler EB, Adams MA. Dose and timing of text messages for increasing physical activity among pregnant women: a randomized controlled trial. *Translational behavioral medicine* 2016;7(2):212-223.

(22) Leppänen M, Aittasalo M, Raitanen J, Kinnunen TI, Kujala UM, Luoto R. Physical activity during pregnancy: predictors of change, perceived support and barriers among women at increased risk of gestational diabetes. *Matern Child Health J* 2014;18(9):2158-2166.

(23) Barakat R. El ejercicio aeróbico moderado durante el embarazo su relación con el comportamiento de la tensión arterial materna. *European Journal of Human Movement*. 2005; 13: 119-131.

(24) Carpenter RE, Emery SJ, Uzun O, D'Silva LA, Lewis MJ. Influence of antenatal physical exercise on haemodynamics in pregnant women: a flexible randomisation approach. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015;15(1):186.

(25) Gaston A., Cramp A. Exercise during pregnancy: a review of patterns and determinants. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2011 Jul;14(4):299-305.

(26) Redman CW, Sargent IL. Latest advances in understanding preeclampsia. *Science* 2005 Jun 10;308(5728):1592-1594.

(27) Buchanan TA, Xiang AH. Gestational diabetes mellitus. *J Clin Invest* 2005 Mar;115(3):485-491.

(28) Ferraro ZM, Gaudet L, Adamo KB. The potential impact of physical activity during pregnancy on maternal and neonatal outcomes. *ObstetGynecolSurv* 2012 Feb;67(2):99-110.

(29) Melzer K, Schutz Y, Boulvain M, Kayser B. Physical activity and pregnancy: cardiovascular adaptations, recommendations and pregnancy outcomes. *Sports Medicine* 2010;40(6):493-507.

(30) Cohen TR, Plourde H, Koski KG. Use of the Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ) to identify behaviors associated with appropriate gestational weight gain during pregnancy. *Journal of Physical Activity and Health* 2013;10(7):1000-1007.

Revisión sistemática sobre la efectividad de los programas de Mindfulness y Compasión para la prevención y el manejo del burnout en personal de Enfermería.

Systematic review of the effectiveness of Mindfulness and Compassion programs for the prevention and management of burnout in Nursing.

Autora:

María Ángeles Mancebo Santamaría⁽¹⁾

⁽¹⁾Enfermera. Unidad Neurocirugía, Maxilofacial y Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
mariancebo2@gmail.com*

Recibido: 24 de septiembre de 2019
Aceptado: 26 de diciembre de 2019

Esta revisión se corresponde con el Trabajo Fin de Máster en Mindfulness de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza dirigido por la profesora Bárbara Oliván Blázquez y adaptado a las normas de publicación de Nuberos.

RESUMEN

Los profesionales sanitarios sufren altos niveles de burnout debido a la implicación psicológica y emocional que su trabajo conlleva, estos niveles de estrés suponen un claro desafío al que debemos prestar atención, ya que no solo afecta a nivel individual, con agotamiento emocional, despersonalización y actitudes distantes con las personas o el trabajo, sino que también afecta a nivel institucional produciendo un deterioro en la calidad de la atención y la humanidad en el cuidado.

El objetivo de este trabajo es revisar los estudios realizados en el sistema sanitario español sobre la aplicación de las técnicas de Mindfulness a los profesionales de la salud, así como analizar y obtener los resultados que de ellos se derivan.

El diseño del estudio es una revisión teórica de los estudios clínicos y las revisiones llevadas a cabo en España, donde se analiza la incorporación de la formación en Mindfulness y Compasión y los resultados obtenidos en términos de reducción del burnout y aumento de la calidad de vida.

Las conclusiones obtenidas que se derivan de este estudio, es que la práctica de Mindfulness y Compasión, disminuye el síndrome de burnout, ya que reduce los niveles de estrés, ansiedad y rumiación e incrementa la afectividad positiva y la humanidad compartida.

Palabras clave: Mindfulness, burnout, enfermería, España

ABSTRACT

Health professionals suffer from high levels of burnout, due to psychological and emotional involvement with their work. These levels of stress are a clear challenge we should look for. Because they do not only affect individual level, often characterized by an emotional exhaustion, depersonalization and distant attitudes towards persons or in the workplace, but also institutional level in which there is lower quality of care and humane treatment.

The aim of this research is first review studies about the application of Mindfulness technique to healthcare professionals, which were carried out in the Spanish National Health Service. Second analyze and obtain the results derived from them.

Theoretical review of clinical studies and reviews were carried out in Spain, in which the implementation of Mindfulness and Compassion training and their outcomes achieved in terms of reducing burnout and increasing quality of life are analyzed.

The conclusions show that Mindfulness and Compassion practices decrease burnout syndrome, because it reduces the levels of stress, anxiety and rumination and increases positive affectivity and shared humanity.

Keywords: Mindfulness, burnout, nursing, Spain

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de Enfermería habitualmente debido al trabajo que realizan cada día deben hacer frente a numerosas demandas tanto físicas, emocionales y cognitivas, la exposición continua y excesiva producen imposibilidad de adaptación para dar una respuesta efectiva, lo que trae consigo niveles altos de estrés

Una de las características más importantes de la profesión de Enfermería además de los conocimientos técnicos que supone su ejercicio es la faceta humanista, a menudo el contacto con las personas que sufren necesita grandes dosis de empatía y compasión, una de las críticas actuales a la profesión de enfermería es que se está perdiendo la humanidad en el cuidado¹.

Existen muchos motivos, La Enfermería al ser una profesión de ayuda, exige una alta implicación entre el profesional y el paciente, por lo que muchos enfermeros sufren el síndrome del desgaste profesional, que es "la consecuencia de un fracaso adaptativo por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requieren el trabajo con personas"².

Una de las consecuencias derivadas de este agotamiento y del estrés crónico que supone la relación de ayuda, es el burnout o síndrome del quemado, se desarrolla tras una exposición crónica al estrés laboral y la definición más aceptada es la elaborada

por Maslach y Jackson³, que lo definieron como un síndrome en el que el trabajador presenta cansancio emocional, despersonalización y actitud negativa hacia los clientes y baja realización personal. Más recientemente está apareciendo otro término que se conoce como fatiga de compasión, término que acuñó Joinson en 1992⁴, este concepto fue usado por primera vez para describir el desgaste de las enfermeras y posteriormente por Figley para describir el coste de atender el dolor emocional de otros.

El burnout es un problema grave y cada vez con mayor incidencia entre los profesionales, la prevalencia del burnout varía entre 20 y el 35%⁵ según los estudios. Más concretamente en el colectivo enfermero el valor más reconocido está cercano al 40%⁶, una revisión sistemática reciente lo sitúa en 43% en enfermeras de atención primaria⁷, lo que supone un alto porcentaje de profesionales de Enfermería afectados.

Este síndrome con tan alta afectación entre los profesionales de Enfermería supone un reto claro al que tenemos que mirar atentamente, pues no solo afecta a nivel individual sino también a las organizaciones, a nivel individual como ya hemos dicho se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y actitudes distantes con las personas o el trabajo a realizar, así como sentimiento de baja competencia personal, a nivel institucional esto produce un deterioro de la calidad asistencial, y aumenta el riesgo de consecuencias graves; son más frecuentes los errores de medicación y la falta de reconocimiento de signos y síntomas que ponen en peligro la seguridad y la vida del pa-

ciente. Esta disminución de la capacidad de empatía imprescindible para una buena relación entre profesional y paciente, y el aumento de los conflictos conlleva a una deshumanización de los cuidados. Esto trae consigo un problema para las organizaciones sanitarias que se enfrentan a una doble responsabilidad, la salud de sus trabajadores y la salud de sus pacientes.

A la vista de este problema, importante y en aumento que afecta al personal sanitario pero también directamente a la calidad de nuestros Sistemas de Salud, parece que es importante conocer más acerca de las últimas estrategias de prevención y de manejo que se están investigando a nivel internacional y en nuestro país.

Con este enfoque destacan las intervenciones basadas en Mindfulness y Compasión.

Respecto al Mindfulness ya en 2005 Joanne Cohen Katz, describió el uso de una técnica de reducción del estrés basada en Mindfulness para reducir el burnout en personal de enfermería⁸, Mindfulness es el término con el que se ha traducido de la lengua pali la palabra sati, que significa "atención plena". La conciencia plena es una actitud que requiere mantener la atención en lo que ocurre "aquí y ahora", frente a la tendencia a dejar vagar la mente por los recuerdos del pasado o las fantasías del futuro⁹, es la intención de centrar la atención en el momento presente sin juicios y sin dejarse llevar por los pensamientos ni por las reacciones emotivas del momento¹⁰. El Mindfulness capacita a las personas y a los profesionales de los que estamos tratando en este momento para responder a las situaciones del día a día de forma consciente, en lugar de hacerlo de forma automática, fortaleciendo así la relación de cuidado y mejorando el bienestar de profesionales y pacientes. Este entrenamiento en atención plena desarrolla efectos psicológicos positivos, y permite al individuo identificar antes los síntomas del estrés, establecer más claramente sus causas y consecuencias e iniciar estrategias de afrontamiento más eficaces. Existen multitud de estudios que llegan a estas conclusiones que iremos viendo concretamente más adelante.

La compasión es la capacidad del ser humano de estar abierto al propio sufrimiento y al de los demás, sin juzgar ni rechazar la experiencia dolorosa¹¹. Es una cualidad multidimensional que incluye un factor cognitivo (comprensión del sufrimiento), un factor emocional (sentir el sufrimiento ajeno como propio) y un factor conductual (tener motivación e intención para aliviar el sufrimiento)¹². La compasión es una habilidad central en la práctica del Mindfulness, su cultivo proporciona equilibrio emocional y ayuda al sujeto a afrontar las dificultades con amabilidad, respecto a sí mismo y a los demás, también consiguen que el paciente "se sienta sentido"¹³, convirtiéndose en enfermeras más eficaces, lo contrario de la fatiga compasiva que sufren muchos profesionales por exceso de empatía y que produce síntomas de agotamiento físico, emocional y una actitud defensiva y de distanciamiento del profesional ante sus pacientes.

El objetivo del presente trabajo es profundizar mediante una revisión bibliográfica la eficacia demostrada de las intervenciones basadas en Mindfulness y Compasión en la reducción del burnout y la mejora del rendimiento profesional en enfermeras en España.

METODOLOGÍA

Este estudio es una revisión sistemática, sobre la efectividad de las intervenciones de Mindfulness y Compasión, para el manejo del burnout en personal de Enfermería.

La revisión bibliográfica que mejor se adapta al objetivo del estudio, es una revisión de estudios clínicos y artículos especializados realizados y llevados cabo en España, con personal de Enfermería de nuestro país. En la que los datos obtenidos se puedan extrapolar fácilmente a la Enfermería Cantabria.

Palabras clave: Mindfulness/Mindfulness, Burnout/ desgaste profesional, Nursing/enfermería, Spain/España.

La búsqueda bibliográfica se realizó en las principales bases de datos sanitarios (Pubmed, Scielo) en la biblioteca del HUMV en Clinical Key, y en artículos libres en google académico, se realizó una primera búsqueda en cada una de las bases de datos y la siguiente búsqueda se clasificó por objeto de estudio y siendo eliminados los repetidos, con el resultado de número 11 de artículos utilizados.

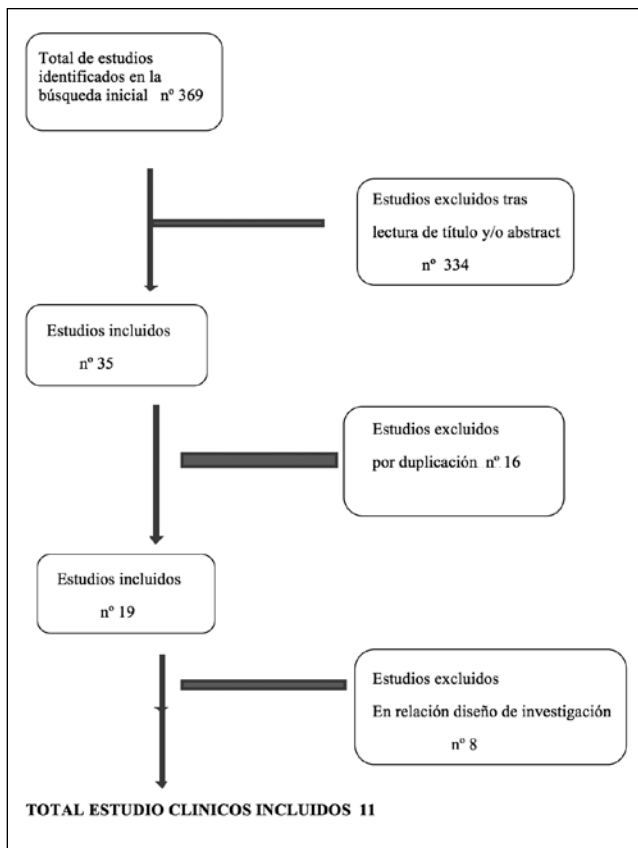
Para la búsqueda se utilizaron las palabras clave y además se emplearon criterios de inclusión y exclusión de los resultados encontrados con el objetivo de realizar una búsqueda objetiva en la Figura 1, se representa un diagrama de flujo de búsqueda y selección de estudios, mediante lectura primero de título y ante dudas también del abstract, y con exclusión de artículos repetidos. Los criterios de inclusión fueron que los estudios hicieran referencia a utilización de Mindfulness, meditación o compasión en relación con el síndrome de desgaste profesional o burnout con referencia al profesional de Enfermería, en algunos casos estudiado de forma única y en otros compartiendo estudio con otros profesionales sanitarios y añadiendo que todos ellos hubieran sido llevados a cabo en hospitales, centro Sociosanitarios o centros de salud del territorio español sin límite de fecha. Por otro lado los criterios de exclusión fueron estudios donde no intervinieran enfermeras y realizados fuera de España.

Tabla 1. Artículos encontrados

Base de datos	Palabras clave	Total artículos	incluidos	repetidos	útiles
PubMed	Mindfulness, burnout, nurses	46	3	0	3
	Mindfulness, burnout, Spain	13	4	2	2
Scielo	Mindfulness, burnout	7	3	2	1
Biblioteca virtual de salud	Mindfulness, burnout	7	5	2	3
Fundación índex cuiden	Mindfulness, burnout	10	3	2	1
Clinical Key	Mindfulness, burnout, enfermería	21	3	1	2
Google académico	Mindfulness, burnout, enfermería	273	14	7	7
Total					19

Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Diagrama de flujo en la búsqueda y selección de estudios



Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS

Después de la revisión bibliográfica descrita, los resultados obtenidos son 11 ensayos clínicos llevados a cabo con personal sanitario en hospitales, centros de salud y centros sociosanitarios españoles.

Estos estudios corresponden a la bibliografía desde el 14 al 24.

Los resultados obtenidos en cada uno de los ensayos clínicos se pueden ver en la tabla 2 (Anexo 1), donde se analiza cada estudio por separado, comparando la muestra, los instrumentos de medida, la intervención y los resultados obtenidos.

La muestra está compuesta casi en su totalidad por profesionales sanitarios, solo en un estudio se compara profesionales de gestión y sanitarios de un hospital²³, en algunos estudios, solo se realiza la intervención en personal de enfermería^{16,20,22} y en otros compartiendo ensayo con otros profesionales médicos, psicólogos, trabajadores sociales y en un caso auxiliares de enfermería. En relación con el grupo control en 5 de los estudios existe^{16,19,20,21,22}, la muestra es variable y no muy elevada, el menor número es de 20 profesionales de atención primaria²¹ y el número mayor es de 164 enfermeras de UCI y urgencias²².

Los instrumentos de medida varían en cada estudio, lo que todos comparten es la evaluación sociodemográfica, pre-post y en 3 de ellos la evaluación se hace también a las 3 ó 6 meses.

Otras variables que se recogen en los estudios y su instrumento de medida se detallan a continuación

Los instrumentos de medida utilizados son el Test Medical Síntomas Check List (MSCL) que mide síntomas médicos y SCL-90R para alteraciones o malestar psicológico. Maslach burnout Inventory (MBI) es el test específico para medir el burnout, se basa en afirmaciones referidas a actitudes, emociones y sentimientos personales hacia el trabajo y hacia las personas atendidas, está compuesto de 22 ítems y compuesto de tres subescalas, cansancio emocional, despersonalización y realización personal. El estrés diario se evaluó mediante la escala SRLF (Survey of Recent Life Experiences). Positive and Negative affect (PANAS) que mide la afectividad y el afecto positivo y negativo. La rumiación se midió con el cuestionario de control de la emoción ECQ. La alteración emocional se midió con el cuestionario Prolife of Mood States (POMS), que mide el malestar emocional en cinco subescalas, tensión-ansiedad, depresión-abatimiento, cólera-hostilidad, vigor-actividad y fatiga-inercia. Para la empatía se utilizó Jefferson Scale of Physician Scale (JSE), con las subescalas de cuidado compasivo, tomar perspectiva y “ponerse en el lugar del otro”. El nivel de Mindfulness se midió con dos cuestionarios: Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) con las subescalas de observación, descripción, actuar en conciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad. La atención plena con la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). La compasión se mide mediante el cuestionario Self Compassion Scale (SCS) fue diseñada por Kristin Neff que mide como actúa el sujeto habitualmente hacia sí mismo en momentos difíciles, consta de seis subescalas: autoamabilidad, humanidad común, Mindfulness y sus opuestos, auto juicio, aislamiento y sobre-identificación. La flexibilidad psicológica se evaluó mediante el cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ II). La escala de empatía de Jefferson, mide la orientación empática definida como la capacidad de ponerse en el lugar de los demás. En un estudio se evalúan variables fisiológicas (cortisol en sangre, Tensión Arterial y Frecuencia cardiaca) y en otro relacionado solo con enfermeras el agotamiento emocional mediante la subescala correspondiente al cuestionario de desgaste profesional de enfermería (CDPE).

La intervención en los primeros estudios desde el año 2005 hasta el año 2016, se basó en analizar la eficacia del MBSR, programa de entrenamiento en reducción del estrés basado en Mindfulness, en personal sanitario en España comparándolo con los estudios utilizando el MBSR validados y con eficacia en estudios de EEUU, (Grossman et al 2004)²⁵ meta-análisis o Cohen Kartz J. et al. (2005)⁸ con enfermeras en el área urbana de Filadelfia, encontrando una disminución significativa del estrés y del burnout.

Los ensayos desde el año 2016, mas dirigidos a emplear otro tipo de intervenciones como el programa de Compasion²⁰ o más breves^{21,22,23} e incluso con sesiones de inicio y seguimiento en casa o por e-mail²⁴.

El MBSR descrito por Kabat-Zinn es un programa de entrenamiento de 8 semanas, de 2 horas y media por semana y una sesión de ocho horas de silencio, está basado en un entrenamiento sistemático e intensivo de meditación y ejercicios de yoga practicando la conciencia plena. El propósito es enseñar a los participantes a aplicar la atención plena en multitud de problemas y situaciones de estrés en su vida diaria. El compromiso de los participantes es asistir a las sesiones y dedicar momentos

a la práctica en casa. (recomendable 45 min diarios), cada sesión transcurre con practica meditativa (respiración, body-scan, meditación caminando, yoga...) charlas sobre temas de emociones y estrés, tiempo de reflexión grupal, puesta en común, dudas y preguntas y para terminar una propuesta de ejercicios de meditación formal e informal para casa.

En términos generales y sin especificar uno a uno, queda probado en cada uno de los ensayos clínicos que la intervención en Mindfulness y/o compasión, produce en los profesionales de la salud, mejoras tanto a nivel físico, con reducción significativa de síntomas físicos, reducción del malestar psicológico así como en los niveles de burnout medido en términos de mejora en las tres variables, cansancio emocional, despersonalización y realización personal, también se dan cambios significativos en afectividad experimentando una reducción de afectividad negativa y un aumento o mantenimiento de la positiva.

Respecto a la variable Mindfulness, la unanimidad no es tan clara, produciéndose claros cambios en atención, ausencia de juicios y reactividad^{18,24}, frente a indicios de significación estadísticas en variables como observar y sin cambios en las otras variables²¹, teniendo relación esta menor significación con intervenciones más cortas, un taller de Mindfulness de 2 h, dos sesiones.

En intervenciones donde la compasión forma parte específica del programa^{20,22} en la escala de autocompasión el grupo intervención obtuvo un incremento significativo en auto-amabilidad siendo más moderado pero significativo en humanidad compartida y Mindfulness.

DISCUSIÓN

A raíz de los resultados y comentarios expuestos, se puede concluir que el entrenamiento en Mindfulness reduce el malestar físico y psicológico y los niveles de estrés y burnout de los profesionales sanitarios y de las enfermeras en particular, y no solo reduce el burnout en todos sus facetas (agotamiento emocional, despersonalización) sino que aumenta la calidad de vida de los profesionales^{14,15,16,18,19,21}.

Otros aspectos que también han experimentado mejora, son los relacionados con la aceptación, la rumiación, la flexibilidad y la autorregulación emocional^{17,22}. El entrenamiento en MBSR es decir la observación de las sensaciones, pensamientos o emociones en cada momento, previene la obsesión sobre hechos negativos y el no juicio facilita la aceptación de las experiencias sin la necesidad urgente de querer cambiarlas, todo ello disminuye el malestar psicológico asociado y por tanto el estrés percibido.

Los estudios donde se hace hincapié en el entrenamiento compasivo han dado resultados muy prometedores en ese tema, ente entrenamiento tiene una especial incidencia en la fatiga por compasión, que sufren muchos profesionales por elevados niveles de compromiso, exigencia y autocrítica, rasgos comunes de los profesionales que sufren burnout, por lo que dotar al profesional de herramientas que le ayuden a conectar, a ser amable consigo mismo y a ver la realidad desde una perspectiva menos autocrítica, repercute en la prevención del burnout y la fatiga por compasión^{20,23,24}.

Respecto a la incidencia en niveles elevados de Conciencia plena, en las escalas que miden Mindfulness, es evidente que la observación, descripción, actuar en conciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad, son rasgos que se entrenan y pro-

ducen mejoras significativas en el comportamiento, estos cambios son más elevadas en entrenamiento más largos y presenciales, al contrario de rasgos más concretos de burnout donde los resultados se encuentran incluso en talleres de menos horas de práctica e incluso con seguimiento online o línea whatsapp.

