



Enfermería Cuidándote

La revista científica del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Málaga · Septiembre 2020

La enfermería se lanza a la investigación sanitaria

La red COST ofrece grandes oportunidades de ampliar contactos en toda Europa

Entrevista a Raquel Cansino: secuelas del COVID-19

“Es muy importante que el mensaje de concienciación frente al coronavirus llegue a todo el mundo”

El Colegio de Enfermería premia a los mejores expedientes académicos del curso 2019/2020

Inmaculada Berdún Barba, Daniel Martín Cortázar y Alberto López Sánchez han sido los galardonados

Algoritmo de detección y derivación de depresión postparto

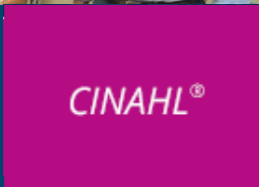
Artículo original

Control del hipotiroidismo durante la gestación por la matrona, en atención primaria

Artículo original

III Premio de Investigación

El Tribunal destaca la calidad de las investigaciones presentadas en esta tercera edición, de notable participación femenina.



Directora: **Eva Timonet**
Dirección técnica y contenidos:
cuatrocento.es
Edita y maqueta: **MindHouse.es**
Revisora: **Eva Timonet**



Sumario

Reportaje La enfermería se lanza a la investigación sanitaria	4
Premios Colegio III Edición de los Premios de Investigación Colegio Enfermería de Málaga	6
Entrevista Raquel Cansino "Es muy importante que el mensaje de concienciación frente al COVID-19 llegue a todo el mundo"	8
Actualidad Primeros pasos del grupo de trabajo Enfermería Escolar en la vuelta al cole más compleja	10
Actualidad 'CINAHL Complete', disponible para los colegiados a un clic	11
Actualidad El Colegio de Enfermería premia a los mejores expedientes académicos	12
Reportaje Vuelta al cole segura: para nunca olvidar meter en la mochila de los escolares	18
Investigación Artículos originales de publicaciones científicas de colegiados	20

Editorial

El ejercicio de la profesión de Enfermería se realiza en los tradicionales cuatro ámbitos: asistencial, docente, gestión e investigación.

En comparación con las otras tres prácticas, la investigación ha sido un mundo distante de la profesión de Enfermería, tanto por la dificultad de acceso, conocimiento y escasos recursos, como por la falta de cultura de investigación entre los propios profesionales.

La incorporación al mundo universitario europeo, con sus exigencias y compromisos, en el ámbito de la investigación: titulación a nivel de grado, formación de máster, elaboración de trabajos de fin de grado y fin de máster, el nivel de facultad de las escuelas de Enfermería y el acceso al doctorado han creado un clima favorable para fomentar la investigación entre los profesionales.

Las nuevas ideas del conocimiento basado en las "prácticas basadas en la evidencia" han contribuido a estimular la crítica hacia el conocimiento imperante y que se consideraban principios invariables del saber científico.

Desde el Colegio de Enfermería de Málaga se ha apostado por incentivar la investigación desde distintos aspectos, uno de estos es la propia revista que os presentamos. **Enfermería Cuidándote** es una revista de investigación para los profesionales de Enfermería, que cuenta con la correspondiente indexación en la red de revista científicas 'Latindex'.

El premio de investigación 'Colegio Enfermería de Málaga cumple este año su tercera edición. Los profesionales de Enfermería han podido participar con trabajos y proyectos de investigación, con categorías diferenciadas en base al perfil de edad.

La puesta en funcionamiento del departamento de biblioteca permitió poner a disposición de los colegiados las bases bibliográficas colegiales, así como desarrollar una asesoría personalizada, con el fin de orientar y ayudar a los profesionales en el ámbito de la investigación. Y a la que los colegiados se pueden dirigir para exponer las cuestiones que estimen oportunas, centradas en el campo de la investigación.

La última incorporación ha sido el acceso gratuito a la base de datos 'CINAHL Complete', considerada la base de datos más completa de Enfermería y que permite el acceso a: más de 1300 revistas indexadas, más de 5400 publicaciones periódicas o más de 6 millones de registros bibliográficos, entre otros.

Entendemos, desde el Colegio, que la investigación es una necesidad con el fin de potenciar la profesión de Enfermería y situarla al nivel que le corresponde.

No quiero finalizar sin animaros a participar en la revista con el envío de vuestros artículos, así como hacer uso de todas las herramientas que se ha puesto a vuestra disposición.



José Miguel Carrasco
Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Málaga

La enfermería se lanza a la investigación sanitaria

El progreso del conocimiento es el motor que debe impulsar toda investigación. Junto con la gestión, la práctica y la educación, la investigación constituye uno de los pilares en los que se fundamenta la Enfermería. Se trata de un pilar incipiente en nuestra rama sanitaria, que en las últimas décadas está cobrando el protagonismo que requiere y merece. En la actualidad, uno de sus principales baluartes es el programa de Cooperación Europea en Ciencia y Tecnología, COST (European Cooperation in Science and Technology), considerada la primera y una de las más amplias redes europeas intergubernamentales de coordinación de la investigación científica y técnica europea. España es uno de sus motores y profesionales de la Enfermería malagueña son protagonistas con su trabajo y aportaciones.

Además de impulsar la labor investigadora, este programa pretende que el conocimiento circule



entre la comunidad internacional, con equipos multidisciplinares, tanto en ciencia como tecnología. Actualmente, ocho enfermeras participan en sendas redes. Este proyecto respalda principalmente investigaciones relacionadas con la salud social y la ciencias de la vida, donde la Enfermería juega un rol protagonista. Anualmente se activan en torno a una decena de redes

“La red COST ofrece grandes oportunidades de ampliar contactos en toda Europa”

nuevas del ámbito sanitario; proyectos por cuatro años con una financiación de 100.000 euros. Todo un respaldo para el trabajo de los investigadores a los que se encomienda la responsabilidad de crear “guías o libros blancos” sobre distintas áreas del conocimiento en la comunidad europea.

Eva Timonet, vocal del Colegio de Enfermería de Málaga, participa en dos redes COST una sobre Envejecimiento vascular y otra sobre Protocolos en paradas cardiorrespiratorias (“Network for Research in Vascular Ageing” y “Sudden cardiac arrest prediction and resuscitation network: Improving the

quality of care”), que llevan en marcha cuatro y un año, respectivamente. “Unirse a estas redes es sencillo, cuando estás involucrada en la investigación surgen convocatorias, que recibes de alguna u otra forma. Es algo mucho más sencillo y abierto de lo que cabe pensar, sólo hay que presentar una solicitud con una carta explicando el porqué estás interesada. Animo a los compañeros a dar el paso”, afirma Timonet. Dada la naturaleza internacional de estas redes, de la buena organización del trabajo depende su resultado. “Se suelen crear áreas de trabajo y estamos en continuo contacto a través de la plataforma en la que se comparte toda la información en la que trabajan el resto de los equipos. Todo el que se involucra encuentra retorno en forma de aprendizaje”, añade esta enfermera COST.

encontrar en este proyecto de cooperación internacional una lanzadera a su carrera. “Ofrecen grandes oportunidades de ampliar contactos en toda Europa y trabajar con una metodología de trabajo muy organizada y coordinada, que cualquier investigador puede aprovechar para su desarrollo profesional”, explica Timonet.

En ocasiones, son expertos de primer nivel quienes llevan el conocimiento en primera persona a distintas comunidades científicas. En este sentido, siempre en el marco de las redes COST, centros sanitarios malagueños han acogido a figuras referentes europeas en distintos encuentros abiertos a todo el personal sanitario. “Si no fuera por esta red, la enfermería no tendría tanta oportunidad de participar en proyectos de investigación, porque actualmente no existe un perfil

“Si no fuera por esta red, la enfermería no tendría tanta oportunidad de participar en proyectos de investigación”

investigador tan desarrollado dentro de nuestra profesión”, advierte Timonet.

El colectivo de la Enfermería debe valorar que estas redes brindan la posibilidad de compartir proyectos con investigadores de toda Europa y participar de forma activa en todo un proceso investigador. Oportunidades que hay que aprovechar en favor de un crecimiento de la profesión de la mano de la investigación.

Los investigadores noveles pueden



Más de 300 proyectos COST son impulsados desde España

España es uno de los países más activos en COST, pues está presente en la actualidad en más de 300 acciones, lo que le adjudica el tercer puesto en el ranking de países con mayor número de participación. La representación de COST en España la ostenta el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

El programa de Cooperación Europea en Ciencia y Tecnología, COST (European Cooperation in Science and Technology), es la primera y una de las más amplias redes europeas intergubernamentales de coordinación de la investigación científica y técnica europea. Su objetivo es fortalecer la investigación científica y técnica en Europa,

financiando el establecimiento de redes de colaboración entre investigadores. La herramienta utilizada por el programa son las Acciones COST, redes establecidas por iniciativa propia de los investigadores sin que existan prioridades temáticas definidas previamente.

Para poner en marcha una acción COST, se necesita haber presentado previamente una propuesta por parte de una red de proponentes. Dicha red será representada por un proponente principal, contando con un tamaño inicial de siete países COST, entre los cuales cuatro es el número mínimo de proponentes que deben pertenecer a los Países Objetivos de inclusión de COST. Este marco intergubernamental consta de 38 miembros, un miembro colaborador y un miembro asociado.

Los proyectos seleccionados reciben financiación para llevar a cabo las actividades previamente establecidas en el programa de trabajo conjunto, de cuatro años de duración, para realizar actividades en red como reuniones científicas de los Grupos de Trabajo Talleres y Seminarios, misiones científicas de corta duración (STSMs), talleres de formación y conferencias científicas y/o actividades de diseminación.

Fallo de III Premio de Investigación 'Colegio de Enfermería de Málaga'

El Tribunal destaca la calidad de las investigaciones presentadas, así como la variedad de temáticas, resultando ganadores los trabajos de Jesús Bujalance, Begoña Martín, Marta Morales, Laura Señalada y Carmen Isabel Linares



III PREMIO DE INVESTIGACIÓN "COLEGIO ENFERMERÍA DE MÁLAGA"

FECHA LÍMITE PRESENTACIÓN
30 de Agosto de 2020 (inclusive)

¿CÓMO ENVIAR?
Presentados en formato PDF a través de la ventanilla única en colegioenfermeriamalaga.com

PREMIOS

- Mejor proyecto**
2.000 € y diploma acreditativo
- Mejor protocolo**
1.500 € y diploma acreditativo
- Mejor accésit**
1.000 € y diploma acreditativo

 **Colegio Oficial de Enfermería Málaga**

 **2020 ANCI INTERNACIONAL DE LAS ENFERMERAS Y MATRONAS**

 **Nursing now España**

La tercera edición del Premio de Investigación 'Colegio de Enfermería de Málaga' ya tiene ganadores.

El tribunal encargado del fallo destaca la calidad de los trabajos presentados. En total, nueve publicaciones fueron evaluadas; algunas otras se quedaron en el camino por no cumplir algunos de los requisitos de las bases.

Destaca la participación femenina, pues todas las investigaciones, salvo una, han sido presentadas por mujeres; así como la variedad de temáticas y el predominio de la investigación cualitativa. "Muchas veces, pareciera que todo lo que no sea un ensayo clínico aleatorizado, no tiene validez. Parece que únicamente la investigación cuantitativa demuestra lo que realmente es válido en ciencias, pero las enfermeras nos manejamos enormemente en contextos que no son medibles con números", explica Lucía Rojas, coordinadora de la presente edición de los Premios de Investigación y vicepresidenta del Colegio.

En este sentido, justifica la importancia de reflejar en investigaciones científicas el valor que tienen las respuestas humanas a determinadas enfermedades, cómo afrontan los pacientes sus tratamientos y, en definitiva, la información que los enfermeros recogen mediante estudios cualitativos. "Así es como nosotros nos movemos; el manejo de emociones y la experiencia del paciente son fundamentales y es

positivo que esta realidad se vea reflejada en investigaciones", añade Rojas.

La mejora en el ámbito de la investigación y su aplicación a la práctica clínica es uno de los retos prioritarios de la profesión enfermera como colectivo. "Estos premios buscan incentivar y premiar la labor científica y los resultados ya se empiezan a pulsar con trabajos excelentes; aunque sabemos que estamos ante un reto a medio y largo plazo", afirma José Miguel Carrasco, presidente del Colegio de Enfermería de Málaga. Por el contexto actual de la pandemia del Covid-19, el acto público de entrega de los premios se pospone para más adelante. El fallo del tribunal es el siguiente:

D. Jesús Bujalance y cols. en la categoría de mejor proyecto de investigación presentado por colegiados mayores de 35 años, con el trabajo Desarrollo de una aplicación móvil para mejorar los cuidados de los dispositivos de acceso vascular y facilitar el seguimiento clínico de los pacientes portadores de catéteres en domicilio.

D.ª Begoña Martín Muñoz y cols. en la categoría de mejor protocolo de investigación presentado por colegiados mayores de 35 años, con el trabajo Comprender y describir la enfermedad COVID 19 desde la perspectiva de los afectados (Estudio cualitativo fenomenológico).

Notable participación femenina: todos los trabajos evaluados, menos uno, han sido presentados por mujeres

D.ª Marta Morales Puerto y cols. en la categoría de mejor proyecto de investigación presentado por colegiados menores de 35 años, con el trabajo Desarrollo de una regla de predicción clínica para eventos adversos en pacientes con multimorbilidad que ingresan en hospitalización aguda y Urgencias (Estudio PREDI-CUIDD-HU).

D.ª Laura Señalada Salinas y cols. en la categoría de mejor protocolo de investigación presentado por colegiados menores de 35 años, con el trabajo Afectividad y sexualidad. ¿Qué tienen ellas que decir? (Un estudio cualitativo).

D.ª Carmen Isabel Linares Rueda en la categoría de accésit al mejor proyecto desarrollado por enfermeros residentes o especialistas, con el trabajo Estudio cualitativo sobre la relación enfermera-paciente de salud mental desde la perspectiva del usuario.

Los ganadores se repartirán los premios del siguiente modo, tal y como recogen las Bases del III Premio de Investigación:

A. Premio al mejor proyecto de investigación presentado por colegiados menores de 35 años (hasta 35 años inclusive), con dos modalidades:

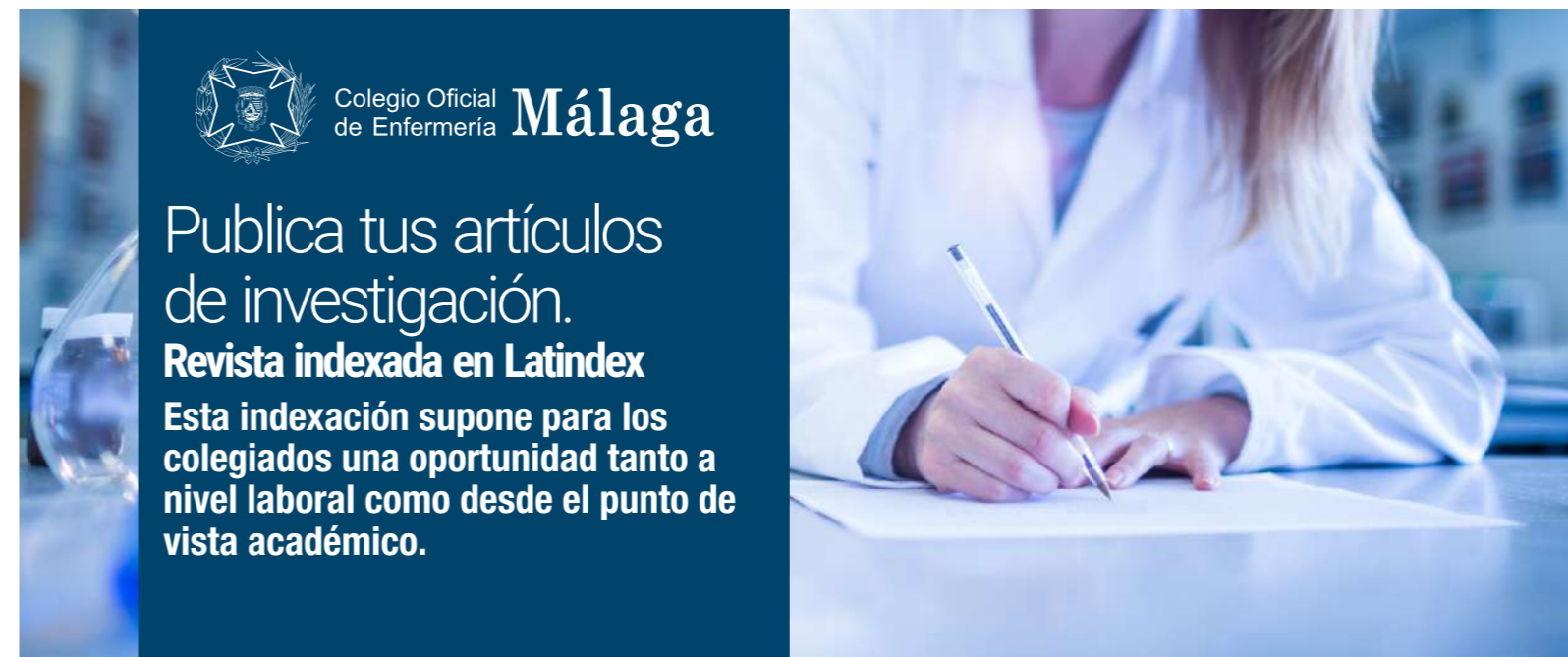
- Protocolo de investigación.
- Proyecto de investigación con resultados (parciales o totales).


B. Premio al mejor proyecto de investigación presentado por colegiados mayores de 35 años (36 o más), con dos modalidades:

- Protocolo de investigación.
- Proyecto de investigación con resultados (parciales o totales).

