

INVESTIGACIÓN & CUIDADOS

Revista de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana



35

1^{er}. Cuatrimestre 2018

DIRECTOR

José Antonio Ávila Olivares

SUBDIRECTOR

Francisco Pareja Llorens

COMITÉ EDITORIAL

Coordinación: M^ª Dolores Gil Estevan

Elena Andina Díaz

M^ª Pilar Bonet Manso

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

M^ª Luisa Ruiz Miralles

María Torres Figueiras

Diego Ibáñez Gallardo

M^ª Elena Ferrer Hernández

Ruth López Donat

COMITÉ ASESOR

Antonio Núñez Hernández

Juan Fabra Benet

Jesús Ribes Romero

Jose A. Forcada Segarra

Miguel Romero Lorente

Isabel Casabona Martínez

Luis Garnes Fajardo

Encarna Martínez Hernández

José Verdú Soriano

Joseph Adolf Guirao Goris

Alberto Gálvez Toro

Modesta Salazar Agulló

Antonio Peña Rodríguez

Montserrat Angulo Perea

Belén Estevan Fernández

M^ª del Mar Ortiz Vela

M^ª Teresa Pinedo Velázquez

José Ramón Martínez Riera

Vicente Bellver Capella

COMITÉ TÉCNICO Y FINANCIERO

Juan José Tirado Darder

Belén Paya Pérez

Francisco Mulet Falcó

Antonio Verdú Rico

Felipe Serrano Gómez

Eugenia Gordo Casañ

Isabel Castelló López

Juan Caballero García

Pedro J. Homero Arnue

RELACIONES INTERNACIONALES

Ascensión Marroquí Rodríguez

M^ª. José Muñoz Reig

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Luis Mira-Perceval Verdú



Revista incluida en el Catálogo colectivo de Publicaciones periódicas de Ciencias de la Salud
Revista incluida, con carácter exhaustivo en CUIDEN y con carácter selectivo en la base de datos Bdlc.
Revista indexada en CINAHL, LATINDEX y ENFISPO
Revista sociofundadora del Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería y afines (CIBERE)

SUSCRIPCIONES

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

c/Xàbia, 4^º- 3^º pta. 10 46010 VALENCIA

Teléfono: 963298088 - E-mail: cecova@cecova.org

Cuenta de ingreso de la suscripción: 2077-0482-16-3100518783

ENVÍO DE TRABAJOS

Colegio de Enfermería de Alicante

C/ Capitán Dema, 16 (Esq. Pardo Gimeno) 03007

Alicante

Tlf. 965121372 y 965123622

E-mail: cealicante@cecova.org

EDITA

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

TARIFA 3 NÚMEROS (1 AÑO)

Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito

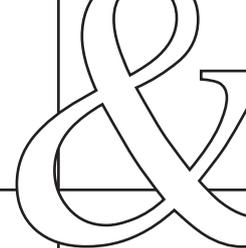
Colegiados/as de otras provincias: 20 euros

Alumnos/as de Enfermería: Gratuito

ISSN: 1698-4587

Dep. legal: M-22516-2004

La dirección de la revista no se hace responsable del contenido de los artículos



SUMARIO

NORMAS DE PUBLICACIÓN 4

EDITORIAL

Echando a andar 5

Ávila Olivares JA.

ARTÍCULOS ORIGINALES

**Alternativas no farmacológicas a la analgesia epidural
en el parto de bajo riesgo** 6

R. M. González García, A. M. Márquez Carrasco, S. Mera Domínguez.

El acoso escolar como demanda de salud 11

R. M. Martínez Valero, M. T. Valero Rodríguez.

Valoración del riesgo de caídas en atención primaria 16

M. Serrano Rodríguez, M. I. López Vázquez, M. A. Peña Lorente.

**Conocimientos de los profesionales sanitarios del ámbito
de pediatría sobre los sistemas de retención infantil** 22

B. León Carrillo, N. Palacio Marco, G. Roca Gardeñas, D. Alcaraz Sanz.

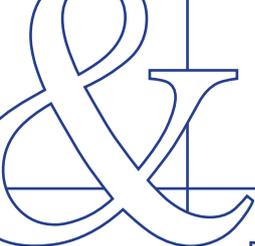
ARTÍCULO ESPECIAL

Vivir activo, vivir en bienestar 26

J. Porras Zafra, M. Ros Martínez, J. Aldegue Corbí, J. Martínez Ruíz,

M. Serrano Rodríguez, E. Liria García.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA 33



La revista Investigación & Cuidados es una publicación de carácter científico abierta a todos aquellos trabajos de investigación que contribuyen al desarrollo de la Enfermería en todas sus vertientes: asistencial, docente, gestión e investigación. Investigación & Cuidados valorará para su publicación todos aquellos trabajos que dentro del campo de estudio de la Enfermería aportan contribuciones para su desarrollo como Disciplina. Se someterán todos los trabajos que se presenten a un sistema de valoración por expertos. Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de Investigación & Cuidados y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la revista. No se aceptarán trabajos publicados en otra revista, hecho que el autor deberá declarar en la carta de presentación del artículo. El consejo editorial acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación así como se reserva el derecho de rechazar originales que no juzgue apropiados.

ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS

1. El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de texto y en Excel o PowerPoint cuando se trate de gráficos. Respecto al texto, la presentación será a espacio y medio, a un cuerpo de letra de 12 (Times New Roman) o 10 (Arial), en DIN A4, dejando los márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm.
2. Las imágenes digitales, tendrán una resolución de 300 dpi, a un tamaño de 10 x 15 cm y en formato jpg. Las tablas, cuadros, gráficos o imágenes se enviarán aparte del texto, cuyo número no excederá de cinco, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto.
3. El texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un máximo de 3.000 palabras. Se intentará restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez. Las páginas se numerarán consecutivamente, desde la página del título, en el ángulo superior o inferior derecho. Todos los artículos tendrán que incluir un resumen, que no superará las 250 palabras en el caso de resúmenes no estructurados, y entre tres y diez palabras clave, en castellano y en inglés. En cualquier caso, el manuscrito completo no podrá exceder de 12 páginas para originales y revisiones y 4 para cartas al director.
4. En la primera página deberá aparecer: título, autores con nombre completo y centro de trabajo, dirección para la correspondencia, e-mail y teléfono de contacto. Se admiten un máximo de 6 firmantes o un nombre de grupo de investigación.
5. La segunda página deberá contener el resumen y las palabras clave. Debe incluir un breve comentario que responda a la pregunta ¿Qué contribución tiene este trabajo a la Enfermería? en un párrafo de extensión máxima de cincuenta palabras. No más de 300 palabras. El resumen debe contener el propósito de la investigación, OBJETIVOS /HIPOTESIS procedimientos básicos, hallazgos principales y conclusiones principales. deben aparecer de 3-10 palabras clave (Se recomienda consultar los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en: <http://decs.bus.br/E/homepagee.htm>. Para verificar las palabras clave en inglés puede consultar los Medicus Subject Headings (MeSH) del Index Medicus en <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.htm>)

6. En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

- A.- Si se trata de un artículo original:
- Introducción: propósito estudio y justificación.
 - OBJETIVO/HIPOTESIS
 - Material y métodos, Sujetos y métodos.
 - Resultados.
 - Discusión.
 - Bibliografía.

B.- Si se trata de revisiones o trabajos conceptuales:

- Introducción.
- Desarrollo del tema a analizar.
- Conclusiones del análisis.
- Bibliografía empleada.

C.- Carta al director:

- Esta sección es el lugar donde los lectores de Investigación & Cuidados pueden exponer sus comentarios, preguntas o críticas acerca de los artículos publicados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Deberá cumplir los requisitos de uniformidad (estilo Vancouver) a los que se acoge la Revista.
- Las referencias bibliográficas deben ir al final del artículo según el orden de aparición de las citas en el texto.
- Las citas deben numerarse consecutivamente siguiendo el orden con el que aparecen por primera vez en el texto, en forma de superíndices escritos antes del signo de

puntuación si lo hubiere.

- Si se trata de una referencia de un trabajo realizado por dos autores se nombran ambos y si son varios se pondrá el nombre del primero seguido de et al.
- En caso de abreviar nombres de las revistas se utilizará el estilo de Index Medicus e Index de Enfermería.
- Se evitará el uso de frases imprecisas como citas bibliográficas; no pueden emplearse como tales "Observaciones no publicadas" o "comunicación personal".
- Los originales aceptados pero no publicados, se incluyen en las citas bibliográficas como "en prensa" (entre paréntesis).

El manuscrito será enviado a través de correo electrónico a cealicante@cecova.org en soporte Word. Las hojas irán numeradas en el ángulo superior derecho. El consejo editorial propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del artículo original. En esos casos los autores deberán remitir el original con las modificaciones en un plazo no superior a 1 mes pues en caso contrario no se garantiza su publicación.

ESTRUCTURA PARA LOS ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Además de las normas generales de publicación, en el caso de que el manuscrito presentado se trate de una investigación, contendrá los siguientes apartados:

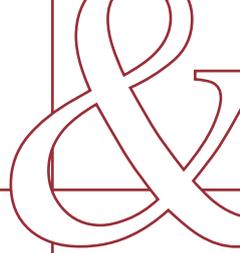
- a) Resumen y palabras clave:** la extensión del resumen no será superior a 250 palabras y tiene que aportar la información necesaria para poder conocer el/los objetivos del estudio, la metodología básica utilizada, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Las palabras clave se situarán debajo del resumen, debiendo identificarse de tres a diez términos que definan el contenido del trabajo para su inclusión en las bases de datos nacionales e internacionales.
- b) Introducción:** debe definir claramente los objetivos del estudio y resumir la justificación del mismo, situándolo en el contexto de otros trabajos publicados.
- c) Material y método:** se ha de especificar el diseño, la población y muestra, las variables estudiadas, el/los instrumento/s para la recogida de los datos, estrategias para garantizar la fiabilidad y la validez de los mismos, así como el plan de análisis, concretando el tratamiento estadístico. Se especificarán, asimismo, los aspectos éticos vinculados a los diferentes diseños.
- d) Resultados:** iniciar con una descripción de los sujetos estudiados, posteriormente presentar la información pertinente a los objetivos del estudio. Las tablas, figuras, gráficos, etc., han de ser claras y relevantes, estando acotadas en el texto por orden de aparición. No repetir en el texto los datos expuestos en las tablas o gráficos y destacar o resumir sólo las observaciones más destacables.
- e) Discusión y conclusiones:** sin repetir los datos expuestos en el apartado anterior se tendrá que explicar el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones en futuras investigaciones, así como la posible generalización de los hallazgos. También se compararán los resultados con otros trabajos similares y, a modo de conclusión, se intentará dar respuesta a los objetivos del estudio.
- f) Agradecimientos:** deberán dirigirse a las personas o instituciones que han contribuido sustancialmente al estudio, siempre que sea pertinente.
- g) Bibliografía:** se ajustará a lo indicado en el apartado de referencias bibliográficas.

REQUISITOS ÉTICOS Y LEGALES

Para garantizar la protección de personas y animales, en los estudios que se hayan realizado con humanos, en el apartado de Método se deberá mencionar que éstos han dado su consentimiento informado y que se ha respetado su anonimato y la confidencialidad de los datos, así como que se han realizado conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>).

El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todos los autores en la que declaren que:

- Todos los autores han participado en la redacción del manuscrito y aprueban la versión final del mismo que se adjunta a esta declaración, así como el envío para su publicación.
- En el caso de contener un apartado de agradecimientos, las personas que se citan han dado su aprobación para ello.
- Se han obtenido los permisos necesarios, en su caso, para reproducir textos, tablas, figuras o fotografías de otras publicaciones, así como fotografías originales de personas.
- El manuscrito no ha sido publicado en ninguna otra revista ni enviado al mismo tiempo a otras revistas.
- Si el trabajo ha sido presentado en algún evento científico, se ha hecho constar expresamente en el manuscrito.
- Se cede a CECOVA la propiedad intelectual del trabajo, así como el derecho a la reproducción de datos o ilustraciones en otras publicaciones de la editorial.



Echando a andar



El pasado 28 de junio, por fin y después de más de dos años de gestiones y trámites administrativos, el Diario Oficial de la Generalitat Valenciana publicaba el decreto de

creación de, entre otras, la Academia de Enfermería de la Comunitat Valenciana.

La posibilidad de poner en marcha dicho proceso se abrió después de que en 2015 se publicase el Decreto 91/2015, de 12 de junio del Consell, por el que se regula la creación de las academias científicas, culturales y artísticas de la Comunidad Valenciana y su registro.

Ha sido una tramitación larga, no exenta de dificultades, en la que todos los promotores e interesados no hemos escatimado esfuerzos y tras ella, por fin contamos ya con esta entidad, que viene a ser la tercera en España en el ámbito de la Ciencia Enfermera junto a las de Vizcaya y Galicia.

La Academia va a ser una entidad fundamental para conseguir un mejor desarrollo y avance de la profesión enfermera, pues no hay que olvidar que entre sus funciones están las de la promoción y desarrollo de actividades propias de su ámbito de actuación, su estudio y posterior difusión. Además, se encargará también de actuar como entidad asesora y consultiva de las administraciones, autonómicas y locales, y los organismos públicos y tendrá, entre otras funciones, la de informar al personal investigador que lo solicite sobre cuestiones sanitarias, científicas y bibliográficas.

El proceso hasta llegar a este momento ha sido largo y más complicado de lo que en un primer momento se hubiese podido imaginar, ya que se han necesitado más de dos años desde que comenzasen los trámites. Hemos tenido que luchar contra una serie de circunstancias que han retrasado mucho más de lo esperado la puesta en marcha de la Academia y seguimos todavía sin saber los motivos de este injustificado retraso.

Tanto ha sido así que de no ser por la iniciativa de la diputada autonómica en las Cortes Valencianas, y enfermera, María del Remedio Yáñez, que se hizo eco de esta situación y decidió ayudarnos, seguramente seguiríamos enrocados sin saber los motivos de ello. Una proposición no de ley presentada por ella aportó el empujón definitivo para salir de esa situación surrealista en la que llegamos a vernos.