Después del análisis de los resultados obtenidos es importante exponer las limitaciones encontradas para comprender mejor los resultados, las deficiencias existentes en algunas de las investigaciones son: número reducido de participantes solo en uno de ellos superaba la centena, la falta de grupo control lo que impide la comparación entre grupos de los resultados obtenidos, la abrumadora mayoría de mujeres, o la inclusión voluntaria de los participantes en el estudio, lo que añade un sesgo doble, o bien participantes con alto nivel de estrés o burnout que busquen ayuda con estas intervenciones o por el contrario profesionales más cercanos y conocedores de técnicas de meditación o Mindfulness que se acerquen con demasiada buena disposición a los cambios.

Mindfulness es una herramienta que se adapta perfectamente a los requerimientos de la profesión Enfermera y como afirmaba Virginia Herderson²⁶ "el proceso de ayudar a otro es siempre difícil y solo a veces exitoso. Requiere escuchar, observar constantemente e interpretar comportamientos no verbales. También pide a la enfermera un gran conocimiento personal y la capacidad de reconocer y manejar las emociones que le impiden concentrarse en las necesidades del paciente y su ayuda". Por eso pienso que la incorporación de Mindfulness dentro de la Enfermería ayudaría en el proceso de cuidar profesionalmente y con humanidad.

Más allá del análisis de la mejoría de síntomas, la experiencia con el Mindfulness y la meditación es un estilo de vida, que llena toda la existencia, cambia la mente²⁷ y la forma de actuar, de ser, de comportarse y de vivir²⁸, aumenta las relaciones positivas, el logro de objetivos, el sentido de la vida, el saboreo y las fortalezas personales, produce el florecimiento personal de la persona, y no es una experiencia que se pueda vivir al completo en una formación de 8 semanas, esto crea una semilla que crecerá en algunos participantes que les hará continuar con la práctica de Mindfulness y que cambiara su vida y la de su familia, amigos y también pacientes, pero que sobre todo será una nueva forma de vivir en plenitud.

Con la práctica de la meditación con asiduidad se puede "calmar la mente para ver con claridad"²⁹, con esta forma de entender la vida, se puede vivir más plenamente y con menos sufrimiento.

CONCLUSIÓN

La definición de kabbat-Zinn³⁰ "prestar atención de manera consciente al momento presente con interés, aceptación y sin juicio", cada una de estas palabras forman parte de las actitudes básicas que el personal de Enfermería debe de cultivar para facilitar la salud y el bienestar propio y de los pacientes a su cargo.

Vivir serenamente cada situación de la vida y de la profesión. los buenos y los malos momentos, sin dar vueltas a lo que paso, ni proyectar hacia el futuro, con interés y mente abierta, atenta a las novedades de cada cuidado, sin expectativas y con curiosidad como si fuera la primera vez, el ahora siempre es distinto y

Revisión sistemática sobre la efectividad de los programas de Mindfulness y Compasión para la prevención y el manejo del burnout en personal de Enfermería. *Systematic review of the effectiveness of Mindfulness and Compassion programs for the prevention and management of burnout in Nursing*

cada cuidado es único. La aceptación de la realidad, respetar y aceptarse uno mismo y a los otros, es la clave del cambio.

Por ello se podría decir que las intervenciones y el entrenamiento en Mindfulness a los profesionales en los centros sanitarios españoles es una herramienta útil, como se ha demostrado en los estudios revisados, mejora la prevención y la reducción del burnout entre los profesionales de Enfermería y ayuda a promover actitudes positivas y de mejora de calidad de los cuidados enfermeros, aumenta la humanidad en el cuidado y en general la calidad de vida de pacientes y profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

- García Campallo J.Santed M.A, Como cambian los profesionales que practican Mindfulness. En Alianza Editorial. Ausias Cebolla, Javier García Campallo, Marcelo Demarzo. Mindfulness y Ciencia, de la Tradición a la modernidad. Primera edición. Madrid; 2014: 151-170.
- Mingote J.C, Pérez S. Estrés en la enfermería. El cuidado del cuidador. Madrid: Díaz de Santos S.A ; 2002.
- Maslach C, Jackson SE, The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*; 2:99-113.
- Joinson, C. Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 1992; 22: 116-121.
- Gil-Monte. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), un enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid. Piramide. 2005.
- San clemente I, Elboj C, Iñiguez T. Burnout en los profesionales de enfermería en España. *Metas de enfermería*. 2014; 17(10);17-23
- Gómez Urquiza JL, Mosalve Reyes C, Luis –Costas C, Fernández Castillo R, Aguayo- Estremera R, Cañadas-de la Fuente G. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención primaria* 2017; 49: 77-8.
- Cohen Katz J, Wiley S, Capuano T, Baker DM, Dietrick L, Shapiro S, The effects of Mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: a qualitative and quantitative study. *Holist Nurs Pract* 2005, mar-Apr ;19(2) 78-86.
- Kabat Zinn, " La práctica de la atención plena" Barcelona : Kairos 2007.
- Hanh T.N. " El milagro del Mindfulness" Barcelona : Oniro 2001
- Brito G. Secular compassion training. 2014 *En Empirical Review. Journal of Transpersonal Research*, 2014, 6(2): 1–9.
- Gilbert P. Terapia centrada en la compasión, características distintivas. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2015.
- Vicente S. La consciencia amable, vencer el sufrimiento con sabiduría y compasión. Sello. 2015.
- Martin Asuero A, Garcia de la Banda G, Benito Oliver E. Reducción del estrés mediante atención plena: La técnica MBSR en la formación de profesionales de la salud. *Análisis y modificación de conducta* 2005, 31, nº139.
- Martín Asuero A, García de la Banda G, Las ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *Internacional journal of clinical and Health psychology* 2007, 7 (2): 369-384.
- Franco Justo C, Justo Martínez E. Reducción de los niveles de burnout en personal de enfermería mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (Mindfulness), *Revista Tesela* 2010;7. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts7220.php>.
- Martín Asuero A, Garcia-Banda G. El programa de reducción de estrés basado en Mindfulness (MBSR) disminuye el malestar psicológico asociado al estrés en profesionales de la salud. *Spanish Journal of Psychology*, 2010, 13(2) 895-903.
- Martín Asuero A, Rodríguez Blanco T, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Moix Queralto J. Evaluación de la efectividad de un programa de Mindfulness en profesionales de atención primaria. *Elsevier España* 2013: 27(6):521-528.
- Martinez Avila M.S, Gomez Perez D, Arranz Esteban A, Martinez Ureta M, Botica Moros S et al. Efectos del yoga y meditación (Mindfulness) sobre el estrés en profesionales sanitarios de unidades de cuidados intensivos. Madrid. Comunicación oral Congreso Nacional de la SEEUC 2016.
- Aranda Auseron G, Elcuaz Viscarret MR, Fuertes Goñi C, Gueto Rubio V, Pascual Pascual P, et al. Evaluación de la efectividad de un programa de Mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria. *Elsevier. Atención Primaria*, 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.009>.
- Martinez Lentisco M, Pedrosa Pacheco A, Olvera Porcel MC. Resultados de un taller de Mindfulness en profesionales de Atención Primaria. *Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria* septiembre 2017; 21(18) 13.
- Blanco Donoso LM, García Rubio C, Moreno Jiménez B, Intervención Breve basada en ACT y Mindfulness: estudio piloto con profesionales de enfermería en UCI y Urgencias. *International Journal and Psychological Therapy* 2017, 17, (1), 57-73.
- Sansó N, Galiana L, Oliver A, Cuesta P, Sánchez C, Benito E. Evaluación de una intervención mindfulness en equipos de cuidados paliativos. *Revista Psychological intervention*, 2017.
- Gracia Gozalo R.M, Ferrer Tarrés JM, Ayora Ayora A, Alonso Herrero M, Amutio Kareaga A, Ferrer Roca R. Aplicación de un programa de Mindfulness en profesionales de un servicio de medicina intensiva. Efecto sobre el burnout, la empatía y la autocompasión. *Elsevier. Medicina intensiva* 2018. Disponible en <http://doi.org/10.1016/j.medint.2018.02.005>.
- Grossman P, Nieman L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness –based stress reduction and health benefits, A Meta- analysis. *Journal of psychosomatic Research* 2008; 57: 35-43.
- Nightingale V. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Hanson R, Mendius R. El cerebro de Buda, la neurociencia de la felicidad, el amor y la sabiduría. 2ª edición. Santander: Editorial mirrazones; 2016.
- Alvear Morón D. Mindfulness en positivo, La ciencia de la atención plena y la psicología positiva en el camino del bienestar. Primera edición. Lleida: Editorial Milenio; 2015.
- Simón V. aprender a practicar Mindfulness. Barcelona, sello editorial; 2011.
- Kabbat-Zinn J. Vivir con plenitud las crisis, cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad. Ed Kairos. 2012.

ANEXOS

Anexo 1.

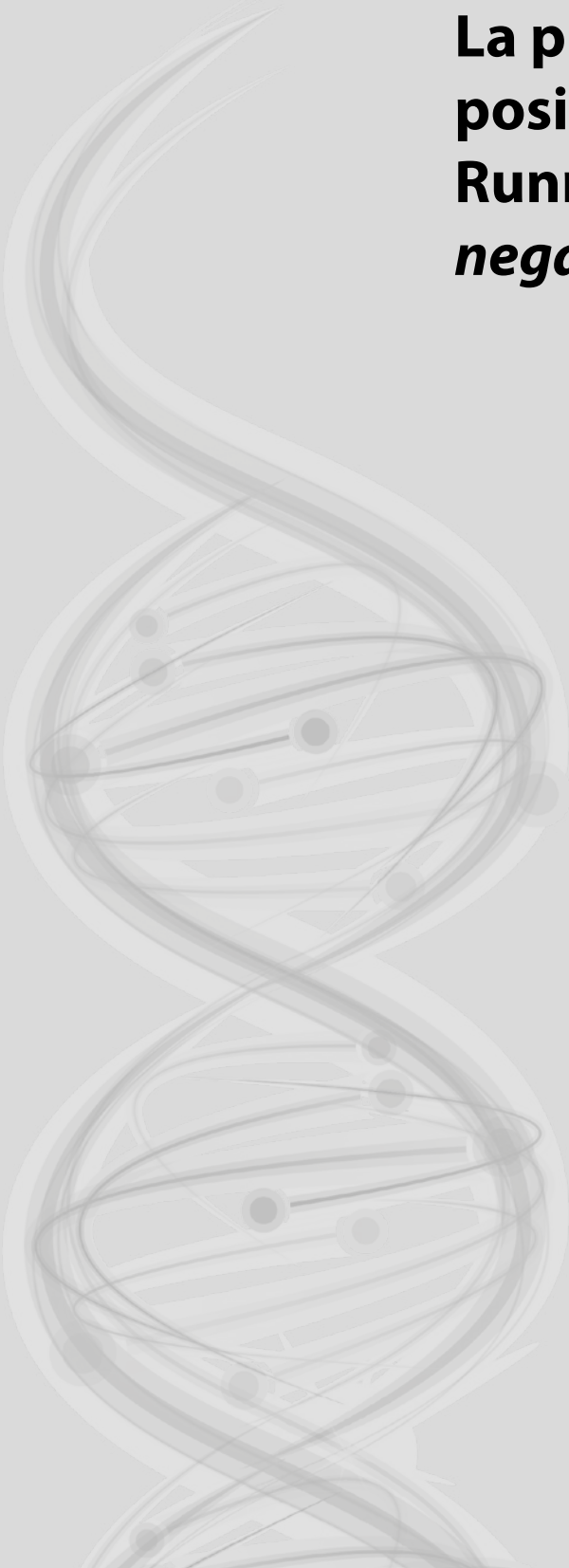
Tabla 2. Características y resumen de los ensayos clínicos incluidos en la revisión

Autor, año, ciudad de estudio	Título	Muestra Grupo control	Instrumentos de medida	Intervención	Resultados
Martin Asuero A. García de la Banda G. Benito Oliver E. 2005, Palma de Mallorca	Reducción del estrés mediante atención plena: La técnica MBSR en la formación de profesionales de la salud	28 voluntarios (16 profesional de la salud) Grupo Control = G.C-No	Pre -Post: -Test medical syptoms check list (MSCL) -SCL-90R alteraciones psicológicas o físicas.	8 semanas 2,5 h 6ª semana 8 h Total 28 h MBSR+Meditación +yoga	En cuanto al malestar físico, al acabar el programa se observó una reducción significativa de dicho malestar medido a través del MSC. El porcentaje de síntomas antes de comenzar las sesiones era del 20.8% y al acabar el programa del 11.6%. La diferencia entre las medias pre y post intervención es muy significativa ($p<0,001$) Respecto al malestar psicológico, la media del GSI al comienzo del programa estaba en 0.75 y al final fue del 0.38. Esta diferencia es también muy significativa ($p<0,001$)
Martín Asuero A. García de la Banda G. 2007, Islas Baleares	Las ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico	28 voluntarios (entre ellos profesionales de la salud, enfermeras con altos niveles de estrés) G.C- No	Pre-post: SCL-90-R, malestar psicológico	8 semanas 2,5 h 6ª semana 8 h Total 28h MBSR + Meditación + yoga	El malestar psicológico de los participantes disminuyó de manera significativa ($p<0,001$) después de la intervención. GSI disminuyó de 1,10 (medida pre) 0,54 (medida post). Tomando como criterio la magnitud de mejora en los percentiles del malestar psicológico: 11% mejoría ligera (menos de 9 puntos) 7% mejoría moderada (de 10 a 24 puntos) 25% mejoría importante (25 a 49 puntos) 43% una mejoría muy importante (50 o más)
Franco Justo C. Martínez Eduardo J. 2010, Almería	Reducción de los niveles de burnout en personal de enfermería mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (Mindfulness)	43 enfermeras G.C - Si 21 enfermeras	Pre-post y seguimiento a las 6 meses: -Maslach burnout Inventory (MBI)	10 sesiones, 1,5h semanales. Adaptación de MBSR+ introducción de estrategias de terapia de conducta dialéctica y terapia de aceptación y compromiso.	En el grupo de intervención se obtuvo diferencias significativas pre-post en las tres dimensiones de la variable Burnout, cansancio emocional, cm ($p=0,001$), despersonalización, d ($p<0,05$) y realización personal, rp, ($p<0,005$), comparándolo con el seguimiento, también hubo diferencias significativas, c.m ($p=0,001$), d. ($p<0,05$), r.p ($p<0,05$) Sin embargo no aparecen diferencias en las variables pre-post-seguimiento en el grupo experimental
Martín Asuero A. García De la Banda G. 2010, Barcelona	El programa de reducción de estrés basado en Mindfulness (MBSR) disminuye el malestar psicológico asociado al estrés en profesionales de la salud.	29 participantes 76% profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos) G.C- No	Pre-post y a las 3 meses: -SCL-90R -SRLE, estrés percibido -Positive and Negative affect (PANAS) afectividad -control de la emoción ECQ, Rumiación	8 semanas 2,5 h Una sesión 8 h Total 28 h MBSR Focalización, meditación y yoga	El malestar psicológico se redujo significativamente durante la intervención y se mantuvo en el seguimiento. 44% de disminución. La puntuación del estrés se redujo en un cambio leve, 23% no D.E. Significativa. En la escala de rumiación también se disminuyó tras la intervención, y se mantuvo un 29% tras el seguimiento. La Afectividad positiva del PANAS no experimentó cambios al contrario que la afectividad negativa que se redujo de forma significativa y se mantuvo en el seguimiento 20%.
Martín Asuero A. Rodríguez Blanco T. Pujol-Ribera E. Berenguera A. Moix Queraltó J. 2013, Barcelona	Evaluación de la efectividad de un programa de Mindfulness en profesionales de atención primaria.	87 profesionales de atención primaria (médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales) 4 grupos 21,23,21,22 profesionales G.C- No	Pre-post: -Maslach Burnout Inventory(MBI) -Prolife of Mood States(POMS), alteración emocional. -Jefferson Scale of Physician Scale(JSE), empatía -FFMQ, Mindfulness - Cuestionario Univid Massachusetts, evaluación global	1 año: Fase intensiva: 8 semanas 2,5 h 1 sesión 8 h Total 28 h Continuación: 1 sesión mensual 2,5h durante 10 meses MBSR	La puntuación de todas las escalas mejoró respecto a los valores basales. Destaca la escala FFMQ con una RME 1,4 seguida de la escala POMS con una RME 0,8. Lo que significa cambios grandes significativos. Al finalizar el programa el 70,3 se sentía mejor, el 65,9 % con más energía y el 48% había mejorado su grado de actividad. El 93,8% atribuyó al entrenamiento en Mindfulness una mayor atención, desarrollada por la meditación y un cambio en sus pensamientos, sentimientos o reacciones.

Revisión sistemática sobre la efectividad de los programas de Mindfulness y Compasión para la prevención y el manejo del burnout en personal de Enfermería. *Systematic review of the effectiveness of Mindfulness and Compassion programs for the prevention and management of burnout in Nursing*

Autor, año, ciudad de estudio	Título	Muestra Grupo control	Instrumentos de medida	Intervención	Resultados
Martínez Ávila M.S. Gómez Pérez D. Arranz Esteban A. Martínez Ureta M. Botica Moros S. Paniagua D. Peiró Pastor R. 2016, Madrid	Efectos del yoga y meditación (Mindfulness) sobre el estrés en profesionales sanitarios de unidades de cuidados intensivos.	57 profesionales de tres unidades de cuidados intensivos (medios, enfermeras y auxiliares) G.C.- Si profesionales en lista de espera	Pre-post: -Maslach Burnout Inventory (MBI) -Variables fisiológicas (cortisol en sangre, Tensión Arterial, Frecuencia cardiaca)	Intervención psicoeducativa de 12 semanas. Yoga y técnicas de mindfulness	Si existen diferencias en las variables cortisol en sangre (p=0,014) y T.A sistólica (p=0,046) y diastólica (p=0,018). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para las variables frecuencia cardiaca y las subescalas de MBI
Aranda Auseron G. Elcuz Viscarret M.R. Fuertes Goñi C. Gueto Rubio V. Pascual Pascual P. Sainz de Murieta García de Galdeano E. 2017. Navarra	Evaluación de la efectividad de un programa de Mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria.	48 profesionales de enfermería, atención primaria de Navarra 25 grupo intervención G.C.- Si 23 elegidos aleatoriamente por bolas numeradas. 46,7% profesionales de enfermería	Datos sociodemográficos Pre-post: -FFMQ, Mindfulness -Perceived Stress Questionnaire(PSQ), nivel de estrés -Self Compasión Scale (SCS), compasión -Maslach Burnout Inventory (MBI)	8 semanas 2,5 h. Programa a MBSR mas practicas cultivo de la compasión MSC	En la escala (FFMQ), la puntuación media pre-intervención mejoro significativamente. Los cambios fueron E.S. en todas las subescalas (p<0,001). los resultados para el grupo de control no se modificaron(p=0,689). En la escala estrés (PSQ), las puntuaciones se redujeron en el grupo intervención en todas las subescalas (p<0,001). Escala autocompasión (SCS) el grupo intervención obtuvo incremento significativos en auto-amabilidad , siendo más moderado pero aun significativos en "Humanidad" Compartida" y " Mindfulness". Escala Burnout (MBI), para "cansancio" el efecto de la intervención fue significativa, para las dimensiones de "despersonalización" y "realización personal" los cambios fueron marginales. La comparación entre grupos en FFMQ, PSQ, SCS, muestra una D.E.S(p<0,001), excepto en MBI donde en las subescalas "despersonalización" y "realización personal" no difirieron entre los grupos.
Martínez Lentisco M.M. Pedrosa Pacheco, A. Olvera Porcel M.C. 2017, Almería	Resultados de un taller de Mindfulness en profesionales de Atención Primaria.	20 profesionales sanitarios de atención primaria CS Nijar G.C. Si 14 profesionales C.S Carboneras	Datos sociodemográficos Pre-post y 6 meses: -Maslach Burnout Inventory (MBI) -Prolife of Mood States(POMS), alteración emocional -FFMQ,Mindfulness	2 h por sesión 2 sesiones separadas 15 días Taller de mindfulness	En cuestionario MBI, en "agotamiento emocional" y "despersonalización" muestra D.E.S, en "realización personal" se aumentaron los valores pero no significativamente. Comparación con grupo control en agotamiento emocional si hay D.E.S. en el resto de variables no. En POMS, solo en amistad los resultados fueron significativos, en las otras dimensiones no, con el G.C. tampoco se encontraron D.E.S. FFMQ, en la dimensión "observar", hay indicios de significación estadística, en el resto de las dimensiones no, en relación al G.C. en las variables despersonalización y fatiga si hubo D.E.S.
Blanco Donoso L.M. García Rubio C. Moreno Jiménez B. 2017, Madrid	Intervención Breve basada en ACT y Mindfulness: estudio piloto con profesionales de enfermería en UCI y Urgencias	164 profesionales de enfermería de la UCI médica, Quirúrgica Y Urgencias. Inclusión 2 grupos de 25 de la población total, los primeros múltiples de 5 grupo intervención G.C.- Si los siguientes 25 en lista de espera	Pre-post: -C. de aceptación y acción II(AAQ II), flexibilidad psicológica -Mindful attention Awareness Scale (MAAS) -Positive and Negative Affect (PANAS), bienestar emocional -Cuestionario de desgaste profesional de enfermería(CDPE) - Cuestionario vitalidad subjetiva (R. Frederick - Propósito vital de bienestar psicológico (Ryff 1989)	2 sesiones 3 h en dos semanas consecutivas 3º sesión 3h a las 3 meses Intervención ACT (aceptación y compromiso) y Mindfulness	La variable flexibilidad psicológica mantuvo asociación significativa con el resto delas variables y la atención plena solo con los indicadores negativos de bienestar (agotamiento emocional y afecto negativo). La intervención produjo cambios Significativos en vitalidad, flexibilidad psicológica, propósito de vida y en atención plena y disminuyo en niveles de afecto negativo. A los tres meses cuando acudieron a la sesión, mostraron cambios significativos de magnitud grande en la variable vitalidad. Los participantes encontraron la intervención notablemente útil y mostraron unos índices de satisfacción global alta.