C. Accésit al mejor proyecto desarrollado por enfermeros residentes o especialistas. El premio está dotado con una cuantía económica:

- Premio al mejor proyecto, dotado con 2.000 € y diploma acreditativo.
- Premio al mejor protocolo, dotado con 1.500 € y diploma acreditativo.
- Premio al mejor accésit, dotado con 1.000 € y diploma acreditativo.



 **Colegio Oficial de Enfermería Málaga**

Publica tus artículos de investigación.
Revista indexada en Latindex
Esta indexación supone para los colegiados una oportunidad tanto a nivel laboral como desde el punto de vista académico.

“Es muy importante que el mensaje de concienciación frente la COVID-19 llegue a todo el mundo”

Como tantas enfermeras de los hospitales de Málaga, Raquel Cansino, de 32 años, ha sido una de las afectadas por la COVID-19. Después de pasar la enfermedad, y aunque va mejorando, a día de hoy continúa con secuelas que le imposibilitan llevar una vida como la de antes. Consciente la importancia de esta pandemia, se ha encargado de difundir su caso, contándolo en las redes sociales, la televisión y la prensa escrita.

Texto **Alejandro Veyssiere**



Imagen de Raquel Cansino

Has sido una de las primeras personas que ha salido a hablar de las posibles secuelas de haber estado afectada por el Coronavirus. ¿Cuál fue tu motivación para hacerlo?

Mi motivación fue que este tema de las secuelas llegara a todo el mundo, ya que hasta ese momento lo que se había dicho era que este virus afectaba a personas mayores con patologías previas. Yo quería hacer visible que las personas jóvenes sin ninguna patología también estábamos sufriendo síntomas y

secuelas después de pasar el virus. Y que cada vez se estaban viendo más casos.

Repasemos un poco cómo empezó todo. ¿Antes de ser positiva en COVID-19, cuál era tu postura ante el virus? ¿Al trabajar como sanitaria, te considerabas personal de riesgo?

Al principio, como el resto de la población, desconocía el alcance del virus y de cuánto lo íbamos a padecer. En el trabajo, no me consideraba personal de riesgo, pero sí sentía que podía contagiarme. Naturalmente, porque estaba trabajando en los hospitales en el momento con más casos detectados.

Como profesional de la salud, ¿consideras que has estado protegida? ¿Contabais con el material de seguridad adecuado?

A nivel profesional, hemos tenido de todo. Momentos de desprotección y otros en los que ha empezado a llegar material.

¿Cuándo cambió todo para ti?

Al conocer que era positiva en COVID-19. De repente, una mañana salí de la

“Cada vez estamos viendo más rebrotes y la única manera de pararlo es cortando la cadena de contagios”

guardia con mucho frío en el cuerpo y cuando me fui a acostar noté que tenía los pies helados. Al despertar, empecé a sentirme peor, con dolores musculares y en las articulaciones. Entonces me puse el termómetro y descubrí que tenía febrícula. A la mañana siguiente, ya tenía fiebre alta y comencé a hacer todas las gestiones pertinentes: llamar a Salud Responde, a las supervisoras de los hospitales y cumplir con todo el protocolo, porque parecía evidente que me había contagiado.

Y así fue, el resultado de la prueba fue el esperado.

¿Cuáles eran tus síntomas?

Durante la enfermedad, tuve fiebre alta, dolores de cabeza, musculares y articulares, cansancio extremo, diarrea, mucho sueño... Me pasaba el día durmiendo y estuve tres noches con disnea.

¿Cómo afecta el aislamiento anímicamente?

El aislamiento, definitivamente fue muy duro para nosotros y nuestros familiares. Los primeros días me aislé en mi habitación, cumpliendo con las órdenes médicas. Mi pareja tuvo que irse a otro dormitorio. A pesar de esto, sentía miedo de contagiarlo. Así y todo, a los dos o tres días, él empezó también con los síntomas y cayó enfermo. Lo pasamos muy mal, porque al estar los dos infectados, tenía que venir mi madre a traernos la compra. Nos la dejaba en la puerta y teníamos que saludarla por la ventana para que no se preocupara y que viese que estábamos bien. No podíamos vernos ni a dos metros de distancia.

Después de dar negativo, ¿qué secuelas empezaste a sentir?

Di negativo justo al mes de la PCR positiva. A los pocos días, seguía con ese cansancio general y con dolores musculares y articulares. Luego todo se agravó a la semana de haber dado negativo, con dificultad para hablar, disartría, pérdida de fuerza en la mano derecha. También tuve problemas en la musculatura de la cara: lateralizaba la lengua y se me caía la saliva por la comisura derecha. Además, he perdido la habilidad de escritura. Ya no lo hago como una adulta, sino que escribo como cuando era una niña de diez años. Tengo perjudicada la comprensión lectora, me olvido de las cosas en la vida cotidiana, se me cae mucho el pelo, tengo erupciones cutáneas, he perdido coordinación, por ejemplo al levantarme tengo pérdida de equilibrio.

¿Tienes confirmación de que no están relacionadas con otros problemas de salud previos?

Sí. Se han descartado las patologías previas con distintas pruebas analíticas y de imagen, para

“Decidí hacer el vídeo con la idea de concienciar a la población de lo que significa padecer la COVID-19”

corroborar que no hubiera antecedentes que pudiesen estar asociados a los síntomas que presenté después de dar negativo en COVID-19.

¿Conoces más casos como el tuyo? ¿Qué otras secuelas se están dando en relación a la COVID-19?

Conozco más casos como el mío porque a través de las redes sociales he podido ver que hay personas que, al igual que yo, presentan lesiones inflamatorias en el cerebro como las mías. También conozco que está habiendo problemas como trombos, mareos, cansancio extremo, daños en la piel y en la vista, patologías de corazón, taquicardia, afecciones de pulmón, bronquitis, tos crónica. A día de hoy, los pacientes que están teniendo estos síntomas después de haber pasado la COVID-19, estamos buscando una salida. Actualmente, se está trabajando en la creación “Asociación COVID Persistente España”, organismo con el que se está intentando dar visibilidad a todos los trastornos de salud que estamos teniendo los pacientes como yo.

Has tenido mucha repercusión difundiendo tu caso en las redes sociales, lo que luego hizo que te llamaran para hacer entrevistas en diferentes medios. ¿Cómo has decidido hacer el vídeo donde cuentas tu caso?

Decidí hacer el vídeo con la idea de concienciar a la población de lo que significa padecer la COVID-19. Que fuera evidente que los jóvenes también lo sufríamos, con síntomas y secuelas muy importantes. Y la respuesta de la gente ha sido buena. La iniciativa ha tenido gran aceptación y repercusión.

¿Cuál es el mensaje a transmitir, especialmente en época de rebrotes?

El mensaje principal es que hay que protegerse y proteger a los demás con el buen uso de mascarilla, el lavado de manos y la distancia de seguridad. Así, nos cuidamos a nosotros mismos y al resto de la población. Y especialmente a los familiares más cercanos, con los que convivimos. Pueden ser niños, personas mayores con patologías o jóvenes que están sanos. Todos lo podemos padecer. Es muy importante que este mensaje llegue a todo el mundo, porque cada vez estamos viendo más rebrotes y la única manera de pararlo es cortando la cadena de contagios.

Tú estás padeciendo las secuelas y solo tienes 32 años. ¿Cuál es el papel de los jóvenes en este momento?

Tenemos que tomar conciencia de que los jóvenes somos los primeros propagadores del virus, debido a las relaciones sociales que tenemos por nuestra edad. Salimos de día y de noche, y somos los primeros en contagiar a todos los niveles. Tenemos que ser responsables, hacer todo para frenarlo.



Raquel Cansino.

Primeros pasos del grupo de trabajo Enfermería Escolar en la vuelta al cole más compleja

El Colegio de Enfermería de Málaga pone en marcha esta herramienta al servicio de la comunidad educativa coincidiendo con el regreso a las aulas



En una vuelta al cole llena de incógnitas por una pandemia que pone en jaque a toda la sociedad, el grupo de trabajo Enfermería Escolar se puso en marcha al servicio de la comunidad educativa. El regreso a las aulas se produjo, un año más, sin una asistencia sanitaria adecuada en los 600 centros escolares malagueños. Para analizar las consecuencias de esta realidad y tratar de paliar las deficiencias existentes, llega el citado grupo de trabajo que ejercerá de órgano asesor al Colegio de Enfermería de Málaga. Una vez constituido oficialmente, en septiembre se puso en marcha.

La reivindicación de implantar la figura de la enfermera escolar en los centros docentes (guarderías, escuelas ordinarias, escuelas de educación especial e institutos) se hace especialmente necesaria en el actual contexto de pandemia. "Si el respaldo sanitario en el entorno escolar siempre ha sido recomendable; en los tiempos actuales es imprescindible, sí o sí, para poder garantizar una vuelta segura a las aulas", afirma José Miguel Carrasco, presidente del Colegio de Enfermería de Málaga.

El debate sobre la necesidad de la enfermera escolar llegó al Parlamento Andaluz en 2017, gracias a las

reivindicaciones de diferentes asociaciones de enfermeras. Durante estos años, los distintos grupos políticos con representación parlamentaria han utilizado la

“Si el respaldo sanitario en el entorno escolar siempre ha sido recomendable; en los tiempos actuales es imprescindible”

reivindicación como arma arrojada, sin llegar a darle viabilidad nunca a ninguna propuesta. Al hilo de la llegada del coronavirus Covid-19, es necesario retomar el debate y buscar respuestas ágiles y contundentes. Los beneficios de contar con un profesional sanitario velando por la salud de escolares y docentes es una realidad que pondrá de manifiesto el grupo de trabajo Enfermería Escolar con datos cuantitativos, más allá de la situación actual de pandemia.

Al inicio de los meses estivales, el Colegio de Enfermería de Málaga aprobó la formación de este grupo de trabajo. Más de una treintena de

enfermeras concurrieron a la llamada para constituir este grupo, que finalmente integran Araceli Quintero López, María Luisa Pérez Rueda, Carmen María Chamorro Leiva, María Eugenia Fernández Cabrera y María Isabel Olucha Bermúdez; quedando como reservas Noemí Álvarez Bueno y Escarlata Godino Ríos.

Hasta que la implantación de la enfermera escolar sea una realidad, algo que depende de una respuesta política de la Junta de Andalucía, este grupo prestará atención a las AMPAS que requieran información y formación en materia sanitaria. Además de las necesidades derivadas de la pandemia, el grupo pretende ser un centro de referencia para educadores

Prestará atención a las AMPAS que requieran información y formación en materia sanitaria

y padres en temas de salud escolar y de cuidados de niños con necesidades especiales en colegios. El curso escolar está en marcha y esta nueva herramienta al servicio de la comunidad educativa de Málaga.

CINAHL Complete, disponible para los colegiados a un clic

Una prestigiosa base de datos diseñada para la Enfermería

Texto **Jorge Ortega**, Bibliotecario del Colegio Oficial de Enfermería de Málaga

La clave para el progreso y el reconocimiento de cualquier profesión se encuentra en dos pilares, que no se pueden entender el uno sin el otro: la investigación y la formación. De esta manera ha sabido entenderlo la Enfermería para lograr ser una disciplina científica de pleno derecho. Para avanzar en dicho estatus, es fundamental la disponibilidad de bases de datos especializadas que permitan acceder a la literatura científica publicada hasta la actualidad.

Desde el Colegio de Enfermería de Málaga creemos que efectivamente es así. Por ello, nuestros colegiados/as tienen acceso a la prestigiosa base de datos 'CINAHL Complete'.

¿Por qué hemos suscrito 'CINAHL Complete'? La respuesta es sencilla: es la base de datos de referencia en el campo de la Enfermería. Unos pocos datos nos dan idea de su magnitud:

- Más de 5400 revistas indexadas.
- Más de 6 millones de registros que datan desde 1937.
- Alrededor de 1350 publicaciones periódicas a texto completo
- Cubre 50 especialidades enfermeras.
- Además, tiene otros relevantes contenidos como más de 130 hojas de cuidados basados en pruebas, 170 módulos de formación continua, etc.
- Y da cobertura a publicaciones de otras Ciencias de la Salud como: Fisioterapia, Nutrición, Patología del habla y del lenguaje, Salud general y Medicina, etc.

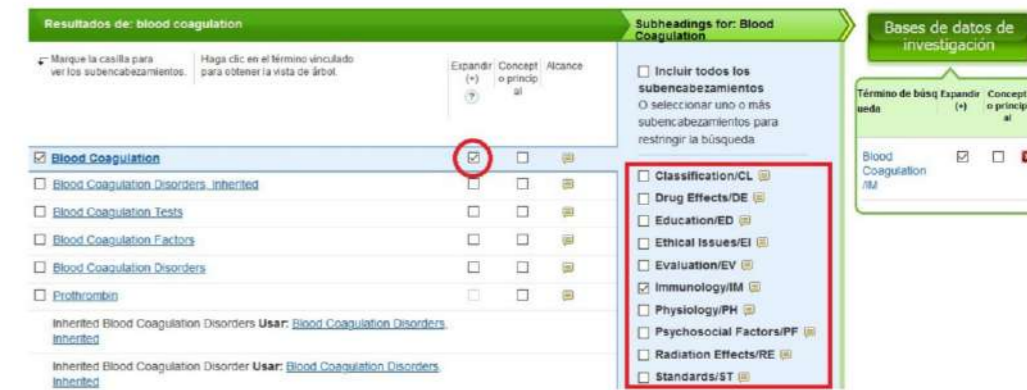
Más allá de estas impresionantes cifras, lo que distingue a CINAHL es que es una base de datos realmente diseñada para la Enfermería. Un ejemplo de ello son los Encabezamientos de Materia CINAHL, que son los descriptores MeSH adaptados a la especificidad de la Enfermería. Permite búsquedas más concretas por subencabezamientos.

Esto nos permite encontrar exactamente lo que queremos entre una enorme cantidad de resultados, desde el punto de vista que queremos. Realmente es de gran utilidad y posibilita sacar el máximo rendimiento a la base de datos.

Por supuesto, con CINAHL podemos acotar de manera sencilla nuestras búsquedas todo lo que necesitemos. Utilizando la búsqueda básica, para simplemente sondear los posibles resultados para una materia de investigación, usando lenguaje natural, tal y como hacemos en Google, por ejemplo.

artículos que contiene. Es posible saber rápidamente si está accesible el texto completo de una publicación concreta, navegar entre los diferentes números de la misma, etc.

Realmente, CINAHL nos ofrece un número casi infinito de posibilidades para encontrar artículos científicos e información en general sobre cualquier materia sobre la que necesitemos formarnos o investigar. Todas esas opciones que nos da CINAHL las iremos explorando en los próximos meses a través de vídeo tutoriales. Para que podáis sacar el máximo provecho a CINAHL.



O haciendo uso de la búsqueda avanzada, que dispone de los operadores booleanos (AND, OR, NOT) y nos permite buscar los términos que pongamos en un gran número de campos de los artículos: Título, Autor, Texto completo, Encabezamiento de materia, Abstract, Editor, ISSN, Autor corporativo, etc. Algo muy importante es que este tipo de búsqueda nos permite realizar búsquedas PICO.

Además dispone de un gran número de filtros de diversa naturaleza para poder afinar más aún: fecha de publicación, que el autor sea un experto en Enfermería, disponibilidad del texto completo, publicación revisada por pares, por idioma, por tipo de publicación, por grupos de edad (objeto del estudio), etc.

Por otro lado, podemos buscar una publicación concreta y explorar los

Para finalizar, solo nos queda recordaros que CINAHL Complete junto con el Servicio de Obtención de Documentos (SOD) os permiten acceder a todas las publicaciones científicas de Enfermería y Ciencias de la Salud.

Desde el Servicio de Biblioteca del Colegio, confiamos en que CINAHL Complete os sea de gran ayuda, tanto para vuestra labor investigadora como para vuestro trabajo cotidiano.





El Colegio de Enfermería premia a los mejores expedientes académicos en el curso 2019/2020

Por cuarto año consecutivo el Colegio de Enfermería de Málaga reconoce el esfuerzo y el mérito de quienes han obtenido la mejor nota académica en los estudios de grado de la Universidad de Málaga y su centro asociado, el Centro Universitario Virgen de la Paz en Ronda

Texto **Eme de Paz**, responsable de Prensa del Colegio Oficial de Enfermería de Málaga

La entrega de premios tuvo lugar en la sede de la entidad colegial y contó con la presencia de Dña Noelia Moreno, Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UMA, Dña. M^a Rosa Iglesias, Secretaria de la Institución, Dña Inés Smith, Directora del Centro Universitario Virgen de la Paz en Ronda, el Presidente del Colegio de Enfermería, D. José Miguel Carrasco, el Secretario de la entidad colegial D. Alfonso M^a García y diferentes miembros de la Junta de Gobierno del Colegio de Enfermería, además de los familiares de los alumnos premiados.

Inmaculada Berdún Barba (estudiante del centro adscrito a la UMA), Daniel Martín Cortazar y Alberto López Sánchez han sido los alumnos premiados gracias a contar con el mejor expediente en el curso académico 2019/2020, en la convocatoria de junio.

“Es un honor para el Colegio poder otorgar, desde hace 4 años, estos premios que demuestran el

compromiso de la institución con la excelencia y el esfuerzo de los estudiantes del grado de Enfermería. Pero quizás este año, lo entreguemos con especial admiración. No ha sido un año fácil, tampoco para los estudiantes, que han tenido que adaptarse rápidamente a esta enseñanza virtual acelerada, lo que sin duda ha supuesto un reto mayor” expresaba José Miguel Carrasco, presidente del Colegio.

Tras las palabras del presidente, los alumnos premiados procedieron a formular la promesa/juramento del Código Deontológico de la Enfermería, asumiendo las normas y valores de quienes llevan a cabo correctamente la profesión de la Enfermería. También recibieron la insignia del Colegio y la documentación que certifica su incorporación a la organización colegial. De igual forma se les hizo entrega de la certificación de premiados, consistente en la inscripción y la colegiación gratuita durante los próximos 4 años.