Tal y como está establecido en el artículo 3 del decreto de creación de la Academia, su finalidad principal es la generación del conocimiento y su transferencia a la sociedad a través del estudio, investigación, difusión, promoción, progreso y desarrollo de la Enfermería como disciplina científica del campo de las Ciencias de la Salud, en cualquiera de sus ámbitos y especialidades, así como el impulso de la práctica enfermera en beneficio de las personas y de la sociedad.

A partir de ahí queremos que la Academia sea una institución útil y una vez superados los trámites burocráticos los siguientes pasos radican en articular las fórmulas para conseguir un adecuado saber estar y saber hacer en beneficio de la profesión a través de las funciones asignadas a la Academia.

Para ello estoy seguro de que resultará muy beneficiosa la colaboración con otras academias de Enfermería de España o de otros países, así como con el resto de agentes profesionales de nuestro ámbito a los que desde aquí brindo nuestra disposición a trabajar de forma conjunta desde nuestras respectivas parcelas competenciales.

Es momento ahora de que la Academia de Enfermería de la Comunitat Valenciana comience a trabajar y lo haga en las condiciones que ya hemos comentado para que sea un reflejo real del potencial científico e investigador de nuestro colectivo en todos los sentidos.

José Antonio Ávila Olivares

Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

Alternativas no farmacológicas a la analgesia epidural en el parto de bajo riesgo

Alternatives no pharmacological to the epidural analgesia in low risk childbirth

Autores: Rosa María González García¹, Ángeles María Márquez Carrasco², Silvia Mera Domínguez³

¹ Hospital de Cruces, Barakaldo, Bilbao, España. ² H. Nuestra Señora de Valme, Sevilla, España. ³ C.H.U. Insular-Materno Infantil Las Palmas de Gran Canaria, España.

Rosagonzalez_89@hotmail.com

RESUMEN

Para aliviar el dolor durante el trabajo de parto, la mayoría de las mujeres y profesionales se decantan por la anestesia epidural, pero en determinadas ocasiones esta técnica está contraindicada o la analgesia es incompleta, teniendo que ofrecer como alternativa otros métodos que la mayoría de las mujeres desconocen. En esta revisión nos centramos en la aplicación de distintas alternativas analgésicas como métodos eficaces de alivio del dolor.

Objetivo: ayudar a conocer a los profesionales los distintos métodos alternativos a la anestesia epidural, sus ventajas e inconvenientes.

Metodología: Para la ejecución de este trabajo hemos realizado una amplia revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Scielo, Biblioteca Cochrane y Pubmed, de los artículos de los últimos diez años, en Inglés y/o Castellano.

Resultados: El apoyo continuo durante el parto, la libertad de movimientos, las inyecciones de agua estéril y la inmersión en agua han obtenido resultados muy favorables en pruebas científicas, pudiendo ser aplicadas por la matrona. Se requieren resultados adicionales para confirmar la efectividad de la acupuntura, la hipnosis y TENS. Estas técnicas pueden utilizarse solas o en combinación con otras, incluida la analgesia farmacológica. Es preciso efectuar más investigaciones controladas y aleatorizadas sobre la efectividad de algunas de las técnicas.

Palabras clave: Parto, Dolor, Analgesia, Epidural, Métodos Alternativos.

ABSTRACT

In order to ease the pain during childbirth, most women and professionals opt for epidural anesthesia but in some cases this technic is contraindicated or the analgesia is incomplete; thus, other alternative methodes unknown to most women need to be offered. In this review we focus on the application of different analgesic alternatives as an effective methods of pain reliever.

Objective: to help professionals to know the different alternative methods to the epidural anesthesia, benefits and disadvantages.

Methodology: for this research we have done a wide documentary review in these databases Cuiden, Scielo, The Cochrane Library and Pubmed, of the articles of the last ten years both in English and Spanish.

Results: the continuous support during labor, the liberty in movement, the sterile water injections and the immersion in water have given very good scientific results, being applicable by the midwife. To confirm the effectiveness of the acupuntura, hypnosis and TENS more results are require. These techniques can be used alone or convened with other methods, including pharmacologic analgesic. More controlled and random investigation are necessary to demonstrate the effectively of some of these techniques.

Keywords: Childbirth, Pain, Analgesia, Epidural, Alternative Methodes..



INTRODUCCIÓN

Entendemos dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, única, subjetiva y multidimensional, en relación con alguna alteración física y/o condicionantes afectivos, sociales y culturales¹.

El dolor experimentado por las mujeres durante el trabajo de parto es producido por las contracciones uterinas, la dilatación del cérvix y, en el expulsivo, por la dilatación de la vagina y del suelo pélvico para acomodar al feto². Por lo tanto, las características del dolor varían a medida que avanza el parto. Las sensaciones difieren sustancialmente de una mujer a otra en cada uno de sus partos. El alivio de este contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante y debe ocupar un lugar prioritario en los cuidados de la matrona¹.

Para ello debemos realizar una distinción entre anestesia y analgesia. Anestesia supone la supresión de la sensibilidad y de la conciencia, y analgesia la supresión del dolor. Es esta última, fundamentalmente, la que se persigue en el parto normal³. Las características del analgésico ideal deben ser: Seguridad materna y del feto, fácil administración, inicio rápido y predecible, control materno en el trabajo del parto, analgesia en todas las etapas, mantener el esfuerzo materno, facilitar el nacimiento sin procedimientos invasivos⁴.

Actualmente la analgesia epidural es la técnica de alivio del dolor durante el parto más estudiada y difundida en nuestro medio. La mayoría de las mujeres, aconsejadas por los profesionales, teniendo en cuenta los beneficios/complicaciones, escogen esta analgesia, ya que está demostrado que es la medida más eficaz. Aunque su uso se asocia a hipotensión arterial, disminución de las contracciones, malposición del bebé, expulsivo más largo, aumento de la fiebre materna y aumento en la instrumentación⁵.

Hay ocasiones en que la analgesia epidural no es posible debido a que está contraindicada, la gestante no la desea o no da tiempo a la administración de dicha analgesia. Con esta revisión bibliográfica pretendemos mostrar de forma breve al profesional diferentes métodos alternativos para el alivio del dolor de parto recogiendo sus características y evidencia científica actual respecto a su uso.

RESULTADOS

- Apoyo durante el parto: Los efectos del apoyo continuo de la mujer durante el parto Cochrane publicada en 2013⁶, en la que se ha concluido que las mujeres que contaron con apoyo continuo durante sus partos tuvieron menor necesidad de analgésicos, una disminución en el número de partos vaginales instrumentales, así como del número de cesáreas, y un incremento de partos vaginales espontáneos y estuvieron más satisfechas con la experiencia^{1,6,8}. En general, los beneficios son mayores si el acompañante no es personal del hospital y si el apoyo es de inicio temprano⁷.

- Libertad de movimientos: Poder moverse libremente durante el proceso de parto ayuda a la mujer a afrontar la sensación dolorosa¹ y facilita el nacimiento del recién nacido.

Según las recomendaciones de la OMS, las mujeres embarazadas no tendrían que colocarse en postura de litotomía durante la dilatación o el expulsivo. Habría que estimularles a que se movieran y permitirles que elijan la postura para el expulsivo⁹.

La evidencia disponible sugiere que si la mujer está en posición vertical en la primera fase del parto tiene menos dolor, menos necesidad de analgesia epidural, menos alteraciones en el patrón de la FCF y se acorta el tiempo de la primera fase del parto. Además, la verticalidad y el movimiento favorecen que el bebé tenga el máximo espacio posible en la pelvis^{1,6,10,11}.

- Inmersión en Agua: A finales de los años 70 se introdujo la bañera o piscina para partos en la maternidad del Hospital de Pithiviers, en Francia. En su experiencia, la inmersión en agua a la temperatura corporal durante el trabajo de parto produjo un inmediato alivio del dolor de las contracciones y facilitó la relajación y la movilidad de la madre. Encontraron también una progresión de la dilatación, lo que se ha atribuido a una mejor liberación de oxitocina al disminuir la ansiedad y el estrés como consecuencia de la inmersión en agua caliente¹².

Según el documento de consenso de la FAME, la utilización de agua caliente durante la dilatación induce a la mujer relajación, reduce la ansiedad, estimulando la producción de endorfinas, mejora la perfusión uterina, acorta la dilatación y aumenta la satisfacción y la sensación de control¹.

Los resultados de la revisión Cochrane muestran que la inmersión en agua durante la primera etapa del parto reduce el uso de la analgesia espinal / epidural y la duración de la primera etapa del parto sin efectos adversos en el bienestar neonatal, ni aumento de la tasa de partos quirúrgicos. Del mismo modo, tampoco parece suponer un mayor riesgo de infecciones maternas o neonatales. No obstante, y pese a estas conclusiones, sostienen la necesidad de realizar investigaciones adicionales^{1, 6, 7, 12, 13, 14, 15}.

En cuanto a la forma de uso, la FAME recomienda que la temperatura del agua no debe superar los 37°C y no se aconseja la inmersión durante más de 2 horas. La inmersión debe producirse cuando la mujer se encuentre con una dilatación de al menos 5 cm, ya que la inmersión en una fase temprana del parto puede inducir a partos prolongados y al uso de analgesia epidural y oxitocina. La rotura de membranas no contraindica el uso del agua¹. Por el contrario, otros autores señalan como límite óptimo de aplicación los 3 cm, encontrando efectos beneficiosos a la inmersión incluso con dilataciones menores de 3 cm¹⁵.

- Inyección de agua estéril: El método de la inyección de agua estéril fue utilizado como anestésico local en cirugía menor a finales del siglo XIX, empezándose a utilizar en obstetricia a finales de los años veinte¹².

La inyección intra/subdérmica de 0,05-0,1 ml de suero estéril en cuatro puntos predeterminados de la región sacra (2-3 cm por debajo y 1-2 cm medial con respecto a la espina ilíaca posterosuperior), tras 30sg de picor o dolor, produce un alivio de los dolores bajos de espalda durante 60-90 min, puede ser repetida tras 1 h⁷.

Mediante la administración de agua estéril se forman unas pápulas de agua que estimulan los receptores de presión. La transmisión de estos estímulos hacia el cerebro interrumpe la transmisión de los estímulos dolorosos a través de los nervios espinales¹. La analgesia se produce exclusivamente para el dolor lumbar, pero no es efectiva para el dolor abdominal ni perineal. Se recomienda la aplicación temprana durante la fase de dilatación^{1, 14}.

Algunos autores han señalado que las inyecciones intradérmicas de agua estéril en el rombo de Michaelis son eficaces para disminuir el dolor

lumbar en las fases iniciales del parto. Esta intervención no parece tener influencia sobre la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina, el tipo de parto y el uso de la anestesia epidural^{7, 12, 14, 16, 17, 18}.

Esta técnica puede ser especialmente útil en el alivio de los dolores lumbares intensos que a veces se producen en etapas precoces del parto, en mujeres que desean retrasar la analgesia epidural o cuando la misma está contraindicada o no disponible. Es un procedimiento fácil de realizar, barato y no tiene riesgos conocidos, excepto el dolor transitorio en la zona de la punción⁷.

- Acupuntura: La acupuntura es una técnica de medicina tradicional china que trata de la inserción y la manipulación de agujas en el cuerpo con el objetivo de restaurar la salud y el bienestar en el paciente. Los acupuntores, también utilizan ampliamente esta técnica para el tratamiento del dolor¹⁴.

Los puntos de acupuntura utilizados para reducir el dolor durante el parto se encuentran localizados en manos, pies y orejas¹⁴.

Aunque numerosos estudios han valorado el beneficio de la acupuntura en el alivio del dolor durante el parto, encuentran diferencias significativas respecto al acortamiento de la duración del parto y menor uso de analgesia, con los datos actualmente publicados, parece poco fundamentada la eficacia analgésica de este método, ya que las series son escasas en número y el diseño metodológico es con frecuencia cuestionable^{1, 6, 7, 14, 19}.

- Hipnosis: El método se basa en la obra de Grantly Dick-Lee, doctor británico que escribió el parto sin temor en 1944. Según el Dr. Dick-Lee, el uso de la hipnosis durante el parto ayuda a las mujeres a romper lo que él denomina el "síndrome de miedo-tensión-dolor", que hace el trabajo más difícil. En definitiva, es una técnica para controlar el dolor del parto. A su juicio, este síndrome hace que la sangre fluya hacia órganos y músculos que no son esenciales en el momento del parto, como las piernas. Con la relajación que se alcanza a través de la hipnosis se evitaría que esto suceda.

Diversos estudios tratan el tema, señalando la menor tendencia de las parturientas sometidas a esta técnica a solicitar otros métodos como el uso de sedantes, analgesia o bloqueo regional. En este sentido, una revisión Cochrane concluye



que puede tratarse de una técnica útil, aunque el número de mujeres estudiadas en los diferentes estudios es todavía demasiado bajo^{6,7, 14,19}.

La SEGO señala que esta técnica sólo debería utilizarse en parturientas seleccionadas previamente, ya que puede producir trastornos psíquicos graves⁷.

- Estimulación Eléctrica Transcutánea (TENS): El método TENS es una técnica analgésica utilizada en varias patologías que se basa en enviar desde la piel una estimulación nerviosa repetida para inhibir la transmisión de impulsos nociceptivos a nivel medular, es decir para inhibir la información dolorosa, en su uso para el trabajo de parto, los electrodos se colocan a ambos lados de la espina dorsal, en la parte media y baja de la espalda^{1,12}.

Es la propia mujer la que, mediante un pulsador, puede controlar el generador y aumentar la intensidad de la corriente eléctrica durante las contracciones. Se trata de un dispositivo portátil, que permite la movilidad de la madre durante la dilatación, es de manejo muy sencillo y carece de efectos adversos (salvo una leve irritación de la piel). Al ser conectado, la mujer siente un leve cosquilleo cuya intensidad puede ajustarse manualmente, controlando la intensidad de emisión de los impulsos en función del grado de dolor¹.