Autor, año, ciudad de estudio	Título	Muestra Grupo control	Instrumentos de medida	Intervención	Resultados
Sansó N. Galiana L. Oliver A. Cuesta P. Sánchez C. Benito E. 2017, Madrid	Evaluación de una intervención mindfulness en equipos de cuidados paliativos.	36 profesionales de cuidados paliativos 18 Prof. Sanitarias, 12 enfermeras Resto gestión, trabajador social, mantenimiento...) G.C- No	Datos demográficos Pre-post: -FFMQ, Mindfulness -Escala auto compasión (Neff 2003) -Escala de calidad de vida profesional (Stamm 1999)	Curso semipresencial 6 semanas 12 h presenciales. Programa entrenamiento MBI	Los resultados de la aplicación del programa se evaluaron mediante análisis de varianza multivariados (MANOVA) Tras la intervención se observó una mejora en los niveles de Mindfulness, de auto-compasión y de riesgo de burnout, independientemente de la categoría profesional.
Gracia Gózaló R.M Ferrer Tarrés J.M Ayora Ayora A. Alonso Herrero M. Amutio Kareaga A. Ferrer Roca R. 2018, Barcelona	Aplicación de un programa de Mindfulness en profesionales de un servicio de medicina intensiva. Efecto sobre el burnout, la empatía y la autocompasión.	32 profesionales servicio de medicina intensiva medico quirúrgica 13 enfermeras G.C- No	Datos sociodemográficos Pre-post: -Maslach Burnout Inventory (MBI) -FFMQ, Mindfulness -Escala de empatía de Jefferson -Self compasión scale	Una sesión inicial y formar un grupo de whatsapp y mail. Programa consistió en propuesta de prácticas breves 5-8 min durante 8 semanas. Práctica ind. y resolver dudas.	En escala FFMQ globalmente no se modifica pre-postprograma, pero si analizamos por separado las subescalas, se aumentan los factores de "observación" y "ausencia de reactividad" y disminuyen "actuando en Consciencia" y "ausencia de Juicio". La escala de empatía de Jefferson no mostro cambios de forma global. Los resultados globales de la escala de autocompasión son superiores significativamente tras la intervención. El factor que más se incrementa es el de "humanidad compartida" y alcanza significación estadística para "auto-compasión"y "auto-amabilidad"



**La práctica del *running* y sus
posibles efectos negativos.
Running *and its possible
negative effects.***

Autora:

Sonia Crespo Jiménez⁽¹⁾

*⁽¹⁾ Graduada en Enfermería. Unidad de
Trastornos de la Conducta Alimentaria.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Santander. España.*

*Dirección para correspondencia:
sonia.cjz@gmail.com*

Recibido: 13 de febrero de 2019
Aceptado: 2 de diciembre de 2019

Monografía que se corresponde con el Trabajo Fin de Grado, tutorizado por el profesor Carlos Hernández Jiménez de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cantabria y adaptado por la autora a las normas de publicación de Nuberos Científica. En su origen se encontrará, próximamente, en el Repositorio UCrea

RESUMEN

El *running* es una actividad deportiva que se ha convertido en un fenómeno social. Su rápida expansión ha quedado reflejada en la gran cantidad de carreras populares, media maratones y maratones organizadas a nivel mundial durante las últimas décadas, pudiendo ser debido a la facilidad con que las personas pueden iniciarse en esta práctica. Actualmente, es considerado uno de los deportes de moda de nuestra sociedad contemporánea.

Correr puede ser una actividad saludable, pero también puede causar daños en el organismo. Se fijado como uno de los objetivos, mostrar los posibles efectos perjudiciales que pueden originarse en los *runners* no profesionales tras su realización, favorecidos por diversos factores.

El trabajo pretende exponer diferentes recomendaciones generales, para que los profesionales sanitarios lleven a cabo intervenciones en los tres niveles de prevención, con el fin de evitar esas posibles consecuencias negativas.

Consideramos que sería necesario la realización de más trabajos de investigación, ya que continúan aumentando las lesiones originadas por la práctica del *running*. No obstante, los profesionales de enfermería tienen mucho que aportar, realizando intervenciones que aborden las causas multifactoriales de las probables secuelas originadas en los corredores no profesionales.

Palabras clave: correr (MeSH), resultados negativos (DeCS), prevención de accidentes (DeCS), psicología del deporte (DeCS)

ABSTRACT

Running as an activity sport has now become a full-fledged social-phenomenon. Its quick expansion could be attributed to the easy with which people are able to start this practice. It has indeed been reflected in the largest number of running events around the world from popular races, half-marathons to marathons, which were organized over the past decades. Nowadays, it is considered one of the fashionable sports of our contemporary society.

Running may be a healthy activity but it can also cause harm an organism. The main goal is to show the potential side effects which may come up in *non-professional runners* after performing. Moreover, many factors contribute to the occurrence of adverse effects.

The aim of this study is to propose different recommendations in order to health professionals carry out interventions at three levels of the prevention, with a view to avoid those possible negative consequences.

Hence, much more research would be to conduct because of the incidence of running-related injuries continue increasing.

Nevertheless, nurses have much to offer, developing interventions that address the causes, which tend to be multi-faceted, and their likely negatives effects on runners non- professionals.

Keywords: running, negative results, accident prevention, psychology sports

INTRODUCCIÓN

Desde el planteamiento de que el ejercicio físico regular y controlado proporciona beneficios para la salud¹, ciertas prácticas deportivas aumentan día a día, y como ejemplo el "*boom del running*". Comenzó a ser popular en la década de los 70 en Estados Unidos^{2,3}. Su práctica se generalizó, llegando el expresidente Bill Clinton a salir a correr acompañado de sus agentes secretos, siendo un modelo a seguir para la sociedad moderna estadounidense.

El *running* como fenómeno de masas, llegó a España en los años 90, con el acontecimiento deportivo de mayor importancia para la sociedad de esa época, los Juegos Olímpicos de 1992 en Barcelona. Es una práctica deportiva que ha evolucionado progresiva y socialmente convirtiéndose en un hábito para muchas personas, que puede generar una red social convirtiéndose en una forma de vida⁴.

Desconectar de la actividad laboral o simplemente practicarlo por ocio, son algunos de los motivos del aumento de seguidores. También, la mínima complejidad para su ejecución, la accesibilidad económica^{4,5}, comparado con otros deportes que necesitan materiales e indumentarias específicos, en este, solo se precisan unas zapatillas deportivas. La flexibilidad con la que

se puede efectuar a cualquier hora del día y en diferentes escenarios; al aire libre (por las calles de la ciudad, a la orilla de la playa o en el campo) y en lugares cerrados como son los gimnasios. Además, puede realizarse por cualquier individuo independientemente del sexo, edad y nivel de formación educativa y física, originando beneficios para la salud^{6,7}.

Su popularidad también se refleja en la cantidad de carreras deportivas, celebradas en las distintas comunidades autónomas del territorio español durante todo el año, ya sean de mayor o menor relevancia. Los retos deportivos y la capacidad de superación personal generan numerosos beneficios, sin embargo, el hecho de que la práctica del *running* se haya incrementado, induce a plantearse: ¿Estamos todos preparados para correr? ¿Cuándo se atraviesa la línea entre lo saludable y lo patológico? ¿El *running* puede generar una peligrosa dependencia, hasta el punto de convertirse en una adicción? ¿Cuáles son los efectos y qué consecuencias que conlleva?

Esta práctica deportiva, al igual que otras, en ocasiones se viene realizando sin control de ningún profesional de la salud proporcione unas pautas para su ejecución. Existen diversos factores como son: correr grandes distancias en un corto periodo de tiempo o utilizar calzado inadecuado, entre otros, que pueden convertirla en una práctica que dé lugar a consecuencias negativas para la salud.

JUSTIFICACIÓN

Respecto al tema, se han venido produciendo una serie de acontecimientos que han conllevado accidentes graves para quienes lo practican, como ejemplo, el artículo de periódico El Mundo dónde aparecía la siguiente pregunta, “¿Se está convirtiendo el *running* en una moda peligrosa?”⁸, así como el titular “El trágico rastro de la Behobia - San Sebastián: un muerto y cuatro en la UCI”⁹. Por ello, se ha considerado un tema actual en el que enfermería, como profesional de la salud, puede promover y aplicar estrategias para la prevención de los daños que puedan originarse.

Esta revisión se centra en los perjuicios que puede producir la práctica del *running* de forma recreativa, dejando a un lado el deporte de competición profesional, puesto que son corredores más experimentados, cuyo riesgo y tipo de lesiones puede ser diferente¹⁰.

OBJETIVOS

- Analizar la epidemiología de la actividad de los *runners*.
- Analizar, mediante estudios primarios, la relación entre la práctica del *running* y los efectos negativos que pueden originarse en corredores no profesionales.
- Describir recomendaciones generales, orientadas a los cuidados de prevención de aspectos negativos derivados del *running*.

METODOLOGÍA

Se trata de una búsqueda bibliográfica sistemática realizada hasta el mes de marzo del 2016, utilizando tres bases de datos: “Dialnet” obteniendo artículos en español; “Medline” y “Scopus” para artículos de ciencias de la salud, mayoritariamente en lengua inglesa.

Se emplearon diferentes estrategias de búsqueda en cada base de datos, Tabla 1, utilizando los descriptores DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud de la Biblioteca Virtual en Salud) y MeSH (Medical Subject Headings de la U.S. National Library of Medicine) realizando combinaciones utilizando el booleano “AND”.

Descriptores de búsqueda:

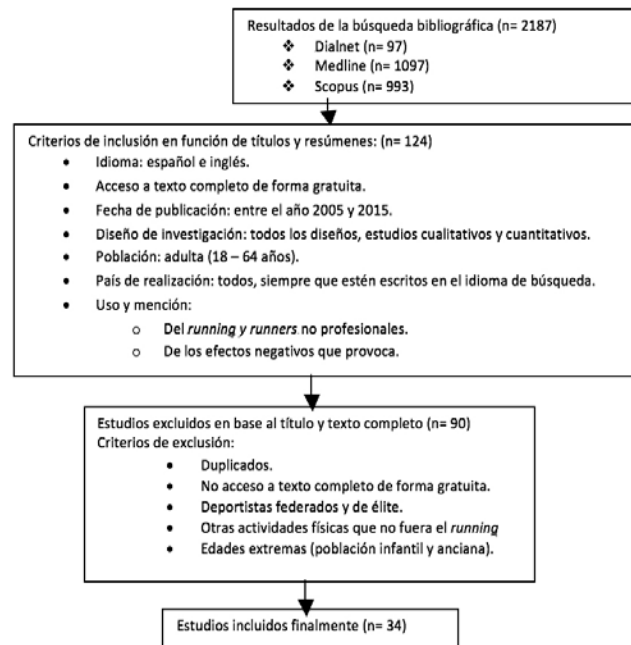
- DeCS: carrera, factores de riesgo, salud, promoción de la salud, traumatismos, heridas y traumatismos, adicción.
- MeSH: *running*, risk factors, health, health promotion, athletic injuries, wounds and injuries, behaviour addictive.

RESULTADOS

El *running* es un anglicismo procedente del verbo *to run*, cuyo equivalente en español es “carrera a pie”. Se define como una actividad física en la que el cuerpo es propulsado por el movimiento rápido de las piernas. La persona que lo practica se denomina *runner* o corredor^{5,11}.

A diferencia del deporte profesional o competitivo, en el deporte recreacional como el *running*, el fin es meramente lúdico o

Figura 1. Árbol de la búsqueda.



Nota: elaboración propia

de mejora en la calidad de vida de la persona. Esta monografía se centra en los *runner* no profesionales.

Según la literatura consultada, no existe una clasificación universal que defina el tipo de corredores que existen y sus características, por lo tanto las clasificaciones son diversas.

Los hermanos Llopis Goig establecieron una **clasificación sociocultural** de los *runner*, tras realizar una investigación cualitativa a 76 corredores populares españoles entre los años 2006 y 2007 que salieron a correr de forma semanal durante al menos dos años, teniendo en cuenta las características de la práctica del *running*, los porqués de su realización y cómo lo perciben. Esta investigación, parte del *modelo cultural de Douglas (1996)* y del *modelo de clasificación de las actividades de ocio de Elías y Dunning (1988)*, dos dimensiones que estructuran la práctica del *running*: por su carácter relacional (grupal vs. individual) y grado de formalización técnica (mayor vs. menor) dando lugar a cuatro perfiles que deben considerarse como *tipos ideales* en sentido Weberiano⁶, que son:

Solitarios hedonistas: personas que salen a correr individualmente, tienen pocos conocimientos técnicos y no siguen un plan de entrenamiento. La práctica les produce bienestar.

Individuales competitivos: practican individualmente, siguen entrenamientos estructurados, tiene carácter competitivo y son muy exigentes con el rendimiento físico.

Rodadores relacionales (o sociales): disfrutan de la práctica del *running* de forma conjunta. Las relaciones con los demás son un elemento importante, no siguen pautas de entrenamiento y no les preocupa conseguir marca deportiva.

Grupalistas disciplinados: perfil de corredores que sigue una pauta de ejercicios grupales (pertenecen a un club o asociación). Otorgan gran importancia a la condición física,

al equipamiento y a la alimentación. Son exigentes consigo mismo, buscando obtener los mejores resultados y así, una marca deportiva. En algunas ocasiones, estas exigencias, deterioran sus relaciones socio-familiares y laborales.

Algunos autores clasifican a los corredores en profesionales y populares; y en estos últimos, algunos estudios clasifican a los *runner* en base al tipo de ejercicio realizado^{7,12-14}:

Corredores principiantes o novatos (*novice runners*): su experiencia es inferior a 1 año, suelen correr 2 veces por semana una distancia de 5 kms⁵. Tienen pocos conocimientos y experiencia^{10,5,15}.

Corredores populares (*recreational runners*): practican de forma aficionada, por diversión o salud, carreras de 5-10 kms¹⁶.

Corredores semiprofesionales o amateur: deportistas no profesionales, con indumentaria específica, rutina de entrenamiento y que practican carreras¹³.

Corredores de élite o profesionales: atletas retribuidos económicamente, que se dedican profesionalmente a esta práctica. Realizan entrenamientos estrictos de alta complejidad, con el objetivo de llegar al rendimiento de alto nivel y conseguir marca deportiva¹⁴.

En España, el deporte informal registra cifras del 75% en el 2010, según encuestas deportivas. La *Encuesta sobre los Hábitos deportivos del 2010*, en España, refleja que de cada cuatro personas, tres practican alguna modalidad deportiva sin ningún interés en competir, mostrando el componente recreativo que caracteriza el hábito deportivo de la sociedad actual¹⁷.

En relación a los *runners* y tras el análisis de las tres últimas Encuestas de Hábitos Deportivos en España, llevadas a cabo por el Consejo Superior de Deportes y el Centro de Investigación Sociológico (CIS), se observa un incremento progresivo del 3.8% en el 2000 a un 4.4 en el 2005, y a un 5.1% en el 2010⁴ ha pasado de una sexta posición con un 11.1% en el 2005 a ocupar el quinto lugar con un porcentaje de 12.9%^{4,6,17}.

La *Encuesta sobre los Hábitos deportivos del 2015* en España, dirigida por otras entidades además del CIS, muestra "que más de la mitad de la población practicó deporte en el último año, un 53.5% ya sea de forma periódica u ocasional", ocupando la cuarta posición de la clasificación de práctica deportiva¹⁸.

En cuanto a las consecuencias negativas, algunos artículos estiman entre el 30 y 79% es^{19,20} la incidencia lesiva del *running*, otros lo cifran en un 83%, incluyendo corredores de élite y no profesionales, sabiendo que estos, lo realizan por su cuenta sin ninguna vigilancia de profesionales sanitarios^{1,3,21}. Afectando a su calidad de vida de forma temporal o permanente.

El estudio¹ epidemiológico "Deporte de ocio en España: epidemiología de las lesiones y sus consecuencias" fija en los siguientes datos las consecuencias de las lesiones:

- Atención sanitaria: 59.0%
- Baja laboral: 9.4%
- Rehabilitación: 64.7%
- Secuelas: 62.2%

El concepto de lesión referido al deporte es: *todo daño físico que causa que el atleta pierda o modifique una o más sesiones de entrenamiento o se pierda una competición*²¹¹⁹. No obstante, el ámbito popular del *running* ha sido objeto de un menor número de estudios científicos que el profesional¹⁹.

A través de los estudios primarios seleccionados, se resumen las principales consecuencias negativas que pueden padecer los

corredores no profesionales, clasificadas en cardíacas, efectos negativos musculoesqueléticos y adicciones.

En corredores aficionados que han participado en maratones, una de las adaptaciones que se producen es a nivel del miocardio y se denomina "*corazón del atleta*", caracterizado por un aumento del tamaño de la cavidad ventricular y una dilatación arterial. Esto, puede conducir a un riesgo potencial de lesión en el miocardio, fibrosis e incorrectas adaptaciones funcionales y estructurales. El gasto cardíaco efectuado durante una maratón asciende a 20-25 l/min durante varias horas, lo que supone un alto grado de estrés a todas las estructuras de corazón, incluyendo los vasos coronarios y el sistema de conducción eléctrico²².

Algunos estudios objetivan la relación entre la realización de una maratón, con el incremento de las enzimas cardíacas (troponinas T e I) que indican daño en el miocardio, durante o tras finalizar dicho evento^{22,23-25}.

Incluso en corredores entre 40 y 65 años, y tras una maratón parecen tener mayor riesgo de desarrollar una fibrilación auricular (FA) que pueda provocar un deterioro significativo en su calidad de vida, asociándose con una mayor mortalidad²².

Uno de los estudios observó el aumento de tamaño en la aurícula izquierda (AI), era un predictor de riesgo de eventos cardiovasculares al que se asoció FA²⁴.

Un artículo publicado en la revista Canadiense de Cardiología 2013²⁶ con *runners* populares reveló que tras una resonancia magnética, cambios transitorios a nivel del miocardio, después del ejercicio, que reversionaron en 3 meses. Siendo estos: edema del corazón y la disminución de la perfusión y la función cardíaca.

Otro estudio de la maratón de Boston en 60 maratonianos indica que hubo modificaciones ecocardiográficas al finalizar la carrera: alteraciones del llenado sistólico, aumento de las presiones pulmonares, incremento de la dimensión y disminución de la función sistólica del ventrículo derecho²⁵.

Así también, otras consecuencias negativas a nivel del corazón pueden ser el infarto agudo de miocardio (IAM) en un 4.4% y la muerte súbita (MS)²⁷.

Según el estudio de septiembre del 2015, de American College of Cardiology estima que actividades como el *running* y el *jogging* representa el 25% de las muertes súbitas en individuos de mediana edad.

En España, en el 2006 se publicó un "Estudio de la muerte súbita en deportistas españoles"²⁸, concluye con la dificultad que existe para obtener datos completos de los casos de muerte súbita.

En relación con los efectos musculoesqueléticos, el orden es: tipo muscular (62%), seguido de las tendinosas (23%), y finalmente las óseas (5%)¹⁹.

La clasificación de lesiones según la zona anatómica afectada, los porcentajes quedan ordenados de la siguiente forma: en extremidades inferiores (78.9%), en las extremidades superiores (18.54%) y la cabeza (2.6%)¹³. La mayoría de los estudios revisados confirman que la incidencia de lesiones en los *runner* se producen en las extremidades inferiores^{29,13} oscilándose entre un 19-75% según el estudio de van Mielkoop M et al.³⁰ y entre un 26-92.4% según el estudio de van Gent RN et al.³¹.

Una vez realizado el análisis de los estudios seleccionados, se organizan organizaremos las lesiones de la zona anatómica más afectada, la extremidad inferior^{13,15} de igual forma que lo hicieron algunos autores, como se refleja en la siguiente tabla:

Tabla 2. Lugar anatómico de afectación de la extremidad inferior.

Oestergaard-Nielsen R et al.	van Gent RN et al. van der Worp M et al. Korbage M et al.
Parte baja de la espalda: 1.2%	(-)
Cadera: 10.6%	Cadera 3.3 - 11.5 %
Muslo: 3.2%	Muslo 3.4 - 38.1 %
Rodilla: 32.3%	Rodilla: 7.2 - 50 %
Parte inferior de la pierna: 37%	Parte inferior de la pierna: 9 - 32.2%
Tobillo / pie: 14.2 %	Tobillo: 3.9 - 16.6%
(-)	Pie: 5.7 - 39.3%

Nota: Elaboración propia^{25,26,28, 42,44, 45}

En cuanto a las lesiones dermatológicas, generalmente se desarrollan en los pies. Como son las: abrasiones, excoriaciones, hematomas y ampollas^{13,32, 33}.

La osteoartritis en rodilla. Las patologías de osteoartritis y como consecuencia de las fuerzas de impacto que forma repetida³⁴ sufren las piernas, hace que tengan más riesgo de sufrir una lesión crónica a largo plazo en la rodilla, como es la osteoartritis^{34,35}.

Un 70% de los corredores sufren una lesión originada por el sobreesfuerzo, siendo un 80% de ellas en la rodilla o por debajo de ésta. Los huesos afectados por esta lesión son: el sacro, la pelvis, el fémur, la tibia, metatarso (2º y 3º) y sesamoideos³⁶.

Los traumatismos se reflejan en el porcentaje de lesiones óseas (10%) y ligamentosas (5%)¹⁹. Este tipo de lesiones, es más frecuente que se originen tras un accidente, caída o colisión³⁷.

Por otro lado, la adicción es otra de las consecuencias y se estima que en torno al 3% es la prevalencia de la dependencia en la población en este deporte³⁸⁻⁴⁰.

El *running* puede llegar a convertirse en una obsesión cuando se realiza de forma frecuente, excesiva e intensa, produciendo efectos negativos y deteriorando la calidad de vida del corredor^{2,3}. Este perjuicio termina en una dependencia o adicción^{14,38}, dando lugar a alteraciones a nivel físico y psicológico/mental³⁹.

En España, y en el año 2011, Zarauz y Ruiz-Juan validaron como versión española la RAS-8, para valorar la adicción al *running* en los maratonianos, una adaptación de la primera (anexo 1) creada Chapman y De Castro la *Running Addiction Scale* (RAS), Todavía no existen investigaciones en las que se aplique esta escala a nivel español^{2,40}.