En sus discursos, los tres nuevos colegiados destacaron la labor humana de la profesión que ejercerán y la importancia de los cuidados y del contacto humano más allá de técnicas o procedimientos. Agradeciendo tanto a profesores

Estos premios demuestran el compromiso de la institución con la excelencia

como a sus familiares el esfuerzo puesto durante sus años de formación y “al Colegio, del que ya forman parte, por este reconocimiento” Palabras de Inmaculada Berdún, alumna egresada del centro adscrito de Ronda quien ha obtenido un 8,32 en la nota de expediente.

Por su parte Daniel Martín, 9,17 de expediente, ha querido poner en valor la formación recibida en la Facultad de

Enfermería de Málaga en la que, según expresaba, “hemos contado con los mejores medios, tanto técnicos como humanos, para poder aprender todo lo que nos hará desarrollarnos como buenos profesionales”.

Alberto López ha puesto el énfasis en el agradecimiento a sus familiares. “Gracias a vuestro apoyo he conseguido llegar hasta aquí” Alberto cuenta con la nota más alta, un 9,38.

Durante el acto también tuvo ocasión

de expresar su admiración a los tres premiados la directora del Centro Universitario Virgen de la Paz de Ronda, Dña. Inés Smith remarcando que son “los alumnos excelentes quiénes hacen brillar a los profesores”.

La recién nombrada Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UMA, Dña. Noelia Moreno también quiso agradecer el esfuerzo demostrado por estos “alumnos ejemplares que demuestran una entrega y dedicación, que les será

necesaria para ejercer la profesión que han elegido”.

Tras la clausura del acto, Dña. Noelia Moreno ha firmado el libro de Honor del Colegio de Enfermería de Málaga, reforzando la unión existente entre la entidad colegial y Universidad de Málaga, quienes se comprometieron a seguir trabajando de forma conjunta para alcanzar la excelencia y el reconocimiento que la profesión de la enfermería se merece.



“Gracias al equipo docente hoy podemos decir que somos enfermeros”

Con un 8,32 en el expediente, Inmaculada Berdún ha recibido el galardón otorgado por el Colegio a uno de los mejores expedientes de la provincia

Ante todo, enhorabuena por el premio y por el esfuerzo realizado durante toda la carrera, ¿Qué hizo que te decidieras por la enfermería? ¿Lo tenías claro desde siempre?

Siempre me llamó la atención el ámbito sanitario, por lo que tuve claro que quería estudiar algo de esa rama y cuando llegó el momento, elegí la enfermería porque es una profesión en la que mantienes contacto directo con los pacientes tanto físico como emocional, además de tener la posibilidad de ayudar a personas que lo necesitan cuando están en una situación que los desborda.

Ha sido un final de curso muy diferente debido a la pandemia provocada por el Covid-19. ¿Cómo has vivido estos últimos meses de estudio? ¿Te has adaptado bien a formación virtual?

Ha sido una situación de incertidumbre, ya que no sabíamos si volveríamos a realizar prácticas o tener clases teóricas, incluso no sabíamos si terminaríamos la carrera en junio, por lo que hubo mucha preocupación entre todos mis compañeros. A medida que fue

pasando el tiempo nos fueron aclarando cómo nos evaluarían, y han sido meses de muchos nervios, tanto por el Trabajo de Fin de Grado como por los últimos exámenes, pero gracias a la ayuda del personal docente que ha estado pendiente de nosotros, en todo momento, para que la formación virtual fuera la mejor posible, hoy podemos decir que ya somos enfermeros, aunque siempre nos quedará ese sabor agri dulce de que un día fuimos a las prácticas y a las clases sin saber que serían las últimas.

¿Qué destacarías de la carrera? ¿Ha cumplido las expectativas con las que entraste?

Es una carrera que te enseña a ponerte en el lugar de los demás, y en la que tienes que dar lo mejor de ti, aunque no conozcas a la persona con la que estás tratando.

Creo que cuando entré las expectativas que tenía eran tan simples como saber hacer las técnicas propias de la enfermería, pero como he dicho anteriormente te hace mejorar como persona, por lo que las expectativas las ha cumplido con creces.

Supongo que tendrás ganas de

poner en práctica todo lo aprendido durante estos años, ¿tienes claros tus planes futuros, o por lo menos los primeros pasos que darás?

El futuro en el que pensábamos hace cuatro años ya se ha convertido en presente, ya que estoy trabajando como enfermera actualmente, y ahora mismo los planes son seguir formándome haciendo másteres, expertos, cursos, etc.

Ahora que eres enfermera titulada. ¿Qué es lo que más valoras de tu profesión? ¿Qué destacarías de ella?

El contacto con las personas a las que tratas y como te agradecen el simple hecho de que los escuches cuando están pasando por un mal momento.

De cara a las futuras enfermeras y enfermeros ¿le harías alguna recomendación? ¿algún consejo?

Que aprovechen al máximo las prácticas. Tenemos la suerte de que en esta carrera disponemos de muchas horas, para que con ello salgan lo mejor preparados posible al mundo laboral.



“Me he dado cuenta de lo bonita que es la profesión y lo que te hace crecer como persona”

Hablamos con Alberto López uno de los alumnos galardonados por obtener uno de los mejores expedientes de la provincia

Ante todo, enhorabuena por el premio y por el esfuerzo realizado durante toda la carrera, ¿Qué hizo que te decidieras por la enfermería? ¿Lo tenías claro desde siempre?

Muchas gracias; la verdad es que no lo tuve claro, yo siempre supe que quería hacer una carrera de ciencias, hice el bachillerato de ciencias de la salud, pero lo cierto es que no me planteaba hacer enfermería porque nadie de mi familia es sanitario, y no había tenido contacto casi con la profesión. Sí que es verdad que siempre me había llamado mucho la atención el ámbito de la obstetricia, el embarazo y el parto, y finalmente fue esto lo que me llevó a elegir la enfermería: el objetivo de ser matrona.

Ha sido un final de curso muy diferente debido a la pandemia provocada por el Covid-19. ¿Cómo has vivido estos últimos meses de estudio? ¿Te has adaptado bien a formación virtual?

Estos últimos meses han sido complicados por el cambio brusco en la organización de los estudios, se cancelaron las prácticas, pasó a hacerse todo virtual y al principio fue difícil hacerse a esta nueva situación, pero al final pienso que todos nos hemos adaptado bien y que también hemos podido aprender de esto.

¿Qué destacarías de la carrera? ¿Ha cumplido las expectativas con las que entraste?

Entré con dudas. Yo tenía claro que quería ser matrona, pero no sabía si la enfermería realmente iba a ser lo mío o no. Una vez dentro, me di cuenta de lo bonita que es esta profesión y de lo que te hace crecer como persona. Me siento muy orgulloso de ser enfermero.

De la carrera destacaría sobre todo las prácticas, ya que es dónde más se aprende y dónde realmente te das cuenta del valor de la enfermería.

Supongo que tendrás ganas de poner en práctica todo lo aprendido durante estos años, ¿tienes claros tus planes futuros, o por lo menos los primeros pasos que darás?

Sí, ahora mismo tengo claro lo que quiero hacer, estoy preparándome el EIR para ser especialista de enfermería obstétrico-ginecológica. Por ahora prefiero centrarme en esto y si al final no sale pues empezaré a trabajar y seguiré formándome.

Ahora que eres enfermero titulado. ¿Qué es lo que más valoras de tu profesión? ¿Qué destacarías de ella?

Lo que más valoro de la enfermería es que es una profesión que cuida y acompaña a las personas desde antes de nacer hasta su muerte, en todas las etapas de su vida y en todos los ámbitos, el físico, el psicológico y el social.

De cara a las futuras enfermeras y enfermeros ¿le harías alguna

recomendación? ¿algún consejo?

Yo lo que les diría es que si están dudando en si hacer o no enfermería, que lo intenten, que prueben, y si finalmente no es lo suyo no pasa nada, pueden probar otra cosa, pero seguro que se llevan algo de aprendizaje. Para los que están realizando la carrera los que les diría es que aprovechen al máximo las prácticas e intenten aprender todo lo que puedan.

¿Hay algo que te gustaría destacar?

Si. Me gustaría añadir que desafortunadamente, aún es una profesión que está muy infravalorada, solo hay que ver las condiciones laborales de muchas enfermeras. Considero esencial que se fomenten los cuidados especializados, para poder ofrecer cuidados de calidad, que se creen más especialidades y también que se reconozcan las que ya existen creando bolsas específicas en todas las comunidades. Además de esto, también considero necesario crear nuevas figuras como por ejemplo la de la enfermera escolar, implantada ya en varios países de Europa pero aun no en nuestro país.

Todo esto ayudaría a mejorar la salud y el bienestar del paciente que creo que es lo que tiene que primar ante todo.



“Hemos avanzado en una herramienta pedagógica que seguro será un complemento muy útil en la formación futura”

Daniel Martín, galardonado con el premio a uno de los mejores expedientes del curso 2019/2020, resalta la calidad de la enseñanza en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga

Ante todo, enhorabuena por el premio y por el esfuerzo realizado durante toda la carrera, ¿Qué hizo que te decidieras por la enfermería? ¿Lo tenías claro desde siempre?

No, desde siempre no, de hecho mi profesión idealizada fue la carrera policial, algo bastante diferente. Sin embargo, la vida da muchas vueltas.

Llevo trabajando 15 años como Técnico de Emergencias Sanitarias en el SUAP de Torre del Mar, disfrutando enormemente de todo lo que hago.

Este trabajo, sumado a las inquietudes que remueven los viajes de cooperación, que realizo junto a unos amigos cada vez que tenemos oportunidad, despertaron mi ilusión por estudiar Enfermería y me dieron el empujón que me hacía falta.

Ha sido un final de curso muy diferente debido a la pandemia provocada por el Covid-19. ¿Cómo has vivido estos últimos meses de estudio? ¿Te has adaptado bien a formación virtual?

Todos estamos sufriendo de una forma u otra esta pandemia, en mi caso supuso un duro golpe el perder las rotaciones de prácticas en Cuidados Intensivos, Urgencias Hospitalarias y EPES, precisamente a lo que me quiero dedicar y las prácticas que llevaba esperando desde que inicié la carrera. Ello, sumado a la intensidad vivida en mi trabajo durante estos meses, ha provocado que no hayamos podido disfrutar de este final de carrera como esperábamos.

No obstante, nuestros profesores han realizado un trabajo digno de elogiar que ha conseguido amortiguar con creces la situación, con una

formación virtual muy conseguida, a la que creo que nos hemos adaptado perfectamente. Sin duda, hemos avanzado en una herramienta pedagógica que seguro será un complemento muy útil en la formación futura.

¿Qué destacarías de la carrera? ¿Ha cumplido las expectativas con las que entraste?

Incluso ha superado mis expectativas, sobre todo en lo que se refiere a la formación práctica. La apuesta de la Facultad de Ciencias de la Salud de Málaga por complementar la formación teórica con las simulaciones clínicas, aumenta enormemente la calidad de la formación recibida, ayudándonos a poner en práctica muchas competencias enfermeras que de otra forma sería difícil de conseguir. Es una suerte enorme poder contar con los distintos escenarios y una dotación tecnológica tan avanzada, para así poder realizar durante toda la carrera numerosas simulaciones clínicas adaptadas a infinidad de situaciones.

Supongo que tendrás ganas de poner en práctica todo lo aprendido durante estos años, ¿tienes claros tus planes futuros, o por lo menos los primeros pasos que darás?

Sí, tantas ganas e ilusión por hacerlo, como respeto por la responsabilidad que ello supone. Tengo claro que me sigue llamando el mundo de los Cuidados Críticos e Intensivos, así que ya estoy enfocando mi formación post grado y esfuerzo para poder ejercerlo. Por otro lado, quiero completar mi formación en medicina tropical para poder aportar un poco más en los viajes de cooperación que he comentado anteriormente.

Ahora que eres enfermero titulado. ¿Qué es lo que más valoras de tu profesión? ¿Qué destacarías de ella?

La labor humana que implica esta profesión. La razón de ser de la Enfermería son los cuidados, y esos cuidados implican un contacto humano más allá de simples técnicas o procedimientos. Formar parte de una manera u otra de la vida de los pacientes, ayudarles a superar situaciones difíciles de salud o acompañarles en otras más felices como el nacimiento de un hijo, hace que la responsabilidad sea tan grande como gratificante.

De cara a las futuras enfermeras y enfermeros ¿le harías alguna recomendación? ¿algún consejo?

Que disfruten tanto del camino como lo harán de la meta, que vivan con ilusión desde el primer hasta el último día de clases y prácticas, aprovechando al máximo la gran formación que recibimos. Que, sin dejarse llevar por la pereza o la desgana, busquen el trabajo en cada día de práctica, teniendo iniciativa y absorbiendo todo lo que puedan, para después poder dar lo mejor de ellas y ellos al ejercer esta gran profesión.

¿Quieres destacar alguna otra cosa?

Me gustaría aprovechar esta ocasión para dar las Gracias a todos aquellos que me han ayudado a hacer realidad esta gran ilusión. Sacrificando mucho tiempo juntos, ayudándome en mis quehaceres diarios, apoyándome y dándome ánimos, aportándome sus conocimientos... Gracias a mi pareja, familia, amigos y compañeros de trabajo, porque esto ha sido un trabajo de todos.

La dura realidad de las Enfermeras Gestoras de Casos: jornadas maratonianas, siete días a la semana y sin descanso

Protagonistas que han vivido en una guardia constante durante los meses más duros de la pandemia, narran su experiencia en primera persona

Texto **Eme de Paz**, responsable de Prensa del Colegio Oficial de Enfermería de Málaga

Han pasado dos meses desde que comenzamos la desescalada y dejamos atrás los más de 90 días en los que la Pandemia colapsó Centros Hospitalarios de toda España. "Pesábamos que tendríamos una tregua para regresar a casa y dejar de pensar en la COVID durante unas horas. Sin embargo, en este tiempo hemos vuelto a alcanzar niveles de contagios preocupantes" comenta Miguel Zaragoza, Vocal del Colegio y Enfermero Gestor de Casos en el Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce, siendo la población de Málaga, de nuevo, la más afectada de Andalucía con 139 personas ingresadas (datos del 31 de agosto) de los cuales 17 se encuentran ingresados en la UCI.

Este colectivo de Enfermeras trabajan desde 2007, tanto en Hospitales como en Atención primaria, con el objetivo de mejorar la atención de personas con cronicidad compleja, personas mayores o con discapacidad, personas que requieren cuidados al final de la vida y, por supuesto, a los cuidadores y familiares de todos ellos.

Las enfermeras gestoras de casos mantienen una vigilancia sobre los pacientes crónicos que son dados de alta de un hospital y que tienen riesgo de regresar en breve si no se aseguran los cuidados en domicilio o en las residencias, velando por el cumplimiento de los protocolos que en nuestro argot se conocen por Procesos o Vías Clínicas.

En ocasiones no son identificadas por la población como una enfermera con una práctica diferenciada al resto de las compañeras y sin embargo son una figura consolidada en los servicios sanitarios más avanzados y en Andalucía son referentes para el resto del territorio.

En tiempos de COVID han adquirido de manera sobrevenida un protagonismo inusual en los BOJA. Se les ha encargado la gestión de la crisis en las residencias Andaluzas y han sabido responder a los retos planteados en la primera oleada.

Sin embargo, la asunción de esos retos ha supuesto aumentar la accesibilidad de una manera extrema. "Durante los meses más duros las Enfermeras Gestoras de Casos, hemos estado en una guardia continua, disponibles y accesibles todos los días hasta que comenzamos a estabilizar la curva" explica Zaragoza.

"Hemos vuelto a alcanzar niveles de contagios preocupantes"

"Hemos vuelto a una sobrecarga de trabajo que nos recuerda a los inicios de la pandemia, en los hospitales, ya estamos en esta adelantada segunda ola" nos traslada María Lourdes Padilla, Vocal del Colegio y Enfermera Gestora de Casos en el Hospital Virgen de la Victoria.

La elevada incidencia en la población general, y el repunte de positivos de las últimas semanas, está tensionando los servicios sanitarios, además de poner en riesgo a las residencias de mayores pues hace más fácil la penetración del virus a través de salidas, visitas y cuidadores. Escenario que pone en una situación de nuevo crítica a las enfermeras de Casos.

El trabajo de estas enfermeras durante los meses en los que se ha contabilizado una mayor

hospitalización de pacientes afectados por la COVID 19, ha sido fundamental y se ha adaptado para proporcionar los cuidados integrales que precisan este tipo de pacientes, atendiendo a las medidas necesarias para garantizar el aislamiento en el domicilio familiar, la medicación para finalizar su recuperación, así como coordinar las consultas de seguimiento y vigilancia necesarias en cada domicilio por parte de atención primaria.

Durante estos meses las Enfermeras de Gestión de Casos de Atención Primaria, en Andalucía, han asumido el encargo añadido para el control de centros residenciales de personas mayores, de personas con discapacidad, de menores tutelados, de personas con dependencia y de personas con problemas de adicciones manteniendo un contacto tanto presencial como telefónico constante garantizando la atención y asesoramiento para el control de trabajadores y residentes, 7 días a la semana. "¿Cómo no atender el teléfono por la tarde cuando una Directora de una institución o un trabajador te llama después de tu jornada laboral?" Plantea Zaragoza.

"Durante los meses más duros, las Enfermeras Gestoras de Casos hemos estado en una guardia continua"

"Desde marzo hemos realizado un control exhaustivo coordinado con los profesionales de la Unidad de Residencias del Distrito Sanitario Málaga, realizando llamadas de

seguimiento y facilitando la accesibilidad de los responsables de los centros residenciales, en guardias continuas, que han supuesto un desgaste emocional para todos y todas las compañeras" asegura Miguel, quien ha puesto en valor a sus compañeros que lideran la Unidad de Residencias y Gestión de Casos (Juan Carlos Morilla y Magdalena Cuevas) por la gran labor realizada en unas condiciones realmente complicadas de trabajo.