En la literatura científica no se ha encontrado evidencia clara de la efectividad analgésica del TENS durante el parto. La asociación entre el uso de esta técnica y el alivio del dolor es débil, y no permite concluir la eficacia del método, aunque presenta un alto grado de satisfacción de las mujeres^{1, 6, 7, 12, 14, 20, 21,22}.

- Existen otros métodos como la aromaterapia, musicoterapia, homeopatía y otras, cuyo estudio no ha revelado pruebas acerca de su beneficio en el control del dolor de parto¹⁹.

CONCLUSIONES

El dolor de parto es un dolor agudo, de inicio y final bien definido y de una gran variabilidad individual. Este hecho explica el que para algunas mujeres sea posible aguantar el dolor de parto apoyándose únicamente en sus recursos mientras que otras prefieran, necesiten o demanden la administración de analgésicos u otras formas de moderación del dolor. En este caso la matrona como educadora de la mujer gestante, tiene una función

muy importante en la información sobre los distintos métodos que hay disponibles, sus beneficios y desventajas, indicaciones y contraindicaciones.

El método más efectivo para el alivio del dolor durante el parto es la anestesia epidural.

Basándonos en la literatura actual las alternativas, con evidencia científica de beneficio en el alivio del dolor de parto son:

- De eficacia demostrada:
 - Apoyo durante el parto.
 - Libertad de movimientos.
 - Inyección dérmica de agua estéril.
 - Inmersión en agua.
- De eficacia poco documentada:
 - Acupuntura.
 - Hipnosis.

Mientras que otras como la musicoterapia, el TENS, la aromaterapia o la homeopatía no han evidenciado hasta el momento ninguna efectividad.

Tras esta revisión valoramos como necesario efectuar más investigaciones controladas y aleatorizadas sobre la efectividad de algunas de las técnicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. FAME. Iniciativa Parto Normal. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España 2007. URL: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>
2. Fernández M. Analgesia para el trabajo de parto anestesia para la cesárea. Departamento Anestesiología y Reanimación Institut Universitari Dexeus 2003 URL: http://www.scartd.org/arxius/analg_part05.pdf
3. Jonnathan J. Analgesia y Anestesia. URL: <https://es.scribd.com/doc/97012901/Analgesia-y-Anestesia>.
4. Sanchez Alonso M. Anestesia Y Analgesia En El Trabajo De Parto. Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas Dr. Ignacio Chavez 2009. URL: <http://es.slideshare.net/mealvitar/anestesia-y-analgesia-en-el-trabajo-de-parto>
5. Gomez A., matrona. La epidural. El parto es nuestro. 2012. URL: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/la-epidural>
6. Gómez de Enterría Cuesta, M.E. Analgesia alternativa a la anestesia epidural durante el parto. Valladolid, 2009. URL: ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/download/153/136

7. Protocolos SEGO. Analgesia del parto. 2008. URL: <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/sego-protocolo-analgesia-parto-2008>
8. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. 2013 (Traducida de The Cochrane Library, 2013) URL: http://www.cochrane.org/CD003766/PREG_continuous-support-for-women-during-childbirth
9. OMS. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 1996. URL: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/i/3976/144/cuidados-en-el-parto-normal-una-guia-practica>
10. Piñero Sánchez Y, Fonseca Villar P. ¿Se disminuyen costes sanitarios favoreciendo la libertad de movimientos de la pelvis en el parto? Enfermería docente. 2011; 95: 24-25 URL: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvsites/default/files/revistas/ED-095-07.pdf>
11. Riquelme R, Gutiérrez M.M, Lagares F.M., Lorite C, Moore T, Ruiz C. Influencia de las posiciones de la mujer sobre distintos parámetros en el proceso del parto. Matronas Prof. 2005; 6(4): 9-12. URL: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7054/173/influencia-de-las-posiciones-de-la-mujer-sobre-distintos-parametros-en-el-proceso-del-parto>
12. Ministerio Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal en el sistema nacional de salud, 2010. URL: <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
13. Cluett E R, Burns EE. Immersion in water in labour and birth. (Traducida de The Cochrane Library, 2009) URL: http://www.cochrane.org/CD000111/PREG_immersion-in-water-in-labour-and-birth
14. Ramón Arbués E, Azón López E. Pautas alternativas de tratamiento del dolor en el parto de bajo riesgo. Nure Investigación, nº 41, Julio - Agosto 09. URL: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/450/438>
15. Malarewicz A, Wydrzynski G, Szymkiewicz J, Adamczyk-Gruszka O. The influence of water immersion on the course of first stage of parturition in primiparous women. Med Wieku Rozwoj. 2005 Oct-Dec;9(4):773-80. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16733285>
16. Martínez Galiano JM. Efectividad analgésica de las inyecciones intradérmicas de agua estéril en el rombo de Michaelis durante las primeras fases del parto. Metas de Enfermería 2009;12(6): 21-24. URL: <https://medes.com/publication/51477>
17. González Hernando C. Análisis de la efectividad de la inyección de agua estéril en el rombo de Michaelis. U. de Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid.2014. URL: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/5506>
18. Luces Lago AM, Mosquera Pan L, Onandia Garate M, Tizón Bouza E. Papel de la inyección de agua estéril en el control del dolor lumbar durante el proceso de parto. Revista Rol de Enfermería 2014;37(7-8): 502-505. URL: <https://medes.com/publication/93413>
19. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. (Traducida de The Cochrane Library, 2006) URL: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003521>
20. Miranda M.D., Bonilla A.M., Rodríguez V. Alternativas al dolor en el parto. 2014. Trances, 7(1):129-138. URL: http://www.trances.es/papers/TCS%2007_1_9.pdf
21. Juárez Pérez I. Eficacia de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) en el dolor del parto inducido. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Matronas. 4 (5): 87-121, 2012 ISSN: 1989-5305. URL: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/947/964>
22. Gutiérrez Martínez S, López Rodríguez A.F. Revisión sistemática sobre electroanalgesia en el alivio del dolor del trabajo de parto. 2015. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Máster Universitario de Investigación en Ciencias Sociosanitarias. URL: <http://hdl.handle.net/10612/5145>



El acoso escolar como demanda de salud

Autores: Rosa María Martínez Valero, María del Tiscar Valero Rodríguez

rosa_mv2@hotmail.com

RESUMEN

El acoso escolar también conocido como bullying es aquella conducta con una o varias personas hacen sobre otro/s de forma directa o indirecta con la intención de hacerle algún mal. Se considera una forma de maltrato y puede ser tanto de forma física como psicológica. Los medios de comunicación se hacen eco de dicha problemática, mostrando casos de suicidios en niños que estaban sufriendo acoso en sus colegios. En este artículo se ha hecho una revisión en cuanto a que porcentaje afecta dicho problema a nivel estatal,

a cuales son las formas de acoso más utilizadas, cuales son las consecuencias tanto a corto como a largo plazo que aparecen, no solo en la víctima sino en el acosador, mostrando así la importancia del problema y se recogen también cuales son algunas soluciones que se pueden aplicar para evitarlo, entre ellos aparece la figura de la enfermera en los centros escolares.

Palabras clave: Acoso escolar, necesidades y demandas de servicios de salud y enfermera.

Keywords: *Bullying, health services needs and demand y nursing*

¿QUÉ CONTRIBUCIÓN TIENE ESTE TRABAJO A LA ENFERMERÍA?

La enfermera tiene una visión holística y realiza cuidados desde una perspectiva biopsicosocial, por lo que podría llevar a cabo programas en los colegios para reducir el acoso escolar.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud propuso la Iniciativa Global de Escuelas Saludables, donde se recoge los derechos de los niños y entre ellos el derecho a crecer y asistir a la escuela en un ambiente saludable, libre de violencia y con igualdad de oportunidades. Sin embargo, el estudio realizado por Cepeda-Cuervo et al. (2008), muestra que, para un alto porcentaje de estudiantes, la escuela es un espacio donde cada día les genera más sufrimiento, ya que padecen múltiples situaciones de violencia que generan miedo y afectan a la vida de los niños.

El "bullying" (acoso escolar o laboral) es un problema común, sin embargo, es poco considerado como un diagnóstico en el campo de la salud asistencial. Se define como una forma de abuso que puede existir en cualquier ámbito

donde convive un grupo de personas, pero ocurre con más frecuencia en el ámbito escolar de niños y adolescentes. Se presenta cuando una o más personas ejercen un comportamiento lesivo, intencional y recurrente contra otro u otros individuos, que se caracteriza por un abuso sistemático del poder. Esta conducta puede expresarse de diferentes formas: como agresión física, verbal, psicológica y social. Sus consecuencias van más allá de la víctima; alcanzan al agresor y a los observadores. Las condiciones individuales y del ambiente determinan los factores de riesgo y los de protección para evitar su desarrollo. (Loreda-Abdalá, A., PereaMartínez, A., López-Navarrete, E., 2008).

Un estudio realizado por Save the Children (2016) nos dice que un 9,3% de los estudiantes encuestados considera que ha sufrido acoso tradicional en los dos últimos meses, al ser una encuesta representativa, se puede extrapolar al conjunto de la población, con el resultado de que el número de estudiantes de centros públicos que han sufrido acoso se eleva a 111.000 y 82.000 niños y niñas respectivamente. El insulto es la forma más común de acoso que refieren los alumnos.

DESARROLLO

Actualmente, con los avances de la tecnología ya no es necesario convivir en un mismo espacio para que se produzca el acoso, hay otras formas de bullying como el ciberacoso o el ciberbullying, que posee la misma finalidad que el bullying, hacer un mal a otro/s, pero a través de las tecnologías. La definición que realiza la asociación Save de Children es "El ciberacoso es un tipo de acoso a algún compañero o compañera a través de medios tecnológicos, utilizando distintas formas de agresión. En ocasiones se mandan mensajes desagradables o dañinos, se realizan llamadas acosadoras al móvil, envío de fotos hechas con el móvil y utilizadas para amenazar, e-mails acosadores, acoso a través de chat. Estos mensajes pueden enviarse a través de Whatsapp, Twitter u otra red social. También se puede hablar mal de alguien o colgar en internet información personal."

El mismo estudio refiere que cuando el acoso sucede en las redes, es también el insulto la forma de violencia más recurrente. Se recoge que en los últimos dos meses previos al pasar la encuesta, uno de cada tres niños y niñas afirmaban haber sido insultado por internet o móvil. Entre las manifestaciones de acoso relacionadas con nuevas tecnologías y a modo de ejemplo, un 6,3% reconoce que alguien ha pirateado su cuenta en redes sociales y se ha hecho pasar por él o ella.

En cuanto al panorama español, gracias a un estudio que forma parte del estudio del Observatorio Estatal de la Convivencia Escolar (2011) se refleja cual es el panorama que existe en los colegios españoles en cuanto al acoso escolar. Tras pasar una encuesta, las características de las víctimas a las que los acosadores atribuyen la agresión son:

- a) Ser un chico que no se comporta como la mayoría de los chicos o una chica que no se comporta como la mayoría de las chicas.
- b) Estar aislado, sin amigos
- c) Ser más gordo
- d) Por no defenderse

El mismo estudio también recoge que tipo de maltrato han sufrido, los más habituales son: que hablen mal de ellos está en cabeza, los insultos, ofensas y ridiculización en segundo lugar, seguidas de actitudes de rechazo como las de impedir participar o las de ignorarles.

Gracias a estos datos podemos hacernos una idea de que cosas son las que pueden influir para que se produzcan situaciones de conflicto entre los alumnos, esta información es muy valiosa para realizar un plan de intervención.

El periódico El País (2016) publicó las cifras del acoso escolar en España gracias a los resultados de un estudio realizado en todas las Comunidades Autónomas. La media de España de niños y niñas que son víctimas de acoso de forma ocasional y frecuente según este estudio es de un 9,3%.

En la Comunidad Valenciana hay una tasa de acoso inferior a la media de España, un 8%, aun así, hay que intentar que ese porcentaje se aproxime lo máximo posible al 0%.

Albores-Gallo, L.A., et al. (2011) refieren que es importante que en las escuelas se realice campañas permanentes para prevenir y combatir el acoso escolar y que deben buscar el apoyo de todos los implicados (alumnos, familiares y maestros). Puesto que pueden intervenir en el mantenimiento o en la erradicación del fenómeno.

El sufrir acoso tiene varias consecuencias negativas para el niño y el acoso escolar no solo afecta durante los años de escolarización de la persona, sino que sus consecuencias pueden verse reflejadas en los años siguientes. Un niño que es víctima a los 7 años de edad mostrará el mismo estatus 8 años después, es más, los efectos ocasionados en la salud mental del pequeño permanecen después de 10 y 15 años, ya que el 28% de las víctimas y agresores mantienen la psicopatología. (Sourander, A. et al. 2007)

Un estudio realizado en Barcelona refleja una elevada prevalencia de acoso escolar, alcanzando un 10,7% entre los estudiantes. Los chicos presentaban unos porcentajes de acoso ligeramente más altos que las chicas, diferencia que aumentaba en 2º de ESO y disminuía en los cursos sucesivos. Hallaron una asociación significativa entre ser víctima de acoso escolar y tener un estado de ánimo negativo. (García, X, Pérez, A. Nebot, M., 2010).

Otro estudio analizó la asociación entre el bullying y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adolescentes. En este estudio se describía la calidad de vida relacionada con la salud como la salud física y mental percibida tanto individual como grupalmente y afirmaban que



las víctimas del bullying tienen mayor probabilidad de CVRS inferior que los que no lo padecen, independientemente del género y de la edad. (Hidalgo-Rasmussen, C., et al. 2015).

En cuanto a la relación del bullying con el suicidio, hay varios artículos que demuestran esa relación. Bannink, R., et al. (2014) realizaron un estudio donde observaron que en la muestra total, las víctimas de acoso escolar presentaban significativamente una relación con la ideación suicida. Un artículo de revisión de Shireen, F. et al (2014) mostró que las víctimas del bullying están en riesgo de sufrir una ideación suicida debido al mayor riesgo que presentan de problemas de salud mental, remarca que también hay evidencias que muestran la relación con el bullying y la depresión.