Simultáneamente, una enfermera y psicóloga española Virginia Antolín Cernuda³⁸ elaboró la escala *Sport Addiction Scale* (SAS) que después modificó pasando de 40 ítems a 15 (SAS-15) (anexo 2) creada con el propósito de detectar la adicción o dependencia al deporte de forma general y no de manera específica como lo hace el RAS-8 (adicción al *running*).

Las recomendaciones y cuidados que se deben aplicar para evitar los efectos negativos del *running* se clasifican en:

Prevención primaria

Ejecutar ejercicios de calentamiento.

El calentamiento queda definido como "periodo de ejercicio

preparatorio para mejorar la competencia"⁴¹, son ejercicios eficaces para la prevención de lesiones^{42,43}.

Realizar ejercicios de estiramiento.

Se entiende por estirar a "aquella técnica que actúa sobre el músculo para conseguir mejorar su flexibilidad y elasticidad, y gracias a ello el rango de movimiento"⁴⁴.

Si hay una cuestión que genera controversia y polémica en el deporte es esta, los estiramientos. Aunque no hay evidencia de que el estiramiento sea un factor protector que prevenga el desarrollo de una lesión⁴⁵, algunas publicaciones recomiendan que antes del cese de actividad hay que realizar estiramientos de los lugares anatómicos que más se han implicado en el ejercicio^{44,46}. En cambio, otras publicaciones mantienen que el estiramiento no reduce el riesgo de lesión⁴⁵.

Además, una revisión sistemática mostró la necesidad de intervenciones formativas destinadas a la diferenciación de los términos estiramiento y calentamiento. Recordar que no son sinónimos, puesto que una parte de los *runners* no identificaba cuál era cada ejercicio^{44,47}.

Uso de calzado deportivo adecuado

La *American College of Sports Medicine* (ACSM) recomienda que las zapatillas de *running* sean: ligeras, con almohadillado capaz de absorber el impacto que se produce al correr y neutras en la pisada⁴⁸. No obstante, actualmente siguen existiendo artículos que muestran que no hay evidencias suficientes para afirmar que el uso de zapatillas deportivas, según el tipo de pie de la persona, reduzca las lesiones relacionadas con el *running*⁴⁹.

En cambio, subrayar las recomendaciones de algunos estudios, de cambiar el calzado tras realizar 350 millas (563.27 kilómetros)⁴⁸ o entre 300-500 millas (563.27 - 804.67 kilómetros) variación que depende del material con el que se fabricó el calzado³⁶.

No realizar entrenamientos excesivos.

Una extrema duración del ejercicio y un kilometraje excesivo⁴³, podría sobrecargar y fatigar los tejidos de soporte de la extremidad inferior. De esa forma, los corredores se encontrarán más expuestos a lesiones²⁹.

Un cuestionario de salud cardiovascular, clasifica a los *runners* y ayuda al sanitario para el asesoramiento para las medidas de prevención⁵⁰.

Un programa de educación preventiva.

La orientación hacia una reducción del esfuerzo físico, controlando el volumen y la intensidad del ejercicio y respetando los descansos de modo que el corredor conozca sus límites, pueden prevenir la adicción negativa al *running*⁴².

Estrategias dirigidas a la prevención de la adicción negativa

Programas de prevención como "Start to Run" (de origen holandés) para identificar factores que influyen en el desarrollo de lesiones⁴⁷. Son estrategias óptimas dirigidas a la población^{10,5}.

Prevención secundaria

Se trata de pruebas de *screening* para retardar del problema de salud^{51,52}.

Reconocer la sintomatología permite realizar un diagnóstico precoz. En las lesiones por sobreesfuerzo o fracturas por estrés,

la detección temprana evita las complicaciones y minimizar el riesgo de que las microfracturas se conviertan en macrofracturas. Un signo es el edema óseo, no es visible con radiografía, precisa una resonancia magnética. Su sospecha se produce cuando el deportista presenta un dolor insidioso que se relaciona con la actividad física y se calma con el reposo³⁶.

En España, no existe una legislación que permita realizar un reconocimiento de salud a los corredores principiantes para detectar lesiones tempranas y aminorar los daños⁵².

Prevención terciaria

El objetivo es realizar un correcto tratamiento o rehabilitación física o psicológica de los efectos negativos que ha sufrido la persona, retardando o disminuyendo las complicaciones y secuelas que puedan aparecer. La *Sociedad Española de Traumatología del Deporte* recomienda que exista un equipo de profesionales especializados en urgencias y emergencias deportivas "a pie de pista", para se pueda efectuar una atención rápida al individuo que lo precise^{51,52}.

Un estudio del hospital *Prince of Wales* de Hong Kong, efectuado por enfermeras, refleja que los esguinces de tobillo, son tratados por medicina tradicional (acupuntura, masajes, homeopatía)⁵³.

Las lesiones por sobreesfuerzo, suelen resolverse tras un descanso de 4 semanas³⁷, y solo necesitan cirugía cuando hay riesgo alto de fractura⁵⁴⁻⁵⁶.

El tratamiento que requieren las personas con actitud y una ejecución obsesiva del *running*, es de tipo cognitivo-conductual³⁹.

Los autores de un estudio definen el tiempo de recuperación como "el tiempo en días desde que ocurrió la lesión hasta que se completó la recuperación". El *runner* se encuentra recuperado cuando no presente dolor en la zona anatómica afectada, después de realizar dos sesiones consecutivas de carrera continua de 500 metros de distancia¹². El periodo de recuperación es muy importante³¹, no significa que el corredor tenga que estar en reposo absoluto, sino que puede y debe cambiar de actividad para dar tiempo al fortalecimiento de la zona corporal afectada⁵⁵.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

A pesar de los efectos positivos del *running*, los estudios muestran efectos negativos a nivel cardiológico, musculoesquelético y en forma de adicción.

Tanto el deporte en general, como el *running* en particular, son necesarios para la salud física y mental de las personas. Como indica la Guía para práctica deportiva recreacional de la Sociedad Española de Medicina del Deporte: "no hay ninguna estrategia (nutricional, farmacológica e higiénica) que tenga tantos y tan importantes efectos beneficiosos sobre la salud como la actividad físico-deportiva"⁴⁶.

No obstante, cualquier lesión, debe ser seguida por un profesional sanitario con el fin de realizar un diagnóstico de la misma y proporcionar un tratamiento específico¹³.

Los datos sobre FA indican una baja incidencia. El de muertes súbitas, refleja la importancia que tiene este ejercicio físico en la población²⁷.

En la actualidad, a pesar de que la dependencia negativa de este deporte sea un tema de interés científico y existan herra-

mientas para su detección, valoración y evaluación, son escasos los estudios e investigaciones realizados a los deportistas no profesionales⁴⁰.

Conviene destacar, que las causas que se relacionan con las consecuencias negativas en la práctica del *running* pueden ser diversas. Esto indica, que se trata de un problema multifactorial.

Se hace preciso considerar los aspectos de prevención primaria, secundaria y terciaria⁵⁶, al tratarse de un problema multifactorial las intervenciones deben ser desarrolladas por profesionales sanitarios, entre los que se encuentra la enfermería.

A pesar de que la competencia enfermera aparece en escasas publicaciones se trata de profesionales clave en las intervenciones de valoración, exploración física, grado de dolor con la escala visual analógica (EVA), aplicación escalas como la SAS-15 y RAS-8, educación con los cuidados para la salud que deben aplicarse tanto de prevención como de tratamiento y rehabilitación.

Los daños que sufren los corredores, son problemas multifactoriales^{32,42,43} y la profesión enfermera dispone de una visión holística (multifactorial e integral) para enfrentarse a ellos.

Dado que es un tema relativamente novedoso, los trabajos publicados, en general, tiene un reducido tamaño muestral, de ellos, la publicación con mayor número de corredores participantes fue de 1.650⁵⁰, la inexistencia de ensayos clínicos, a la ausencia de una clasificación estándar para categorizar a los *runners* y un escaso desarrollo epidemiológico son necesarios al objeto de diseñar campañas y estrategias de prevención, promoción, rehabilitación y tratamiento de las mismas, así como sus secuelas^{1,57}. Por todo ello, los resultados no son concluyente y se precisan investigaciones de calidad al respecto.

BIBLIOGRAFÍA

- García-González C, Albaladejo-Vicente R, Villanueva-Orbáiz R, Navarro-Cabello E. Deporte de ocio en España: epidemiología de las lesiones y sus consecuencias. *Apunts. Educación Física y Deportes [revista en línea]* 2015[acceso 19 enero 2016]; 1(119): [62-70]. Disponible en: <http://www.revista-apunts.com/es/hemeroteca?article=1670>
- Zarauz-Sancho A, Ruiz-Juan F. Super-adherencia del maratoniano: variables predictoras y diferencias de género. *Universitas Psychologica [revista en línea]* 2012[acceso 08 enero 2016]; 11(3):[895-908]. Disponible en: <https://doaj.org/article/e5522b2335c94739a68d0f8c309e54d0>
- Ruiz-Juan F, Zarauz-Sancho A. Variables que hacen adicto negativamente a correr al maratoniano español. *RETOS. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación [revista en línea]* 2012[acceso 22 enero 2016];(21): [38-42]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3827413>
- Tejero-González CM. El número de corredores a pie se incrementó en España durante la primera década del siglo XXI. *Apunts. Educ. Fis. Deportes.* 2015;2(120): 73-75.
- Baltich J, Emery CA, Stefanyshyn D, Nigg BM. The effects of isolated ankle strengthening and functional balance training on strength, running mechanics, postural control and injury prevention in novice runners: design of a randomized controlled trial. *BMC musculoskeletal disorders [revista en línea]* 2014[acceso 14 de marzo 2016];15(1): [407-418]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25471989>
- Llopis-Goig R, Llopis-Goig David. Una tipología sociocultural de

- los corredores populares en España. Apuntes. Educación Física y Deportes [revista en línea] 2012[acceso 11 enero 2016]; 2(108): [9-16]. Disponible en: <http://www.revista-apuntes.com/es/hemeroteca?article=1536>
7. Llopis-Goig R, Llopis-Goig David. Razones para participar en carreras de resistencia. Un estudio con corredores aficionados. Cultura, Ciencia y Deporte [revista en línea] 2006[acceso 11 enero 2016]; 2(4): [33-40]. Disponible en: <http://ccd.ucam.edu/index.php/revista/article/view/168>
8. ¿Se está convirtiendo el "running" es una moda peligrosa?. El Mundo. Lunes 09 de noviembre de 2015; Sec. Deportes.
9. El trágico rastro de la Behobia-San Sebastián: un muerto y cuatro en la UCI. El Mundo. Lunes 09 de noviembre de 2015; Sec. Deportes.
10. Verhagen E. Prevention of running-related injuries in novice runners: Are we running on empty? *British Journal Sports Medicine* [revista en línea] 2012[acceso 25 enero 2016];46(12): [836-837]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/229081826_Prevention_of_running-related_injuries_in_novice_runners_Are_we_running_on_empty
11. National Center for Biotechnology Information [sede Web]. Estados Unidos: PubMed; 1976 [acceso 12 enero 2016] MeSH [2 pantallas]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68012420>
12. Oestergaard-Nielsen R, Ronnow L, Rasmussen S, Lind M. A prospective study on time to recovery in 254 injured novice runners. *PLoS One* [revista en línea] 2014[acceso 29 febrero 2016];9(6): [1-6]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24923269>
13. Korbage M, Maletta R, Benites SR, Benzam P, Augusto C. Injuries among amateur runners. *Revista Brasileira de Ortopedia* [revista en línea] 2015[acceso 15 marzo 2016]; 50(5): [537-540]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610991/>
14. Caracuel-Tubío JC, Arbinaga-Ibarzábal F. Repercusión del ejercicio físico sobre la salud. *Apuntes Psicol.* 2012;30(1-3): 547-554.
15. Oestergaard-Nielsen R, Buist I, Thorlund-Parner E, Aagaard-Nohr E, Sorensen H, Lind M, et al. Predictors of Running-Related Injuries Among 930 Novice Runners: A 1-Year Prospective Follow-up Study. *The Orthopaedic journal of sports medicine* [revista en línea] 2013[acceso 29 febrero 2016];1(1): [1-7]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26535228>
16. Hespagnol-Junior LC, Pena-Costa LO, Días-Lopes A. Previous injuries and some training characteristics predict running-related injuries in recreational runners: a prospective cohort study. *Journal of physiotherapy* [revista en línea] 2013[acceso 03 marzo 2016];59(4): [263-269]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24287220>
17. García-Ferrando M, Llopis-Goig R [sede Web]. Madrid: Consejo Superior de Deportes, Centro de Investigaciones Sociológicas; 2011 [acceso 20 diciembre 2015]. *Ideal democrático y bienestar personal. Encuesta sobre los hábitos deportivos en España 2010*. Disponible en: <http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/dep-soc/encuesta-habitos-deportivos2010.pdf>
18. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte [sede Web]. Madrid: Secretaría General Técnica. Subdirección General de Documentación y Publicaciones; 2015 [acceso 21 diciembre 2015]. *Encuesta de Hábitos Deportivos 2015*. Disponible en: mecd/estadisticas/deporte/ehd/Encuesta_de_Habitos_Deportivos_2015.pdf
19. Ara-Pérez I, Guerricó-Gazpio F, Mercé-Pedros G. Relación entre la incidencia de lesiones en el corredor popular y la fisioterapia [revista en línea] 2015[acceso 14 marzo 2016]; 3(2): [16-29]. Disponible en: <http://revista.fisioterapiasinred.com/index.php?journal=fisiydivulgacion&page=article&op=view&path%5B%5D=69&path%5B%5D=94>
20. Buist I, Bredeweg SW, Lemmink-APM K, Pepping GJ, Zwerver J, van Mechelen W et al. The GRONORUN study: is a graded training program for novice runners effective in preventing running related injuries? Design of a Randomized Controlled Trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* [revista en línea] 2007[acceso 10 marzo 2016]; 8(24): [16-29]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/6475919_The_GRONORUN_study_Is_a_graded_training_program_for_novice_runners_effective_in_preventing_running_related_injuries_Design_of_a_Randomized_Controlled_Trial
21. Zarauz-Sancho, A Ruiz-Juan F. Compromiso y adicción negativa al entrenamiento y competición de los maratonianos. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* [revista en línea] 2011[acceso 08 enero 2016]; 11(44): [817-834]. Disponible en: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista44/artcompro-miso255.htm>
22. Predel HG. Marathon run: cardiovascular adaptation and cardiovascular risk. *European Heart Journal* [revista en línea] 2014[acceso 16 marzo 2016]; 35(44): [3091-3098]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24408890>
23. Fortescue E, Shin A, Greenes D, Mannix R, Agarwal S, Feldman B et al. Cardiac troponin increases among runners in the Boston Marathon. *Annals of Emergency Medicine* [revista en línea] 2007[acceso 03 marzo 2016]; 49(2): [137-143]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064406023328>
24. Molina L, Mont L, Marrugat J, Berrueto A, Brugada J, Brugada J, et al. Long-term endurance sport practice increases the incidence of lone atrial fibrillation in men: a follow-up study. *European Society of Cardiology* [revista en línea] 2008[acceso 03 marzo 2016]; 10(5): [618-623]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18390875>
25. Neilan T, Januzzi J, Lee-Lewandrowski E, Ton-Nu T, Yoerger D, Jassal D, et al. Myocardial Injury and Ventricular Dysfunction Related to Training Levels Among Nonelite Participants in the Boston Marathon. *Circulation American Heart Association* [revista en línea] 2006[acceso 16 febrero 2016];114(22):[2325-2333]. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/abstract/114/22/2325>
26. Gaudreault V, Tizon-Marcos H, Poirier P, Pibarot P, Gibert P et al. Transient Myocardial Tissue and Function Changes During a Marathon in Less Fit Marathon Runners. *Can J Cardiol.* 2013 Jul 30;29(10): 1269-1276
27. Patil H, Magalski A. Sudden Cardiac Arrest During Sports Activity un Middle Age. *American College of Cardiology* [revista en línea] 2015[acceso 04 abril 2016]. Disponible en: <http://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2015/09/29/11/34/sudden-cardiac-arrest-during-sports-activity-in-middle-age>
28. Manonelles-Marqueta P, Aguilera-Tapia B, Boraita-Pérez A, Pons-de Beristan C, Suárez-Mier P. Estudio de la muerte súbita en deportistas españoles. *Rev xqd.* 2006;9(1): 55-73.
29. Chang WL, Shih YF, Chen WY. Running injuries and associated factors in participants of ING Taipei Marathon. *Physical Therapy in Sport* [revista en línea] 2012[acceso 17 enero 2016]; 13(3): [170-174]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Yi_fen_Shih/publication/229426523_Running_injuries_and_associated_factors_in_participants_of_ING_Taipei_Marathon/links/53e5b12d0cf21cc29fd06297.pdf
30. van Middelkoop M, Kolkman J, van Ochten J, Bierma-Zeinstra S, Koes BW. Course and predicting factors of lower-extremity injuries after running a marathon. *Clinical Journal of Sport Medicine* [revista en línea] 2007[acceso 18 enero 2016]; 17(1): [25-30]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/6501549_Course_and_Predicting_Factors_of_Lower-Extremity_Injuries_After_Running_a_Marathon
31. van Gent RN, Siem D, van Middelkoop M, van Os AG, Bierma-Ze-

- intra SMA, et al. Incidence and determinants of lower extremity running injuries in long distance runners: a systematic review. *British Journal Sports Medicine* [revista en línea] 2007[acceso 17 enero 2016]; 41(8): [469-480]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17473005>
32. van der Worp M, ten Haaf D, van Cingel R, de Wijer A, Nijhuis-van der Sanden M, Staal J. Injuries in runners; a systematic review on risk factors and sex differences. *PloS One* [revista en línea] 2008[acceso 18 enero 2016];10(2): [1-18]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25706955>
33. Ferrer Vidal-Barraquer E. Descripción de las lesiones del runner. En: Ferrer Vidal-Barraquer E, editor. *Correr sin lesionarse ¿es posible? Las claves para conseguirlo*. Barcelona: Lectio Ediciones; 2015. p. 69-146.
34. van Middelkoop M, Kolkman J, van Ochten J, Bierma-Zeinstra SMA, Koes BW. Risk factors for lower extremity injuries among male marathon runners. *Scandinavian Journal Medicine & Science in Sports* [revista en línea] 2008[acceso 17 enero 2016]; 18(6): [691-697]. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0838.2007.00768.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
35. Williams P. Effects of Running and Walking on Osteoarthritis and Hip Replacement Risk. *Medicine & Science in Sports & Exercise* [revista en línea] 2013[acceso 12 febrero 2016];45(7): [1292-1297]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23377837>
36. Kahanov L, Eberman LE, Games KE, Wasik M. Diagnosis, treatment, and rehabilitation of stress fractures in the lower extremity in runners. *Open Access Journal of Sports Medicine* [revista en línea] 2015[acceso 19 enero 2016]; 6: [87-95]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4384749/?tool=pmcentrez>
37. Hagemann G, Rijke A, Corr P. Do knees survive the Comrades Marathon?. *South African Medical Journal* [revista en línea] 2008 [acceso 17 enero 2016]; 98(11): [873-876]. Disponible en: <http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/69/2168>
38. Antolín-Cernuda V, de la Gándara-Martín JJ, García-Alonso I. Adicción al deporte: el peligro de la sobredosis de ejercicio. *Rev. Esp. Drogodep.* 2010;35(2): 220-226.
39. Márquez S, de la Vega R. La adicción al ejercicio: un trastorno emergente de la conducta. *Nutrición Hospitalaria* [revista en línea] 2015[acceso 29 noviembre 2015];31(6): [2384-2391]. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5129472>
40. Antolín-Cernuda V, de la Gándara-Martín JJ, García-Alonso I. Adicción al deporte: estandarización de la escala de adicción al deporte, SAS-15. *Revista Iberoamericana de Psicología* [revista en línea] 2015[acceso 16 febrero 2016];11(6): [24-35]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288482>
41. Fradkin AJ, Gabbe BJ, Cameron PA. Does warming up prevent injury in sport? The evidence from randomised controlled trials?. *Journal of Science and Medicine in Sport* [revista en línea] 2015[acceso 07 marzo 2016]; 9(3): [214-220]. Disponible en: [http://www.jsams.org/article/S1440-2440\(06\)00051-X/abstract](http://www.jsams.org/article/S1440-2440(06)00051-X/abstract)
42. Tirotti-Saragiotto B, Parma-Yamato T, Dias-Lopes A. What do recreational runners think about risk factors for running injuries? A descriptive study of their beliefs and opinions. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* [revista en línea] 2014[acceso 28 enero 2016];44(10): [733-738]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/265055753_What_Do_Recreational_Runners_Think_About_Risk_Factors_for_Running_Injuries_A_Descriptive_Study_Of_Their_Beliefs_And_Opinions
43. Fields K, Sykes J, Walker K, Jackson J. Prevention of running injuries. *Current sports medicine reports* [revista en línea] 2010[acceso 25 enero 2016];9(3): [176-182]. Disponible en: http://journals.lww.com/acsm-csmr/Abstract/2010/05000/Prevention_of_Running_Injuries.14.aspx
44. Ferrer Vidal-Barraquer E Programa de trabajo para fortalecer y estirar. En: Ferrer Vidal-Barraquer E, editor. *Correr sin lesionarse ¿es posible? Las claves para conseguirlo*. Barcelona: Lectio Ediciones; 2015. p. 161-182.
45. Tirotti B, Parma T, Hespanhol LC, Rainbow MJ, Davis IS et al. What are the main risk factors for running-related injuries?. *Sports Medicine* [revista en línea] 2014[acceso 17 enero 2016]; 44(8): [1153-1163]. Disponible en: http://sprunig.net/wp-content/uploads/What-are-the-Main-Risk-Factors-for-Running-Related-Injuries_2014.pdf
46. Manolles-Marqueta P, Alacid-Cárceles F, Álvarez-Medina J, De Teresa-Galván C, del Valle-Soto M, Gaztañaga-Aurrekoetxea T et al. Recomendaciones para un deporte recreacional saludable. Guía para práctica deportiva recreacional de la Sociedad Española de Medicina del Deporte (SEMED-FEMEDE). *Archivos de Medicina del Deporte* [revista en línea] 2015[acceso 11 marzo 2016]; 32(5): [275-280]. Disponible en: http://femede.es/documentos/Guia_Deporte_recreacional.pdf
47. Kluitenberg B, van Middelkoop M, Diercks RL, Hartgens F, Verhagen E, Smits D, et al. The NLstart2run study: health effects of a running promotion program in novice runners, design of a prospective cohort study. *BMC Public Health* [revista en línea] 2013[acceso 14 febrero 2016];13(1): [685-692]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23890182>
48. Vicent KH, Vicent KR [sede Web]. Indianápolis: American College of Sports Medicine; 2014 [acceso 28 marzo 2016]. ACSM Information on... selecting running shoes. Disponible en: <http://www.acsm.org/docs/brochures/running-shoes.pdf?sfvrsn=4>
49. Seijo-Bujía MA. Perfil de Riesgo Cardiovascular en los corredores populares de Galicia [tesis doctoral en internet]. A Coruña: Universidade da Coruña; 2013[acceso 04 marzo 2016]. 281 p. Disponible en: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/11534/SeijoBujia_MarcosAntonio_TD_2013.pdf?sequence=2&isAllowed=y
50. Seijó M, Giráldez M, Tuimil J. Intensidad de carrera y riesgo cardiovascular en corredores populares de Galicia. *Motricidad. European Journal of Human Movement*. [revista en línea] 2012[acceso 03 marzo 2016]; (29):[61-73]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=4775284>
51. Martínez-Romero JL. Recomendaciones Sociedad Española de Traumatología del Deporte. *Prevención de lesiones deportivas. SE-TRADE*. 2007;(12): 22.
52. Villar-Aguirre M. Factores determinantes de la salud. *Acta Médica Peruana* [revista en línea] 2011[acceso 15 abril 2016]; 28(4): [237-241]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3799995>
53. Fong-Tik-Pui D, Man C, Shu-Hang Yung P, Cheung S, Chan K. Sport-related ankle injuries attending an accident and emergency department. *Injury, International journal of the care of the injured* [revista en línea] 2008[acceso 21 marzo 2016];39(10): [1222-1227]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020138308001356>
54. Ferber R, Hreljac A, Kendall K. Suspected Mechanisms in the Cause of Overuse Running Injuries: A Clinical Review. *Sports Health: A Multidisciplinary Approach*. [revista en línea] 2009[acceso 12 febrero 2016];1(3): [242-246]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23015879>
55. Ferrer Vidal-Barraquer E. ¿Cómo afrontar quedarse “en el dique seco”? En: Ferrer Vidal-Barraquer E, editor. *Correr sin lesionarse ¿es posible? Las claves para conseguirlo*. Barcelona: Lectio Ediciones; 2015. p. 51-55.