Esta misma sensación nos traslada Lourdes quien confirma que "tras dejar de lado todo el esfuerzo realizado y las horas trabajadas en circunstancias de mucho estrés, hemos afrontado el verano sin que se hayan cubierto bajas, o vacaciones de las compañeras" por lo que la carga laboral no se ha visto reducida en ningún momento desde el pasado mes de marzo.

"En el hospital durante la pandemia se continúan realizando las intervenciones habituales con los pacientes de nuestra cartera de servicio, más la comunicación y coordinación propias de la gestión de casos en aquellos pacientes ingresados por la COVID" expresa Lourdes Padilla. Lo que ha supuesto jornadas muy intensas y sin descanso, convirtiéndose en una situación totalmente excepcional que sin embargo para ella "ha significado una experiencia totalmente extraña, muy difícil, pero totalmente gratificante desde el punto de vista personal y profesional" a través de la cual, los pacientes "manifiestan muchos temores, pero también un agradecimiento infinito a todos los profesionales que han participado en su atención".

En esta nueva fase de la pandemia, en la que los casos y hospitalizaciones aumentan a pasos agigantados, ambos se visualizan tanto a ellos como al resto de compañeros, mucho más preparados para afrontar el trabajo "Ya tenemos experiencia, contamos con más materiales que cuando comenzó la pandemia, con PCR para realizar tanto a trabajadores como a residentes y nos hemos formado en protocolos de aislamiento y sectorización de residencias", comenta Zaragoza quien también tiene palabras para Médicos Sin Fronteras "que han colaborado en

nuestra formación, así como al Servicio de Epidemiología del DSMG siempre presentes coordinando las acciones de salud Pública, a los compañeros del DCCU que se encargan de realizar las PCR a los residentes. Y a los profesionales de

"El colectivo se encuentra en alerta, a la espera de la evolución de la pandemia y reclamando de nuevo mayor contratación de enfermeras"

los centros de salud que apoyan en el seguimiento clínico de los afectados" Pese a la experiencia adquirida, Lourdes lamenta que no hemos

aprendido mucho como sociedad "viendo todas las imágenes que nos ha dejado este verano, con actuaciones realmente irresponsables".

Dejando atrás el mes de agosto y de lleno metidos en la vuelta al colegio, el colectivo se encuentra en alerta, a la espera de la evolución de la pandemia y reclamando de nuevo mayor contratación de enfermeras, para no volver a repetir la sobrecarga vivida meses atrás, y superar por fin las pésimas cifras que tiene la provincia de Málaga en referencia a la ratio enfermera/paciente.



Vuelta al cole segura: para nunca olvidar meter en la mochila de los escolares

La llamada nueva normalidad nos acompañará durante el presente curso escolar. Por ello, las medidas higiénico sanitarias para prevenir contagios deben ser parte de la rutina de todos, más allá del ámbito laboral. El colegio será uno de los escenarios donde es de vital importancia ganar la batalla si queremos vencer al Covid-19.

La incertidumbre marcó la vuelta a las aulas de miles de escolares. La lección sobre las medidas de prevención debe ser la primera tarea de este curso. En este sentido, la labor pedagógica es misión de todos, como parte de la sociedad; y en el caso de los padres, deben proveer a los más pequeños de un kit básico para reducir en lo posible el riesgo de infectarse del Covid-19. Algunos tips para hacer frente al coronavirus:

El elemento indispensable: la mascarilla

El catálogo de mascarillas crece por días, pero no todas son válidas para llevarlas a clase. Como sea, cualquier mascarilla debe ir bien ajustada a la cara, cubriendo los laterales, tapando la nariz y la barbilla. Como coincidirán muchos niños, será importante identificar cada mascarilla con una etiqueta adhesiva con el nombre del dueño. Mejor evitar coser las iniciales porque agujerear la tela puede alterar su eficacia. En el caso de las mascarillas quirúrgica, debe cumplir con la norma UNE-EN 14683:2019. Su validez es de cuatro horas como máximo, tras lo que habrá que desecharla dentro de una bolsa al contenedor gris destinado a restos. En el caso de las mascarillas higiénicas (las de tela), las únicas certificadas son las que indiquen que cumplen la normativa UNE 0065:2020, además del número máximo de lavados y cómo limpiar adecuadamente la mascarilla. Su validez también es de cuatro horas, después habrá que guardarla en una bolsa y lavarla.

Mascarilla de repuesto

Con independencia de la mascarilla, todas deben renovarse pasadas las cuatro horas de uso. Por ello, hay que llevar repuesto. Un buen momento para hacer el cambio es después de la comida. Los niños deben crear el hábito de lavarse las manos antes de quitarse y ponerse la mascarilla. Y siempre deben hacerlo por las gomas, nunca tocando la tela.

Gel o spray hidroalcohólico

Como no siempre será posible lavarse las manos con agua y jabón, es importante que los niños tengan su propio botecito o spray individual de gel hidroalcohólico. Debe contener más del 60% de alcohol para que sea efectivo y desinfectante, según la normativa de la OMS.

Bolsa de tela, de papel o un sobre

¿Dónde deben poner los niños las mascarillas a la hora de la merienda? ¿Y si cambian de mascarilla? Mientras convivamos con el Covid-19, tener a mano una bolsa de tela, de papel o un sobre puede ser de gran utilidad. Mejor evitar envases de plásticos para evitar restos de humedad. Los cuelgamascarillas no son recomendables. Tampoco guardarlas en los bolsillos sin ningún tipo de protección.

Pañuelos de papel desechables

Más allá del Covid-19, llegarán los constipados, las alergias o la necesidad puntual de tener que limpiarse la nariz o los ojos. Tener a mano pañuelos de papel desechables será de gran utilidad. Hay que recordarles a los niños la importancia de evitar llevarse las manos a la cara si no están recién lavadas.

Una riñonera etiquetada

Más allá de los libros de textos y el propio material escolar, ninguna mochila debe salir de casa este año sin este kit anti-coronavirus. Como son muchas pequeñas cosas y el niño no siempre lleva la mochila consigo, una riñonera puede ser de gran utilidad. Importante que esté etiquetada para que cada uno identifique la suya y no exista confusión en caso de pérdida.

Reformas para crear una sede accesible

El Colegio de Enfermería de Málaga elimina barreras arquitectónicas y mejora el espacio de atención presencial al colegiado

La sede del Colegio Oficial de Enfermería de Málaga ha adaptado la entrada principal y su recepción para las personas con limitaciones de movilidad. A principios de septiembre, se llevó a cabo una reforma para eliminar barreras arquitectónicas existentes. Del mismo modo, la obra sirvió para mejorar el espacio de atención presencial al colegiado.

Desde el 15 de septiembre está en marcha el horario de atención al público mañana y tar-de. Así, la sede atiende presencialmente de lunes a jueves, de 9.00 a 14.30 y de 17.00 a 19.00 horas; y los viernes de 9.00 a 15.00 horas. Los colegiados pueden realizar desde la web oficial todos los trámites de forma telemática.



SERVICIOS PARA COLEGIADOS

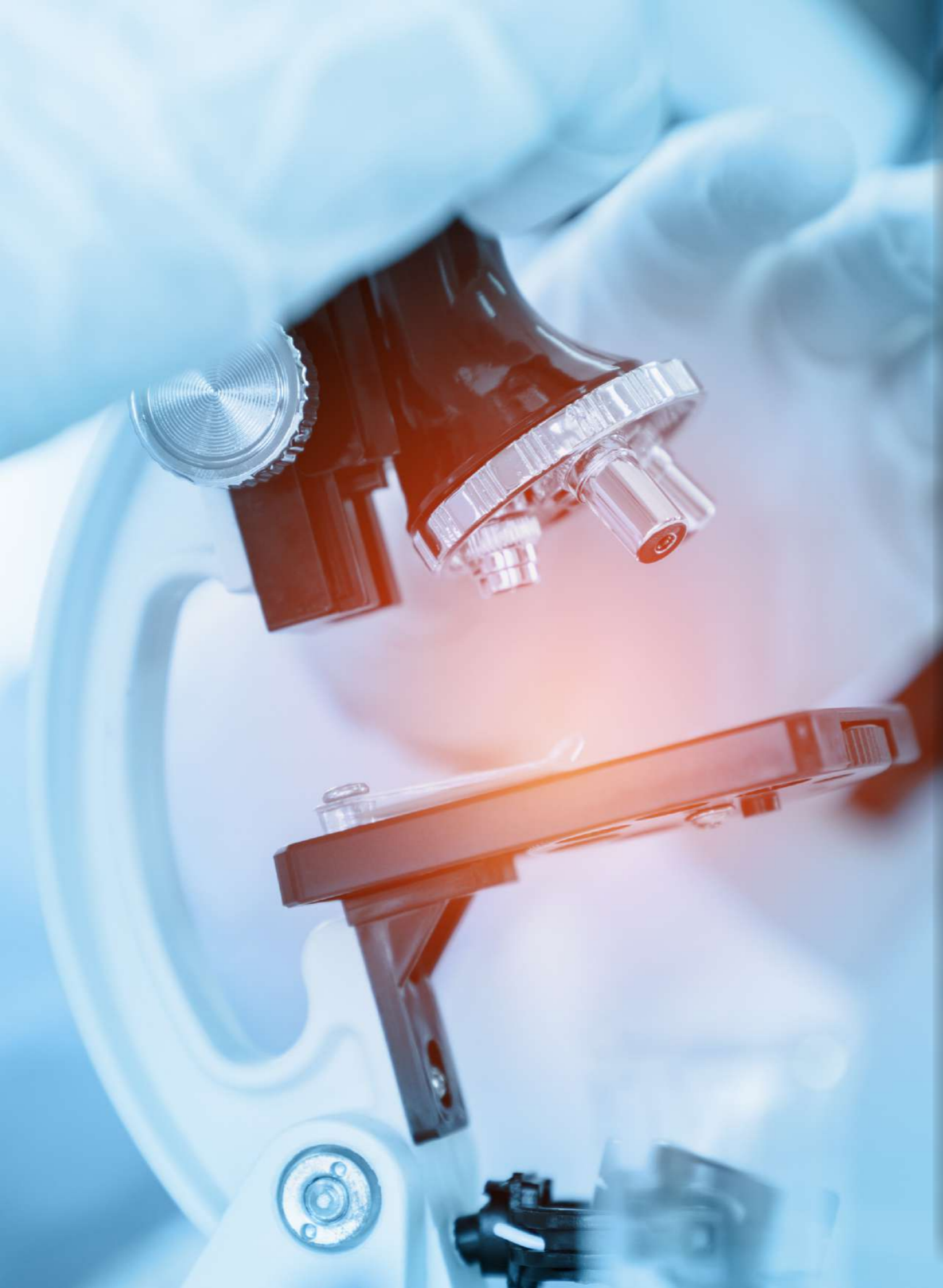
¿Conoces el servicio de Biblioteca que ofrece el Colegio a sus colegiados?

- Acceso a CINAHL Complete, base de datos referente en el ámbito de la Enfermería
- Difusión de las novedades a través de los canales de comunicación del Colegio
- Información y atención al usuario
- Servicio de Obtención de Documentos (SOD)
- Consulta y acceso a la información
- Adquisición de documentos
- Sala de Consulta y Estudio
- Ayuda a la investigación
- Formación de usuarios

BibliotecaTV
Colegio Oficial de Enfermería de Málaga

Canal Youtube de próxima inauguración donde ayudaremos e informaremos a los colegiados sobre temas de enfermería.





Investigación

La Revista Enfermería Cuidándote del Colegio de Enfermería de Málaga forma parte del restringido club del Catálogo Latindex. En ella publicamos los trabajos de investigación que los Colegiados nos hacen llegar a través de nuestra sede electrónica. Esta indexación supone para los colegiados una oportunidad tanto a nivel laboral como desde el punto de vista académico.

Control del Hipotiroidismo durante la gestación por la matrona, en atención primaria

Control of Hypothyroidism during pregnancy by midwife, in primary care

AUTORES:

Beatriz Mérida Yáñez

Doctora en Ciencias de la Salud. Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología.

Carolina del Mar Fernández López

Experta en Gestión de Seguridad del Paciente. Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología.

María del Carmen Millón Ramírez

Doctora en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

DECLARAN:

- Este trabajo es original y no ha sido previamente

publicado en otro medio o remitido simultáneamente a otra publicación

- Todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración y por tanto son autores materiales del mismo.
- Que no han existido conflictos de intereses en la gestación y elaboración del manuscrito y, sin financiación.
- Este manuscrito explica de manera honesta, exacta y transparente los resultados del estudio, no se han omitido aspectos importantes del mismo, y que cualquier discrepancia del estudio ha sido explicada.
- En caso, de ser publicado el artículo, transferimos todos los derechos de autor al editor, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales publicados en la revista.

Resumen

Introducción: El hipotiroidismo durante la gestación pone en compromiso el bienestar entre binomio materno fetal, está descrito un aumento de la morbimortalidad a lo largo de la gestación y a largo plazo en el recién nacido. Por ello, reviste gran importancia desde la primera consulta de la matrona, conocer la función tiroidea materna.

Objetivo: Identificar de forma precoz el hipotiroidismo en la consulta de la matrona de atención primaria.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, de acuerdo a 2 áreas temáticas (hipotiroidismo y gestación), combinando los descriptores DEC y operadores booleanos. La búsqueda se acotó a estudios de los últimos 5 años, con acceso al texto completo e idioma español o inglés.

Resultados: Se seleccionaron 17 artículos, de los cuales 8 tratan sobre las alteraciones de la función tiroidea y sus efectos en la gestación, 7 se centran en el estudio del hipotiroidismo, sus tipos y consecuencias en la gestación y 11 de ellos incluyen, además, las repercusiones de la disfunción tiroidea gestacional en la descendencia.

Conclusiones: Solicitar un cribado precoz en la primera consulta de la matrona, para conocer la disfunción hipotiroidea y tratarla cuanto antes, podría disminuir la morbimortalidad asociada entre el binomio materno fetal.

Palabras clave: hipotiroidismo, embarazo, matrona, atención primaria, aborto.

Abstract

Introduction: Hypothyroidism during pregnancy endangers the maternal-fetal wellness, increased morbidity and mortality has been described throughout gestation and in the long term in the newborn. Therefore, it has great importance from the first midwife consultation, know the maternal thyroid function.

Objective: To identify early hypothyroidism in the midwife consultation in primary care.

Methodology: A bibliographic review was carried out in different databases, according to 2 thematic areas (hypothyroidism and pregnancy), combining the DEC descriptors and Boolean operators. The search was limited to studies from the last 5 years, with access to full text and Spanish or English language.

Results: 17 articles were selected, 8 of which are about thyroid function alterations and their effects on pregnancy, 7 focus on the study of hypothyroidism, types and consequences on pregnancy, and 11 of them also include the repercussions of gestational thyroid dysfunction in offspring.

Conclusions: Request an early screening, in the midwife's first consultation, to know the hypothyroid dysfunction and treat it as soon as possible, could decrease the associated morbidity and mortality in the maternal fetal set.

Key words: hypothyroidism, pregnancy, midwife, primary care, abortion.

Introducción

Las hormonas tiroideas son determinantes para el correcto desarrollo mental y funcionamiento adecuado del organismo del niño y para la actividad metabólica del adulto. Existen dos tipos de hormonas tiroideas: la triyodotironina (T3), biológicamente activa, y la tiroxina (T4) que se considera reservorio o prohormona (Ochoa Ruiz, 2016), y para la síntesis de estas hormonas es indispensable un oligoelemento llamado yodo, el cual se obtiene a través de los alimentos ingeridos en forma de yoduro.

La secreción de estas hormonas tiroideas por la glándula tiroidea se regula por la adenohipófisis mediante la tirotrópina (TSH) u hormona estimulante del tiroides. A su vez, la secreción de TSH por la hipófisis está controlada por una hormona hipotalámica, la hormona liberadora de tirotrópina (TRH). Se trata de un sistema de retroalimentación negativa hipotálamo – hipofisaria – tiroidea (cuando desciende la concentración de T4 en sangre, aumenta TSH y viceversa, el aumento de T4 sérica, inhibe la liberación de TSH).

La principal función de la glándula tiroidea consiste en sintetizar hormonas tiroideas (tiroxina o T4 y triyodotironina o T3). El proceso de síntesis comienza con la captación de yoduros y, al combinarlos con tirosina, sintetizar las hormonas tiroideas, almacenarlas y liberarlas al torrente sanguíneo cuando sea necesario.

Una producción de hormonas tiroideas insuficiente da lugar al hipotiroidismo, que puede ser clínico o evidente, cuando existe una elevación de la TSH y una disminución de la T4 y T3; o subclínico, cuando la elevación de la TSH coexiste con niveles de T4 y T3 dentro de parámetros normales.

Este déficit de hormonas tiroideas puede ser de origen primario, por defectos de la glándula tiroidea; secundario, por funcionamiento inadecuado de la hipófisis; o terciario, por fallo del hipotálamo. El hipotiroidismo primario, por hipofunción tiroidea, puede ser de origen autoinmune si el defecto de la síntesis hormonal está mediada por

anticuerpos anti-peroxidasa tiroidea (Ac-TPOs).

El origen autoinmune del hipotiroidismo en España, por la presencia de Ac anti-TPOs, tiene una prevalencia de 7'5% en la población general, siendo mayor en las mujeres (10'8% frente a un 4'1% en varones) y mucho mayor también entre los casos de hipotiroidismo subclínico. (Donnay Candil et al., 2018).