El estudio realizado por Kim, J.W., et al (2015) diferenciaba las consecuencias que podían padecer los niños víctimas del acoso escolar en función de la edad a la que padecían el acoso. Entre las víctimas de cursos más bajos era probable encontrar cierta patología común como, alta somatización, adicción a internet, síntomas depresivos y déficit de atención con trastorno de hiperactividad. Sin embargo, las víctimas de cursos más altos lo manifestaban con problemas cognitivos, síntomas de depresión y ansiedad, también padecía adicción a internet y déficit de atención con trastorno de hiperactividad.

Dilillo, D. et al (2015) recoge en su estudio que el suicidio es poco común en la infancia, pero se convierte en un problema extremadamente grave entre los adolescentes y una causa del suicidio es haber padecido bullying. También remarca la importancia de que el profesional sanitario les enseñe tanto a profesores como a padres los signos de alarma.

Como se ha descrito hay varios ejemplos de artículos científicos que mencionan los efectos negativos relacionados con la salud que puede sufrir las víctimas del bullying, tanto en el presente como en el futuro. Sin embargo, un meta-análisis publicado por Holt, M.K. et al.

(2016) también recoge que los agresores tienen más riesgo, respecto a la población normal, de sufrir efectos negativos en cuanto a su salud. En este metaanálisis, se pretendía encontrar la asociación entre el bullying y el suicidio, relaciona que tanto en el acosador como en la víctima del

bullying se ve aumentada las conductas suicidas, potenciándose más en el caso de las víctimas.

En algunos casos, los profesores reconocer la falta de herramientas para enfrentarse a esta problemática, gracias a los medios de comunicación podemos observar algunos ejemplos. El 17 de marzo, El País (2016) publicaba un artículo en el que se podía leer: "Cada vez más centros, y profesores a título particular, piden herramientas para trabajar las emociones y la autoestima en el aula, como parte de la formación integral de sus alumnos. Puede ayudar a prevenir males mayores, conflictos, casos de bullying y acoso escolar, en ocasiones con un final dramático". En el periódico ABC (2016) se recoge en una noticia que "De centros privados, públicos y concertados, laicos y religiosos, de todos los puntos del país, los profesores quieren y piden formación, conscientes de que son una pieza clave para prevenir, detectar y detener esta cruel lacra"

No solo son los profesores los que piden estar más formados, en ocasiones son otras personas implicadas en el bullying, quienes demandan que en los colegios haya un mejor plan para prevenir y/o actuar frente el acoso escolar. En el siguiente ejemplo extraído de la página web de Cadena SER (2016) se puede leer que "Javier Yuste, director de estudios del instituto público... pide más concienciación y formación del profesorado a la hora de afrontar estos problemas, ya que opina que los profesores y los equipos directivos no actúan como deberían y que la administración debería buscar la forma de concienciar a todo el profesorado, ya que a su juicio la mayoría de equipos directivos no saben cómo actuar."

En ocasiones son los medios de comunicación directamente quienes hacen la llamada de atención sobre la problemática. Se pueden ver ejemplos donde culpabilizan a los profesores del acoso escolar que sufren los menores en los centros de enseñanza. En el periódico Hoy digital (2013) aparece una noticia con el titular "Muchos niños sufren de acoso escolar; maestros indiferentes" se puede leer que "Lo preocupante de esa situación es que, al parecer, los maestros hacen caso omiso a las quejas de los estudiantes que son acosados, maltratados y violentados, agrega la orientadora para señalar que hay ocasiones en las que el niño le expresa a la profesora que un compañero o un grupo de compañeros lo están molestando,

le ponen sobrenombres, lo ridiculizan y hasta le pegan.” El periódico *El Mundo* (2016) recoge una noticia de una reunión que se hizo en el Ministerio de Educación sobre el bullying, en ella se recoge que las víctimas del acoso escolar afirman que los profesores contribuyen a que se banalice la violencia.

CONCLUSIÓN

Como se ha señalado, hay evidencia que demuestran que es habitual el bullying en las escuelas y que tanto para el acosador, como para la víctima principalmente, el acoso escolar les genera y les generará en el futuro un estado peor de salud mental e incluso un aumento del riesgo del suicidio.

Una de las estrategias de prevención de suicidio más eficaces para la juventud es proporcionar conciencia y educar a los estudiantes, padres, autoridades escolares, miembros de la comunidad y los compañeros sobre cómo identificar los signos de suicidio. Esto incluye enseñarles cómo responder de manera efectiva a un comportamiento suicida, y cómo brindar apoyo. Es importante proporcionar un ambiente seguro en la escuela y en el hogar. Para garantizar esta seguridad, los padres pueden animar a los niños a hablar abiertamente de sus problemas relacionados con la escuela, incluyendo sus relaciones con sus compañeros. Los estudios han demostrado que el 50-75 % de los niños y jóvenes que han sido víctimas de acoso no han informado a su escuela. Algunos refieren habérselo comentado a uno de los padres, sin embargo, muchos permanecen en silencio. Por lo tanto, hacer frente a la intimidación con las campañas contra la intimidación frecuentes es probable que resulte en una reducción sustancial en la tasa de suicidios entre los estudiantes. (Shireen, F. et al 2014).

Hay diversos estudios que proponen la figura de la enfermera como una medida para solventar dicho problema. Una revisión bibliográfica sobre el papel de la enfermera en la escuela y el bullying concluye que “Es necesaria la participación de la comunidad escolar para establecer normas de respeto; sólo con la participación de toda la comunidad escolar se puede prevenir y/o tratar este problema. Además los profesionales de enfermería tiene la posibilidad de establecer estrategias de acción frente a los niños y familias.” (Blanco Jiménez, S. 2017)

BIBLIOGRAFÍA

- Albores-Gallo, L.A., Suceda-García, J.M., Ruiz-Velasco, S. y Roque-Santiago, E. (2011). Acoso escolar (bullying) y trastornos psiquiátricos en México. *salud pública de México*, 53 (3), pp220-227.
- Alcántara, R. (2013). Muchos niños sufren de acoso escolar; maestros indiferentes. abril 20, 2016, de *Hoy digital* Sitio web: <http://hoy.com.do/muchos-ninos-sufren-de-acoso-escolar-maestros-indiferentes/>
- Bannink, R., Broeren, S., van de Looijjansen, P.M., de Waart, F.G., Raat, H. (2014). Cyber and traditional bullying victimization as a risk factor for mental health problems and suicidal ideation in adolescents. *Plos ONE* 9 (4). Pp 1-7
- Blanco Jiménez, S. (2017, octubre). Enfermería en la escuela y bullying. Una revisión bibliográfica. Póster presentado al Congreso Internacional de Comunicación en Salud, Madrid, España.
- Callejo, D. (2016). “Los equipos directivos no saben cómo actuar contra el acoso escolar”. abril 23, 2016, de *Cadena SER* Sitio web: http://cadenaser.com/emisora/2016/01/07/ser_madrid_sur/1452171261_936462.html
- Cepeda-Cuervo, E. Pacheco-Durán, P.N., García-Barco, L. Piraquive-Peñas, C.J. (2008). Acoso escolar a estudiantes de educación básica y media. *Revista Salud Pública*, 10 (4), pp 517-528.
- Díaz-Agudo, M.J., Martínez, R., Martín, J. (2011). El acoso entre adolescentes en España. Prevalencia, papeles adoptados por todo el grupo y características a las que atribuyen la victimización. abril 24, 2016, de *Ministerio de Educación, Cultura y deporte* Sitio web: <http://www.mecd.gob.es/dctm/revista-de-educacion/articulosre362/re36213.pdf?documentId=0901e72b816fbabb>
- Dilillo, D., Mauri, S., Mantegazza, C., Fabiano, V., Mameli, C., Zuccotti, J.V. (2015) Suicide in pediatrics: epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Italian Journal of Pediatrics*. 41 (49). Pp 1-8.
- El País. (2016). Las cifras del acoso escolar en España. abril 23, 2016, de *Save de Children* Sitio web: http://elpais.com/elpais/2016/02/18/media/1455822566_899475.html
- García, X, Pérez, A. Nebot, M., (2010). Factores relacionados con el acoso escolar (bullying) en los adolescentes de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 24 (2). Pp. 103-108
- Hereida, A. (2016). Víctimas de acoso escolar: “Los profesores contribuyen a que se banalice la violencia”. abril 23, 2016, de *El Mundo* Sitio web: <http://www.elmundo.es/sociedad/2016/02/04/56b373b4ca4741367d8b4623.html>
- Hidalgo-Rasmussen, C., Molina, T., Molina, R., Sepúlveda, R., Martínez, V., Montaña, R. et al. (2015). Bullying y



- calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolares chilenos. *Revista Med. Chile.* 143. Pp. 716-723
- ¹³. Holt, M.K., Vivolo-Kantor, A.M., Polanin, J.R., Holland, K.M., DeGue, S. Matjasko, J.L., Wolfe, M. Reid, G.. (febrero 1, 2016). Bullying and Suicidal Ideation and Behaviors: A Meta-Analysis. *Pediatrics*, 135 (2), pp496-509.
- ¹⁴. Kim J.W., Lee K., Lee Y.S., Han D.H., Min K.J., Song S.H., Park, G.N., Lee, J.Y., Kim, J.O. Factors associated with group bullying and psychopathology in elementary school students using child-welfare facilities. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 7 (11). Pp. 991-998
- ¹⁵. Loredó-Abdalá, A., Perea-Martínez, A., López-Navarrete, E. (2008). "Bullying": acoso escolar. La violencia entre iguales. Problemática real en adolescentes. *Acta Pediatr Mex.* 29 (4). Pp210-214
- ¹⁶. Organización Mundial de la Salud. Creating an Environment for Emotional and Social Well-Being. An important responsibility of a Health-Promoting and Child Friendly School. abril 18, 2016, de OMS Sitio web: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42819/1/9241591048.pdf>
- ¹⁷. Pérez-Barco, M.J.. (2016). Profesores que plantan cara al acoso escolar. abril 23, 2016, de ABC Sitio web: http://www.abc.es/familia/educacion/abci-profesores-plantan-cara-acoso-escolar-201601262213_noticia.html
- ¹⁸. Save the Children. (2016). Yo a eso no juego. España: Save the Children.
- ¹⁹. Save the Children. (septiembre 21, 2015). Consejos para profesores frente al bullying o acoso escolar. abril 26, 2016, de Save the Children Sitio web: <https://www.savethechildren.es/publicaciones/consejos-para-profesores-frente-albullying-o-acoso-escolar>
- ²⁰. Sevillano, E. (2016). 13 juegos para fomentar la autoestima en el aula. abril 20, 2016, de El País Sitio web: http://economia.elpais.com/economia/2016/03/17/actualidad/1458211539_319733.html
- ²¹. Shireen, F., Janapana, H., Rehmatullah, S., Temuri, H., Azim, F. (2014). Trauma experience of youngsters and Teens: A key issue in suicidal behavior among victims of bullying?. *Pak J Med Sci.* 30(1): Pp. 206–210.
- ²². Sourander A, Jensen P, Rönning JA, Niemelä S, Helenius H, Sillanmäki L, et al (2007). What is the early adulthood outcome of boys who bully or are bullied in childhood? The Finnish "From a Boy to a Man" study. *Pediatrics* 120. Pp. 397-404.

Valoración del riesgo de caídas en atención primaria

Autores: Serrano Rodríguez, Marina¹; López Vázquez, María Isabel²; Peña Lorente, Miriam Amparo³.

¹ *Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, CS Petrer II. Petrer (Alicante).*

² *Coordinadora de Enfermería, CS Petrer II. Petrer (Alicante).*

³ *Enfermera CS Petrer II. Petrer (Alicante).*

serranorodriguezmarina@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Según la OMS, las caídas son la 2ª causa mundial de muerte por lesiones accidentales, especialmente en los mayores de 65 años. Además, las caídas no mortales, requieren, en su mayoría atención médica y producen una pérdida importante de años de vida en función de la discapacidad (AVAD), con secuelas físicas, psicológicas y sociosanitarias.

Objetivos: el objetivo general es estudiar el riesgo de caídas y sus factores de riesgo en los pacientes atendidos en el CS Petrer II.

Metodología: Estudio observacional, de carácter descriptivo, transversal, realizado en el CS Petrer II durante los meses marzo-abril 2017. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico, incluyendo a aquellos pacientes que acudían al CS y cumplían los criterios de inclusión. Se realizó un estudio sociodemográfico y se pasó la escala de riesgo de caídas J.H Downton. Finalmente se

realizó un análisis estadístico de los resultados.

Resultados: La muestra con la que se trabajó estaba formada por 25 sujetos, 12 hombres y 13 mujeres, siendo la media de edad de 78.8 años. Con respecto al riesgo de caídas, la mayoría de los sujetos de la muestra (60%), presenta riesgo de caídas. Además, de los que presentan riesgo de caídas, ya habían presentado caídas previas en un 80%.

Conclusiones: El riesgo de caídas presenta una frecuencia elevada, especialmente en mayores de 65 años y cuando ha habido caídas previas. Desde Atención Primaria se hace necesario un abordaje integral, que incluya la identificación y reducción de los factores de riesgo de las mismas.

Palabras clave: anciano, accidentes por caídas, prevención de accidentes, Atención Primaria de Salud.

Keywords: aged, accidental falls, accident prevention, Primary Health Care.

El presente trabajo pone de manifiesto la importancia de la valoración del riesgo de caídas por parte del Equipo de Atención Primaria, como parte de su labor de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y propone una estrategia de intervención para unificar criterios de actuación.

INTRODUCCIÓN

La organización mundial de la salud define las caídas como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga¹.