56. Ferrer Vidal-Barraquer E. El profesionaltu compañero. En: Ferrer Vidal-Barraquer E, editor. *Correr sin lesionarse ¿es posible? Las claves para conseguirlo*. Barcelona: Lectio Ediciones; 2015. p. 57-63.
 57. García-González C, Albaladejo R, Villanueva R, Navarro E. Deter-

mining factors of sport injuries in amateur sports in Spain. *European Journal of Human Movement* [revista en línea] 2014[acceso 04 enero 2016]; 33: [137-151]. Disponible en: <http://www.eurjhm.com/index.php/eurjhm/article/view/337>

ANEXOS

ANEXO 1

Tabla 3. RAS-8. Running Adicction Scale (RAS),

RAS-8 (Zarauz & Ruiz-Juan, 2011).							
Puntuar de 1 a 7 (el número 1 indica que no está nada de acuerdo con la afirmación que se realiza y el número 7 que estás totalmente de acuerdo) las siguientes afirmaciones al respecto de sus costumbres al correr.							
Si el clima es demasiado frío, caluroso o ventoso, no correré ese día (R)	1	2	3	4	5	6	7
No cambiaría planes con amigos para poder ir a correr (R)	1	2	3	4	5	6	7
He dejado de correr al menos durante una semana por otra razón que no fue una lesión (R)	1	2	3	4	5	6	7
Si hubiera otra manera de mantener mi forma física actual, no correría ninguna vez más (R)	1	2	3	4	5	6	7
Después de correr me siento mejor	1	2	3	4	5	6	7
Continuaría corriendo mientras una lesión se me cura	1	2	3	4	5	6	7
Algunos días, incluso si no me apetece correr, lo hago de todas maneras	1	2	3	4	5	6	7
Siento que necesito correr al menos una vez todos los días	1	2	3	4	5	6	7
(R) Estos ítems invierten su puntuación.							

Fuente: Zarauz-Sancho A, Ruiz-Juan F. Super-adherencia del maratoniano: variables predictoras y diferencias de género. *Universitas Psychologica* [revista en línea] 2012[acceso 08 enero 2016]; 11(3):[895-908].

ANEXO 2

Tabla 4. SAS-15. Sport Adicction Scale (SAS)

Escala SAS-15 ítems		
	V	F
1. Suelo hacer ejercicio al aire libre, incluso cuando hace mal tiempo.		
2. He cambiado alguna actividad familiar programada para hacer ejercicio.		
3. He seguido haciendo ejercicio, aunque tuviera algún dolor o molestia física.		
4. He hecho ejercicio antes de estar completamente recuperado de una lesión o enfermedad.		
5. Necesito hacer ejercicio al menos una vez al día para sentirme bien.		
6. Mis amigos o compañeros alguna vez me han criticado por hacer tanto deporte.		
7. A menudo pienso en el ejercicio mientras estoy haciendo otras actividades.		
8. He dejado de acudir a alguna cita por hacer ejercicio.		
9. Hacer ejercicio para mí es como una droga, nunca tengo pereza para hacerlo.		
10. He tenido alguna discusión con mi familia por la cantidad de ejercicio que hago.		
11. Dedico mucho tiempo a actividades relacionadas con el deporte, como televisión, libros, etc.		
12. A menudo adapto el resto de cosas de mi vida al deporte que me gusta practicar o ver.		
13. El día que no hago ejercicio siento que me falta algo.		
14. No dejo de hacer ejercicio si el clima me impide salir al exterior.		
15. Alguna vez me han tachado de adicto/a al deporte.		

Fuente: Antolín-Cernuda V, de la Gándara-Martín JJ, García –Alonso I. Adicción al deporte: el peligro de la sobredosis de ejercicio. *Rev. Esp. Drogodep.* 2010;35(2): 220-226.



Enfermedad celiaca: una nueva perspectiva enfermera desde la Atención Primaria de Salud.

Celiac disease: a new nursing perspective from primary healthcare.

Autora:

Lidia Herrera Fernández⁽¹⁾

⁽¹⁾Graduada en Enfermería. Hospital Comarcal de Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
lidia.herrera77@hotmail.com*

Recibido: 12 de febrero de 2019

Aceptado: 24 de enero 2020

Monografía que se corresponde con el Trabajo Fin de Grado, tutorizado por la profesora Amada Pellico López de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cantabria y adaptado por la autora a las normas de publicación de Nuberos Científica. En su origen se encuentra en el Repositorio UCrea de la Universidad de Cantabria.

RESUMEN

La EC (Enfermedad Celíaca) está provocada por la ingestión de cereales con gluten (trigo, centeno y cebada), en personas genéticamente susceptibles y está mediada por el sistema inmunitario. Su prevalencia mundial es de 1/266. Sus manifestaciones clínicas pueden ser tanto intestinales como extra-intestinales y a su vez, muy inespecíficas. Tan solo se conoce "la punta del iceberg" de los sujetos realmente afectados.

El diagnóstico es, por tanto, problemático. Su mejora tanto desde atención primaria como desde especializada es fundamental. El tratamiento se basa en una dieta exenta de gluten para toda la vida.

Los pacientes celíacos reclaman una mejor atención sanitaria en cuanto a su problema. La adaptación a la situación, puede provocar ansiedad y sentimientos de infelicidad. El seguimiento y precauciones en cuanto a su dieta tienen una gran complejidad. Con un caso real como el de la enfermera Amparo Cuenca Navarro, se pone de manifiesto que a la triada de dislipemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus, se le puede añadir la EC, formando un cuarteto de patologías crónicas, en el cual enfermería de atención primaria tiene mucho que hacer.

Palabras clave: enfermedad celíaca, enfermedad crónica, educación en enfermería, enfermería, dieta sin gluten

ABSTRACT

CD (celiac disease) is caused by cereals which contain gluten (wheat, rye and barley), in genetically susceptible individuals and it is mediated by the immune system. Its worldwide prevalence is 1/266. Its clinical manifestations can be both intestinal and extra-intestinal and at the same time, very unspecific. Only is known "the tip of the iceberg" of the patients actually affected.

The diagnosis is therefore problematic. Improvement both in primary healthcare and specialized is fundamental. The treatment is based on a gluten-free lifetime diet.

Celiac patients are demanding for their disease a better healthcare. Adapting to the situation can cause anxiety and unhappiness feelings. Monitoring and precautions regarding their diet can have a great complexity. A real case such as the one of the nurse Amparo Cuenca Navarro, shows that the triad of dyslipidemia, hypertension and diabetes mellitus, it can add CD, shaping a quartet of chronic diseases, in which nursing primary healthcare has a lot to do.

Keywords: celiac disease, chronic disease, education nursing, nursing, diet, gluten-free

INTRODUCCIÓN/ESTADO ACTUAL DEL TEMA

En la actualidad se conoce que la EC (Enfermedad Celíaca) es una patología causada por la ingestión continuada de productos que contienen gluten, con proteínas del trigo, del centeno y de la cebada. La EC provoca, a través de la respuesta inmunitaria de la persona genéticamente predispuesta, la inflamación del intestino delgado impidiendo la absorción habitual de nutrientes y ocasionando estados carenciales y otros problemas de salud importantes. Estas complicaciones no cederán hasta que se instaure una dieta exenta de gluten^(1,2).

Actualmente, constituye una patología de elevada prevalencia y en aumento en el mundo en general. En España, se sitúa en torno al 1/118 de la población infantil y el 1/389 en adultos, siendo más común en mujeres en una proporción de 2:1⁽³⁾. Datos consultados del año 2015, la sitúan como una patología cada vez más frecuente, con una prevalencia del 1% de la población general, en países habitados por población europea⁽⁴⁾. En cuanto a la prevalencia mundial se estima en 1/266^(3,5).

El diagnóstico de los pacientes es una tarea ardua, pues se sabe que aún quedan muchos casos de EC sin detectar, conociendo únicamente "la punta del iceberg"⁽⁶⁾. Por ello, es primordial llevar a cabo un algoritmo diagnóstico adecuado tanto en atención primaria como en especializada. La detección precoz de los casos sintomáticos, es fundamental para evitar las complicaciones posteriores⁽³⁾.

La dieta exenta de gluten para toda la vida es el pilar indispensable para fomentar la salud y una adecuada calidad de vida al paciente. Los profesionales sanitarios no se deben limitar a proporcionar a los pacientes celíacos recién diagnosticados, una lista de alimentos permitidos y prohibidos, sino que deben brin-

dar un apoyo psicológico para reducir la ansiedad del paciente ante la nueva situación, una adecuada educación para la salud en relación a la dieta con recomendaciones para comprar y cocinar los alimentos, información sobre asociaciones de ayuda con datos sobre las complicaciones de la patología y estrategias para la adherencia al tratamiento, las cuales deberán incluirse en la atención prestada en la primera consulta⁽⁷⁻⁹⁾.

De esta necesidad, nace el campo de trabajo que las enfermeras tienen a este respecto. Nada mejor que una profesional que está en contacto continuo con el paciente, para ayudar al paciente celíaco a afrontar la enfermedad, mediante la educación, apoyo y seguimiento desde la atención primaria de salud. Si a los pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, se les realiza un seguimiento de dieta y ejercicio por enfermería de atención primaria, ¿por qué no hacer lo mismo con los pacientes celíacos?^(8, 10-12).

Es fundamental resaltar que los pacientes celíacos españoles, reclaman al sistema sanitario una mayor visibilidad de la enfermedad. No se sienten amparados por el sistema, recalcan que en los centros de salud, existe mucha información sobre patologías como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, pero no hay nada sobre la EC. La implicación de los profesionales sanitarios es básica para cambiar esta situación^(13, 14).

Si bien es cierto que la figura de la *Nurse Practitioner* en diferentes puntos del mundo, ya viene formando a los pacientes con EC durante muchos años, fomentando su autocuidado en relación a la enfermedad, en España esto es un concepto relativamente nuevo^(15,16). Desde el ámbito de la atención primaria, pocas enfermeras en España están realizando educación para la salud en este tema. Más adelante se expone una experiencia de una enfermera pionera en España.

JUSTIFICACIÓN

En el contexto de la Atención Primaria de Salud, llama la atención que la EC es una gran desconocida, quedando eclipsada por otras patologías crónicas más prevalentes (como la HTA y la DM) y de las que se dispone de amplios conocimientos. Existe mucho desconocimiento de la EC tanto por parte de los pacientes como por parte de los profesionales que les atienden.

La actualización en esta materia de la Enfermería en el ámbito de Atención Primaria y el conjunto de posibilidades para una correcta atención a las personas que padecen la EC, justifican esta monografía.

OBJETIVOS

Describir la EC, su etiología, su fisiopatología, su epidemiología mundial y autonómica y su clínica.

Explicar el abordaje de la EC tanto desde atención primaria de salud como desde especializada, en relación al diagnóstico y al tratamiento.

Analizar el rol de la enfermería de atención primaria en la EC, describiendo una experiencia real.

METODOLOGÍA

Se efectuó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos CUIDENplus, Dialnet, Pubmed y Scopus, hasta el mes de diciembre de 2015.

Se usaron para la estrategia de búsqueda, descriptores presentes en el tesoro de la National Library of Medicine de Estados Unidos (MeSH, Medical Subject Headings) y de la Biblioteca Virtual de Salud (DeCS, Descriptores en Ciencias de la Salud). Para ello, se combinaron los operadores booleanos "AND" y "OR", estableciendo límites durante la búsqueda: los artículos científicos elegidos tenían que tener una antigüedad igual o inferior a 10 años, el idioma en el que estaban escritos debía ser inglés o castellano y su *abstract* y texto completo, tenía que fundamentarse en la EC y/o en alguno de sus aspectos más importantes: diagnóstico, tratamiento, seguimiento, actividades relacionadas con la enfermería o en estudios realizados, en los últimos años, sobre la patología.

Se han tenido en consideración los siguientes criterios de inclusión: país de creación y tenían que hacer referencia a la EC y/o a sus actividades relacionadas con la enfermería. Se usaron finalmente, los artículos científicos que tenían que ver con el objeto de estudio de esta monografía, tras la lectura de los resúmenes.

Además de los artículos (resultado de la búsqueda bibliográfica), se han tenido en cuenta libros de consulta recientes (de 2013 y 2015 respectivamente) sobre la EC y todo lo que envuelve al paciente celíaco en cuanto a la esfera emocional y biopsicosocial. El Ministerio de Sanidad y Consumo Español y el Manual del Procedimiento de Amparo Cuenca sobre la consulta referente de celiaquía, conforman una parte indispensable en la bibliografía utilizada. Para la obtención de este manual, se entrevistó personalmente a esta enfermera.

RESULTADOS

LA CELIAQUÍA

1. Definición de la enfermedad

Son numerosos los autores que han definido la EC. La mayoría de ellos coinciden en que *"es un trastorno sistémico mediado por el sistema inmunitario y originado por la ingestión de cereales con gluten (trigo, centeno y cebada) en personas genéticamente susceptibles"*⁽¹⁾. El término "gluten" se refiere a la fracción proteica principal del trigo. Esta enfermedad, por tanto, se caracteriza por la presencia de una variedad de manifestaciones clínicas dependientes de gluten, anticuerpos específicos de EC, haplotipos HLA-DQ2 y/o HLA-DQ8 y enteropatía⁽¹⁷⁾. Esto quiere decir que las definiciones actuales, la orientan *"no solo como una enfermedad con base intestinal, sino como una enfermedad sistémica que puede afectar a otros órganos fuera del intestino delgado, que es la diana principal"*⁽¹⁸⁾. En ella, *"se produce una reacción inflamatoria de la mucosa del intestino delgado que dificulta la absorción de macro y micronutrientes, lo cual puede conducir a diversos estados carenciales"*⁽²⁾. Son ejemplos de dichos estados carenciales el síndrome de malabsorción y el retraso en el crecimiento⁽¹⁹⁾. Es importante resaltar que puede aparecer en cualquier grupo étnico o región, afectando a todas las dimensiones de la vida de los que la padecen⁽¹³⁾.

2. Epidemiología

La distribución geográfica de la prevalencia de la ECA nivel mundial se puede ver en la figura 1:

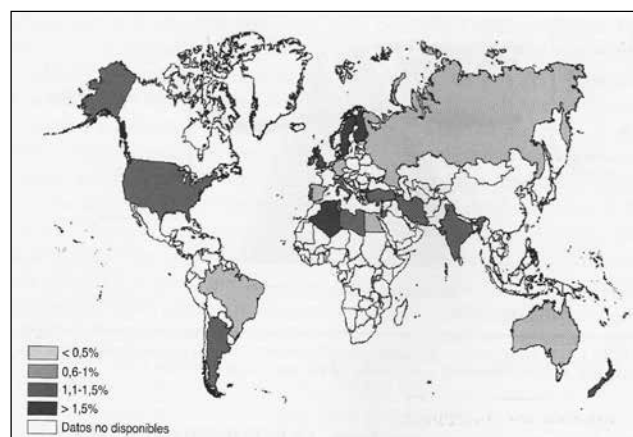


Figura 1. Distribución geográfica de la prevalencia de EC en el mundo. Fuente: tomado de Lionneti E, Catassi C. Co-localization of gluten consumption and HLA-DQ2 and -DQ8 genotypes, a clue to the history of celiac disease. *Dig Liver Dis.* 2014; 46(12): 1057-63⁽²⁰⁾.

"Según diversos estudios por cada caso diagnosticado hay entre 5 y 10 sin diagnosticar, probablemente debido a la alta frecuencia de formas atípicas y asintomáticas"^(21,22). La representación gráfica del Iceberg Celíaco resulta muy útil para estudiar la epidemiología de la enfermedad. En ella, se coordinan la frecuencia de los genotipos con predisposición en la población y las pautas

de consumo de gluten. Está compuesto por la parte visible y la no visible⁽⁶⁾. La parte visible se conformaría por los casos de EC con síntomas clásicos, es decir, serían los que se diagnostican tras síntomas manifestados de los pacientes que lo sufren. En este grupo estarían también los casos que se diagnostican con la aparición de una serología anómala o con una lesión de la mucosa intestinal manifiesta encontrada de manera fortuita en un paciente sin que aparezcan síntomas típicos. Con esta parte visible, se podría cuantificar la incidencia de la enfermedad⁽⁴⁾.

La parte no visible se definiría como la parte sumergida del iceberg. En ella se encontrarían dos subdivisiones: la EC silente (con serología anómala y lesión mucosa intestinal manifiesta, que aún no se ha encontrado en el paciente de manera fortuita) y la EC latente (con serología anómala, pero con una mucosa intestinal totalmente normal) (Figura 2).

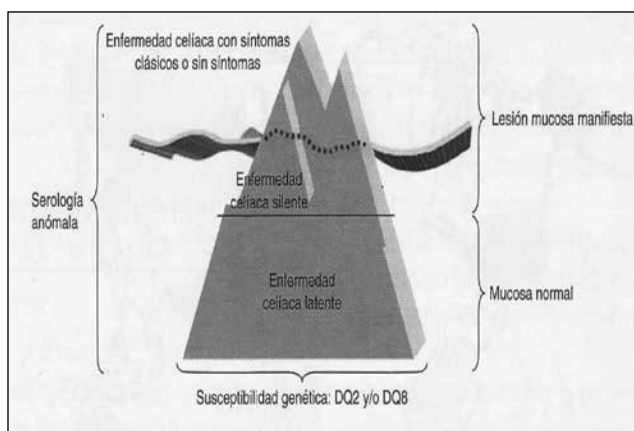


Figura 2. El Iceberg Celiaco. Fuente: tomado de Lionetti E, Catassi C. New clues in celiac disease epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and treatment. *IntRevImmunol.* 2011; 30(4):219-231⁽⁶⁾.

“La máxima prevalencia mundial de EC se ha hallado en poblaciones africanas con cabello y ojos negros, las cuales habitaban originalmente en el Sahara Occidental, los saharauis, un pueblo cuyas raíces son árabes-bereberes”. Se aproxima al 5.6%. Esto podría relacionarse con el alto grado de consanguinidad existente en esta población, pero también con un consumo de gluten elevado en la dieta, debido a que la harina de trigo es uno de los alimentos de mayor contenido. Un dato a tener en cuenta es que a pesar de que en el Sáhara Occidental el número de casos de EC está en auge, en el África subsahariana no es común. Este hecho se explica porque la dieta de esta población es a base de mijo y arroz (cereales sin gluten) y además la predisposición genética es menos frecuente⁽⁴⁾.

La patología también es habitual en Oriente Medio con cifras del 0.8% en Irán y del 0.6% en Turquía y en los países de la ruta de la Seda. Además, está demostrado que en Jordania hay un gran consumo de trigo en la población que se relaciona con la incidencia de la celiaquía. En India, la enfermedad aumenta del norte al sur del país, ya que en el norte, la población se alimenta de trigo y en el sur de arroz. De ahí se deriva el hecho de que a la zona norte de la India, se la conozca con el nombre de “cinturón celiaco”⁽⁴⁾.

Para Europa, la prevalencia estimada es del 1%, existiendo grandes variaciones entre los países europeos, desde el 0.3% en

Alemania al 2% en Finlandia^(23, 24). A pesar de estas diferencias, el consumo de trigo y la predisposición genética (frecuencia del haplotipo HLA: genotipos de susceptibilidad DQ2 y DQ8) de la población total son similares.

En España la prevalencia de EC oscila entre 0,85% en la población infantil y 0.26% en adultos⁽³⁾. Se encuentran estudios realizados en las Comunidades de Madrid, Asturias y País Vasco que aportan datos similares de prevalencia: en población adulta 0.27% y en niños entre 0.46% y 0,85%⁽²⁵⁻²⁷⁾. En España el 90% de los pacientes presentan HLA-DQ2, y el 10% restante suele presentar el HLA-DQ8⁽²⁸⁾.