Existe otra situación clínica en la que los niveles de T4 están por debajo del límite de la normalidad pero con niveles de TSH normales. Se trata de la hipotiroxinemia aislada, fenómeno de etiología incierta observado con

Hipotiroidismo clínico	TSH elevada	T4 disminuida
Hipotiroidismo subclínico	TSH elevada	T4 normal
Hipotiroxinemia	TSH normal	T4 disminuida

Tabla 1. Tipos de hipotiroidismo. Fuente: elaboración propia.

frecuencia en áreas endémicas de deficiencia de yodo. (Jiménez Alvarado, 2018) (Ibáñez Toda and Marcos Salas, 2017).

Durante el embarazo se producen cambios fisiológicos que pueden influir en el metabolismo de las hormonas tiroideas. El hipotiroidismo es el trastorno endocrino más frecuente en el embarazo, después de la diabetes gestacional, afectando a entre un 1 y 1.5% de mujeres y entre un 5 y un 8% en el caso de hipotiroidismo subclínico^(1,3,4,5).

La modificación de los niveles de hormonas tiroideas en la gestación se debe principalmente a dos factores: La gonadotropina coriónica humana (HCG), hormona propia de la gestación, es de estructura similar a la TSH por lo que se une a sus mismos receptores estimulando así la secreción de T4 y T3. El aumento de los niveles de T4 y T3, producen en consecuencia una disminución de la TSH circulante, especialmente en el primer trimestre de embarazo que es cuando los niveles de HCG son más altos (Santiago Fernández et al., 2015; Anton Izquierdo, 2016; Alexander et al., 2017; Ibáñez Toda and Marcos Salas, 2017; Vinagre et

al., 2017; Donnay Candil et al., 2018). Por otro lado, en el embarazo se produce un aumento de la demanda del yodo necesario para la síntesis de las hormonas tiroideas de hasta un 50% más, debido al aumento del metabolismo basal, del volumen sanguíneo y del filtrado glomerular por el riñón que conlleva a una mayor eliminación de yodo. (Santiago Fernández et al., 2015; Anton Izquierdo, 2016; Ayala-Yáñez, Velasco-Sordo and Alfaro-Alfaro, 2016; Nuñez Delgado, 2016; Pérez Naranjo, 2016; Donnay Candil et al., 2018).

En la gestación existe también una demanda aumentada de yodo y de T4

dado su paso a través de la placenta para cubrir los requerimientos fetales. La glándula tiroidea del feto es el primer órgano endocrino en formarse (5-6 semanas de gestación) pero no comienza a funcionar hasta las 10-12 semanas y no será capaz de producir hormona tiroidea hasta la semana 20; momento hasta el cual el feto depende completamente de las hormonas tiroideas maternas. (Anton Izquierdo, 2016; Nuñez Delgado, 2016; Pérez Naranjo, 2016; Alexander et al., 2017; Donnay Candil et al., 2018; Donnay et al., 2020).

Sin embargo, durante el segundo y tercer trimestre de gestación, aun siendo funcional la glándula tiroidea fetal, el adecuado funcionamiento del tiroides materno sigue siendo relevante ya que la tiroxina materna contribuye a un 30% de la tiroxina del feto a término (Vinagre et al., 2017). Además, los requerimientos de yodo para la producción de las hormonas tiroideas siguen dependiendo del aporte materno de yodo durante toda la gestación. (Nuñez Delgado, 2016; Alexander et al., 2017; Donnay Candil et al., 2018).

El hipotiroidismo no tratado, o tratado de forma incorrecta, conlleva efectos

adversos variados y que pueden aparecer en cualquier momento a lo largo del embarazo, en el post parto e incluso puede tener consecuencias a corto y largo plazo en el recién nacido.

En la gestante puede aparecer anemia, dolor muscular, debilidad, insuficiencia cardiaca, etc. y puede afectar también a la buena evolución de la gestación aumentando el riesgo de abortos espontáneos, preeclampsia, hipertensión gestacional, desprendimiento de placenta, hemorragia posparto y parto pretérmino entre otros en la gestación, así como hipogalactia durante la lactancia. (Temboury Molina, 2014; Santiago Fernández et al., 2015; Spencer et al., 2015; Anton Izquierdo, 2016; Nuñez Delgado, 2016; Pérez Naranjo, 2016; Alexander et al., 2017; Ibáñez Toda and Marcos Salas, 2017; Donnay Candil et al., 2018; Jiménez Alvarado, 2018).

En el recién nacido, el hipotiroidismo durante la gestación se ha asociado a bajo peso al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, retraso en el desarrollo o deficiencia intelectual. (Temboury Molina, 2014; Spencer et al., 2015; Anton Izquierdo, 2016; Nuñez Delgado, 2016; Pérez Naranjo, 2016; Alexander et al., 2017; Ibáñez Toda and Marcos Salas, 2017; Donnay Candil et al., 2018; Thompson et al., 2018; Beharier et al., 2020).

Control de la función tiroidea desde atención primaria

En nuestra comunidad Andaluza, el proceso asistencial de gestación (PAI 2014), la primera visita de la gestante, aconseja realizarla, antes de la semana 8 de gestación, por la matrona.

En esta consulta la matrona es la encargada de elaborar una anamnesis profunda para identificar posibles factores de riesgo asociados que pueden influir en la morbimortalidad del binomio materno-fetal. A su vez, es la que solicita la primera analítica, en la que se valoran parámetros ampliamente consensuados como serología, hemograma y cultivo de orina. En esta analítica se incluye hormonas como la gonadotropina coriónica humana

(HCG) y la proteína A que, junto con la valoración ecográfica del feto y parámetros maternos, determinarán el riesgo asociado para trisomías más prevalentes en la especie humana, como los síndromes de Down, de Patau y de Edward, durante la semana 11+1 y 13+2 (según PAI 2014). Por ello, esta analítica según proceso asistencial, citado anteriormente, se aconseja realizarla entre la semana 9 y 10 de gestación, para poder realizar de forma óptima el primer screening.

En esta primera analítica también se puede incluir la prueba de O'Sullivan, que consiste en administrar una sobrecarga de 50gr de hidratos de carbono y valorar, una hora después de su ingesta, la glucosa en sangre. Se realiza para determinar la población que tiene riesgo de desarrollar, bien una intolerancia a los hidratos de carbono, bien una diabetes gestacional. En este caso se determinará con una sobrecarga oral de glucosa de 100 gr. Este screening, está ampliamente consensuado y descrito en el PAI. (Aceituno Velasco et al., 2014).

Además, en esta primera analítica, se puede incluir una determinación de la hormona TSH, sin embargo, esta determinación, no está ampliamente consensuada, ni su seguimiento posterior a lo largo de la gestación, originando controversias entre los profesionales que están implicados en el seguimiento de la gestación. (Belmonte Páez, 2009; Temboury Molina, 2014; Santiago Fernández et al., 2015; Spencer et al., 2015; Alexander et al., 2017; Donnay Candil et al., 2018).

Estas controversias están originadas por una ausencia de consenso entre investigadores debido a la falta de estudios bien diseñados asociados con curvas de TSH, T4, T3 y TPO (anticuerpos) adecuadas a la gestación y a cada población.

Tenemos una definición de límite superior de normalidad para TSH en la gestación en 2,5 mUI/l para el primer trimestre y 3 o 3'5 mUI/l para el segundo y tercero, según la literatura. (Belmonte Páez, 2009; Temboury Molina, 2014; Santiago Fernández et al., 2015; Anton Izquierdo, 2016; Ayala-Yáñez, Velasco-Sordo and

Alfaro-Alfaro, 2016; Nuñez Delgado, 2016; Pérez Naranjo, 2016; Alexander et al., 2017; Donnay Candil et al., 2018; Thompson et al., 2018; Taylor and Lazarus, 2019).

La asociación americana de tiroides (ATA) 2017 sitúa el rango de normalidad de TSH para todos los trimestres entre 2,5 – 3,49 mUI/L y la recomendación de tratamiento depende de la presencia, o no, de anticuerpos antitiroideos. (Alexander et al., 2017; Rotondi et al., 2018).

En este documento, la ATA define el hipotiroidismo clínico en el 1º trimestre como TSH >10 (independientemente del valor de T4L) T4L normal o baja, o bien, TSH entre 3,49 – 10 con T4L baja: en ambos casos, se debe iniciar lo más precozmente el tratamiento con levotiroxina.

Respecto al Hipotiroidismo subclínico se recomienda tratamiento con LT4 cuando:

- TSH> 3,49 mUI/L con anticuerpos antitiroideos positivos
- TSH> 10.0 mUI/L aunque los anticuerpos antitiroideos sean negativos

Y debe de ser considerado el tratamiento en caso de:

- TSH: 2,5-3,49 mUI/L y anticuerpos antitiroideos positivos
- TSH: 3,49 – 10 mUI/L aunque los anticuerpos antitiroideos sean negativos.

No se recomienda el tratamiento con levotiroxina cuando los anticuerpos antitiroideos son negativos y TSH está dentro de los rangos de normalidad descritos, siendo el límite superior de TSH: 3,49 mUI/L. (Alexander et al., 2017; Rotondi et al., 2018).

Otros estudios de grandes cohortes, han puesto de manifiesto la existencia de grandes diferencias poblacionales en el límite superior del rango de referencia de TSH en mujeres gestantes, lo que implica la necesidad de utilizar valores de referencia (VR) de TSH de la población local cuando sea posible (teniendo en cuenta el método utilizado y el trimestre gestacional, así como la ausencia de enfermedad tiroidea) (Temboury Molina, 2014; Alexander et al., 2017; Donnay Candil

et al., 2018; Taylor and Lazarus, 2019).

Objetivo

General

- Ayudar a diagnosticar de forma efectiva el hipotiroidismo durante el proceso asistencial de gestación, en atención primaria, para disminuir la morbimortalidad en el binomio materno-fetal.

Específicos

- Conocer cómo debería ser el seguimiento de la función tiroidea durante la gestación en atención primaria por parte de la matrona.
- Identificar signos y síntomas del hipotiroidismo en el tercer trimestre de gestación.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Medline, Cochrane Library, Ebscohost y Scielo.

Para acotar la búsqueda se establecieron los siguientes criterios de inclusión: estudios que estuvieran publicados en los últimos 5 años, con acceso al texto completo e idioma español o inglés. También realizamos una búsqueda intencionada de guías, estrategias, protocolos y leyes en las páginas oficiales del Sistema Nacional de Salud, Servicio Andaluz de Salud y páginas web de hospitales españoles; con el objetivo de aumentar los conocimientos acerca del procedimiento en cuestión.

Se realizó la búsqueda de acuerdo a 2 áreas temáticas (hipotiroidismo y gestación), combinando los descriptores DEC y operadores booleanos. Una vez obtenidos los artículos, se procedió a realizar una lectura de títulos y resúmenes, a partir de la cual llevamos a cabo la selección teniendo en cuenta los criterios de inclusión. Fueron seleccionados 32 artículos. Posteriormente se realizó una lectura del texto completo descartando un total de 15 por no adecuarse al tema de nuestro estudio, a pesar de haber

cumplido con los criterios de inclusión en un primer momento.

Resultados

Se seleccionaron 17 artículos para su estudio, de los cuales 8 tratan sobre las alteraciones de la función tiroidea y sus efectos en la gestación, 7 se centran en el estudio del hipotiroidismo, sus tipos y

consecuencias en la gestación y 11 de ellos incluyen, además, las repercusiones de la disfunción tiroidea gestacional en la descendencia.

Primer autor y año	Objetivo
Aceituno Velasco L. 2014	Conjunto de actuaciones consensuadas y basadas en la evidencia realizadas por el equipo multidisciplinar, dirigidas a la atención integral de la mujer en el embarazo, parto y puerperio.
Alexander E. 2017	Guía americana dedicada al avance, la comprensión, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos tiroideos en el embarazo y post parto.
Antón Izquierdo V. 2016	Describe las características específicas del hipotiroidismo en gestantes, diagnóstico y tratamiento.
Ayala Yáñez R. 2016	Determina las principales alteraciones en la gestación y desarrollo fetal, generadas por el hipotiroidismo materno, y su prevención con el diagnóstico oportuno.
Beharier O. 2020	Asociación entre el hipotiroidismo materno durante el embarazo y el aumento de morbilidad infecciosa infantil.
Belmonte Paez S. 2009	Características, prevalencia, cribado y tratamiento del hipotiroidismo subclínico en la gestación y su relación con la suplementación con yoduro potásico.
Donnay S. 2020	Diagnóstico, tratamiento y manejo del hipotiroidismo gestacional
Donnay Candil S. 2018	Actualización sobre el diagnóstico, tratamiento y manejo de las diferentes disfunciones tiroideas; influencia del metabolismo del yodo, enfermedad tiroidea durante la gestación y situaciones de disfunción tiroidea secundarias a fármacos.
Ibáñez Toda L. 2017	Actualización en diagnóstico diferencial y tratamiento de las distintas disfunciones tiroideas en la gestación.
Jiménez Alvarado A. 2018	Efectos y tratamiento del hipotiroidismo clínico, subclínico e hipotiroxinemia aislada en el embarazo
Núñez Delgado N. 2016	Hipotiroidismo en el embarazo en diferentes apartados: epidemiología, causas, cambios fisiológicos y manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento.
Pérez Naranjo S. 2016	Estudia las modificaciones morfológicas del tiroides, estado nutricional del yodo y anticuerpos antiperoxidasa en la gestación.
Santiago Fernández P. 2015	Modificaciones de la función tiroidea durante la gestación, y recomendaciones sobre el cribado universal de disfunción tiroidea, diagnóstico y tratamiento.
Spencer L. 2015	Evalúa diferentes métodos de cribado y tratamiento posterior para la disfunción tiroidea antes y durante el embarazo sobre los resultados maternos e infantiles.
Temboury M. 2014	Recomendaciones de cribado universal y tratamiento precoz del hipotiroidismo subclínico o clínico, controles periódicos y suplementos de yodo.
Thompson W. 2018	Asociación entre el hipotiroidismo subclínico y la hipotiroxinemia en el embarazo y deficiencias intelectuales en la descendencia.
Vinagre I. 2017	Protocolo de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones tiroideas en la gestación.

Tabla 2. Información de artículos utilizados. Fuente: elaboración propia.

Discusión

Para ayudar al diagnóstico de una posible patología hipotiroidea por la matrona, en la primera consulta de gestación, pensamos que debe hacerse una buena anamnesis, para identificar riesgos asociados que a largo de la gestación puedan hacer debutar una patología hipotiroidea. Anexo 1.

Pensamos que para que haya un control efectivo de la función tiroidea, y, por ende, para que pueda hacer un adecuado desarrollo fetal en el caso de una patología tiroidea subyacente no identificada, debe de hacerse un control hormonal de la función tiroidea a la mujer, en la consulta preconcepcional.

Galiano and de Dios Berlanga, no date; Atrash, Jack and Johnson, 2008; Roviralta Puente et al., 2013).

Por ello pensamos que, dado la gran diversidad de escenarios posibles que se pueden presentar en la primera consulta del proceso asistencial de embarazo, la matrona debería de solicitar un primer screening de la función tiroidea, entre la semana 7 y 8 de gestación. Y, tras la extracción de la muestra de sangre, derivarla a su médico de familia para valorar la función tiroidea, de acuerdo a un consenso previo del área o distrito al que pertenezca y del laboratorio de referencia. Pensamos que el cribado de la disfunción tiroidea debe de realizarse en esta semana de gestación apoyadas en la evidencia de estudios que refieren que el

produce el desarrollo neural fetal y se puede evitar un posible aborto (morbilidad materna en el primer trimestre asociada a la disfunción).

Y porque entre las semanas 8 y 10 de gestación se alcanzan los valores máximos de HCG y mínimos de TSH (Glinoe, 1997) Y nunca antes de la semana 7 de gestación, pues entre las semanas 4-6 los valores de TSH son similares a las no gestantes (Li et al., 2014).

Es importante señalar que cada laboratorio tenga sus propios valores de referencia para la población gestante. Para que los médicos que atienden el embarazo inicien el tratamiento del hipotiroidismo clínico entre la semana 9 y 10. Para así, evitar el daño que conlleva el retraso en el

disminución de la morbilidad en el binomio materno fetal (Anton Izquierdo, 2016; Donnay Candil et al., 2018; Thompson et al., 2018). Dando a lugar, embriológicamente hablando, a un posible mal desarrollo neuronal fetal y posible aborto. El hipotiroidismo durante el embarazo se ha vinculado con pérdidas gestacionales, pre-eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, bajo peso al nacer, prematuridad y óbito fetal (Belmonte Páez, 2009).

En el seguimiento del control de la función tiroidea a lo largo de la gestación, la asociación americana del tiroides 2017 aconseja la monitorización de TSH en casos donde en la primera analítica la TSH haya tenido valores de > 3.49 con anticuerpos antitiroideos negativos. Aconseja la monitorización en la semana 16 y 24 semanas de gestación, por lo que la matrona deberá incluir en la solicitud de la analítica del segundo trimestre, el estudio de la TSH. Y en mujeres con un riesgo alto de desarrollar hipotiroidismo durante el embarazo (aquellas con anticuerpos TPO positivos, tratamiento post-radioyodo post-hemitiroidectomía, antecedentes de exposición en la infancia a altas dosis de irradiación en la cabeza o cuello) se tendrá que reevaluar la TSH durante la gestación, cada 4 o 6 semanas hasta la mitad del embarazo y al menos una vez cerca de la semana 30. (Alexander et al., 2017).

Algoritmo de actuación durante el seguimiento de la gestación en atención primaria, según lo referido anteriormente.

Por otra parte, reconocer los signos y síntomas de una alteración de la función tiroidea resulta fundamental en el embarazo ya que muchos de estos signos y síntomas pueden confundirse con los propios de la gestación: cansancio, aumento de peso, etc., Esta interpretación resulta peligrosa, en el primer trimestre especialmente, ya que las consecuencias para el feto son mucho más dañinas en el inicio que en el final de la gestación, por la afectación del neurodesarrollo fetal.