Las caídas se han convertido en un importante problema de salud pública a nivel mundial, ya que, hoy día constituyen la 2ª causa de muerte

por lesiones accidentales. Cada año se producen, en el mundo, 37.3 millones de caídas, que aunque no sean mortales, requieren atención médica y producen altas tasas de discapacidad^{1, 2}.

Las mayores cifras de morbi-mortalidad por caídas corresponden a los mayores de 65 años, como consecuencia del deterioro físico, sensorial y cognitivo relacionado con el propio proceso de envejecimiento, así como de la falta de adaptación del entorno a las necesidades propias de este grupo de edad. En cuanto al sexo, no es un factor muy significativo, aunque los estudios determinan que los hombres tienen mayor número de caídas mortales, mientras que la mujer, mayor número de caídas no mortales².

Los estudios epidemiológicos estiman que



1 de cada 3 personas mayores de 65 años se caen, al menos, una vez al año, y de ellos, la mitad volverá a sufrir una nueva caída al año siguiente, ya que el tener una caída previa es uno de los principales factores de riesgo para volver a sufrir otra³.

En cuanto a los factores de riesgo de producción de caídas y su gravedad, los más importantes, además de la edad y las caídas previas, son⁴:

- Enfermedades médicas subyacentes, tales como las enfermedades neurológicas, por afectación del nivel de conciencia: epilepsia o accidente cerebrovascular, o por afectación de la marcha y el equilibrio como en el caso del parkinson o las demencias. También son importantes las enfermedades reumatológicas, que producen afectación de la marcha, dolor y rigidez de las articulaciones, artrosis, artritis, o las enfermedades cardiovasculares.

- Problemas cognitivos y perceptivos, especialmente los trastornos de la vista y la audición.

- Alteraciones en la movilidad y el equilibrio.

- Efectos colaterales de la medicación: efectos secundarios, polimedicación, interacciones entre fármacos o la automedicación. Los fármacos que más se asocian a las caídas son los antihipertensivos, antidiabéticos y los sedantes, fármacos muy habituales en este grupo de edad.

- Factores sociales y ambientales: relacionados con la falta de adaptación del entorno a sus necesidades.

Las consecuencias que derivan de las caídas, abarcan desde lesiones mortales o pérdida de años de vida en función de la discapacidad (AVAD), lesiones graves como fracturas y traumatismos craneoencefálicos, contusiones, laceraciones, esguinces, lesiones en los tejidos blandos, pérdida de autonomía y calidad de vida, así como problemas psicológicos relacionados con el miedo a volver a caer^{5, 6}.

Los cambios demográficos de los últimos tiempos, como el descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida, ha llevado al envejecimiento de la población española, que cuenta con una población anciana de cerca de 7.500.000 personas, lo que constituye el 16.7% del total de la población, por lo que, teniendo en cuenta la elevada prevalencia de las caídas y sus consecuencias anteriormente expuestas, éste

problema adquiere una gran relevancia en la actualidad³.

OBJETIVOS

En base a los antecedentes expuestos, el objetivo principal de este trabajo es estudiar el riesgo de caídas y los factores de riesgo de las mismas de los pacientes atendidos en el CS Petrer II, así como diseñar una estrategia de intervención destinada a la prevención de caídas en el adulto mayor.

METODOLOGÍA

PROCESO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para la consecución de los objetivos descritos se ha diseñado y realizado un estudio observacional, descriptivo transversal. El trabajo fue realizado durante los meses de marzo a junio de dos mil diecisiete.

La población diana de este estudio son las personas mayores de 65 años. Para ello, se ha tomado como población de estudio, las personas mayores de 65 años que acuden a consulta de Enfermería del CS Petrer II. La muestra con la que se ha trabajado ha sido seleccionada mediante muestreo no probabilístico, si no a criterio o juicio, siendo incluidos en la investigación todos aquellos sujetos que acudían a la consulta de enfermería durante el tiempo de captación de la muestra y cumplían los criterios de inclusión impuestos.

- Criterios de inclusión:

- Edad \geq 65 años.

- Ausencia de deterioro cognitivo incapacitante. (Escala de Pfeiffer $<$ 3 puntos)⁷.

- Aceptar el consentimiento informado para participar en el estudio.

VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Tras obtener el consentimiento informado de los sujetos, en el que se garantizaba el anonimato de los datos recogidos en el estudio, de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, comenzamos a pasar el documento a rellenar por los pacientes, el cual, estaba dividido en dos bloques. Bloque I, datos sociodemográficos; bloque II, evaluación del riesgo de caídas mediante la escala de riesgo de caídas J.H Downton.

Estudio sociodemográfico

En primer lugar, para conocer a cada uno de los individuos que conformaban nuestra población de estudio, realizamos una entrevista sociodemográfica, estructurada, formada por cinco preguntas, seleccionadas a criterio de los investigadores de este estudio y con respuestas prefijadas (Figura 1)⁷.

Evaluación del riesgo de caídas

La escala Downton, que se cumplimentó de forma heteroadministrada, es utilizada en la práctica clínica para evaluar el riesgo que presenta una persona de sufrir una caída con el fin de, en caso necesario, poder implementar medidas preventivas encaminadas a evitar nuevas caídas (Figura 2)⁸.

Esta escala recoge algunos de los factores con mayor incidencia en el riesgo de caídas, siendo una escala validada, de fácil uso y aplicabilidad en los diferentes ámbitos asistenciales. Entre los factores que evalúa se encuentran^{8, 9}:

- Existencia de caídas previas.
- Medicación actual que toma el paciente.
- Déficit sensoriales.
- Estado mental.
- Deambulación.

Cada uno de los ítems es valorado con 0 ó 1 punto y se establece como punto de corte para el riesgo de caídas una puntuación total >2 puntos.

RECOGIDA DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el tratamiento estadístico de los datos se elaboró una base de datos Microsoft Access para las variables definidas anteriormente y se analizaron con el programa informático (Prism 6.0, GraphPad Prism, Estados Unidos).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, utilizando la distribución de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y las medidas de tendencia central (media, desviación estándar y rango) para las variables cuantitativas.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Las estrategias de prevención de las caídas deben ir dirigidas a estudiar los Factores de ries-

go de las mismas y a diseñar medidas de intervención para reducirlos, disminuyendo así su frecuencia y la gravedad de las lesiones.

Las estrategias propuestas para cada factor de riesgo son (Figura 3):

- Enfermedades médicas subyacentes y efectos adversos de la medicación:
 - Realizar un examen clínico completo.
 - Revisar la medicación para detectar efectos adversos, duplicidades o interacciones farmacológicas.
 - Educación para la salud a cerca de la correcta toma de los fármacos.
 - Educación para la salud sobre fomento de hábitos de vida saludables (alimentación sana y equilibrada, fomento de la actividad física, evitar el consumo de tóxicos como el tabaco y el alcohol).
- Problemas cognitivos y perceptivos:
 - Exploración visual y auditiva y prescripción de dispositivos asistenciales apropiados, si es necesario.
 - Exploración cognitiva y fomento del entrenamiento de las funciones cognitivas, como parte de la atención de enfermería de AP.
 - Alteraciones de la movilidad y el equilibrio:
 - Fomento de actividad física relacionada con el fortalecimiento muscular y desarrollo del equilibrio y la coordinación, adaptado a las condiciones físicas de cada persona en cuanto a intensidad y frecuencia.
 - Prescripción de dispositivos asistenciales apropiados, si es necesario: muletas, andador...
 - Factores sociales y ambientales:
 - Evaluación tanto del domicilio, como del ambiente externo donde se sitúa la vivienda, para detectar riesgos.
 - Derivación a Trabajadora social, si precisa.

RESULTADOS

La muestra la conformaron 25 sujetos, de los cuales, 12 eran hombres (48%) y 13 mujeres (52%). La media de edad fue de 78.8 años. En cuanto al estado civil, el 68% de la muestra estaba actualmente casado/a, un 20% eran viudos/as y un 12% divorciados/as. El 100% de los hombres vive acompañado, mientras que las mujeres, un 23% viven solas. En referencia al tipo de vivienda, el 28% vive en un piso que no dispone de ascensor.



En cuanto al riesgo de caídas, el 60% del total de la muestra presenta riesgo alto de caídas, siendo este porcentaje más alto en las mujeres (69%) y ligeramente inferior en los hombres (50%) (Figura 4). Además, el 80% presenta caídas previas (Figura 5).

Como resultado de este estudio, se ha diseñado un protocolo de actuación interprofesional en Atención Primaria para la prevención del riesgo de caídas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El riesgo de caídas en nuestro estudio se sitúa en un 60%, lo que coincide con los estudios realizados por la OMS y otros estudios de investigación en la materia que consideran como principal grupo de riesgo de caídas a los mayores de 65 años, y determinan que 1 de cada 3 ancianos presentan riesgo de caídas.

En el estudio epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, se concluye que, aunque la variable sexo no presenta diferencias significativas en cuanto al riesgo, si afirma que, en muchos países, las mujeres suelen sufrir mayor número de caídas no mortales. En nuestro estudio, las mujeres presentaban un porcentaje de riesgo superior al de los hombres.

En nuestro estudio, los sujetos con riesgo de caídas presentan en su mayoría caídas previas, como en la bibliografía consultada, donde todos los estudios coinciden en señalar como principal factor de riesgo de caídas el hecho de haber presentado caídas previas.

Como limitaciones a este estudio, cabe señalar la falta de evaluación del protocolo de intervención diseñado para el abordaje del riesgo de caídas en AP, para determinar su efectividad en cuanto a la prevención de caídas, por lo que sería interesante abordar dicha evaluación en futuras investigaciones.

Para la prevención de las caídas en el adulto mayor, así como las consecuencias de las mismas, es necesario un abordaje integral e interdisciplinar desde AP, valorando y actuando sobre los principales factores de riesgo. Disponer de un protocolo de actuación permite unificar criterios de actuación y la adopción de medidas preventivas como base de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de la OMS sobre la prevención de caídas en personas mayores. 2016
- ². Da Silva Gama, Z. A, et al. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. Rev. Esp. Salud Publica. 2008; 82(1).
- ³. Varas Fabra, F, et al. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. Aten Primaria 2006. 38(8):450-5.
- ⁴. Da Silva Gama, Z. A; Gómez, Conesa, A. Morbilidad, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en ancianos. Fisioterapia 2008;30(3):142-51.
- ⁵. Muñoz Conde, M, et al. Estrategias de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el sistema sanitario público de Andalucía. Consejería de Salud de Andalucía. 2009.
- ⁶. IMSERSO. Protocolo sobre prevención y actuación ante una caída. 2015: 1-9.
- ⁷. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975 Oct;23(10):433-41.
- ⁸. Downton J. Falls in the elderly. En textbook of Geriatric Medicine and Gerontology(4thEd.) Brocklehurst et al. Churchill Livingstone 1992;318-323.
- ⁹. Carro García T, Alfaro Hache A. Caídas en el anciano. revisiones SEMG 2005;582-589.
- ¹⁰. Terra Jonas, L, et al. Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores: ¿cómo hacerlo? Gerokomos. 2014.25(1).

FIGURAS

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Sexo	Hombre
	Mujer
Edad Años
E.civil	Soltero/a
	Casado/a
	Divorciado/a
	Viudo/a
Vive solo/a	Si
	No
Tipo de vivienda	Bajo
	Piso con ascensor
	Piso sin ascensor

Figura 1: Cuestionario de datos sociodemográficos.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
ESTADO MENTAL	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
	Orientado	0
DEAMBULACIÓN	Confuso	1
	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

Figura 2: Escala Downton para la valoración del riesgo de caídas.

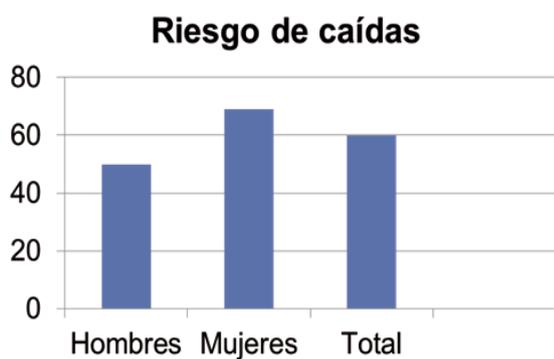
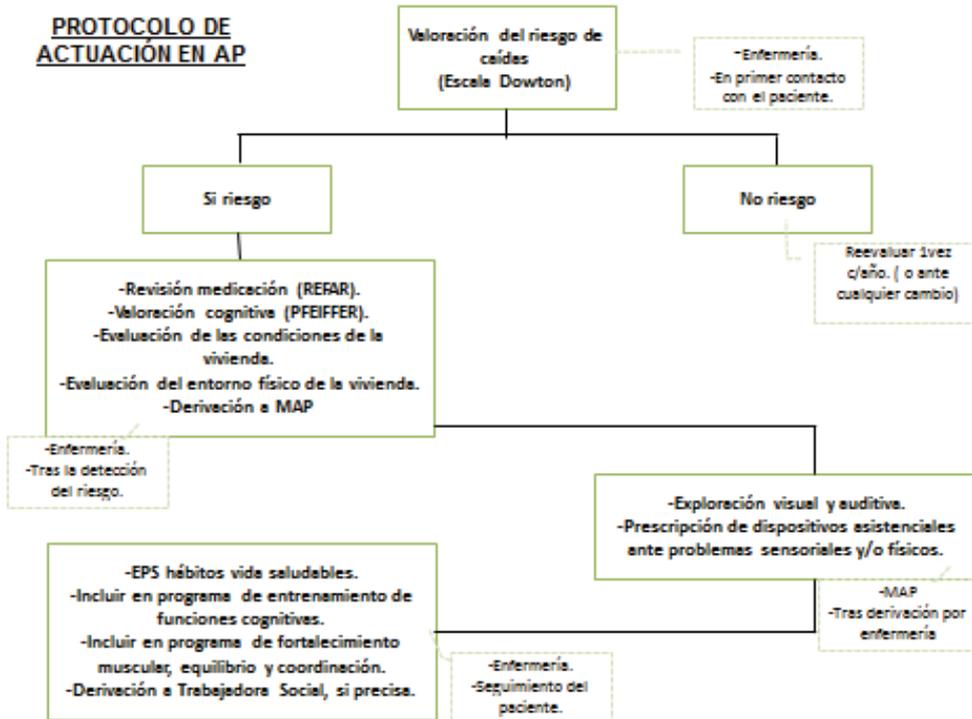


Figura 4: Riesgo de caídas en la muestra, según escala Downton.