Un trabajo realizado en Cataluña tomando como población a personas de 1 a más de 80 años de edad, expone que a más edad, hay menos posibilidad de desarrollar celiaquía. Es decir, hay menos prevalencia de la enfermedad en tramos de edad avanzados⁽²⁹⁾.

En Cantabria, se han llevado a cabo algunos estudios. Como ejemplo más representativo, fue el realizado en 2008, que dictaminó que el HLA más frecuente en esta comunidad autónoma fue el DQ2 con un 71%⁽²⁸⁾.

3. Etiología

Tres son las principales causas de la EC. Combinadas, hacen que la prevalencia poblacional aumente considerablemente⁽¹⁹⁾:

3.1. Predisposición genética

Como ya se ha apuntado anteriormente, los genes más importantes en la prevalencia de la EC son dos genes HLA de clase 2: HLA-DQ2 (DQA1*05-DQB1*02) y HLA.DQ8 (DQA1*03-DQB1*0302). Sin embargo, la presencia de estos marcadores no es suficientemente fiable para diagnosticar la EC, pues se sabe que del 30 al 40% de la población general, son portadores de al menos uno de ellos, sin ser celíacos. No obstante, están presentes en prácticamente todos los pacientes con EC. Se ha de decir también, que existen otros que no son HLA y que contribuyen también a la posibilidad de desarrollar EC en diferentes poblaciones, aunque no son tan comunes⁽¹⁹⁾.

La mayor parte de los pacientes DQ2 positivo, son portadores del llamado “haplotipo ancestral (AH) 8.1 (B8-DR3-DQ2.5)” que contiene otros alelos que confieren riesgo y que pueden llegar a modificar el efecto del DQ2. Puede estar asociado además, con otras enfermedades distintas de la EC como el cáncer colorrectal y algunas enfermedades autoinmunes⁽³⁰⁾. Si hablamos específicamente de la región HLA, los genes del TNF α de la linfotoxina α (LT α) pueden también estar implicados en la aparición de la EC. Otras zonas del genoma han sido también identificadas como posibles causantes de EC en individuos con esta susceptibilidad adquirida⁽³¹⁾.

3.2. Gluten

El factor desencadenante principal de la EC está constituido por un grupo de proteínas contenidas en el grano de trigo, concretamente en el endosperma del grano. Existen cuatro clases en función de su solubilidad: albúminas (solubles en agua), globulinas (solución salina), gliadinas (solubles en alcohol) y gluteninas (solu-

bles en ácidos, bases o detergentes varios). Las llamadas gliadinas y gluteninas constituyen las prolaminas. Son también prolaminas, sus homólogos en la cebada y en el centeno: hordeína y secalina. Precisamente son estas proteínas las que confieren el carácter inmunógeno al gluten, pues son los residuos de las prolaminas: prolina y glutamina, los que provocan la respuesta inmune inadecuada en los pacientes con lesión intestinal manifiesta⁽³²⁾. Estos fragmentos inmunógenos, estimulan a los linfocitos T CD4+ específicos de la lámina intestinal o del torrente sanguíneo de los pacientes, capaces de reconocer al antígeno cuando hay presencia de moléculas HLA-DQ2-DQ8⁽²⁸⁾.

3.3. Medio ambiente

Agresiones tales como infecciones intestinales o procedimientos quirúrgicos, pueden tener que ver con el compromiso de la función inmunológica de barrera del paciente. Puede empezar de esta forma la inflamación intestinal, posible antesala de la EC⁽⁷⁾. Es decir, factores como la lactancia materna, las infecciones o las alteraciones en la microbiota intestinal influyen en el desarrollo de EC⁽¹⁹⁾. Por ejemplo, algunos estudios han expuesto, que la lactancia materna es un factor protector de la EC, pues favorece el sistema inmunológico del lactante. Sin embargo, se ha demostrado también, que la leche de madres celíacas contiene menos compuestos inmunoprotectores y bifidobacterias, en comparación con la leche de madres sanas. En estos casos, el efecto protector disminuye.

Por otro lado, el estudio PROFICEL, realizado en España ha puesto de manifiesto la influencia de los factores ambientales sobre la microbiota intestinal de los niños de hasta 4 meses de edad con riesgo de desarrollar EC. El estudio se realizó con una población de niños de 4 meses de edad con un familiar celíaco de primer grado, por lo que el genotipo HLA-DQ, estaba presente en esta persona. Se trataba de niños con predisposición a sufrir la enfermedad y se estudiaron diferentes factores ambientales que podían acentuar o disminuir la aparición de la EC como la lactancia materna, lactancia de fórmula, toma temprana de antibióticos, infecciones, tipo de parto o administración de la vacuna del rotavirus. Tras el estudio, se concluyó que eran las infecciones y la toma de antibióticos los factores más importantes para que las poblaciones de linfocitos T se diferenciaron en los primeros 4 meses de vida de los niños en presencia de HLA-DQ, provocando en muchos casos la aparición de la EC y el consecuente cambio en la microbiota intestinal, pues es en las primeras etapas de la vida cuando el inmaduro intestino del recién nacido puede modificarse⁽³³⁾.

4. Complicaciones

La Diabetes tipo 1 y la Tiroiditis Autoinmune son las patologías autoinmunes más frecuentemente asociadas con la EC⁽³⁴⁾. Menos comunes, pero que también habría que tener en cuenta, serían la Artritis Reumatoide, la Enfermedad de Addison o el Lupus Eritematoso Sistémico, entre otras (34,35). Estas enferme-

dades además se asocian con la EC, de modo que por ejemplo, existe más probabilidad de que un paciente con Artritis Reumatoide desarrolle EC⁽³⁾.

“En cuanto a la Diabetes Tipo 1, 5 del 10% de los pacientes diagnosticados de esta enfermedad, desarrollarán EC, mientras que del 15-20% de pacientes celíacos tienen o tendrán enfermedades autoinmunes”⁽³⁴⁾. Esta evidencia hace suponer que el manejo de estas dos enfermedades en un niño, cuando el peso del cuidado es responsabilidad de los padres, puede ser muy dificultoso. Es debido a que cada patología (EC y Diabetes Mellitus tipo 1) tienen tratamientos distintos que pueden afectar al buen control de la otra enfermedad⁽³⁶⁾. La implicación enfermera es importante, pues se debe ayudar a los padres de los niños y a otros pacientes diagnosticados a manejar cada enfermedad. En los colegios los niños deben entender estas enfermedades y su manejo. La enfermera escolar cobra por tanto el papel protagonista⁽³⁷⁾.

La Enfermedad Celíaca Refractaria (Refractory Coeliac Disease: RCD): es considerada por algunos autores como una complicación de la EC a tener en cuenta por interferir en la calidad de vida del paciente. Puede ser de dos tipos: I y II. Consiste en una lesión en el intestino, pero con síntomas que no desaparecen tras la retirada en la dieta del gluten durante 6 meses. Para diagnosticar de forma acertada esta enfermedad, hay que diferenciarla de otras patologías, como la enfermedad de Whipple, la Insuficiencia Pancreática Exocrina o la Colitis Microscópica⁽³⁾, las cuales también pueden cursar con malabsorción y atrofia vellositaria. Se trata de una condición poco probable (<5% de la población celíaca), pero que existe y hay que tenerla presente. Es de 2 a 3 veces más frecuente en mujeres que en hombres. En la enfermedad refractaria tipo I, los síntomas son más severos y la yeyunitis ulcerativa es muy frecuente. Puede llegar a derivar en neoplasia, desarrollando un Linfoma de células T⁽³⁴⁾.

5. Otros trastornos relacionados con el gluten

Los cereales constituyen una de las fuentes de alimentos proteicos fundamentales para la nutrición de las poblaciones. Esto ha hecho que la prevalencia de EC, junto con la Sensibilidad al Gluten No Celíaca (SGNC) y la Alergia al Trigo (AT), haya aumentado en los últimos años. Aunque son patologías parecidas, tienen peculiaridades que permiten diferenciarlas⁽¹⁸⁾.

- Sensibilidad al gluten no celíaca (SGNC): se trata de una condición clínica, que ocurre en pacientes que experimentan síntomas intestinales y extra-intestinales similares a la EC (dolor abdominal, diarrea y estreñimiento, distensión abdominal, dolores articulares o dermatitis), al ingerir alimentos que contienen gluten, una vez excluida la EC. La edad media de diagnóstico ronda los 40 años. Se establece como el trastorno más común relacionado con el gluten. Se estima una prevalencia mundial del 6%. En el pasado, la SGNC y la EC eran considerados la misma patología. Sin embargo, la SGNC es una condición no autoinmune, los valores de los anticuerpos antitransglutaminasa tisular (anti-tTg) son normales y los pacientes no presentan alteración en la permeabilidad intestinal. Se supone que únicamente se activa la respuesta inmune innata y no hay inflamación del intestino, no cursando con enteropatía ni considerándose una enfermedad inflamatoria. Además,

los pacientes que la sufren, pueden consumir pequeñas cantidades de alimentos con gluten en la dieta. Todo lo contrario ocurre en la EC y en la AT^(17,18).

- Alergia al trigo (AT): es una reacción de hipersensibilidad alimentaria, producida por un desequilibrio manifiesto entre la propia reacción alérgica al trigo y los mecanismos de tolerancia que tiene la persona afectada. Tiene lugar una sensibilización ligada a la inmunoglobulina E (a diferencia de la EC). Cursa con alteraciones cutáneas, gastrointestinales y respiratorias. Es más común en niños. La prevalencia mundial se estima entre el 0,5 y el 10%^(17,18).

ABORDAJE DEL PACIENTE CELÍACO

6. Diagnóstico

La pluralidad de signos y síntomas que tiene la EC ha hecho que exista controversia en el momento de realizar una única clasificación de la patología, útil para poder llegar a un diagnóstico. No obstante, se considera que puede haber pacientes que se encuadren en más de un subtipo de las clasificaciones. Existen varias, con elementos en común. Se nombrarán tres de las más importantes, centrándose en la última de ellas, por ser más reciente⁽²⁹⁾.

La primera clasificación a tener en cuenta será del MS (Ministerio de Sanidad) que en el año 2008 determinó cinco formas clínicas de EC: EC clásica, EC pauci o monosintomática, EC silente, EC latente y EC potencial⁽³⁾ (Figura 3).

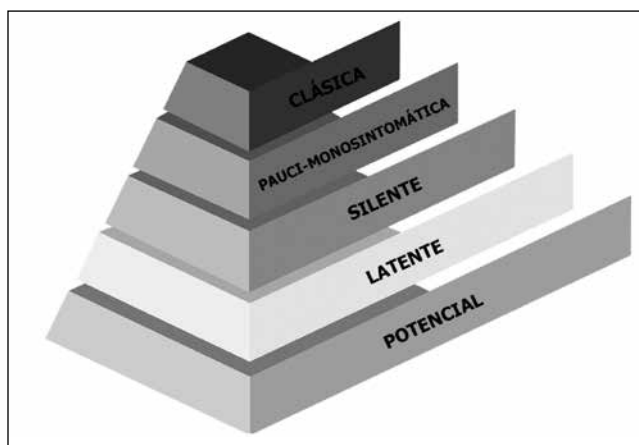


Figura 3. Formas clínicas de presentación de EC. Fuente: Adaptación propia. Tomado de Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) 2007. Cribado de enfermedad celíaca [sede Web]. Galve J. Grupo PrevInfad. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS); 2007 [citado 15 marzo 2016]. Disponible en: http://www.papps.es/upload/file/cribado_celiaca.pdf⁽³⁸⁾.

Como segunda clasificación, tenemos la de la información terapéutica también tomada del MS, que establece que existen formas clínicas clásicas de la EC, con síntomas típicos y continuados (diarrea, disminución del peso para el percentil adecua-

do según sexo y edad, vómitos...) y que se dan más frecuentemente en la infancia. Por otro lado, existen formas atípicas de la EC, en las que a diferencia de las anteriores, los síntomas son intermitentes (elevación de las pruebas de la función hepática, alteraciones de la fertilidad, tiroiditis...). Son las formas habituales que se diagnostican en la adultez y su prevalencia es mayor⁽³⁹⁾.

La tercera y más reciente clasificación, es la establecida por un grupo de expertos en Oslo (Noruega)⁽²⁹⁾:

- EC clásica: los pacientes que se encuadran dentro de este subtipo de la patología, tienen síntomas comunes de la EC como son la diarrea, la malabsorción o el síndrome de malnutrición. Es habitual que los niños diagnosticados de EC tengan retraso en el desarrollo, pues al ingerir gluten durante el período pre-diagnóstico, su organismo no ha podido absorber los nutrientes correctamente, pues el gluten atrofia las vellosidades intestinales. La EC clásica es el diagnóstico clínico acertado para estos niños.
- EC no clásica: los pacientes no tienen ningún signo o síntoma de malabsorción. El paciente típico de la EC no clásica sería alguien con estreñimiento, distensión y dolor abdominal, pero que no tiene ni ha tenido una pérdida de peso sustancial.
- EC asintomática: se trata de pacientes que no tienen ni signos ni síntomas de ningún tipo, pero por tener familiares de primer grado con EC o por sufrir enfermedad tiroidea autoinmunitaria o diabetes mellitus tipo 1, se les realiza un cribado y realmente son celíacos, mejorando sin ingerir nada de gluten.
- EC subclínica: tienen síntomas que no se detectan clínicamente en las pruebas diagnósticas.
- EC potencial: son pacientes que presumiblemente llegarán a desarrollar EC en el futuro. Tienen serologías positivas en las pruebas diagnósticas, pero cuando se lleva a cabo la biopsia del intestino delgado es totalmente normal.

6.1. Diagnóstico en el ámbito de la AP

En la actualidad, los anticuerpos antiendomiso (Anti-EMA) son los más utilizados. Son coste-efectivos, y su sensibilidad y especificidad están cercanas al 98%. La antitransglutaminasa, es una enzima que permite que se transformen los péptidos de gliadina en productos deaminados. De ahí nacen los anticuerpos antipéptidos deaminados de gliadina (Anti-DGP) tanto de clase IgA como IgG⁽¹⁸⁾.

Cuando se sospecha que un paciente puede tener EC, el médico de AP debe solicitar la determinación de anticuerpos antitransglutaminasa tisular humana de clase IgA (AAtTG) y los niveles plasmáticos de IgA sérica total. Es importante realizar la IgA sérica total porque muchos pacientes tienen déficit de IgA, por lo tanto, puede darse un "falso negativo" en los anticuerpos de tipo IgA. En los casos en que los AAtTG de clase IgA y la IgA sérica total sean negativos, se realiza una determinación de AAtTG de tipo IgG. Si el resultado

es negativo, la serología será negativa para la EC. Sin embargo, aunque así sea, si la clínica es indicativa de EC, la recomendación es derivar a gastroenterología⁽³⁾. Por tanto, los anticuerpos antitransglutaminasa tisular humana de clases IgA e IgG, sirven para saber si un paciente tiene EC cuando estos tienen un déficit selectivo de IgA. Tienen una sensibilidad y especificidad diagnósticas de más del 95%. Además, son pruebas serológicas más económicas respecto a otras, como los anticuerpos antiendomio (EMA) o los péptidos de gliadina deaminados (DGP)⁽¹⁸⁾.

6.2. Diagnóstico en el ámbito de la atención hospitalaria (AH)

Tras la valoración en AP siendo la serología positiva o negativa (pero con sintomatología que sugiere EC), el paciente es derivado a la unidad de gastroenterología. Desde aquí se decidirá si se lleva a cabo el estudio genético (presencia del heterodímero HLA-DQ2/DQ8) y/o una biopsia intestinal (en la zona del duodeno-yeyuno), para observar la posible existencia de lesiones histológicas típicas de EC⁽³⁾.

7. Tratamiento: Dieta

Una vez completado el diagnóstico y confirmada la EC, el único tratamiento que existe y que es eficaz para paliar la enfermedad es el consumo de una dieta estricta para toda la vida, exenta de gluten⁽³⁾. Esto constituye la clave de la mejora de los síntomas, pues se trata del agente causal de la EC⁽⁷⁾, además previene las complicaciones autoinmunes e incluso el linfoma No Hodgkin de linfocitos T entre otras patologías como las enfermedades óseas⁽³²⁻³⁴⁾. No obstante, no significa que no se consuma nada de gluten, por la complicación que entraña, debido a que puede utilizarse como espesante en salsas, aliños y otros productos similares y a que la industria farmacéutica lo utiliza frecuentemente en muchos medicamentos⁽⁹⁾.

De este modo, los pacientes consumen una cantidad de gluten establecida como "punto de corte". Para llegar a determinar esta cifra, se creó el *Códex alimentarius*, normativa internacional cuya creación corresponde a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a la Organización Mundial de Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO). Actualmente, se sabe que "la cantidad máxima de gluten admisible es de 20 miligramos por kilogramo de producto (mg/kg), o dicho de otra manera, menos de 20 partes por millón (ppm)". Así, la Comunidad Europea aceptó en 2012 como alimentos "exentos de gluten", aquellos con un nivel de gluten que no sea mayor de 20 ppm y como alimentos con "contenido muy reducido en gluten", si no llega a las 100 ppm. La *Food and Drugs Administration (FDA)* estadounidense definió de nuevo los alimentos "sin gluten" como los que tienen menos de 20 ppm. La Federación de Asociaciones de Celíacos en España (FACE), elabora una lista anual de productos aptos para celíacos con esta misma premisa⁽¹¹⁾. La razón de esta cifra, es que se trata de la cantidad mínima para que las pruebas analíticas actuales puedan detectar el gluten. Si el umbral fuera menor, no se podría detectar y la disponibilidad de productos sin gluten disminuiría notablemente⁽⁹⁾. No obstante, es una cifra sujeta a revisión⁽³²⁾.

Un estudio realizado con pacientes diagnosticados 2 años antes y siguiendo una dieta sin gluten durante este tiempo, determinó que podían consumir hasta 50 mg de gluten⁽²³⁾. Es poco habitual que los pacientes no toleren las trazas de gluten que se han definido como "seguras" para pacientes con EC⁽⁴⁰⁾.

Básicamente, se trata de no consumir productos que contengan trigo, cebada o centeno, ni tampoco sus derivados: el almidón, la harina, los panes o las pastas alimenticias (32). Es decir, combinar los alimentos naturales exentos de gluten (verduras, hortalizas o pescado), con los fabricados de forma artificial, con un contenido de gluten que no llegue a 20 ppm, etiquetados como "libres de gluten" (harinas, pasta o galletas sin gluten)⁽⁹⁾. Es de vital importancia que la dieta sea equilibrada y variada, y que los alimentos naturales, constituyan la base⁽⁸⁾. Esta dieta, permite que los síntomas referidos por el paciente mientras consumía gluten, desaparezcan a partir de las dos semanas. Además, consigue la normalización en los parámetros serológicos entre los 6 y los 12 meses, y también la recuperación de las vellosidades intestinales en torno a los dos años de haber iniciado el tratamiento. En pacientes adultos la respuesta clínica es más lenta^(3,32).

Respecto al consumo de la avena, existe bastante controversia. Por sí misma puede no ejercer efecto nocivo, pero muchos productos que la contienen, están contaminados por trazas de cereales perjudiciales^(3,7) por la recolección, el transporte, la molienda y el procesamiento utilizados. Otros autores, opinan que por sí misma tiene toxicidad, por lo que se debe seguir investigando. Hasta llegar a mayores evidencias, lo más seguro es no consumirla⁽³²⁾.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CELÍACO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Una vez diagnosticada la EC, el paciente tiene que formarse en todo lo relacionado con la patología y saber que cuidados son primordiales para el buen manejo de su enfermedad. Además, debe intentar afrontar los cambios emocionales que se le avecinan y adaptarse para tener una calidad de vida tan plena, como la que vivía antes del diagnóstico. Para ello, hace falta la colaboración tanto del paciente, como de sus familiares y su entorno más cercano⁽¹⁴⁾.

Los pacientes celíacos a menudo tienen síntomas de infelicidad y falta de esperanza, con una percepción del estado de salud definida como regular. El cumplimiento de la dieta que tienen que respetar una vez diagnosticados, eliminando la ingestión de gluten en la dieta diaria, constituye un motivo de estrés a estas personas, que los enfermeros deben valorar. No se debe perder de vista, que la alimentación es una cuestión cultural que define a los grupos socioculturales a los que pertenecemos. Por tanto, modificar estos hábitos, precisa un proceso largo de adaptación y aprendizaje por parte de los pacientes, proceso cuanto menos dificultoso. Seguir la dieta exenta de gluten, evitar la contaminación cruzada de alimentos, comer fuera de casa o viajar, acrecienta notablemente el nivel de ansiedad y la posibilidad de la aparición de depresiones en los pacientes celíacos⁽¹⁴⁾.

Según recientes estudios, se sabe que en muchos establecimientos de comida, no se tiene en cuenta esta patología entre los cocineros. De esta manera, emerge la necesidad de formación e información sobre la EC. La contaminación cruzada de los alimentos, constituye también un tema controvertido, pues

algunos pacientes muestran dificultades cuando tienen que cocinar. Se hace necesario un proceso de aprendizaje a este respecto. Por otra parte, el precio de los alimentos sin gluten es elevado^(13,14).

Otro factor indispensable, es que el Sistema Nacional de Salud, tal y como se conoce hoy en día, no ayuda al paciente celiaco. En realidad, debería ser un referente de recursos, pues a él le corresponde el tratamiento y seguimiento. Muchos de los afectados por esta enfermedad, no se sienten amparados en absoluto por el sistema sanitario. Refieren que en los centros de salud no se les brinda la ayuda que necesitan, pues todo se basa en otras enfermedades crónicas y esta patología resulta ser la gran olvidada. Por todos ello, es justo y necesario que se forme a los profesionales sanitarios de la atención primaria de salud en el ámbito de la EC, para que se pueda atender satisfactoriamente sus necesidades y demandas^(13,14).

“Se debería valorar un espacio para los enfermos celíacos ya que su única demanda del sistema sanitario es una buena educación en su alimentación y un apoyo incondicional en el ámbito emocional, pilares que contempla el arte enfermero”⁽¹⁴⁾.

8.1. Nurse Practitioner y la educación para la salud al paciente celiaco: antecedentes

La educación para la salud autónoma para pacientes celíacos por parte de enfermería, es un concepto relativamente nuevo en España, pero no en el resto de mundo^(16,35).