Entre las manifestaciones de la hipofunción tiroidea, encontramos

más relevante conocer aquellas asociadas a la disminución del metabolismo basal, por su similitud con las afecciones propias del estado gestación, como son la fatiga, aumento de peso, disminución de la tolerancia al ejercicio físico o estreñimiento. También podemos encontrar, como manifestaciones de la alteración de la función del tiroides, edemas en miembros inferiores y manos, calambres y parestesias, somnolencia e incluso disminución de la memoria o de la capacidad de concentración (Belmonte Páez, 2009; Anton Izquierdo, 2016; Nuñez Delgado, 2016; Vinagre et al., 2017; Donnay Candil et al., 2018).

Debido a la similitud entre la sintomatología propia de la gestación y las manifestaciones del hipotiroidismo, es difícil establecer el diagnóstico a partir exclusivamente de observaciones clínicas (Belmonte Páez, 2009; Anton Izquierdo, 2016). Por ello consideramos fundamental que los profesionales que realizan el seguimiento del embarazo conozcan dichas formas de manifestación de la hipofunción tiroidea para identificarlas y, teniendo en cuenta los antecedentes y factores de riesgo de cada gestante y que los síntomas pudieran deberse a un hipotiroidismo, llevar a cabo un adecuado estudio de la función tiroidea y su seguimiento a lo largo de la gestación.

Conclusiones

- 1.- Solicitar un cribado precoz donde se incluya TSH, con unos rangos adecuados a las gestantes, así como anticuerpos antitiroideos, para conocer la función tiroidea en la primera consulta de la matrona del proceso asistencial de gestación. Para posteriormente, de forma precoz, ser corregida, podría suponer una mejora del desarrollo fetal y una disminución de la morbilidad entre binomio materno fetal.
- 2.- La matrona tiene que tener presente, en cada solicitud de analítica, el seguimiento individual de la función tiroidea de la gestante.
- 3.- La matrona debe conocer los signos y síntomas del hipotiroidismo para realizar un cribado y seguimiento adecuado de la función tiroidea,

especialmente en el inicio de la gestación y más adelante, en el tercer trimestre de gestación cuando las manifestaciones del hipotiroidismo similares con las propias de la gestación.

ANEXO I

Documento de consenso de la sociedad andaluza de endocrinología y nutrición (SAEN). Marzo 2013.

Cribado de la disfunción tiroidea (TSH) en el embarazo (ATA 2017) Factores de riesgo a tener en cuenta.

- Historia previa o actual de hipotiroidismo/hipertiroidismo
- Síntomas / signos de disfunción tiroidea
- Anticuerpos tiroideos positivos o presencia de bocio
- Antecedentes de radiación en cabeza o cuello o cirugía tiroidea previa
- Edad >30 años
- Diabetes Mellitus tipo I u otros trastornos autoinmunes
- Antecedentes de pérdida del embarazo, parto prematuro o infertilidad
- Embarazos previos múltiples >2.
- Antecedentes familiares de enfermedad tiroidea autoinmune o disfunción tiroidea.
- Obesidad mórbida (IMC >40 kg/m²)
- Uso de amiodarona o litio, o administración reciente de contraste radiológico yodado.
- Residir en un área conocida con insuficiencia en yodo moderada o severa.

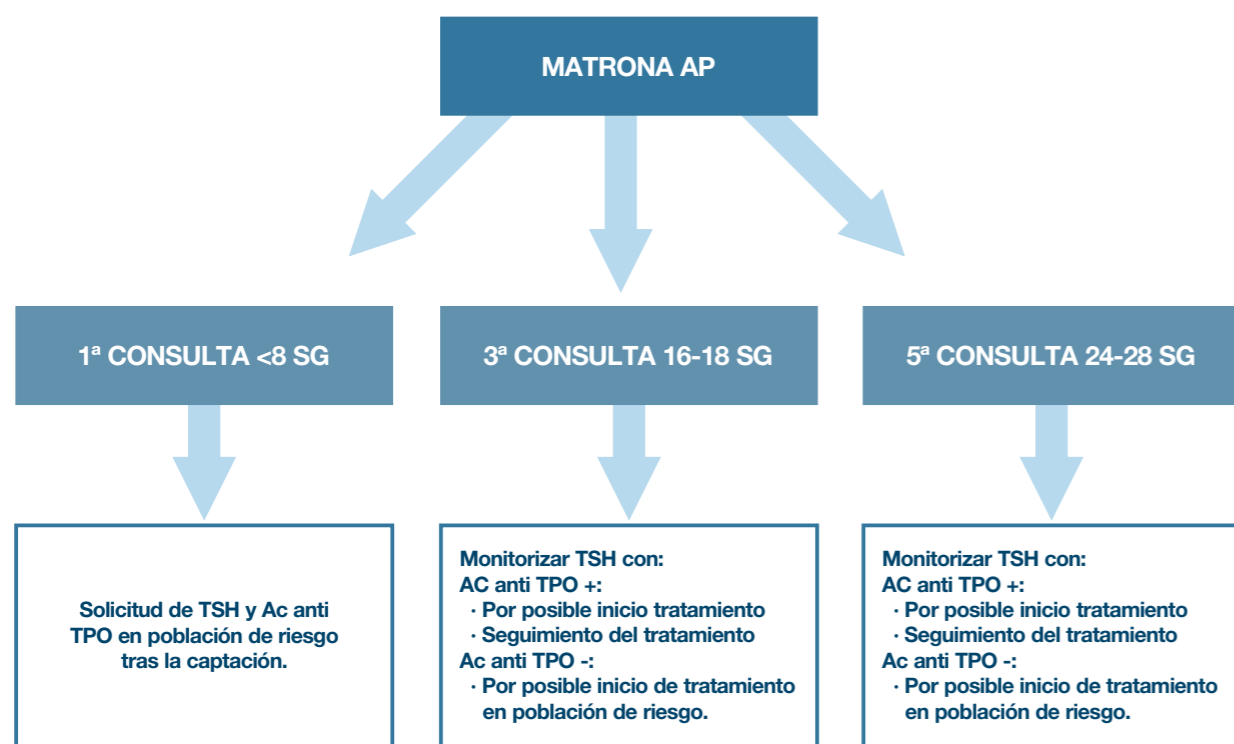


Figura 1. Algoritmo de actuación

Esta consulta no es demandada ya que socialmente no está identificada con la relevancia que tiene iniciar la gestación en óptimas condiciones en caso de gestaciones planificadas. Y, además, porque por otras cuestiones de origen biológico, social o cultural, la mujer no planifica su gestación, no dándole lugar a realizar dicha consulta. (Bru Martín, Martínez

cribado de la función tiroidea debe de valorarse y tratarse, de ser necesario, antes de la semana 10 (Belmonte Páez, 2009; Tembory Molina, 2014; 2017; Thompson et al., 2018; Donnay et al., 2020), ya que, a partir de esta semana de gestación, el feto depende completamente de la adecuada función tiroidea materna. Justo cuando embriológicamente se

inicia el tratamiento.

Se estima que se inicia el tratamiento en torno a las 13³ semanas de gestación, por lo que la demora es de 2⁸ semanas entre el diagnóstico y el tratamiento. En esta etapa es tarde para tratar el hipotiroidismo, ya que hay estudios que demuestran que no acontece una mejora en la

Bibliografía:

- Aceituno Velasco, L. et al. (2014) 'Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto Y Puerperio'. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Available at: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956fa966b_embarazo_parto_puerperio_septiembre_2014.pdf (Accessed: 24 April 2020).
- Alexander, E. K. et al. (2017) '2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum', *Thyroid*, 27(3), pp. 315–389. doi: 10.1089/thy.2016.0457.
- Anton Izquierdo, V. (2016) hipotiroidismo en la gestación. Revisión bibliográfica. Trabajo Fin de Grado. Universidad de Valladolid.
- Atrash, H., Jack, B. W. and Johnson, K. (2008) 'Preconception care: a 2008 update', *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 20(6), pp. 581–589. doi: 10.1097/GCO.0b013e328317a27c.
- Ayala-Yáñez, R., Velasco-Sordo, R. and Alfaro-Alfaro, J. (2016) 'Repercusiones del hipotiroidismo al principio del embarazo: consideraciones para mejorar el diagnóstico y la intervención', *Ginecología y Obstetricia de México*, 84(10), pp. 652–667.
- Beharier, O. et al. (2020) 'Maternal Hypothyroidism during Pregnancy and the Risk for Infectious Morbidity of the Offspring', *American Journal of Perinatology*, 37(03), pp. 291–295. doi: 10.1055/s-0039-3400980.
- Belmonte Páez, S. (2009) Hipotiroidismo subclínico en la población gestante del área norte de Granada prevalencia y consecuencias perinatales. Editorial de la Universidad de Granada.
- Bru Martín, C., Martínez Galiano, J. M. and de Dios Berlanga, S. (no date) 'Mujeres que reciben asistencia preconcepcional en Granada', p. 5.
- Donnay Candil, S. et al. (2018) Manual de patología tiroidea. Madrid: Enfoque Editorial S.C.
- Donnay, S. et al. (2020) 'Diagnosis, treatment, and management of gestational hypothyroidism. The TIROGEST study', *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 67(1), pp. 36–42. doi: 10.1016/j.endinu.2019.03.008.
- Glianoer, D. (1997) 'The Regulation of Thyroid Function in Pregnancy: Pathways of Endocrine Adaptation from Physiology to Pathology', 18(3), p. 30.
- Ibáñez Toda, L. and Marcos Salas, M. V. (2017) 'Actualización en patología tiroidea', Madrid: Lúa Ediciones 3,0. (Curso de Actualización en Pediatría 2017), pp. 161–174.
- Jiménez Alvarado, A. (2018) 'hipotiroidismo en el embarazo', *Revista Médica Sinergia*, 3(1), p. 4.
- Núñez Delgado, N. (2016) 'hipotiroidismo en el embarazo', *Revista Médica De Costa Rica Y Centroamerica*, 620, pp. 637–640.
- Ochoa Ruiz, D. (2016) Estudio de la función tiroidea y del estado de yodación de las mujeres embarazadas del área occidental de Cantabria. Tesis Doctoral. Universidad de Cantabria.
- Pérez Naranjo, S. (2016) estudio de las alteraciones ecográficas y del estado nutricional de yodo en el espectro de la disfunción tiroidea en el embarazo en el departamento de salud de castellón. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza.
- Rotondi, M. et al. (2018) 'Management of Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy: A Comment from the Italian Society of Endocrinology and the Italian Thyroid Association to the 2017 American Thyroid Association Guidelines—"The Italian Way"', *Thyroid*, 28(5), pp. 551–555. doi: 10.1089/thy.2017.0424.
- Roviralta Puente, C. et al. (2013) 'La consulta preconcepcional en el Área de Salud de Toledo', *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 6(1), pp. 10–16. doi: 10.4321/S1699-695X2013000100003.
- Santiago Fernández, P. et al. (2015) 'Abordaje del manejo de la disfunción tiroidea en la gestación. Documento de consenso de la Sociedad Andaluza de Endocrinología y Nutrición (SAEN)', *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 41(6), pp. 315–323. doi: 10.1016/j.semerg.2014.12.011.
- Spencer, L. et al. (2015) 'Screening and subsequent management for thyroid dysfunction pre-pregnancy and during pregnancy for improving maternal and infant health', *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Edited by Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. doi: 10.1002/14651858.CD011263.pub2.
- Stagnaro-Green, A. et al. (2011) 'Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum', *Thyroid*, 21(10), pp. 1081–1125. doi: 10.1089/thy.2011.0087.
- Taylor, P. N. and Lazarus, J. H. (2019) 'Hypothyroidism in Pregnancy', *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 48(3), pp. 547–556. doi: 10.1016/j.ecl.2019.05.010.

- Temboury Molina, M. C. (2014) 'El hipotiroidismo en la gestante: guía clínica para prevenir alteraciones en el desarrollo cerebral del hijo', *Revista Española Endocrinología Pediátrica*, (5 Suppl). doi: 10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2014.Nov.262.
- Thompson, W. et al. (2018) 'Maternal thyroid hormone insufficiency during pregnancy and risk of neurodevelopmental disorders in offspring: A systematic review and meta-analysis', *Clinical Endocrinology*, 88(4), pp. 575–584. doi: 10.1111/cen.13550.

- Vinagre, I. et al. (2017) tiroides y embarazo. Protocolo de práctica clínica. Barcelona: Centre de Medicina Fetal i Neonatal, p. 16. Available at: https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/tiroides_y_embarazo.pdf (Accessed: 29 April 2020).



Colegio Oficial de Enfermería **Málaga**

Publica tus artículos de investigación

Revista indexada en Latindex

Esta indexación supone para los colegiados una oportunidad tanto a nivel laboral como desde el punto de vista académico.



colegioenfermeriamalaga.com

Algoritmo de detección y derivación de depresión postparto

AUTORES:

Víctor Manuel Cotta Luque

Enfermero especialista en enfermería obstétrico-ginecológica; Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Luisa María Romero Sánchez

Enfermera especialista en enfermería obstétrico-ginecológica; Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

DECLARAN:

- Que es un trabajo original y no ha sido previamente publicado en otro medio o remitido simultáneamente a otra publicación.
- Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración y por tanto son autores materiales del

mismo.

- Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito remitido.
- Que no han existido conflictos de intereses en la gestación y elaboración del manuscrito y, si pudiera haberlos por mediar financiación u otros apoyos, los autores se comprometen a declararlos en el apartado correspondiente.
- Que el manuscrito explica de manera honesta, exacta y transparente los resultados del estudio, que no se han omitido aspectos importantes del mismo, y que cualquier discrepancia del estudio ha sido explicada.
- Que, en caso de ser publicado el artículo, se transfieren todos los derechos de autor al editor, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales publicados en la revista.

Resumen

Objetivos: El objetivo principal es establecer un algoritmo para realizar una detección precoz de la depresión posparto (DPP) y su posterior derivación. Así, se cumplirían los objetivos específicos de dar cobertura a las necesidades psicológicas de la puérpera; derivar los casos de depresión posparto contactando con la enfermera de gestión de casos del área de salud de la puérpera; y consensuar con los equipos multidisciplinares la atención de la puérpera en caso de depresión posparto.

Método: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las distintas bases de datos usando términos del tesoro MeSh y DeCs, y una revisión de los artículos seleccionados que cumplieren los criterios de inclusión.

Resultados: protocolo y algoritmo de derivación. Se llevará a cabo una valoración psicossocial de la puérpera, y se establecerá el plan de actuación para derivar a las mujeres con síntomas de DPP para garantizar su correcta atención y seguimiento, usando la Escala de Edimburgo para el cribado de la depresión posparto, y siguiendo un algoritmo de derivación.

Discusión: La depresión postparto es una complicación del puerperio que afecta a gran cantidad de puérperas en nuestro ámbito sanitario. Una de las estrategias más simples y eficaces para la prevención de trastornos psicológicos en el puerperio, es la detección precoz de estas alteraciones. La aplicación de la escala de DPP de Edimburgo nos ayuda a realizar una detección y posterior derivación de DPP. Su uso es recomendado por guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio del Ministerio de Sanidad.

Abstract

Objectives: The main objective is to establish an algorithm to carry out an early detection of postpartum depression and its subsequent derivation. Thus, the specific objectives of covering the psychological needs of the new mother would be met; refer cases of postpartum depression by contacting the case management nurse from the health area; and agree with multidisciplinary teams on the care of the puerperal woman in case of postpartum depression.

Method: A bibliographic search was carried out in the different databases using terms from the MeSh and DeCs thesaurus, and a review of the selected articles that met the inclusion criteria.

Results: referral protocol and algorithm. A psychosocial assessment of the puerperal woman will be carried out, and the action plan will be established to refer women with symptoms of PPD to guarantee their correct care and follow-up, using the Edinburgh Scale for the screening for postpartum depression, and following a referral algorithm.

Discussion: Postpartum depression is a complication of the puerperium that affects many postpartum women in our healthcare setting. One of the simplest and most effective strategies for the prevention of psychological disorders in the puerperium is the early detection of these disorders. The application of the Edinburgh DPP scale helps us to perform a detection and subsequent derivation of DPP. Its use is recommended by the "Ministerio de Sanidad" clinical practice guideline for care in pregnancy and puerperium.

Palabras clave MeSH: "Depression, Postpartum", "midwifery", "nurse midwives", "pregnancy", "nursing", "postpartum period".

DeCS: "depresión posparto", "partería", "enfermeras matronas", "embarazo", "enfermería", "periodo postparto"

Antecedentes y estado actual del tema

El puerperio es un periodo conflictivo desde la perspectiva sanitaria en el que retroceden las modificaciones producidas por el embarazo en el cuerpo de la mujer, que evoluciona hasta la recuperación total, tanto física como psíquica. Es un periodo de cambios que toman lugar en un punto de inflexión en la vida de la mujer, en el cual, se debe enfrentar al rol de ser madre y su nueva adaptación en la sociedad (Didona, 2001; Vázquez Lara et al., 2014).

El puerperio, de manera psicológica, es una etapa en la vida de la mujer que tiene características específicas. La adaptación del nuevo rol como madre puede resultar en casos difícil, ya que se ponen en juego las expectativas de la maternidad y su idealización. Cuando esta adaptación se desvía de la normalidad, pueden aparecer trastornos en el estado de ánimo de la mujer (Vázquez Lara et al., 2014).