Figura 5: Presencia de caídas previas en la muestra.

Conocimientos de los profesionales sanitarios del ámbito de pediatría sobre los sistemas de retención infantil

Este trabajo ha sido presentado en la XXI reunión anual de la sociedad española de urgencias de pediatría, adquiriendo el premio a la mejor comunicación de enfermería.

Autores: Beatriz León Carrillo¹, Nuria Palacio Marco², Gisela Roca Gardeñas³, Dolores Alcaraz Sanz⁴

^{1,2}Urgencias pediátricas del Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell. Barcelona, ^{3,4}ABS Castellar del Vallés

bleonc9@gmail.com

RESUMEN

Objetivos: Conocer el grado de información de pediatras, médicos de familia, comadronas y enfermeros del área pediátrica hospitalaria y de atención primaria sobre los sistemas de retención infantil (SRI) e investigar si se facilita información a las familias.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal entre julio 2015 y enero 2016. Se entregó un cuestionario anónimo a pediatras residentes y adjuntos, enfermeros, comadronas y médicos de familia que trabajan en el área hospitalaria de pediatría y en los centros de atención primaria que tienen como referencia nuestro hospital. Criterios de exclusión: negativa a participar. El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS.

Resultados: Se recogen 168 encuestas. Un 63,5% desconoce la altura para dejar de utilizar los SRI. Según categoría profesional, los pedia-

tras adjuntos poseen más conocimiento (42,5%), seguido de enfermeros (34,5%). Un 44% escoge un SRI inadecuado a un lactante de dos meses y sólo un 36,4% desactivaría el airbag al ubicarlo en el copiloto. De los profesionales del ámbito ambulatorio, sólo un 21,2% facilita información habitualmente sobre los SRI. Un 80,6% de los profesionales con hijos eligen el SRI correcto, porcentaje que disminuye si los hijos son mayores de edad (42,9%) o si no tienen hijos (22,4%).

Conclusiones: Los profesionales que tienen hijos, sobretudo menores de edad, tienen más conocimientos sobre los SRI que los que no tienen hijos. Los profesionales necesitan más información sobre los SRI. Debemos potenciar la información que se da a los padres ya que sólo una minoría de profesionales del ámbito ambulatorio la facilita.

Palabras clave: vehículo, seguridad infantil, profesionales.

INTRODUCCIÓN

En España se producen anualmente más de 8.000 politraumatismos infantiles por accidentes de tráfico y estos constituyen la primera causa de muerte en niños con edades comprendidas entre los 0 y 14 años. Por tanto se puede considerar que los accidentes de tráfico es una auténtica enfermedad social y un grave problema de salud pública que necesita soluciones urgentes. Los niños son uno de los colectivos más vulnerables cuando se sufre un accidente de coche, y según varios estudios ha quedado demostrado que el uso adecuado de los sistemas de retención infantil

(SRI) reduciría notablemente los accidentes mortales entre un 40 y un 60%, ya que la disminución de lesiones y el aumento de la supervivencia es proporcional al buen uso de estos. Entendemos por uso adecuado una correcta elección del SRI según talla, edad y peso, un buen anclaje del SRI al vehículo y llevar al niño correctamente atado a este.

Como muestran las cifras anteriores, los accidentes tienen un importante impacto en nuestro medio, lo que también supone un elevado coste para nuestro sistema sanitario: visitas a urgencias, pruebas complementarias, ingresos, gastos ge-



nerados por los dispositivos de asistencia extra hospitalaria (ambulancias, bomberos, helicópteros...). Si prevenimos los accidentes disminuiríamos notablemente tanto la carga asistencial como el gasto sanitario, por tanto educando a los responsables de transmitir la información como son los profesionales de la salud protegeremos a la población infantil.

Como personal asistencial del servicio de urgencias pediátricas de un hospital de 2º-3º nivel observamos que existía una carencia de información respecto a los SRI, tanto en nuestro servicio como en la atención primaria, ya que nuestros residentes rotan por atención primaria y nos comunicaron que no se solía transmitir información acerca de la seguridad en los vehículos en las revisiones del niño sano.

Todo esto nos motiva la necesidad de investigar sobre los conocimientos que poseemos los profesionales sanitarios, para posteriormente realizar formación específica en las aéreas hospitalarias como en atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo transversal llevado a cabo entre julio del 2015 y enero del 2016. Como objetivos de nuestro trabajo tenemos: conocer el grado de información de pediatras, médicos de familia, comadronas y enfermeros del área pediátrica hospitalaria y de atención primaria sobre los sistemas de retención infantil (SRI) e investigar si se facilita información a las familias.

Para ello se realizó una encuesta anónima y voluntaria a pediatras residentes y adjuntos, enfermeras, comadronas y médicos de familia del ámbito de pediatría del Hospital Universitario Parc Taulí y de los centros de atención primaria que tengan como hospital de referencia nuestro centro.

Como criterios de exclusión encontramos la no voluntad de participar. Juntamente con la encuesta se entregó una hoja de información con el objetivo de nuestro estudio. Este estudio ha sido aprobado por el comité de ética de nuestro hospital.

Las variables que se han estudiado son las siguientes:

- Datos sobre el profesional: categoría profesional, edad, si tiene hijos y los años de experiencia laboral.

- Datos sobre el conocimiento de los profesionales referente a los SRI: grupo de sillitas adecuadas según edad, altura y peso.

- Datos sobre si facilitan información a las familias.

- Datos técnicos sobre los SRI: si deben de ser homologadas y si caducan.

Para la recogida de todos estos datos se utilizó un cuestionario de elaboración propia con 3 preguntas abiertas y 13 preguntas cerradas. Se realizó una prueba piloto y posteriormente distribuimos las encuestas en mano dentro del ámbito hospitalario a todos los profesionales y dejamos una carpeta dónde la depositaban cuando ya la habían realizado, a fin de garantizar el anonimato. Y en el ámbito de atención primaria se elaboró una encuesta online a través de la plataforma Google Form que se envió vía email a todos los profesionales que cumplían los criterios de inclusión.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables mediante el programa IBM® SPSS® versión 21. Para las variables cuantitativas se calculará la media, desviación estándar, percentiles 25, 50 i 75, mínimo y máximo. Para las variables cualitativas se dará la frecuencia absoluta y relativa. Se calcularán los intervalos poblacionales al 95% de confianza.

RESULTADOS

A la hora de validar los resultados obtenidos tenemos en cuenta la normativa del Real Decreto que modifica el artículo 117 del Reglamento General de Circulación que entro en vigor el 1 de octubre 2015 en seguridad vial según la DGT.

Según esta nueva normativa los menores que midan igual o menos de 1.35 metros de altura deberán viajar obligatoriamente con un sistema de retención infantil y en los asientos traseros del vehículo, a excepción de que los asientos posteriores ya estén ocupados por otros SRI o que el vehículo sea biplaza.

Se recoge una muestra total de 169 encuestas. Un 37% de la muestra es procedente del ámbito de atención primaria y un 63% del ámbito hospitalario. Si lo separamos según la categoría profesional encontramos: 53 pediatras adjuntos, 12 pediatras residentes, 9 médicos de familia, 74 enfermeras y 20 comadronas.

Ha resultado una edad media de 40 años, una media de 15 años de experiencia profesional y un 60,4% de la muestra tiene hijos.

Un 63,5% desconocen la altura correcta necesaria para dejar de utilizar los SRI. Si desglosamos este dato dependiendo de la categoría profesional encontramos que los que tienen mayor conocimiento son los pediatras adjuntos con un 42,5%, seguido de las enfermeras con un 34,5%, un 16,7% las comadronas, un 12,5% los médicos de familia y un 0% los residentes.

Un 44% de los profesionales escoge un SRI inadecuado para un lactante de dos meses y solo un 36,4% actuaría correctamente desactivando el airbag al llevar al niño ubicado en el copiloto. De los profesionales que trabajan en el ámbito ambulatorio sólo un 21,2% refiere que facilita información a las familias sobre los SRI, un 31,6% nunca da información y un 47,7% solo si los padres o familiares preguntan.

Si se analizan los datos en intervalos de grupo de edad, el grupo que posee más información es de 30 a 50 años y los que menos por debajo de 30 años. Si observamos el conocimiento relacionándolo con si tienen hijos, un 80,6% de los profesionales que tienen hijos eligen el SRI adecuado. Este porcentaje disminuye a la mitad si los hijos son mayores de 18 años (42,9%) y baja hasta un 22,4% si los profesionales no tienen hijos.

Un 95,8% de la muestra refiere que necesitaría más información. Un 71,8% cree que las sillas tienen fecha de caducidad y un 99,4% refiere que deben de estar homologadas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los profesionales que tienen hijos, sobretodo menores de 18 años, tienen más conocimientos sobre los SRI que los que no tienen hijos. Creemos que esto es debido a que hace 18 años los SRI no eran obligatorios, sino recomendables. En cambio apenas hay diferencias entre el conocimiento de los profesionales sin hijos y los que tienen hijos mayores de 18 años.

Los profesionales demandan una necesidad de información sobre la seguridad en los vehículos y los sistemas de retención infantil.

Se debe potenciar la información que se da a los padres ya que solo una minoría de los profesionales del ámbito ambulatorio facilita informa-

ción de manera habitual. Dar información sobre la seguridad vial en nuestra comunidad autónoma que es Cataluña, es obligatorio ya que entra dentro del programa de prevención del niño sano. Consideramos que es inadmisibles que como profesionales formadores y encargados de prevenir accidentes y promover la salud tengamos esta carencia, así que a partir de estos resultados iniciaremos en nuestro centro sesiones formativas.

Después de realizar una extensa búsqueda bibliográfica por bases de datos como Pubmed, Medline, Cuiden,... no hemos encontrado ningún artículo donde se investigara acerca de los conocimientos que tienen los profesionales sanitarios sobre los SRI, por eso sería interesante proponer hacer un estudio multicéntrico para profundizar sobre este tema.

Como limitaciones de nuestro estudio nos hemos encontrado la dificultad de que los profesionales del ámbito de atención primaria contestaran online la encuesta, ya que tuvimos que enviar repetidos emails pidiendo la colaboración y aún así el índice de participación ha sido mucho más bajo que en el ámbito hospitalario donde se entregaban las encuestas en mano.

Pese a esto hemos alcanzado nuestros objetivos, ya que hemos identificado el grado de conocimiento que tienen los profesionales y hemos conocido el porcentaje de profesionales que transmiten información a las familias.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros compañeros tanto del ámbito hospitalario como del ámbito de atención primaria por colaborar con nosotras en la realización de nuestro estudio. A ambas instituciones por su apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez Sampedro P, De Lucas García N, Balcells Ramírez J, Martínez Ibáñez V. Asistencia inicial al trauma pediátrico y reanimación cardiopulmonar. *An Esp Pediatr.* 2002;56:527-50.
2. Mapfre [Internet] Estudio sobre niños y seguridad realizado en la comunidad de Madrid. [Actualizado Junio 2009] [Consultado en agosto 2014] Disponible en: file:///C:/Users/Taul%C3%AD/Downloads/estudio-ninos-y-seguridad-vial.pdf
3. Michael A. Gittelman, et al. Injury prevention. Is the pediatric emergency department the appropriate place? *Pediatric emergency care* July 2005; Vol.21, number 7.



4. Estudi clínic de l'ús dels sistemes de retenció infantil i la reducció de la gravetat dels accidents de trànsit. Hospital Sant Joan de Déu, Jané i Racc. Barcelona 2006.
5. Navascues JA, Soletto J, Romero R, García MA. Impacto de los programas de formación en la asistencia al niño traumatizado. *Cir Pediatr* 2004; 17: 28-32.
6. Seguridad Vial Infantil. [Internet] [Consultado en junio 2014] Disponible en: <http://seguridadvialinfantil.org/información-general/>.
7. Seguridad Infantil. [Internet] [Consultado en agosto 2014] Disponible en: <http://seguridadinfantil.org/2012/02>.
8. Slideshare.net. [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía Cómo ayudar a prevenir lesiones por accidentes de tráfico. Nº 5. Ministerio de Sanidad y consumo. [Consultado en junio 2014] Disponible en: <http://es.slideshare.net/Pirattilla36/guia-prevencion-de-lesiones-en-accidentes-de-trafico>
9. Racc.es [Internet]. El uso de los sistemas de retención infantil: estudiamos los hábitos de los niños; 2004 [Consultado en julio 2014]. Disponible en: <http://w3.racc.es/index.php?mod=fundacion&mem=EPDetalle&relmenu=31&id=2143>.
10. Mapfre. [Internet] Panorama actual en seguridad infantil. [Actualizado Enero 2016] [Consultado en Marzo 2016] Disponible en: https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/images/panorama-seguridad-vial-infantil-9-edicion-actualizacion-2016_tcm164-185275.pdf
11. Domínguez P, et al. Asistencia inicial al traumatismo pediátrico y reanimación cardiopulmonar. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 65(6):586-606.
12. Morrissey D, Riese A, Violano P, Lapidus G, Baird J, Mello MJ. Child Passenger Safety training for pediatric interns: Does it work? *R I Med J* (2013). 2016 Mar 1;99(3):29-32.
13. APPLUS [Internet] Desarrollo de una guía metodológica de buenas prácticas para la valoración del "mal uso" cualitativo de los Sistemas de retención infantil. [Consultado en: mayo 2015] Disponible en: http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/investigacion/estudios-e-informes/2014/o-8859-1_Q_buenas_prE1cticas_para_la_valoraciF3n_del_mal_uso_cualit_ativo-de-los-SRI_INFORME-PARA-VWEB.pdf
14. DGT [Internet] Nueva normativa acerca de los menores que midan menos de 1,35m. [Consultado en diciembre 2015] Disponible en: <http://www.dgt.es/Galerias/prensa/2015/09/NP-Nueva-ubicacion-de-menores-en-vehiculos.pdf>

Vivir activo, vivir en bienestar

Autores: Jorge Porras Zafra¹, Maitte Ros Martínez², Judit Aldeguer Corbi³, Jesús Martínez Ruíz⁴, Marina Serrano Rodríguez⁵, Esther Liria García⁶.