En EEUU aparece la *Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) o Advanced Practice Registered Nurse* en los años 70, definiéndose 4 vertientes: matrona, anestesista, clínica y practicante. Se trata de una enfermera más autónoma, experta en una determinada materia relacionada con la salud y capaz de tomar decisiones complejas con un ejercicio profesional claramente ampliado. Cabe citar la figura enfermera de la *Nurse Practitioner*, que surgió más tarde, en los años 90 en Canadá y que se ha extendido con el paso del tiempo, a países como Irlanda y Reino Unido, con estudios de máster y doctorado. Esta figura se caracteriza por el desarrollo de habilidades clínicas, de liderazgo en la profesión, de ser competente en la consulta, colaborando con otros profesionales. En España, se han desarrollado enfermeras con competencias ampliadas, con un perfil similar a las canadienses, respondiendo a la demanda de la cronicidad como es la enfermera gestora de casos, en comunidades autónomas como Andalucía o Cataluña⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Actualmente en EEUU existe la figura de *Nurse Practitioner*, una enfermera que aunque no tengan una consulta de EC propiamente dicha, una de sus funciones es la de encargarse de realizar educación para la salud a los pacientes y a sus familias de forma autónoma, para que puedan conocer los daños que el gluten puede llegar a hacer en su organismo sino siguen la dieta, concentrándose no en lo alimentos prohibidos, sino en los permitidos⁽¹⁶⁾. En definitiva, los profesionales de enfermería constituyen la piedra angular en el apoyo a los pacientes celíacos. Para ello, deben conocer el proceso de la enfermedad, saber estrategias para aumentar la adherencia a la dieta sin gluten de los pacientes y tener en cuenta las presentaciones atípicas de la enfermedad, para detectar síntomas sospechosos de EC (35).

8.2. Consulta de enfermería de EC en España: una experiencia⁽⁸⁾

Una de las enfermeras que ha dado visibilidad a la EC en España, es Amparo Cuenca Navarro, coordinadora de enfermería en el Centro de Salud “Los Ángeles” en Alicante (Comunidad Valenciana). Se trata de una profesional que ha conseguido desarrollar y organizar una consulta para pacientes con EC en España, que funciona desde febrero de 2014. En ella, recibe a pacientes recién diagnosticados de celiaquía procedentes tanto de atención primaria como del Hospital General Universitario de Alicante. Su objetivo es que afronten su nueva condición de la mejor manera posible, ofreciendo ayuda emocional y apoyo, insistiendo en su tratamiento (dieta exenta de gluten para toda la vida) o resolviendo sus dudas, utilizando un lenguaje claro y sencillo, adaptado a las condiciones del paciente.

Como la propia enfermera describe, primeramente se les ofrece a los pacientes información dietética, sobre qué alimentos pueden consumir y cómo manipularlos, para evitar la contaminación cruzada. En cuanto a la disminución de la ansiedad frente a la dieta que tienen que seguir (que implica cambiar de hábitos dietéticos, de forma drástica), y al propio diagnóstico, Amparo subraya la importancia del apoyo emocional.

Amparo creó esta consulta de enfermería en el centro de salud en el cual es coordinadora, no solo con un interés profesional, sino también personal, pues su hija fue diagnosticada de celiaquía con 9 meses de edad. Como ella misma relata, tuvo dificultades en su educación respecto a la dieta. De esta forma, empatizó con otras familias, que estaban en su misma situación, creando la consulta.

Las limitaciones informativas y asistenciales que existen en la sociedad, se basan según la opinión de Amparo Cuenca en que es necesario “hacer un seguimiento del paciente desde un punto de vista más social”, y no únicamente entregarle al paciente, una lista de alimentos prohibidos. El personal de enfermería cobra un papel protagonista en “explicar, informar y concienciar” al paciente. Para ello, es preciso formar a los profesionales de enfermería. “Se trata de una función enfermera que, como tal, precisa de una formación y atención.”⁽⁸⁾

Parte del trabajo de Amparo es formar a las enfermeras de atención primaria, para que sepan cómo llevar a cabo el seguimiento del paciente celiaco (dieta y refuerzo diabético) cuando haya sido dado de alta en la consulta de enfermería referente de celiaquía. No obstante si hubiese problemas con la dieta, la enfermera de AP podría derivar de nuevo al paciente a la consulta de la enfermera referente de celiaquía. Además, en su centro de salud, se ubica la primera delegación provincial de la Asociación de Celíacos de la Comunidad Valenciana (ACECOVA)⁽¹²⁾. De esta manera, se trabaja de manera interdisciplinar, para que la información recibida por el paciente, sea veraz y completa. Se recomienda encarecidamente a los pacientes, que aparte de acudir a la consulta hasta que sea preciso, participen en asociaciones de pacientes celíacos⁽¹¹⁻¹²⁾, pues su trabajo es de gran ayuda.

Para organizar esta consulta, está disponible el "Manual de procedimiento: Consulta de Enfermería Referente Departamental en Celiaquía"⁽¹⁰⁻¹²⁾. La educación para la salud y la información a los pacientes celíacos junto con el seguimiento, son los pilares en los que se sustenta fundamentalmente este manual. Ha sido escrito por la propia Amparo, con ayuda de aprobación de la Dirección del mismo.

En cuanto a los límites de actuación del proceso, establece un inicio y un final del mismo. Al comienzo, una vez que el paciente sea diagnosticado de celiaquía, si necesita educación para la salud sobre su nueva condición, se le inscribirá en la Agenda de la Enfermera Referente en Celiaquía. Para finalizar, el paciente tiene que tener capacidad para gestionar su enfermedad (autocuidado), admitir su situación (condición celíaca) y tener clara la dieta a seguir (tratamiento).

El procedimiento, que se revisa anualmente, tiene una serie de puntos clave. Una vez que se diagnostica al paciente de celiaquía y se valora así mismo, los conocimientos que tiene y, por tanto, la necesidad de que se le informe o no, el profesional facultativo derivará, en su caso, al paciente a la enfermera referente de celiaquía a través de una cita.

Dicha enfermera, programará las sesiones en función de los conocimientos de base que tenga el paciente sobre la celiaquía. El objetivo es que conozcan perfectamente la dieta prescrita, qué tienen que tener en cuenta a la hora de cocinar y que sean capaces de afrontar la condición celíaca, disminuyendo la posible ansiedad.

El lenguaje sencillo, directo y adecuado a la edad es fundamental para seguir la dieta. La enfermera lo conseguirá a través de educación sanitaria para que tengan la mayor seguridad posible ante ella; deben conocer los establecimientos que venden alimentos exentos de gluten, cuáles son y cómo cocinarlos.

Las funciones basadas en proporcionar información acerca de cómo llevar a cabo la dieta libre de gluten en ocasiones especiales como en viajes, colegio, comidas fuera de casa, campamentos o cumpleaños (sobre todo si los pacientes son niños, formando a los padres), y el apoyo ante la nueva situación, son la base para la enfermera referente en celiaquía. Esta profesional debe conseguir que el paciente *"realice una vida normal lo antes posible"*.

Enfermería de atención primaria, debe ser un participante clave en este proceso, pues serán los encargados de reforzar la dieta y tener en cuenta la intervención de la enfermera referente de celiaquía.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La globalización ha constituido un factor determinante en el aumento exponencial de EC en los últimos años. Un ejemplo es lo ocurrido con la ayuda humanitaria proporcionada al tercer mundo, que ha propiciado el consumo de alimentos que contienen gluten (trigo, centeno, cebada), en países en los que los alimentos libres de gluten (arroz, maíz), son la base de su dieta tradicional⁽²²⁾. No obstante, dentro del mismo continente, la ali-

mentación difiere. Si se toma como referencia el continente africano, se sabe que en el África subsahariana la EC no es habitual, pues su dieta es a base de mijo y arroz (aunque la globalización está modificando este hecho). Sin embargo, en el Sáhara occidental la prevalencia de EC es del 5.6% (la mayor del mundo y casi 6 veces más que la de Europa), porque la harina de trigo es el alimento básico de su dieta^(4,22).

En cuanto a los factores genéticos, los genotipos de susceptibilidad a esta patología son HLA-DQ2 y HLA-DQ8. Sin embargo, su especificidad es baja, pues del 30 al 40% de la población general, acarrean estos marcadores en su mapa genético y no son celíacos. No obstante, los pacientes con EC suelen tener ambos⁽¹⁹⁾.

Por otro lado, la distensión abdominal, la diarrea crónica o el retraso en el crecimiento, son signos y síntomas típicos de los pacientes celíacos que forman parte de "la punta del Iceberg" de la EC. Es decir, son los más fáciles de diagnosticar, pero también los menos comunes^(4,6).

El tratamiento de la EC, se basa en una dieta exenta de gluten, pero no totalmente. Algunos fármacos y productos con espesante como salsas y aliños, contienen gluten, por lo que la complicación de no consumir nada de gluten se hace patente. Se sabe que establecer "el punto de corte" de ingestión de gluten en pacientes celíacos es una tarea difícil pero necesaria⁽⁹⁾. El *Códex Alimentarius* la establece actualmente en 20 mg/kg de producto o 20 ppm, condición para que un alimento sea aceptado por la Comunidad Europea como "exento de gluten". Además, esta cantidad es la mínima para que las pruebas analíticas disponibles actualmente, puedan detectarlo^(9,11). Se trata, por tanto, de una cifra sujeta a investigación⁽³²⁾.

El hecho de que la alimentación sea una cuestión cultural, hace que la adaptación a la EC sea complicada. Habitarse a la nueva dieta, comer fuera de casa o tener en cuenta precauciones indispensables como evitar la contaminación cruzada, hace que la ansiedad y los sentimientos de infelicidad en el paciente celíaco aumenten considerablemente⁽¹⁴⁾.

Por todo lo descrito anteriormente, este paciente reclama y precisa una serie de conocimientos y estrategias para manejar la EC de manera óptima. Para ello, el Sistema Nacional de Salud, debe formar a los profesionales de la atención primaria de salud en este campo, adaptándose a las necesidades de la población^(13,14). Las enfermeras pueden ser las protagonistas de este cambio, a la hora de proporcionar educación para la salud a estos pacientes, por su cercanía y empatía con ellos. Un ejemplo como el de Amparo Cuenca Navarro, supondría la ampliación de las competencias de las enfermeras de atención primaria en todo el territorio español^(8, 10-12, 41).

BIBLIOGRAFÍA

1. Fasano A, Catassi C. Clinicalpractice: CeliacDisease. N Engl J Med. 2012;367(25): 2419-2426.
2. Illana A, Rodríguez J. Celiaquía: prevención a través de la nutrición del lactante. Rev ROL Enferm. 2015; 38(4): 294-299.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo 2008. Diagnóstico Precoz de la Enfermedad Celíaca [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [citado 17 enero 2016]. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/Celiaquia/enfermedadCeliaca.pdf>

4. Lionetti E, Catassi C. Epidemiología de la enfermedad celiaca. En: Bai JC, Olano C, Ciacci C, editores. *Enfermedad celiaca y sensibilidad al gluten*. 1º ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 1-15.
5. Casellas i Jordá F. Diagnóstico y tratamiento. *Enfermedad Celiaca*. *MedClin (Barc)* [Internet] 2006. [citado 20 enero 2016]; 126(4):137-42. Disponible en: [http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-enfermedad-celiaca-13084031](http://www.elsevier.es/es-revista-es-revista-medicina-clinica-2-articulo-enfermedad-celiaca-13084031)
6. Lionetti E, Catassi C. New clues in celiac disease epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and treatment. *IntRevImmunol*. 2011; 30(4): 219-231.
7. Iranzo P. Dermatitis herpetiforme. Patogenia, diagnóstico y tratamiento. *Med Cutan IberLat Am* [Internet] 2010. [citado 27 enero 2016]; 38(1): 5-15. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2010/mc101b.pdf>
8. López S. Actualidad Enfermera. Se abre la primera consulta enfermera para pacientes celíacos en España. *Metas Enferm*. 2014; 17(7): 33-34.
9. Castillo NE, Leonard MM, Leffler D, Fasano A. La dieta sin gluten y alternativas terapéuticas potenciales para la enfermedad celiaca. En: Bai JC, Olano C, Ciacci C, editores. *Enfermedad celiaca y sensibilidad al gluten*. 1º ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 111-136.
10. Departamento de Salud Alicante. Manual de procedimiento: Consulta de Enfermería Referente Departamental en Celiaquía. Alicante: Consejería de Sanidad. Generalitat Valenciana. España; 2014. 7 p.
11. Federación de Asociaciones de Celíacos de España (FACE). [sede Web]. Madrid: Federación de Asociaciones de Celíacos de España (FACE); 2016 [citado 19 enero 2016]. Disponible en: <http://www.celiacos.org/>
12. Asociación de Celíacos de la Comunidad Valenciana (ACECOVA). [sede Web]. Valencia: Asociación de Celíacos de la Comunidad Valenciana (ACECOVA); 2016 [citado 2 febrero 2016]. Disponible en: <http://www.acecova.org/>
13. Ferre MM, Latorre I. Abriendo puertas: conociendo a un celíaco. *IndexEnferm*. 2010; 19(4): 264-268.
14. Gallego B, Caballero A, Bueno-Lozano M, Jiménez T. Revisión actualizada de la enfermedad celiaca. Autocuidado en el enfermo celíaco. En: *Cuidados Invisibles y Calidad de Vida: VII Reunión Internacional de Investigación en Enfermería: II Reunión Internacional Grupo de Investigación Aurora Mas*. Zaragoza; Forandalus 2014; 2014. p. 1-10.
15. Sánchez CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico*. *EnfermClin* [Internet] 2014. [citado 15 febrero 2016]; 24(1): 79-89. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-cronicidad-complejidad-nuevos-roles-enfermeria--90269210>
16. Gainer CL. Celiac disease. Helping patients live gluten-free. *Nurse Pract*. 2011; 36(9): 14-19.
17. Polanco I. ¿Qué es la enfermedad celiaca?. En: Polanco I, editora. *Enfermedad celiaca presente y futuro*. 1º ed. Madrid: Ergon; 2013. p. 1-4.
18. Vaquero L, Álvarez-Cuenllas B, Rodríguez-Martín L, Aparicio M, Jorquera F, Olcoz JL, et al. Revisión de las patologías relacionadas con la ingesta de gluten. *NutrHosp* [Internet] 2015. [citado 21 febrero 2016]; 31(6): 2359-2371. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/8984.pdf>
19. Green PHR, Lebowitz B, Greywoode R. Celiac disease. Clinical reviews in allergy and immunology. *Celiacdisease*. *J AllergyClinImmunol* [Internet] 2015. [citado 2 febrero 2016]; 135(5): 1099-1106. Disponible en: [http://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(15\)00230-4/pdf](http://www.jacionline.org/article/S0091-6749(15)00230-4/pdf)
20. Lionetti E, Catassi C. Co-localization of gluten consumption and HLA-DQ2 and -DQ8 genotypes, a clue to the history of celiac disease. *DigLiverDis*. 2014; 46(12): 1057-1063.
21. Rodrigo L. La enfermedad celiaca en el adulto. *RevEspEnfermDig* [Internet] 2006. [citado 13 enero 2016]; 98(6): 397-407. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v98n6/es_editorial.pdf
22. Roman E, Cilleruelo ML, Gutiérrez C. Epidemiología de la enfermedad celiaca. En: Polanco I, editora. *Enfermedad celiaca presente y futuro*. 1º ed. Madrid: Ergon; 2013. p.29-32.
23. Catassi C, Fabiani E, Iacono G, D'Agate C, Francavilla R, Biagi F, et al. A prospective, double-blind, placebo-controlled trial to establish a safe gluten threshold for patients with celiac disease. *Am J Clin Nutr* [Internet] 2007. [citado 4 enero 2016]; 85(1): 160-166. Disponible en: <http://ajcn.nutrition.org/content/85/1/160.long>
24. Catassi C, Kryszak D, Bhatti B, Sturgeon C, Helzlsouer K, Clipp SL, et al. Natural history of celiac disease autoimmunity in a USA cohort followed since 1974. *Ann Med*. 2010; 42(7): 530-538.
25. Ludvigsson JF, Green PH. Clinical management of coeliac disease. *J InternMed* [Internet] 2011. [citado 15 enero 2016]; 269(6): 560-571. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2796.2011.02379.x/epdf>
26. Mustalahti K, Catassi C, Reunanen A, Fabiani E, Heier M, McMillan S, et al. The prevalence of celiac disease in Europe: results of a centralized, international mass screening project. *Ann Med*. 2010; 42(8): 587-595.
27. XXVII Congreso de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHPN). Alicante; 20-22 de Mayo 2010. Alicante: Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHPN); 2010.
28. Díaz de Entresotos L, De la Rubia L, López M, Ruiz de Alegría C, Sánchez P, Fernández P. Estudio de la enfermedad celiaca en la población pediátrica de Cantabria y sus familiares de primer grado. *GastroenterolHepatol* [Internet] 2008. [citado 25 enero 2016]; 31(2): 53-58. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-estudio-enfermedad-celiaca-poblacion-pediatica-13116070>
29. Greco L, Timpone L, Abkari A, Abu-Zekry M, Attard T, Bouguerrá F, et al. Burden of celiac disease in the mediterranean area. *World J Gastroenterol* [Internet] 2011. [citado 3 febrero 2016]; 17(45): 4971-4978. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3236588/>
30. Tóth EK, Kocsis J, Madaras B, Bíró A, Pocsai Z, Fust G, et al. The 8.1 ancestral MHC haplotype is strongly associated with colorectal cancer risk. *Int J Cancer* [Internet] 2007. [citado 3 febrero 2016]; 121(8): 1744-1748. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.22922/epdf>
31. Arranz E, Montalvillo E. Aspectos inmunológicos de la enfermedad celiaca. *SIIC*. 2014; 20(20): 738-746.
32. Calvo MC. La dieta sin gluten. En: Polanco I, editora. *Enfermedad celiaca presente y futuro*. 1º ed. Madrid: Ergon; 2013. p. 121-125.
33. Pozo-Rubio T, De-Palma G, Mujico JR, Olivares M, Marcos A, Acuña MD, et al. Original Influence of early environmental factors on lymphocyte subsets and gut microbiota in infants at risk of celiac disease; the PROFICEL study. *NutrHosp* [Internet] 2013. [citado 10 febrero 2016]; 28(2): 464-473. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309227306027.pdf>
34. Erickson K, Freeborn D, Roper SO, Mandleco B, Anderson A, Dyches T. Parent Experiences Raising Young People with Type 1 Diabetes and Celiac Disease. *J PediatrNurs*. 2015; 30(2): 353-363.
35. Ruiz E, Ferrer JL, Postigo S. La enfermera escolar y la enfermera de Atención Primaria. A propósito de la atención a la diabetes en la escuela en Extremadura. *Rev ROL Enferm*. 2015; 38(9): 8-14.
36. Vivas Alegre S, Ruiz-de-Morales JM. Enfermedad celiaca refrac-

- taria. GastroenterolHepatol [Internet] 2008. [citado 12 marzo 2016]; 31(5): 310-316. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-enfermedad-celiaca-refractaria-13119885>
37. Malamut G, Afchain P, Verkarre V, Lecomte T, Amiot A, Damotte D, et al. Presentation and long-term follow-up of refractory celiac disease: comparison of type I with type II. *Gastroenterology*. 2009; 136(1): 81-90.
38. Cribado de enfermedad celíaca [sede Web]. Galve J. Grupo PrevInfad. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS); 2007 [citado 15 marzo 2016]. Disponible en: http://www.papps.es/upload/file/cribado_celiaca.pdf
39. Rodríguez L. Enfermedad celíaca. Sistema Nacional de Salud (SNS) [Internet] 2010. [citado 15 de marzo 2016]; 34(2): 49-59. Disponible en: <http://www.mssssi.gob.es>
40. Akobeng AK, Thomas AG. Systematic review: tolerable amount of gluten for people with coeliac disease. *AlimentPharmacolTher*. 2008;27(11): 1044-1052
41. Herrera Fernández L. Trabajo Fin de Grado; Enfermedad Celíaca: una nueva perspectiva enfermera desde la atención primaria de salud [Internet] 2016. [citado 16 de febrero 2020]. Disponible en repositorio Ucrea de la Universidad de Cantabria

POESÍA SE ESCRIBE CON E DE ENFERMERÍA



Nombre: Versos de guardia

Autor: Isidro Manrique Ortiz. Versos de guardia. 5 edición.

Lugar y fecha de edición: Valencia. Editorial Ringo Rango SL, 2018.

Versos de Guardia, poemario escrito por un enfermero, Isidro Manrique, que ejerce en las áreas asistencial y docente de la Comunidad Valenciana, su presencia se hace evidente en la red como autor del blog del “enfermero del pendiente”, en twitter como @uciero, y en instagram como @el_enfermero_del_pendiente, ofreciendo en ellos información de interés profesional. Hace un tiempo decidió crear un perfil desde un seudónimo @enfermeversia, a partir de ahí publicó sus primeros poemas y nace su primer libro “Enredhadas”, escrito en colaboración con Mónica Ventoso (enfermera y docente). Sus pasos han gestado su libro en solitario “Versos de Guardia”, recopilación de sus poemas.

Versos de Guardia se encuentra actualmente en su quinta edición, consta de ciento catorce poemas algunos escritos en castellano en su mayoría y otros en valenciano, que plasman vivencias relatadas por sus seguidores a través de sus perfiles en las redes sociales, pacientes, familiares y experiencias vividas en los pasillos del hospital transformándolos en poemas que transmiten las sensaciones y sentimientos vividos por el autor original, convirtiendo a Isidro en un malabarista de las palabras.

Para comenzar a describir el libro cabe destacar las primeras palabras que el autor relata “Para todas las noches de guardia, pasadas y futuras que, a veces sin pensarlo, inspiran estos versos”, se intuye que este libro puede ser un perfecto compañero para las noches de guardia y las noches en vela, ya que la poesía debe ser como una bebida que se toma a sorbos, deleitándose con cada trago.