En el periodo postparto, por orden de gravedad, pueden aparecer los siguientes trastornos mentales:

- "Maternity blues" o depresión leve (también llamada tristeza puerperal): es la forma fisiológica que tienen los cambios emocionales de expresarse en la etapa puerperal; se habló de ella por primera vez en la década de los '60, como depresión leve o atípica. Es un estado transitorio (desde horas a 7-10 días) que afecta a una gran mayoría de puérperas, entre el 40 al 80%. Consiste en una complicación temporal de evolución temprana, aproximadamente sobre el tercer día, y benigna, que tiene lugar en la adaptación del rol materno. Es característico de esta etapa una emotividad especial, con episodios de llanto y labilidad emocional ya que tiene lugar una nueva etapa en la vida de la mujer conjugada con una privación hormonal. No se considera una patología y no requiere tratamiento farmacológico, sólo tranquilizar y apoyar a la paciente y realizar un seguimiento para evitar que progrese; ya que una exacerbación de esta etapa puede ser un gran predictor de la

depresión postparto (Bezares et al., 2009; Entender la maternidad y el estado de ánimo - tristeza posparto y más [Internet]. HealthyChildren.org., s. f.; Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión posparto | NURE Investigación, s. f.; The American College of Obstetricians and Gynecologists. Frequently asked questions of postpartum depression. Labor Deliv Postpartum Care [Internet], s. f.; Towle et al., 2010; Vázquez Lara et al., 2014).

- Depresión posparto (DPP): es una enfermedad del estado de ánimo de la mujer que tiene lugar en el puerperio. Puede equipararse al trastorno depresivo mayor, pero se inicia en las 6 primeras semanas tras el parto, durando entre 3 y 14 meses. La prevalencia se encuentra entre el 8% y 30%, siendo tres veces mayor en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados. Los factores asociados estaban presentes en el 50% de las mujeres durante el embarazo, y son: edad materna, problemas familiares graves en la infancia, antecedentes de separación en la infancia, herencia, historia previa de depresión, neuroticismo, acontecimientos ambientales adversos, aislamiento social, severidad del "blues", etc.; existe un factor de riesgo básico y no evitable: ser mujer, ya que, según la OMS, el 20% de las mujeres a lo largo de su vida tendrá un desorden psico-afectivo. (Depresión, s. f.; eCIE-Maps - CIE-10-ES Diagnósticos, s. f.; eCIE-Maps - CIE-10-ES Diagnósticos, s. f.; The American College of obstetricians and Gynecologists. La depresión después del parto. Aten Durante El Trab Parto El Parto El Postparto [Internet];(SP091), s. f.; Vázquez Lara et al., 2014).

El primer mes postparto es el periodo considerado de mayor riesgo para padecer un trastorno psiquiátrico; los síntomas de los trastornos mentales pasan desapercibidos durante el embarazo y el puerperio o se consideran propios de la etapa que está viviendo la mujer, por ello, es

imprescindible diferenciar si es una reacción emocional normal o un trastorno patológico (Bezares et al., 2009).

En la etapa del puerperio, la mujer presenta cambios a niveles bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales, que hacen que se encuentre en un estado de vulnerabilidad para la aparición de trastornos psicológicos (Carro T, Sierra JM, Hernández J, Ladrón E, Antolín E., s. f.).

Las manifestaciones de la DPP más frecuentes son: la tristeza, el llanto, el insomnio, la somnolencia excesiva, alteraciones del apetito, dificultad para la concentración, falta de autoestima y de preocupación por el aspecto físico, pérdida de energía, sentimiento de culpa o inutilidad, agitación e irritabilidad, ansiedad y falta de interés por las actividades habituales. Es bastante característico el llanto eventual sin razón aparente. Otros autores añaden: anorexia, dificultad para el descanso y un sentimiento de desencanto (Depresión posparto, s. f.; Recuperación después del parto, Recuperado a partir de: <http://womenshealth.gov/espanol/embarazo/parto-y-mas-alla/recuperacion-despues-parto.html>; Ladewig & Ladewig, 2006; Towle et al., 2010; Vázquez Lara et al., 2014).

Durante el periodo de adaptación al nuevo rol, la puérpera necesita un tiempo para recordar su experiencia y poder transmitirla. Es necesario que los familiares y amigos estén presentes, ya que representan un papel muy importante en este periodo, pues la maternidad conlleva un deterioro de la interacción social (Ladewig & Ladewig, 2006; Towle et al., 2010).

La valoración psicológica pasa por una entrevista con la madre para ayudarla a identificar y expresar sentimientos de competencia o inadecuación frente al cuidado del recién nacido o si se siente abrumada, analizando sus sentimientos para determinar la necesidad de apoyo externo. La matrona debe observar cómo es la interacción madre-hijo, cómo son las miradas, caricias, si percibe las necesidades del neonato y cómo se

encuentra su autoestima por su apariencia física. Se evalúa también el apoyo disponible, fatiga y sentimientos de satisfacción. La evaluación debe realizarse en más de una ocasión para determinar si es simplemente fatiga, preguntando abiertamente y de forma afectuosa sobre sus experiencias para concluir si se encuentra desinteresada, desanimada o deprimida (Ladewig & Ladewig, 2006; Towle et al., 2010).

La atención de la matrona en la DPP se centra en los siguientes puntos:

- Identificar los factores de riesgo que puede padecer la puerpera.
- Atender patologías psicológicas que pueda tener la gestante para evitar una complicación en el puerperio.
- Detectar cualquier signo de alarma.
- Manejo de instrumentos de diagnóstico: escala de Edimburgo ((J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky, 1987)) o inventario de Beck (Sanz & García-Vera, 2013), entre otros (Lorenzo-Veigas AM, Soto-González M., s. f.; Sanz & García-Vera, 2013).
- Derivar para un correcto diagnóstico y tratamiento de la puerpera.
- Ofrecer los recursos necesarios en todo momento.
- Vigilar que la puerpera realice un correcto cumplimiento terapéutico.
- Un seguimiento continuo para colaborar en el cuidado de la familia de la puerpera.
- Apoyo continuo a la puerpera y su recién nacido.
- Enseñar a la familia o cuidadores sobre los cuidados adecuados (Vázquez Lara et al., 2014).

La DPP tiene unos factores de riesgo que pueden ser la causa, no obstante, no existe ninguna causa establecida. Varios autores, señalan que existen tres factores predisponentes: hereditarios, psicosociales (relaciones, adaptación) y orgánicos (cambios hormonales, agotamiento después del parto); en cambio, otros autores señalan que existe otra serie de factores que pueden desencadenar la DPP, en las que las adaptaciones psicológicas y los factores hormonales (bajada de estrógenos y

progesterona) pueden ser las causas principales: (Colomer, 2010; Depresión posparto, s. f.; The American College of obstetricians and Gynecologists. La depresión después del parto. Aten Durante El Trab Parto El Parto El Postparto [Internet];(SP091)., s. f.; José Ma García-Herrera, E. Vanesa Nogueras Morillas., s. f.; Ladewig & Ladewig, 2006; Towle et al., 2010).

- Primiparidad.
- Estilos de vida.
- Idealización de la maternidad por los medios de comunicación.
- Vivencias estresantes durante el embarazo.
- Problemas económicos.
- Sentimientos contradictorios en el embarazo o embarazo no planeado.
- Antecedentes de depresión puerperal (importante).
- Antecedentes de trastorno del estado de ánimo.
- Relaciones familiares inestables y falta de apoyo social.
- Trastornos de la imagen corporal e insatisfacción de la madre consigo misma.
- También pueden intervenir fatiga, incomodidad o sobreestimulación en el inicio del puerperio (Forteza, 2007; The American College of obstetricians and Gynecologists. La depresión después del parto. Aten Durante El Trab Parto El Parto El Postparto [Internet];(SP091)., s. f.; Vázquez Lara et al., 2014)

La mujer sufre un cambio de rol: pasa de ser la gestante, centro de atención de todas sus relaciones sociales, a ocupar el segundo lugar cuando tiene a su recién nacido, que es quien acapara todos los cuidados de los familiares y allegados; lo cual podría ser un factor de riesgo bastante importante.

La matrona y la familia de la puerpera deben tener en cuenta que una mujer con DPP puede ser incapaz de cuidarse tanto a sí misma como a su recién nacido, tener temor de estar a solas con él, tener sentimientos negativos hacia el bebé o de falta de interés, e incluso pensar en dañar a su hijo. La crisis familiar o la incapacidad de atender al recién nacido puede dar lugar a una situación de abandono o maltrato infantil. Por todo ello es muy importante el apoyo continuo por

parte de todos (Depresión posparto, s. f.).

Esta patología psicológica suele resolverse de manera gradual y espontánea, no obstante, si se alarga tendrá que requerir una evaluación profesional. El tratamiento incluye psicoterapia y medicación (antidepresivos). Además, resulta útil el apoyo social y realizar actividades sociales al margen de la maternidad, hablar de ello y no esconder sentimientos, no tratar de alcanzar la perfección, descansar adecuadamente e incluso unirse a grupos de apoyo (Depresión posparto, s. f.; Ladewig & Ladewig, 2006; Wilson et al., 2019).

La matrona tendrá que realizar una efectiva prevención de desarrollar trastornos graves averiguando las actitudes de la madre hacia el niño, cuáles son los apoyos que tiene la mujer, como es la adaptación familiar y social, que nivel cultural tiene la puerpera y su círculo y cuál es su situación socioeconómica; para así poder programar intervenciones educativas, relacionarlas con mujeres en situaciones similares y solicitar intervención psicológica o social por parte de otros profesionales (Colomer, 2010; Dennis & Hodnett, 2007; Wilson et al., 2019).

Cribado de depresión posparto

Recomendaciones tomadas de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio del Ministerio de Sanidad.

- El trastorno depresivo es uno de los problemas emocionales más frecuentes entre las mujeres en edad reproductiva.
- Estudios recientes han mostrado que una de cada siete mujeres había sido tratada por una depresión en el periodo comprendido entre el año previo y posterior al embarazo
- En un programa prenatal en la Comunidad Valenciana se observó una mayor proporción de depresión durante el embarazo en las mujeres (10,3 %) que en sus parejas (6,5 %), con un mayor riesgo en aquellas parejas

insatisfechas con su relación o en las que uno de sus miembros tenía antecedentes depresivos.

- La identificación y tratamiento de la depresión en el embarazo comporta un potencial beneficio para la madre y su familia. Los hijos de madres con depresión han mostrado un retraso en el desarrollo de sus capacidades psicológicas, cognitivas, neurológicas y motoras
- El periodo comprendido entre el embarazo y el posparto son momentos propicios para realizar una adecuada valoración del riesgo de depresión posparto de las mujeres, puesto que es un momento durante el cual las mujeres mantienen un contacto más intenso con los servicios sanitarios.
- Se sugiere que en las diferentes visitas con la mujer tras el parto se le realicen las siguientes preguntas para identificar la posibilidad de una depresión posparto (recomendación débil):
 - “Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?”.
 - “Durante el último mes, ¿Se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionarían placer?”.
- Se sugiere no continuar con el diagnóstico de depresión posparto si la mujer contesta negativamente a las preguntas (recomendación débil).
- Se recomienda utilizar la escala Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) para confirmar el diagnóstico de la depresión tras el parto en las mujeres que hayan respondido afirmativamente a las preguntas (recomendación fuerte).
- Se sugiere el empleo de la escala EPDS en las seis primeras semanas tras el parto para asegurar que se discrimina correctamente el riesgo de

depresión de las mujeres (recomendación débil).

- La EPDS se puede administrar en cualquier momento durante el periodo del posparto (del nacimiento hasta los 12 meses) para confirmar los síntomas depresivos (Nivel de evidencia III).

Objetivos

Objetivo principal

Establecer un algoritmo para que las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología puedan realizar una detección precoz de la depresión posparto y su posterior derivación, de las mujeres en el puerperio inmediato, precoz o tardío, en atención especializada (hospitalización) o atención primaria (consulta de la matrona).

Objetivos específicos

- Dar cobertura a las necesidades psicológicas de la mujer en etapa de puerperio.
- Derivar los casos de depresión posparto contactando con la enfermera de gestión de casos del área de salud de la puerpera. En atención especial (hospitalización) la derivación se llevará a cabo por las matronas siguiendo el algoritmo establecido, para que, en atención primaria y domicilio la puerpera tenga el seguimiento tanto de la matrona de su centro de salud como el equipo de salud mental.
- Consensuar con los equipos multidisciplinares la atención de la puerpera en caso de depresión posparto

Metodología

En la realización del presente protocolo de investigación se ha realizado una estrategia de búsqueda dividida en varias fases. Los dos autores han participado activamente en la búsqueda de la literatura y lectura crítica para su inclusión en el trabajo.

Antes de comenzar el protocolo se

elaboró una primera fase de búsqueda bibliográfica a través de las distintas bases de datos para encontrar artículos que hubieran ahondado ya en el tema elegido y así sentar las bases de antecedentes históricos.

Una vez decidido el tema del proyecto, se procedió a una exhaustiva búsqueda a través de las siguientes bases de datos para conocer los antecedentes históricos del tema que dan soporte al trabajo:

- COCHRANE PLUS
- PUBMED
- SciELO
- GOOGLE ACADÉMICO
- GERION (Biblioteca Virtual del Servicio Andaluz de Salud)
- TRIP DATABASE
- CUIDEN

En la realización de la búsqueda se han usado como palabras clave términos relacionados con nuestro tema. Siempre que ha sido posible, se han seleccionado términos del tesoro MeSH para las búsquedas en inglés o su traducción DeCS (Descriptor en Ciencias de la Salud) en el caso de búsquedas en español.

Entre ellos se destacan:

- MeSH: “Depression, Postpartum”, “midwifery”, “nurse midwives”, “pregnancy”, “nursing”, “postpartum period”
- DeCS: “depresión posparto”, “partería”, “enfermeras matronas”, “embarazo”, “enfermería”, “periodo postparto”

Las ecuaciones de búsqueda se han establecido mediante la relación entre los citados términos con operadores booleanos, en este caso “AND” y “OR”.

Finalmente, se lleva a cabo una revisión de los artículos seleccionados que cumplan los criterios para ser incluidos en el presente proyecto.

Sujetos de estudio

Criterios de inclusión

- Mujeres en edad fértil, es decir,

entre los 15 y 45 años, que se encuentren en etapa de puerperio inmediato hasta el puerperio tardío (40 a 45 días postparto).

- Nacimiento de feto o fetos vivos mediante parto eutócico o instrumentalizado.

Criterios de exclusión

- Existencia de patología mental previa diagnosticada.
- Patología en recién nacido o necesidad de ingreso hospitalario.
- Fallecimiento neonatal intraútero o en el primer mes de vida.

Ámbito y población

Mujeres que han dado a luz en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, perteneciente al Servicio Andaluz de Salud.

Atendiendo a los criterios de inclusión se procederá a rellenar de forma autoadministrada la escala de Edimburgo (J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky, 1987) a mujeres que acepten participar en el estudio rellenando el cuestionario antes del alta, y dar la posibilidad que se lo lleven para rellenar en casa y posteriormente se lo entreguen a su matrona de atención primaria, siempre y cuando lo realicen antes de que termine la etapa del puerperio, es decir, en las seis primeras semanas postparto. (Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, s. f.; C. Hewitt et al., 2009; C. E. Hewitt & Gilbody, 2009).

Destinatarios

Enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología, y

enfermeras de atención primaria y especializadas relacionadas con la atención a la maternidad.

Diseño

Protocolo de actuación con algoritmo de detección y seguimiento de la puerpera con síntomas de depresión postparto.

Aspectos ético-legales

Se ha tenido en cuenta la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y la privacidad de las puerperas. (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales., s. f.)

Autorizaciones

Se ha cumplimentado la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, pidiéndoles permiso a las puerperas de manera verbal. (Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes., s. f.)

Variables

Escala de Edimburgo y variables relacionadas con la historia obstétrica y variables sociodemográficas.

- Tipo de parto
- Fecundación natural o asistida
- Expectativas (cumplidas o no mediante escala Likert)
- Patología en el embarazo
- Paridad
- Patología mental previa
- Monoparental/Pareja

Protocolo de derivación

La Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio establece una serie de recomendaciones en cuanto a la realización de la historia de psicosis y la gestante, así como del cribado de depresión postparto.

Valoración de la historia psicosis

- Se sugiere la valoración de la historia psicosis teniendo en cuenta los factores emocionales, estrés y trastornos mentales (Ilustración 1).
- Se sugiere realizar un cribado del estado psicosis de las gestantes cuando exista sospecha de algún factor relevante que pueda afectar el desarrollo del embarazo o el posparto (recomendación débil).
- Se sugiere que los/las profesionales de la salud estén alerta ante los síntomas y signos de la violencia de género durante el embarazo, preguntando a las mujeres por posibles malos tratos



Ilustración 1. Valoración inicial

en un ambiente en el que se sientan seguras, al menos en la primera visita prenatal, trimestralmente y en la revisión posparto (recomendación débil).

- Entre los factores de riesgo se encuentran el estrés, la falta de red de apoyo y la violencia de género como lo más importantes. Además, se establecen también otros como la ansiedad, antecedentes de depresión, embarazo no deseado, bajos ingresos económicos, tabaquismo.

- No se disponen de suficientes datos sobre el valor de realizar un

cribado universal prenatal de factores psicosis, si bien en un estudio con importantes limitaciones metodológicas se ha mostrado que el uso de un instrumento de valoración de riesgo psicosis (ALPHA) podría contribuir a la identificación de las gestantes con alto riesgo psicosis

- Los niveles de estrés durante el embarazo se asocian en mayor medida con el riesgo de bajo peso al nacer, así como un impacto negativo en el desarrollo cognitivo, psicomotor y del comportamiento de los recién nacidos

Derivación de la puerpera con signos de tristeza al alta

A partir de la valoración los recursos de nuestro medio y la experiencia de los autores del protocolo, se establece el plan de actuación para derivar a las mujeres con síntomas de depresión puerperal para garantizar su correcta atención y seguimiento.

Tal y como se comentó en la introducción, se usará la Escala de Edimburgo (J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky, 1987) para el cribado de la depresión posparto.