¹ Residente Enfermería Familiar y Comunitaria de Alicante. Centro de Salud "Raval" Elche (Alicante).

² Residente Enfermería Familiar y Comunitaria de Alicante. Centro de Salud "Altabix" Elche. (Alicante).

³ Residente Enfermería Familiar y Comunitaria de Alicante. Centro de Salud "Orihuela I" Orihuela (Alicante).

⁴ Residente Enfermería Familiar y Comunitaria de Alicante. Centro de Salud "Les Foietes". Benidorm (Alicante).

⁵ Residente Enfermería Familiar y Comunitaria de Alicante. Centro de Salud "Petrer II". Elda (Alicante).

⁶ Residente Enfermería Familiar y Comunitaria de Alicante. Centro de Salud "Almoradí". Almoradí (Alicante).

e-mail: Gepoza@gmail.com

RESUMEN

El principal aporte para la enfermería que se pretende con este trabajo, es mostrar desde el ámbito de la atención primaria como se relaciona la práctica regular de ejercicio físico con una mayor calidad de vida en nuestros pacientes, y cuáles son las dimensiones principalmente afectadas si no se realiza.

Objetivo: Determinar la relación entre la actividad física y la calidad de vida autopercibida de la población adulta.

Diseño: Estudio observacional de carácter descriptivo de una muestra de pacientes que acudieron a las consultas de atención primaria (AP) de los investigadores.

Material y métodos: La muestra consta de 52 adultos, de entre 50 y 70 años sin patologías crónicas e incapacitantes, que accedieron a participar mediante de un consentimiento verbal. A los participantes se les efectuó una entrevista sociodemográfica estructurada; la valoración de la actividad física se llevó a cabo mediante el cuestionario validado Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA). Para valorar la calidad de vida se utilizó el cuestionario Euro QoL-5D.

Resultados y discusión: En los individuos con problemas de movilidad (17,3%), se observó que un 88,9% realizaba poca o nula actividad física. Aquellos con alteraciones en la dimensión de cuidado personal (5,8%), y aquellos que presentaban problemas en las ABVD (9,6%) realizaban poca o ninguna actividad física. De las personas que sufrían dolor (55,8%), el 68,96% de ellos realizaban una actividad física mínima o nula. En cuanto a los individuos con problemas de ansiedad y/o depresión (44,2%), se analizó que la actividad física era inexistente o mínima en el 60% de ellos.

Nuestros resultados guardan relación con las investigaciones disponibles sobre el tema, apoyando que la práctica regular de actividad física supone un importante beneficio para la salud, mientras que su ausencia constituye un perjuicio, relacionándose con mayor incidencia de ansiedad y depresión, dolor e incapacidad funcional.

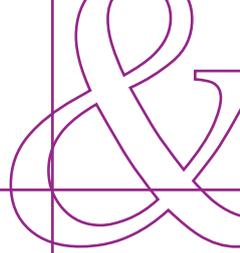
Palabras claves: Ejercicio físico. Calidad de vida. Dolor. Enfermería en Salud Comunitaria.

Keywords: *Physical exercise. Quality of life. Pain. Community Health Nursing.*

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948 define la salud como "Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad"¹, así como en 1998 define el concepto de factores determinantes de la salud como "Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan

el estado de salud de los individuos y las poblaciones". Lalonde (1974) identifica como principales determinantes de la salud: medio ambiente, sistema sanitario, biología humana y estilo de vida. En 1996, The Center of Disease Control determinaba que el estilo de vida era el determinante de la salud que más importancia tenía para la salud de las personas con un 50%, mien-



tras que otorgaba al medio ambiente un 20%, al sistema sanitario 10%, y a la biología humana 20%. Entendemos como estilo de vida aquellos patrones de comportamiento determinados por la interacción entre características personales, interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales, determinando todo ello el conjunto de actividades que una persona, familia, grupo social realizan diariamente o con determinada frecuencia².

En este contexto, actualmente vivimos una época en que las transformaciones económicas y sociales están produciendo un fenómeno mundial conocido como transición epidemiológica: las enfermedades infecciosas están disminuyendo al mismo tiempo que aumenta la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y neuropsiquiátricas, destacando entre ellas: diabetes mellitus, enfermedades cardíacas, hipertensión, dislipemias, cáncer, depresiones, demencias,... entre otras, siendo todas ellas las principales causas de discapacidad, mortalidad y disminución de la calidad de vida del individuo³. Hay una tendencia que va en aumento en asociar estar enfermedades a estilos de vida poco saludables, tales como: mala alimentación, abuso de sustancias como el alcohol o el tabaco, estrés emocional, conductas de riesgo, abuso de medicinas e inactividad física.

Dentro de los hábitos de vida no saludables, el sedentarismo constituye hoy en día el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad, sólo por detrás de la hipertensión, el tabaquismo y la hiperglucemia. El sedentarismo duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo II y de obesidad, y así mismo, aumenta notablemente la posibilidad de sufrir hipertensión, osteoporosis, cáncer de mama y colon, entre otras enfermedades.

Se estima que el 60% de la población mundial es sedentaria, entendiendo como tal a aquellas personas que no realizan más de 90 min de actividad física a la semana, por lo que no debemos confundir actividad física con ejercicio, éste es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física, sin embargo, la actividad física engloba todas aquellas actividades que entrañan movimiento corporal

y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas. Entre las causas que destacan en el aumento de sedentarismo de la población se encuentran la escasa actividad física durante el tiempo de ocio, actividades laborales más sedentarias y el aumento del uso de los medios de transporte pasivos⁴.

Son múltiples las razones por las que se considera necesario que la población incorpore hábitos de vida activos en su rutina diaria, ya que se ha demostrado que con el entrenamiento físico el organismo humano, presenta en sus diferentes aparatos y sistemas modificaciones morfológicas y funcionales que denominamos adaptaciones, las cuales van a permitir por una parte prevenir ó retrasar la aparición de determinadas enfermedades y por otra parte mejorar la capacidad de realizar un esfuerzo físico, además, desde el punto de vista psicológico, mantenernos activos físicamente nos ayuda a afrontar la vida con mayor optimismo y mejor disposición, ya que nos ayuda a liberar endorfinas y a sentirnos mejor con nosotros mismos a la vez que socialmente es un medio de integración en distintos grupos humanos⁵. Por todo ello, la OMS determina que aumentar el nivel de actividad física es una necesidad individual y social, y por lo tanto, exige abordar este problema que va en aumento, desde una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea⁶.

OBJETIVO

Determinar la relación entre la actividad física y la calidad de vida autopercebida de la población adulta.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional de carácter descriptivo, que fue realizado en el periodo que comprende desde diciembre de 2015 a enero de 2016, siguiendo varias etapas. Primero, se hizo una revisión bibliográfica con la búsqueda de estudios en Pubmed y en forma de términos MeSH, además de una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca de Cochrane, de sumarios UpToDate y sistemas de ayuda para la toma de decisiones en Fisterra. Después, se llevo a cabo la selección de la población de estudio.

Para ello, se realizó una captación activa de los pacientes que acudían al servicio de Atención Primaria de los departamentos de Elche, Orihuela y Elda y, a través de un consentimiento informado verbal, aceptaban la participación en el estudio.

Se incluyeron en el estudio a aquellos sujetos de entre 50 y 70 años que acudían a la consulta de enfermería que no padecían ninguna enfermedad incapacitante ni crónica.

Para la obtención de los datos sociodemográficos de la población se realizó una entrevista estructurada en la que se incluyeron las siguientes variables:

- Edad: variable cuantitativa ordinal.
- Sexo: variable cualitativa dicotómica.
- Estado civil: variable cualitativa de más de 2 categorías. Se considerarán: soltero, casado, separado, viudo.
- Número de hijos: variable cuantitativa ordinal.
- Lugar de vivienda: variable cualitativa de 2 categorías. Se consideró: urbano y rural.
- Nivel de estudios: variable cualitativa nominal de más de 2 categorías. Se definieron: sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios.

Para definir la actividad física se utilizó el cuestionario validado Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA), Este cuestionario se aplica en el ámbito de la atención primaria y evalúa la fuerza, la flexibilidad y la intensidad de las actividades físicas. Está constituido por 9 preguntas, cuyas opciones de respuesta son Sí/No y , sus resultados son definidos en las categorías de "sedentario", "poco activo", "moderadamente activo" y "activo"⁷.

En cuanto a los datos relacionados con la calidad de vida relacionada con la salud, se entregó a los participantes el cuestionario Euro QoL-5D. Este cuestionario, valora el estado de salud de cada individuo en niveles de gravedad por dimensiones a través de un sistema descriptivo, y en una escala visual analógica (EVA). Existe, un tercer elemento, que es el índice de valores sociales que se obtiene para cada estado de salud. El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene tres niveles

de gravedad (sin problemas, algunos problemas y problemas graves). La escala EVA va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). El índice de valores sociales para cada estado de salud se obtiene utilizando la técnica de valoración time trade-off. El índice oscila entre 1 (mejor estado de salud) y el 0 (la muerte), aunque existen valores negativos, referidos a aquellos estados de salud que son valorados como peores que la muerte⁸.

Las principales herramientas utilizadas para la realización de este proyecto fueron el programa estadístico SPSS 15.0 para el análisis de los datos y Microsoft Office Word 2007 para la redacción del trabajo. Los datos de las variables cuantitativas (continuas) se presentan como media \pm desviación estándar y las proporciones como porcentajes. Las diferencias entre proporciones se analizaron mediante la prueba χ^2 de Pearson y el Exacto de Fisher. Se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

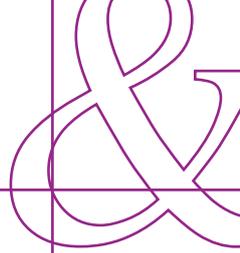
Tras la realización del estudio descriptivo en estos pacientes extraemos una serie de datos que han sido representados mediante una serie de gráficos.

En primer lugar, observamos que en los pacientes que tenían alteraciones en la movilidad física (17,3%), (Anexo 1- Gráfico 1: Alteraciones en la movilidad) se correlacionaba muy estrechamente la poca o nula actividad física (88,9% de pacientes).

En cuanto a las personas que realizaban poca actividad física o poseían un estilo de vida sedentario (Anexo 2: Gráfico 2- Alteraciones en la vida cotidiana), se observó que eran las únicas que encontraban problema a la hora de realizar actividades básicas de la vida diaria, viéndose afectada esta área en un 9,6 % de los pacientes.

De las personas que tenían problemas en su esfera del cuidado personal (Anexo 3: Gráfico 3- Alteraciones en cuidado personal), el 5,8% no realizaba una actividad física regularmente.

A su vez los pacientes con ansiedad y depresión, que correspondían al 44,2% del total (Anexo 4: Gráfico 4- Alteraciones en ansiedad/depresión), el 60% no realizaba prácticamente ningún tipo de actividad física o ésta era mínima. En cuanto a las personas que sufrían dolor (55,8%



de pacientes) (Anexo 5: Gráfico 5- Alteraciones en dolor), un 68,96% de ellos, no realizaban una actividad física mínima.

Finalmente inferimos que en aquellos integrantes de la muestra que tenían 2 o más dimensiones alteradas (40,4%), el 71,4% realizaba poca o nula actividad física.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio muestran una alta proporción de participantes con patrones de ejercicio sedentarios o poco activos sin distinción por características basales, así como una marcada relación entre la presencia de problemas de movilidad, dolor y problemas de ansiedad o depresión con la realización de poca o nula actividad física en pacientes adultos mayores. Estos hechos coinciden con la evidencia científica disponible, siendo constatados en otros estudios realizados previamente en los que se demuestra la efectividad de la realización de ejercicio físico tanto en la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud^{9,10}, como de los niveles de ansiedad, depresión^{9,11,12}.

Una de las fortalezas del estudio es la simplicidad de las encuestas utilizadas, así como el hecho de que hayan sido heteroadministradas, lo que ha facilitado su comprensión por parte de los pacientes y por tanto, la disminución de la probabilidad de sesgo de información del estudio. Otra de las fortalezas ha sido el tener en cuenta características basales que pudieran actuar como factores de confusión en las relaciones de causalidad entre las variables estudiadas. Asimismo, los profesionales que han realizado el análisis estadístico han sido diferentes a los profesionales encargados de realizar las encuestas. En contraposición, el reducido tamaño de la muestra se presenta como la principal limitación del estudio, siendo recomendable tanto un tamaño muestral mayor, como una técnica de muestreo aleatorio de la población en general, en la realización de estudios similares. Asimismo, sería interesante estudiar grupos de población de otras edades menores en las que la probabilidad de presentar alguna limitación por enfermedad crónica infra-diagnosticada sea menor y por tanto su influencia en la calidad de vida y actividad física realizada, estableciendo una relación de causalidad más directa entre ambas variables.

El estudio realizado constata una relación entre ejercicio físico y la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud. Sus resultados pueden orientar en el desarrollo de futuros estudios experimentales en los que se utilice un plan de intervención basado en el ejercicio físico o programas comunitarios de Educación Para la Salud en el que esté incluido el ejercicio, con objeto de evaluar su eficacia en la mejora de la calidad de vida (o mejorarla) en muestras más numerosas de pacientes adultos mayores que acuden al servicio de Atención Primaria.

AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría expresar nuestra más sincera gratitud al comité científico y organizador de la VII Jornada Científica de Enfermería del Departamento de Salud de Elche por darnos la oportunidad de divulgar nuestro trabajo y darle difusión a toda la producción científica de los profesionales del departamento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario. Ginebra. 2008.
2. Ávila Agüero, ML. Hacia una nueva salud pública. Determinantes de la salud. Acta méd. 51 (2). Costa Rica: 2009.
3. Pasca AJ, Pasca L. Transición nutricional, demográfica y epidemiológica. Determinantes subyacentes de las enfermedades cardiovasculares. Insuf. card. vol.6 no.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires mar. 2011.
4. Varo Cenarruzabeitia JJ, Martínez Fernández JA, Martínez González MA. Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. Medicina Clínica 2003. Vol. 121(17).
5. García Pérez, RM; García Roche, RG; Pérez Jiménez, D; Bonet Gorbea, M. Sedentarismo y su relación con la calidad de vida relativa a salud. Rev Cubana Hig Epidemiol 2007; 45(1).
6. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales de actividad física para la salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: 2010. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf.
7. Guirao-Goris JA. Valoración del nivel y la intensidad de la actividad física. [monografía en Internet]. Valencia: Escola d'Infermeria La Fe; [acceso de 13 diciembre de 2015]. Disponible en: <https://depts.washington.edu/hprc/docs/rapa-european-spanish.pdf>.
8. Herdman M, Badiá X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacio-

nada. Aten Primaria. 2001; 28 (6): 425-429.

⁹ Wang X, Pi Y, Chen B, Liu Y, Wang R, Li X. Effect of traditional exercise on the quality of life and depression for chronic diseases: a meta-analysis of randomised trials. Sci Rep. 2015 Nov 3; 5:15913.

¹⁰ Pucci GC, Rech CR, Fermino RC, Reis RS. Association between physical activity and quality of life in adults. Rev Saude Publica. 2012 Feb; 46 (1):166-79.

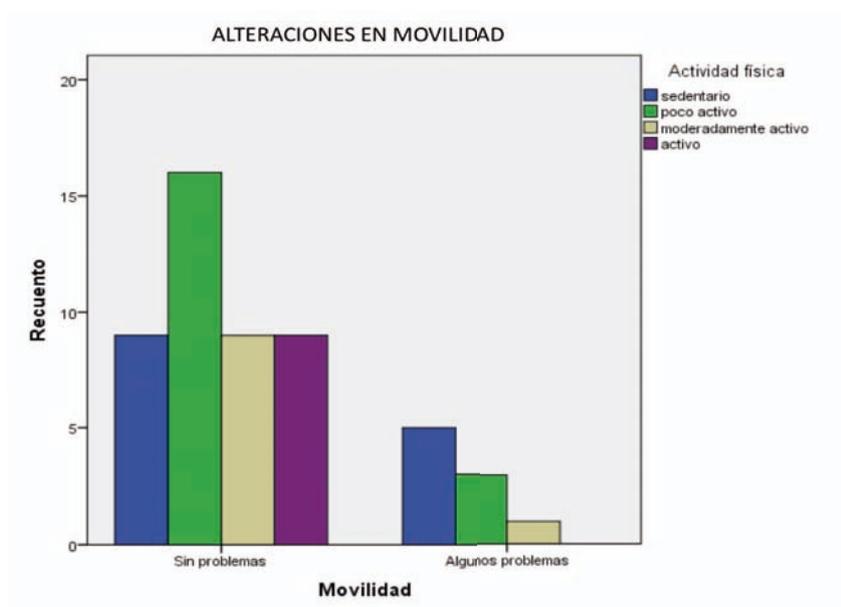
¹¹ Passos GS, Poyares D, Santana MG, Teixeira AA, Lira FS;

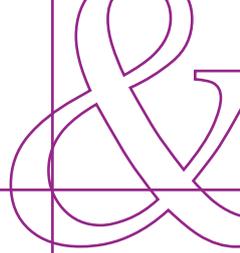
Youngstedt, SD, et al. Exercise improves immune function, antidepressive response, and sleep quality in patients with chronic primary insomnia. Biomed Res Int. 2014.

¹² Chen HM, Tsai CM, Wu YC, Lin KC, Lin CC. Randomised controlled trial on the effectiveness of home-based walking exercise on anxiety, depression and cancer-related symptoms in patients with lung cancer. Br J Cancer. 2015 Feb 3; 112(3):438-45.

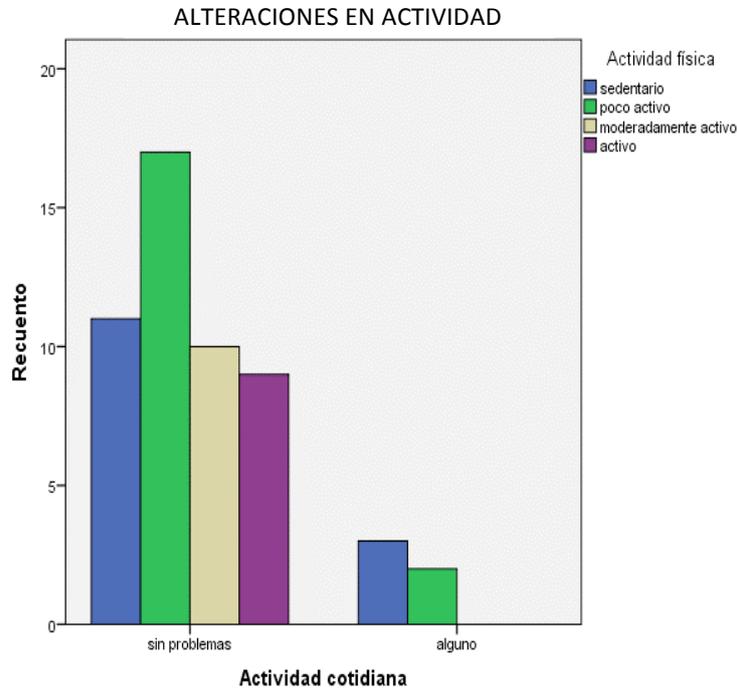
ANEXOS

- **Anexo 1: Gráfica 1- Alteraciones en la movilidad.**

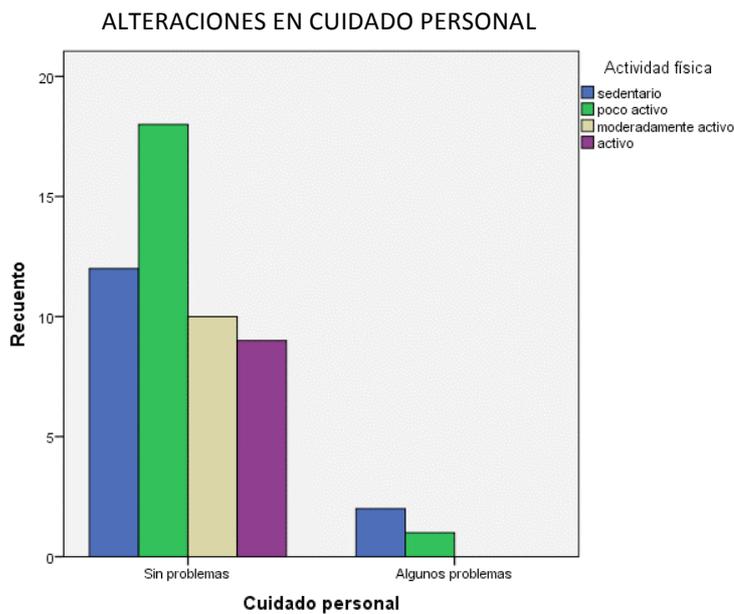




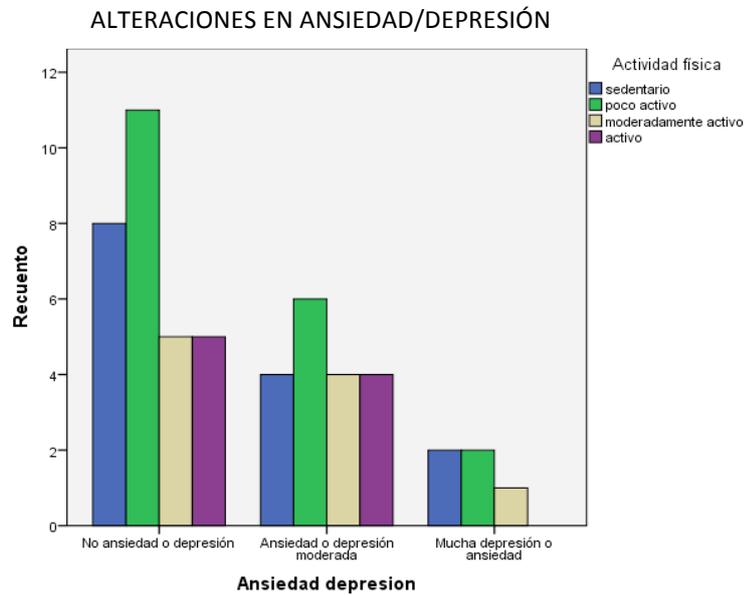
• Anexo 2: Gráfica 2- Alteraciones en la actividad cotidiana.



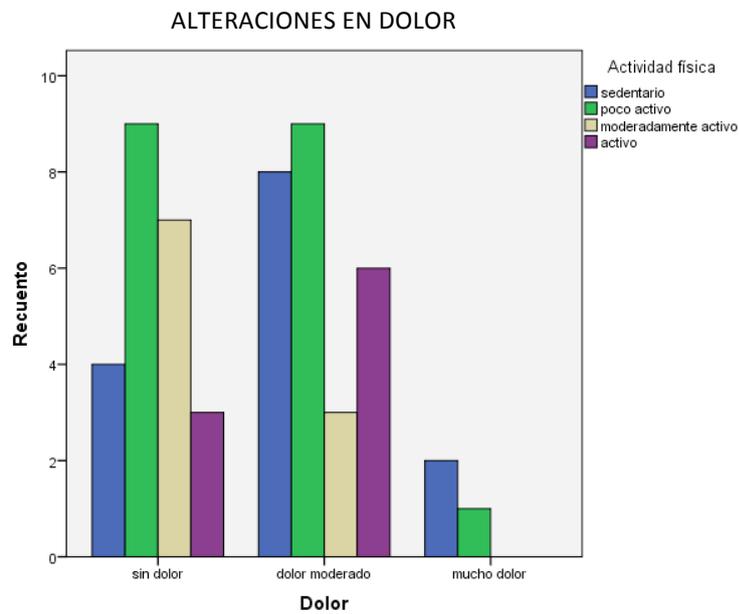
• Anexo 3: Gráfica 3- Alteraciones en el cuidado personal.



• Anexo 4: Gráfica 4- Alteraciones en ansiedad/depresión.



• Anexo 5: Gráfica 5- Alteraciones en dolor.



MANUAL DE ELECTROCARDIOGRAFÍA PARA ENFERMERÍA

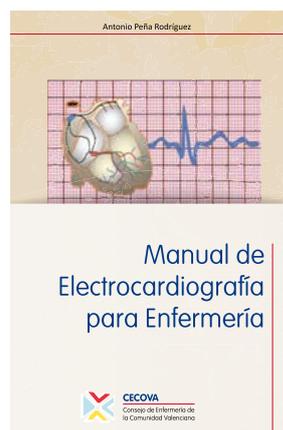
ANTONIO PEÑA RODRÍGUEZ

www.bibliotecadigitalcecova.es

El electrocardiograma es un método fundamental en el diagnóstico de patología cardíaca y extracardíaca que el personal de enfermería realiza con gran asiduidad en su práctica clínica.

A pesar de que muchas de las alteraciones electrocardiográficas ponen de manifiesto graves problemas para la salud de los individuos, hay profesionales sanitarios que opinan que es suficiente con que enfermería sepa realizar el electrocardiograma, sin necesidad de interpretarlo. Por contra, mi experiencia personal y profesional me dice que también deberíamos saber reconocerlas.

Para ello se propone este manual con una metodología fundamentalmente participativa, en la que se establecen unos objetivos específicos al inicio de cada tema y se proponen unos ejercicios autocorregibles con las soluciones al final, que se deberán realizar tras la lectura del mismo, y que permiten conocer al lector si ha logrado los objetivos propuestos.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PERSONAS AFECTADAS POR LA MALFORMACIÓN DE ARNOLD-CHIARI

COORDINADOR: Antonio Martínez Sabater

AUTORES: Antonio Martínez Sabater; Yanira Franco Navarro; Lucía Marí Avargues; Sara Tormo Beneyto; Antonio Plá Piera; Sara Cantin Wieczorek; Álvaro González Molinero

www.bibliotecadigitalcecova.es

Dado que la prevalencia de cada una de las enfermedades raras es baja, el conocimiento sobre ellas es muy restringido, tanto por parte de la población general como de las personas afectadas, y de los profesionales de la salud. El hecho de padecer una enfermedad de este tipo, causa una gran sensación de soledad e incomprensión tanto a la persona afectada como a su familia, afectando todas las esferas de su vida.

Para ello, el presente Trabajo Final de Grado se inicia con un Marco teórico en el que se dan a conocer los pasos del proceso enfermero, además de contextualizar la importancia de los diagnósticos de enfermería y de la taxonomía NANDA y NNN. Más adelante, en el Marco Conceptual se habla de las enfermedades raras y más concretamente de la malformación de Arnold-Chiari.



proyecto ACAIC



Biblioteca Digital Cecova

BIENVENIDOS!

La Biblioteca Digital del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, es un espacio virtual en el que acceder a la producción editorial de la entidad, una útil herramienta para los profesionales de Enfermería.

Novedades

Nuevo Boletín CECOVA
Ya disponibles el nuevo boletín de CECOVA N.º/2013

más

Newsletter info@bibliotecadigitalcecova.com Versión HTML



- Boletines CECOVA
- Boletines CECOVA on-line
- Revista interactiva CECOVA TV
- Periódico Enfermería Profesión
- Revista Investigación y Cuidados
- Revista Cultura de los Cuidados
- Libros CECOVA
- Manuales CECOVA
- Informes profesionales
- Miscelánea
- Newsletter