Cada uno de los poemas está escrito con un estilo muy personal, tratan de diversas temáticas desde el amor, el desamor, el dolor, la pasión, etc. Cada verso puede llegar a trasladarte a ese instante que ha vivido esa persona anóni-

nima. Cada poesía plasma con un toque abstracto y con mucha delicadeza situaciones difíciles a las que profesionales sanitarios deben enfrentarse en su turno de trabajo, ya que a pesar de poseer un gran bagaje de conocimientos y experiencias, existen circunstancias que son difíciles de afrontar, siendo necesario una herramienta con la cual poder expresar estos sentimientos, y en este caso, ha sido la poesía el instrumento que ha usado el autor para manifestarse. Cabe destacar que la empatía es el pilar de la profesión enfermera, tarea compleja de transmitir y siempre agradable a quien la percibe. A su vez también relata conversaciones que el propio autor tiene con sus seguidores a través de las redes sociales y lo que para él transmiten, narrando de una manera singular mediante estos fragmentos.

En definitiva, el libro revela que aunque no seas el actor principal de estos relatos, él tiene la capacidad de plasmar los sentimientos, transformándolos a través de un lenguaje universal, permitiendo a cualquier lector sentirse identificado, incluso como si fuese el propio autor. Asimismo señala Manrique “estar en ambos lados, en un triángulo donde esos versos son el tercer vértice inacabado, que culmina con su lectura, y une los otros dos”.

Sin duda, un libro muy recomendable.

Autores:

Leiddy Patricia Vega Suárez

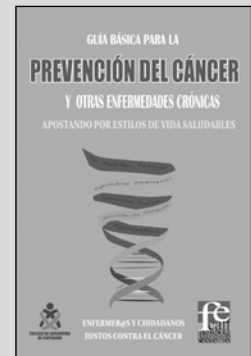
Enfermera.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

María Sánchez Cueto

Enfermera. Hospital Sierrallana.

GUÍA BÁSICA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS APOSTANDO POR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE



Como Presidenta de la “Fundación de Enfermería de Cantabria”, perteneciente al “Colegio de Enfermería de Cantabria”, es un placer presentarles esta guía, que con tanta ilusión y rigor hemos elaborado, y que supone la primera acción dentro del proyecto de prevención: “Enfermer@s y Ciudadanos, juntos contra el cáncer”.

En nuestro compromiso como enfermeras con la sociedad, ponemos en marcha este gran proyecto, con el objetivo de frenar la incidencia de cáncer en nuestra comunidad y país. Objetivo ambicioso, para una necesidad urgente.

Conseguir este propósito, requiere de un compromiso firme y responsable, tanto de instituciones, políticos, industria, empresa y profesionales, como de los propios ciudadanos; porque sólo aunando esfuerzos, podremos lograr frenar esta lacra social que es el cáncer.

Nosotras, como enfermeras, queremos aportar nuestro granito de arena y por eso hemos puesto en marcha este proyecto, centrado en el desarrollo de un programa de promoción de la salud y prevención del cáncer, que promueva la adopción de hábitos de vida saludable, que ayuden no sólo a frenar la incidencia del cáncer, sino también de todas las enfermedades crónicas. Todas ellas, están muy relacionadas con los estilos de vida y con factores epigenéticos, sobre los que podemos incidir y modificar. Hay que facilitar a las personas el conocimiento, las habilidades y la competencia necesaria para que sean los líderes de su propia salud. El empoderamiento ciu-

dadano es la clave para el cambio y para el avance.

Es tarea complicada, lo sabemos, no es nada fácil cambiar los estilos de vida, pero tenemos que ser firmes en nuestro compromiso con la salud y ello requiere de un plan serio, con diferentes estrategias, campañas, programas y acción en todos los ámbitos de la comunidad.

Esta guía básica que aquí presentamos, pretende ser una base general de conocimiento, que facilite una primera aproximación a los cambios necesarios a adoptar en todos los campos que conforman nuestra salud.

Dicha guía irá acompañada en su difusión con talleres, seminarios, trabajo grupal, jornadas y diferentes campañas; que permitan presentarla en colegios, universidad, ayuntamientos, asociaciones, centros cívicos, empresas, hostelería, industria...

Un objetivo difícil, que requiere de una gran estrategia. ¡Ojalá se sumen muchas personas a este proyecto y a esta causa!. La prevención es nuestra única salida.

Datos emitidos en informes de la OMS, estiman que más de un 40% de todos los cánceres se pueden prevenir modificando estilos de vida.

No podemos esperar ya más sin hacer nada al respecto.

Pasemos a la acción, ¿NOS ACOMPAÑAS?

Rocío Cardeñoso Herrero
Presidenta de la “Fundación de Enfermería de Cantabria”

ENFERMERÍA: UNA PROFESIÓN DESUBICADA Y RESIGNIFICADA POR OTROS

Está hecho de palabras entrecruzadas; pertenece a la escritura errante por el mundo entre la semejanza de las cosas. Sin embargo, no del todo: pues en su realidad de hidalgo pobre, no puede convertirse en caballero sino escuchando de lejos la epopeya secular que formula la ley.

Michel Foucault¹

Señora directora:

La enfermería se encuentra desubicada cuando los textos que lee no representan la realidad a la que se enfrenta. Se dibuja una disciplina que se empeña en encontrar similitudes del lenguaje con los protocolos biomédicos y artículos de revista, cuando no en el "sentido común" de las cosas del mundo. Los textos que lee no encuentran su referencia en la práctica diaria; textos como los protocolos en educación para la salud o los artículos científicos, que hunden sus raíces en el modelo del *actor racional o utilitarismo*². Este modelo explicativo del comportamiento humano se contrapone a las teorías de la acción de las ciencias sociales, más en sintonía con el conocimiento enfermero.

¿Por qué los pacientes no se comportan como nosotros pretendemos?

Cuando vemos a la persona que acude a nuestra consulta como un contenedor vacío que hay que colmar de conocimientos³, estamos basándonos en un modelo explicativo donde principalmente el sujeto está abstraído de su contexto social y biográfico, y toma sus decisiones de manera racional. Esta visión de individuo libre en sus elecciones y racional en sus decisiones es una interpretación pobre y reduccionista de la práctica humana. No obstante, es lógico que nuestro cuadro de la realidad se dibuje de esta manera, ya que los marcos que limitan dicho cuadro han sido trabajados en nuestro periodo formativo y en la práctica profesional diaria, para finalmente reproducir y consagrar esta manera del ver el mundo¹.

En la consulta, nuestra mirada se encuentra mediada por un determinado modelo conceptual que nos permite interpretar aquello que se nos presenta y que percibimos a través de los sentidos. Así, este *modelo de actor racional* responde a una visión del comportamiento humano como un *conjunto de actividades racionales e instrumentales de los individuos*⁴. Esta aproximación se puede resumir de forma que el individuo valora su situación de manera presuntamente objetiva, evalúa sus síntomas desde una visión científica, conoce los recursos a su alcance, y luego elige la mejor opción⁴. Esta explicación sobre la búsqueda de atención y la representación de la enfermedad ignora factores como las condiciones de existencia, los valores de un determinado grupo, la experiencia de cada sujeto, los compromisos prácticos cotidianos, las relaciones de poder que median en las interacciones sociales, la influencia de la institución sanitaria, la influencia de los mass media... En suma, produce una cosifica-

ción del sujeto como un *homo economicus* que parece guiado únicamente por el máximo rendimiento.

¿Qué proponemos nosotros?

Nuestra propuesta incluye trabajar con la experiencia como sustrato de lo social, que consiste en el conjunto de vivencias a partir de las cuales el sujeto ordena y da sentido a su mundo. La experiencia subjetiva nos puede dar la llave a la comprensión de un determinado comportamiento en respuesta a la enfermedad, pero también abre nuestra mirada al contexto y a las relaciones sociales en las que se inserta. Mirar más allá del individuo se refiere a adoptar una visión crítica que considere los factores estructurales como mediadores de la vida social; por ejemplo, los medios de comunicación, las desigualdades sociales, los recursos sanitarios, etc. Las prácticas de los individuos condensan esa amalgama de factores tomando como punto de referencia la situación social donde el sujeto moviliza todo un abanico de posibilidades. Los individuos activan de manera inconsciente un conjunto de esquemas de percepción, pensamiento y acción en diferentes contextos sociales que nos presentan a las personas como *actores plurales*, en palabras del sociólogo francés, Bernard Lahire⁵.

Este modelo tiene unas consecuencias prácticas en la profesión enfermera, que se empeña en competir en un campo de saber que no corresponde con su concepto de persona ni con la respuesta de ésta al proceso salud, enfermedad y atención. No es lógico que, entendiendo al ser humano como entramado de símbolos y relaciones, trate de definirse y encontrar su sitio en un espacio biomédico que no es el suyo. Su autoridad como disciplina científica y, por tanto, productora de conocimiento, debe basarse en corrientes teóricas más cercanas a las ciencias sociales y teorías de la comunicación, en un terreno que ofrezca un valor añadido a su aportación en la construcción de una sociedad más justa y saludable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foucault M. Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas. Madrid: Siglo XXI; 2010.
2. Sahlins M. Cultura y razón práctica. Barcelona: Gedisa; 2006.
3. Martínez Hernández Á. Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona: Anthropos; 2008.
4. Good BJ. Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Barcelona: Bellaterra; 2003.
5. Lahire B. El hombre plural. Los resortes de la acción. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2004.

José Ignacio Lavín Cárcoba
Antropólogo y Enfermero.

Patricia López Calderón
Antropóloga y Enfermera.

ACTUALIZACIÓN SOBRE LA UTILIZACIÓN DE MIEL EN HERIDAS

Sra. Directora:

La miel es un producto elaborado por las abejas del género *Apis*. Está formada por hidratos de carbono, enzimas, antioxidantes, vitaminas, aminoácidos y minerales. Se usa desde hace cientos de años como alimento pero también como medicamento¹.

En los últimos años se ha propuesto la utilización de la miel en úlceras de pie diabético, úlceras por presión, quemaduras superficiales, heridas generadas por corriente eléctrica y en heridas de individuos sometidos a tratamientos citostáticos.

Los beneficios que aporta la miel sobre este tipo de alteraciones cutáneas es que favorece la cicatrización, reduce la infección, elimina la cantidad excesiva de exudado, es desbridante del tejido necrosado, antiséptica, antiinflamatoria, alivia el dolor, favorece la formación del tejido de granulación, aporta vitaminas y minerales a las células sanas, favorece la epitelización, disminuye el edema y tiene efecto desodorizante y antimicrobiano. No tiene efectos negativos sobre las estructuras colindantes. La miel actúa creando un ambiente húmedo mediante la liberación de peróxido de hidrógeno de forma lenta que favorece la formación de tejido de granulación e impide la proliferación de bacterias¹.

En un reciente estudio realizado por Sawazaki T et al² en el año 2018 en Japón se comparan los efectos de la miel de mielada con los de la miel de flor. Los resultados mostraron que la proporción del área de la herida con respecto al área inicial y el número de células inflamatorias disminuyó durante la fase inflamatoria en todos los grupos de miel. Sin embargo, los grupos de miel exhibieron tasas de reepitelización de <40%, numerosos neutrófilos, contracción débil de la herida y depósito de colágeno deteriorado en las heridas después del día 11. Estos resultados sugieren que la miel de mielada y la miel de flor ejercen efectos antiinflamatorios durante la fase inflamatoria.

En un estudio similar realizado en 2019 en India por Gill R et al se comparan los efectos de la miel de manuka y la miel de acacia en la cicatrización de heridas en ratas diabéticas y no diabéticas. La aplicación tópica de miel de manuka logró una contracción de la herida $\geq 80\%$ en el día 9 después de la operación en ambos grupos. La epitelización completa se logró 2 días antes que el tiempo de epitelización normal en el grupo de manuka. El examen histopatológico mostró epitelio escamoso queratinizado bien formado con tejido de colágeno normal que rodea los folículos pilosos.

En el estudio de Hussain MB³ realizado en 2018 en Arabia Saudí se pone de manifiesto que las resistencias bacterianas a antibióticos hace más difícil tratar las infecciones. La miel contiene varios componentes antibacterianos únicos. Estos componentes actúan sobre diversos objetivos bacterianos, son de amplio espectro, operan sinérgicamente, evitan la formación de biopelículas y disminuyen la producción de factores de virulencia. Además, la miel tiene la capacidad de bloquear la comunica-

ción bacteriana (detección de quórum) y, por lo tanto, es poco probable que las bacterias desarrollen resistencia contra la miel.

En el estudio de Oliveira A et al⁴ realizado en 2018 en Portugal se resalta que *Pseudomonas aeruginosa* y *Escherichia coli* son los colonizadores más comunes de heridas infectadas y son formadores de biopelículas. Las formulaciones combinadas de bacteriofago-miel tienen mayor eficacia debido a la capacidad de la miel de dañar la membrana celular bacteriana y su capacidad de penetrar en la matriz de biopelícula, promoviendo y mejorando la posterior infección del fago.

En otro estudio similar realizado por Ahmed AA et al en 2019 en Iraq se investigó el impacto de la miel local en la virulencia relacionada con la detección de quórum de aislados de quemaduras de *Pseudomonas aeruginosa* resistentes a múltiples fármacos. Los resultados indicaron que la miel combate las infecciones ya sea por sus componentes bactericidas que matan vigorosamente las células o debilitando la coordinación bacteriana y la virulencia a través de la interrupción del sistema de detección de quórum.

En la investigación de Bayron J et al⁵ realizada en 2019 en Estados Unidos se describe una serie de 12 casos exitosos de pacientes con heridas diferentes que fueron manejados con miel activa de *Leptospermum* [ALH] como alternativa a la cirugía. Los resultados mostraron que las propiedades de la ALH incluyen el desbridamiento autolítico, la inhibición del crecimiento bacteriano, la mediación antiinflamatoria y la liberación de citocinas, lo que lo convierte en una opción viable para el tratamiento de heridas en pacientes con contraindicaciones para la cirugía.

A raíz de los estudios de los últimos años se puede comprobar que la miel es efectiva y segura en el tratamiento de determinadas heridas y por lo tanto debe promoverse su utilización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mayoral Talavera C, Talavera Almena G, Zamorano Sereno C. Beneficios de la Miel en la Cura de Heridas. *Enfermería Ciudad Real*. 2014.
2. Sawazaki T, Nakajima Y, Urai T, Mukai K, Ohta M, Kato I, Kawaguchi A, Kinoshita Y, Kumagai Y, Sakashita A, Yamazaki A, Nakatani T. Efficacy of Honeydew Honey and Blossom Honey on Full-thickness Wound Healing in Mice. *Wounds*. 2018 Jul; 30(7): 197-204.
3. Hussain MB. Role of Honey in Topical and Systemic Bacterial Infections. *J Altern Complement Med*. 2018 Jan; 24(1):15-24.
4. Oliveira A, Sousa JC, Silva AC, Melo LDR, Sillankorva S. Chestnut Honey and Bacteriophage Application to Control *Pseudomonas aeruginosa* and *Escherichia coli* Biofilms: Evaluation in an ex vivo Wound Model. *Front Microbiol*. 2018 Jul 31;9: 1725.
5. Bayron J, Gallagher K, Cardenas L. Medical-grade Honey as an Alternative to Surgery: A Case Series. *Wounds*. 2019 Feb; 31(2): 36-40.

Sandra Martínez Pizarro

Enfermera en Centro Divina Pastora.

Mail: mpsandrita@hotmail.com



2020
AÑO INTERNACIONAL
DE LAS ENFERMERAS
Y MATRONAS

FESTIVIDAD de
SAN JUAN de DIOS
Marzo 2020

07 DE MARZO DE 2020. PARANINFO DE LA UIMP

11,30h.: APERTURA DE AUTORIDADES.

- **ENTREGA PREMIO PILAR RIO COOPERACION Y PREMIO FOTOGRAFIA.**
- **HOMENAJE POSTUMO A DÑA. BEATRIZ RUIZ SOTO REALIZADO POR SUS COMPAÑERAS.**
- **ENTREGA DE LAS MEDALLAS DE ORO Y PLATA.**

HOMENAJE A FLORENCE NIGHTINGALE EN EL BICENTENARIO DE SU NACIMIENTO A CARGO DE LA PROFESORA DÑA. MARIA LUZ FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ.

- **ENTREGA DE LA MEDALLA AL MÉRITO PROFESIONAL 2020 A DÑA. M^a EUGENIA BUSTILLO.**
- **ENTREGA DEL PREMIO CANDIL 2020.**
- **JURAMENTO DEL CÓDIGO DEONTOLÓGICO.** Colegiados de nuevo ingreso.

MICROTEATRO: «HOMENAJE A LA MUJER» A CARGO DE LA ESCUELA DE ACTORES «ROSA CASUSO»

El acto estará amenizado por el pianista HUGO SELLES



COLEGIO OFICIAL DE
ENFERMERÍA DE CANTABRIA

NORMAS DE PUBLICACIÓN

NUBEROS CIENTÍFICA es una publicación de carácter científico de la Fundación de Enfermería de Cantabria.

Sus principales objetivos son: promover la investigación científica enfermera y difundir la producción científica a los profesionales de Enfermería y de la salud en general.

En la publicación tienen cabida todos los temas relacionados con aspectos clínico-asistenciales, de metodología científica de trabajo (NANDA, NIC, NOC), de calidad de cuidados, de aspectos socio sanitarios o comunitarios, de salud laboral, de salud medioambiental, de gestión, de docencia y de formación. Todo ello con la perspectiva de enfermería basada en la evidencia científica.

Las normas para la publicación de trabajos y estudios están basadas, fundamentalmente, en las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas según la última revisión disponible, puede consultarse una revisión traducida al castellano en: http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf

Normas generales de publicación

Los manuscritos de los trabajos se enviarán a la dirección electrónica del Colegio de Enfermería de Cantabria: colegio@enfermeriacantabria.com con una carta de presentación solicitando la publicación donde constará expresamente si el trabajo ha sido o no presentado o publicado en otro evento, revista científica, repositorio o archivo. Además si existe o no algún conflicto de intereses.

Normas:

- La extensión máxima será de 4.000 palabras, excepto los manuscritos de carácter cualitativo que serán a criterio de la revisora correspondiente.
- Tipo de letra Times New Roman, cuerpo 12, espaciado e interlineado normales.
- Evitar "negritas", subrayados o mayúsculas para resaltar.
- Deberán evitarse las abreviaturas o siglas, cuando sea necesario se explicará -la primera vez- entre paréntesis su significado.
- Se exceptúan las unidades de medida del Sistema Internacional.
- Utilizar entrecomillados para citas textuales.
- Utilizar cursiva para palabras en otro idioma o en latín.
- No numerar las páginas.

En la primera página se incluirá por orden:

- Título del artículo (en español y en inglés).
- Nombre, apellidos de los autores (máximo seis) y su nivel académico.
- Lugar de trabajo y departamento o institución.
- Identificación de autor principal y responsable del manuscrito y su dirección electrónica para correspondencia.
- Apoyos recibidos (si existieran) para la realización del estudio o trabajo.

Todas las personas que figuran como autores deberán estar cualificadas para ello, en caso contrario y con su permiso, podrán figurar en la sección de agradecimientos.

Nuberos Científica declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen en la Revista.

En la segunda página se hará constar, de manera resumida (RESUMEN y ABSTRACT) y en 200 palabras (español e inglés), un texto que esboce:

- Justificación.
- Propósito del estudio (objetivo).
- Metodología.
- Resultados relevantes.
- Conclusiones importantes.

Al final de este RESUMEN se incluirán, como palabras clave, entre 3 y 10 palabras o frases cortas (según leguajes DeCS o MeSH) que permitirán indexar el artículo en las bases de datos.

En las siguientes páginas se incluirá el texto del trabajo o estudio, dividiendo claramente los apartados del mismo.

Los **trabajos o estudios científico técnicos de investigación** deben seguir (de manera general) las fases de la metodología científica:

1. Título.
2. Resumen-Abstract. Palabras clave.
3. Introducción-Estado actual del tema.
4. Justificación.
5. Objetivos: general y/o específicos.
6. Metodología.

7. Resultados.
8. Discusión-Conclusiones. Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad en su conjunto.
9. Bibliografía.
10. Anexos.

Los **trabajos de investigación de carácter cualitativo** deben contener:

1. Título.
2. Resumen-Abstract. Palabras clave.
3. Introducción (importancia del tema, puesta al día y justificación de estudio cualitativo).
4. Objetivo/s.
5. Metodología propia cualitativa: narrativa clínica, relato biográfico, entrevista en profundidad, grupo de discusión..., incluyendo el desarrollo del propio trabajo.
6. Discusión-Conclusiones.
7. Bibliografía.

Las **monografías o revisiones bibliográficas**, las siguientes normas:

1. Título.
2. Resumen-abstract.
3. Palabras clave.
4. Introducción-Estado actual del tema.
5. Justificación.
6. Objetivo.
7. Metodología propia de búsquedas bibliográficas.
8. Resultados.
9. Discusión-Conclusiones.
10. Bibliografía.

Las **cartas al director**, serán:

- Dirigidas a la Sra. Directora
- El texto tendrá una extensión de no más de 700 palabras
- Una sola tabla figura o gráfico si se requiere
- Un máximo de 5 referencias bibliográficas.

Ilustraciones, tablas, gráficos, fotografías o dibujos

- Se incluirán en el texto del manuscrito en el lugar correspondiente. Serán sencillas, con título breve y se explicarán al pie. Serán de formato similar.
- Se presentarán realizadas mediante aplicación informática. Deben estar correctamente referenciadas en el texto.
- Se admite un máximo de cuatro por trabajo. Serán en archivo de alta resolución (300 ppp) y formatos JPEG o TIF.

Referencias bibliográficas

- Deben presentarse correlativamente según el orden de aparición en el texto.
- En el artículo aparecerán con un número superíndice.
- Se recomienda un máximo de no más de 30 referencias, deben basarse en las normas del National Library of Medicine http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Normas éticas

- Se indicará, expresamente y cuando se trate de experimentación humana, si los procedimientos empleados han respetado los criterios éticos de los comités responsables.
- Del mismo modo si se trata de experimentación animal.
- No se identificarán a los pacientes o enfermos ni con nombres ni con iniciales.
- Las fotografías, si existieran, no identificarán a las personas.
- Se informará a personas e instituciones, solicitando su consentimiento, de la realización del trabajo.
- Se adjuntará (en anexos) fotocopias de los permisos o autorizaciones, así como el dictamen del Comité Ético de Investigación y Comité Ético de Investigación con Medicamentos de cada Comunidad Autónoma.

Relación de documentos que deben contener los trabajos a enviar vía e mail al correo: colegio@enfermeriacantabria.com

- Carta de presentación.
- Certificado de autoría.
- Texto del manuscrito.