Se ha establecido un algoritmo de derivación desde el momento de la

Variable	Tipo	Valores	Fuente de recogida/ Instrumento de evaluación
Tipo de parto	Cualitativa policotómica	Eutócico / Instrumental / Cesárea	Hoja de recogida de datos.
Tipo de Fecundación	Cualitativa dicotómica	Natural / Asistida	Hoja de recogida de datos.
Patología gestacional	Cualitativa dicotómica	Sí / No	Hoja de recogida de datos.
Paridad	Cuantitativa discreta	Número de gestaciones, partos o abortos. Fórmula GAPV.	Hoja de recogida de datos.
Embarazo deseado	Cualitativa dicotómica	Sí / No	Hoja de recogida de datos.
Tabaquismo	Cualitativa dicotómica	Sí / No	Hoja de recogida de datos.
Patología mental previa	Cualitativa dicotómica	Sí / No	Hoja de recogida de datos.
Pareja	Cualitativa dicotómica	Sí / No	Hoja de recogida de datos.
Contacto piel con piel	Cualitativa dicotómica	Sí / No	Hoja de recogida de datos.
Capacidad de reir/positividad	Cualitativa policotómica	Tanto como siempre / No tanto ahora Muchos menos / No, no he podido	Escala de Edimburgo
Expectativas de futuro positivas	Cualitativa policotómica	Tanto como siempre / Algo menos Definitivamente menos / No, nada	Escala de Edimburgo
Culpabilidad cuando algo no sale bien	Cualitativa policotómica	Sí, la mayoría de las veces / Sí, algunas veces No muy a menudo / No, nunca	Escala de Edimburgo
Ansiedad sin motivo	Cualitativa policotómica	No, para nada / Casi nada / Sí, a veces / Sí, a menudo	Escala de Edimburgo
Miedo y pánico sin motivo	Cualitativa policotómica	Sí, bastante / Sí, a veces / No, no mucho / No, nada	Escala de Edimburgo
Sentimiento de agobio	Cualitativa policotómica	Sí, la mayor parte de las veces / Sí, a veces No, casi nunca / No, nada	Escala de Edimburgo
Insomnio secundario a tristeza	Cualitativa policotómica	Sí, casi siempre / Sí, a veces / No muy a menudo / No, nada	Escala de Edimburgo
Sentimiento de tristeza/desgracia	Cualitativa policotómica	Sí, casi siempre / Sí, bastante a menudo No muy a menudo / No, nada	Escala de Edimburgo
Llanto por tristeza	Cualitativa policotómica	Sí, casi siempre / Sí, bastante a menudo Solo en ocasiones / No, nunca	Escala de Edimburgo
Pensamientos autolesivos	Cualitativa policotómica	Sí, bastante a menudo / A veces / Casi nunca / No, nunca	Escala de Edimburgo
Puntuación Escala de Edimburgo	Cuantitativa discreta	Valores de 0 a 10	Escala de Edimburgo
Apoyo Social Percibido	Cuantitativa discreta	Valores de 1 a 55	Escala de Apoyo Social Percibido Duke-Unc
Número de derivaciones a Salud Mental	Cuantitativa discreta	Valor numérico	Hoja de recogida de datos.

Tabla 1. Variables de estudio

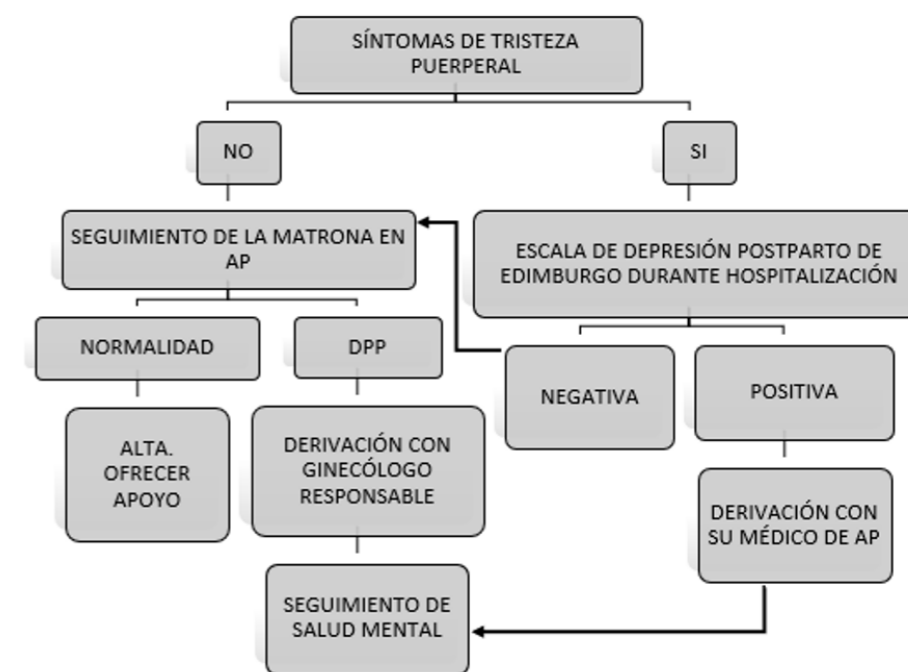


Ilustración 2. Algoritmo de seguimiento y derivación de DPP.

hospitalización.

En la planta de hospitalización se deberá preguntar a toda puérpera antes del alta acerca de su estado anímico, teniendo en cuenta la valoración del profesional acerca de su entorno, apoyo y recursos. Se realizarán las dos preguntas que recomienda la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio (Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, s. f.).

- “Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?”.
- “Durante el último mes, ¿Se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionarían placer?”.

Tras la realización de estas preguntas, se procederá a seguir el algoritmo:

- En caso de no presentar síntomas de tristeza puerperal:
 - El seguimiento se realizará en el centro de salud con la matrona de atención primaria. Se realizará visita puerperal estándar preguntando por el estado de ánimo, ya que los síntomas pueden aparecer con posterioridad al alta y pueden detectarse días después.
 - Si no se detectan alteraciones del estado emocional, se ofrecerá apoyo por parte de la profesional ante cualquier problema o alteración del estado de ánimo y se dará el alta.
 - Si se detectan síntomas se pasará la escala de Edimburgo.
 - Si es positiva se derivará a su médico de familia quien realizará la derivación a salud mental.
 - Si es negativa se

continuará el seguimiento.

- En caso de presentar síntomas de tristeza puerperal:
 - Se pasará la escala de Edimburgo.
 - Si es positiva se ofertará cita en salud mental al alta. En este caso la derivación se realizará a través de la Enfermera gestora de casos.
 - Si es negativa hará el seguimiento por parto de la matrona de atención primaria.

Discusión

La depresión postparto es una complicación del puerperio que afecta a gran cantidad de puérperas en nuestro ámbito sanitario, por lo que es de gran importancia adoptar medidas frente a esta patología de salud mental.

El postparto representa una etapa en la cual hay mayor susceptibilidad de alteraciones hormonales, psicosociales, y del estado de ánimo, por lo tanto, es un periodo de mayor vulnerabilidad para la mujer.

Muchas de estas alteraciones se ven relacionadas con las expectativas sociales ligadas a la perfección del rol de madre, lo que supone un estresor importante en este periodo, así como un obstáculo para la detección de patologías psicológicas y su posterior derivación y tratamiento. Punto de gran relevancia, pues se sienten juzgadas y criticadas por pedir ayuda. Una de las estrategias más simples y eficaces para la prevención de trastornos psicológicos en el puerperio, es la importancia que se le tiene que dar a tener una buena salud mental en esta etapa, así como la detección precoz de los factores de riesgo que pueda presentar la mujer. La aplicación de la escala de DPP de Edimburgo nos ayuda a realizar una detección y posterior derivación de mujeres con DPP de manera fácil y adecuada, ya que la evidencia que posee es fuerte y, por lo tanto, se recomienda su uso por guía de práctica clínica de atención en el

embarazo y puerperio del Ministerio de Sanidad. (Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, s. f.)

Como punto fuerte del protocolo se considera que no existen riesgos derivados de su puesta en marcha, ya que se garantizaría la atención de las usuarias en las unidades de salud mental donde se ofrecería ayuda y tratamiento.

La importancia que tiene este problema de salud mental en el puerperio invita a las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología a realizar un algoritmo de detección y derivación, así como su tratamiento y seguimiento, ya que en la realización de este trabajo no se han hallado otros protocolos realizados en centros sanitarios del territorio español.

Evaluación

Ver tabla 2 (página siguiente).

Recursos

Recursos humanos

- Personal sanitario (enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología) encargados de entregar y recoger el cuestionario a las puérperas que cumplen los criterios de inclusión.
- Personal sanitario (ginecólogos o médicos de AP) que deriven a la puérpera con APP, y así sirvan de conexión entre el equipo de obstetricia y ginecología y el de salud mental.
- Personal sanitario (enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología) que se aseguren de que las puérperas realicen el cuestionario de DPP de Edimburgo.
- Autores encargados de extraer las conclusiones del algoritmo.

Aplicabilidad y utilidad práctica

En la detección y derivación de la DPP,

Denominación	Evaluación de la implementación del procedimiento	Descripción	Evaluar el número de puérperas que se les ha pasado el cuestionario en atención primaria y especializada, y las que hayan sido derivadas, si procede.	
Fórmula	Número puérperas que completan la escala de Edimburgo			
Tipo de indicador	Tasa de puérperas con síntomas de tristeza puerperal que completan la escala	Proporción de puérperas hospitalizadas en el hospital y reciben la visita de la enfermera o matrona con las recomendaciones al alta (B)	(%) = puérperas que completan la escala/B x 100	
Estándar óptimo	La tasa de puérperas con síntomas de tristeza puerperal que completan la escala debe ser $\geq 90\%$	Fuentes	Historia Clínica	
Responsable	Coordinadora de cuidados. U.G.Cs Obstetricia y Ginecología y Neonatología intercentros. Equipo de salud mental de atención primaria, la matrona responsable del centro y su medico de familia.			

Denominación	Evaluación del número de derivaciones en un año	Descripción	Evaluar el número de puérperas con escala de Edimburgo con puntuación alta que han sido atendidas en unidades de salud mental	
Fórmula	Número de puérperas con escala positiva que reciben atención			
Tipo de indicador	Tasa de mujeres atendidas en salud mental con escala positiva	Puérperas que completan la escala	(%) = atendidas en salud mental con escala positiva/puérperas que completan la escala x100	
Estándar óptimo	La tasa de puérperas con escala de Edimburgo con alta puntuación que son derivadas a unidades de salud mental debe ser $\geq 90\%$	Fuentes	Historia Clínica	
Responsable	UGC Obstetricia y Ginecología HUW Matronas de atención primaria. Médicos de familia.			

Tabla 2. Evaluación del Protocolo

la enfermera especialista en obstetricia y ginecología tiene un papel muy relevante, por sus siguientes intervenciones:

- Realizar talleres dentro del programa de preparación al nacimiento y la crianza donde se le de la importancia que merece la salud mental en nuestro medio, y donde se describa como poder ayudar a las puérperas en caso de DPP.
- Aprovechar las consultas en atención primaria e ingreso hospitalario de la puérpera para valorar el estado de ánimo y su estado sociofamiliar.
- Aplicar el algoritmo en el ámbito sanitario para la detección precoz de DPP.
- Derivar a las puérperas cribadas con el cuestionario de DPP de Edimburgo para su tratamiento en salud mental, apoyo y seguimiento, ya sea en atención especializada o atención primaria.

Dificultades y limitaciones

- Detección precoz en el puerperio inmediato (ingreso hospitalario) por su corta duración.
- Falta de captación activa en atención primaria por parte de la matrona, así como, pocas mujeres que vayan a visitas puerperales con la matrona.
- Falta de protocolo a nivel de Salud Mental en nuestro ámbito sanitario.
- Las puérperas y familiares no suelen pedir ayuda al creer que es un periodo normal en el cambio de rol.
- Las puérperas no piden ayuda por miedo a ser criticadas o juzgadas.
- Familias monoparentales sin apoyo social y familiar que no detecta de manera precoz la DPP en la puérpera.

Aspectos de mejora

Entre las posibles mejoras del protocolo, hemos encontrado:

- La necesidad de continuar desarrollando el algoritmo a nivel

de salud mental ya sea a nivel hospitalario o en equipo de atención primaria. Tras la derivación por parte de un ginecólogo, de una puérpera con DPP, el equipo de salud mental toma un papel fundamental en su seguimiento y tratamiento.

- Surge la necesidad de diferenciar la derivación de la puérpera con DPP en AE (atención especializada) o AP (atención primaria). El equipo de salud mental debería tener un algoritmo adecuado para el tratamiento y seguimiento de la puérpera con DPP según el ámbito en el que se encuentre, ya que la detección y derivación por parte de la matrona y médico responsable (ginecólogo en AE o medico de AP) también varía.
- Es necesario desarrollar y completar un cronograma de reuniones multidisciplinares para consensuar el método de derivación y la aprobación del algoritmo final para culminar un protocolo de actuación en puérperas con DPP.

Bibliografía:

- Bezares, B., Sanz, O., & Jiménez, I. (2009). Patología puerperal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32, 169-175.
- Carro T, Sierra JM, Hernández J, Ladrón E, Antolín E. (s. f.). Trastornos del estado de ánimo en el postparto. 2000(24), 452-456.
- Colomer, F. D. (2010). *Enfermería maternal y ginecológica*. Elsevier - Masson.
- Dennis, C.-L., & Hodnett, E. D. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006116.pub2>
- Depresión. (s. f.). WHO. Recuperado 14 de julio de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
- Depresión posparto: MedlinePlus enciclopedia médica. (s. f.). Recuperado 21 de julio de 2019, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007215.htm>
- Didona, N. A. (2001). *Enfermería maternal y ginecología*. Masson.
- eCIE-Maps—CIE-10-ES Diagnósticos. (s. f.). Recuperado 14 de julio de 2019, de https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html#search=DEPRESI%C3%93N+POSTPARTO&flags=111100&flagsLT=11111111&searchId=1563123412384&indiceAlfabetico=expand-0a20833&listaTabular=F53&expand=1&clasificacion=cie10mc&version=2010&id=20833
- Entender la maternidad y el estado de ánimo—Tristeza posparto y más [Internet]. *HealthyChildren.org*. (s. f.). Recuperado a partir de: <http://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/prenatal/delivery-beyond/Paginas/Understanding-Motherhood-and-Mood-Baby-Blues-and-Beyond.aspx>.
- Forteza, G. L. (2007). Trastornos psiquiátricos en el ciclo menstrual, embarazo, puerperio y menopausia. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 9(86), 5544-5549.
- Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. (s. f.). 494.
- Hewitt, C. E., & Gilbody, S. M. (2009). Is it clinically and cost effective to screen for postnatal depression: A systematic review of controlled clinical trials and economic evidence. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(8), 1019-1027. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02148.x>
- Hewitt, C., Gilbody, S., Brealey, S., Paulden, M., Palmer, S., Mann, R., Green, J., Morrell, J., Barkham, M., Light, K., & Richards, D. (2009). Methods to identify postnatal depression in primary care: An integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 13(36), 1-145, 147-230. <https://doi.org/10.3310/hta13360>
- Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión posparto | NURE Investigación. (s. f.). Recuperado 14 de julio de 2019, de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/594>
- J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky. (1987). Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo. 150.
- José Ma García-Herrera, E. Vanesa Nogueras Morillas. (s. f.). Afrontar la depresión posparto. Recuperado a partir de: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ibrari/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/servicios/.publicaciones/Datos/567/pdf/03guia_depresion_posparto.pdf.
- Ladewig, P. W., & Ladewig, P. W. (2006). *Enfermería materno y del recién nacido*. McGraw-Hill Interamericana de España.
- Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. (s. f.). 9.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. (s. f.). 68.
- Lorenzo-Veigas AM, Soto-González M. (s. f.). Factores de riesgo de la depresión posparto. *Fisioterapia*. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211563813001119>.
- Recuperacion despues del parto. (Recuperado a partir de: <http://womenshealth.gov/espanol/embarazo/parto-y-mas-alla/recuperacion-despues-parto.html>). *womenshealth.gov*.
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anales de Psicología*, 29(1), 66-75. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.130532>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. Frequently asked questions of postpartum depression. *Labor Deliv Postpartum Care [Internet]*. (s. f.). Recuperado a partir de: <http://www.acog.org/~media/For%20Patients/faq091.pdf?dmc=1&ts=20140402T0249483243>.

- The American College of obstetricians and Gynecologists. La depresión después del parto. *Aten Durante El Trab Parto El Parto El Postparto [Internet];(SP091)*. (s. f.). Recuperado a partir de: <zotero://attachment/29/>.
- Towle, M. A., Gea Consultoría Editorial, Pozo Cano, M. D., Marcos Pérez, E., & Gómez de Pacheco, E. (2010). *Asistencia de enfermería materno-neonatal*. Prentice Hall.
- Vázquez Lara, J. M., Rodríguez Díaz, L., & Vazquez Lara, F. J. (2014). Programa formativo de la especialidad de

- Enfermería obstétrica ginecológica (matrona). Volumen 5: (aprobado por orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Wilson, N., Wynter, K., Anderson, C., Rajaratnam, S. M. W., Fisher, J., & Bei, B. (2019). More than depression: A multi-dimensional assessment of postpartum distress symptoms before and after a residential early parenting program. *BMC Psychiatry*, 19(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2024-8>



 Colegio Oficial de Enfermería **Málaga**

Ante una agresión física o verbal #denúncialo a través del Colegio

Servicio 24 horas activo desde 2016

Teléfono 24 h frente a Agresiones

690 948 815



Colegio Oficial
de Enfermería **Málaga**

**¿Quieres estar
informado de
todo lo que
acontece en el
Colegio?**

Suscríbete al
WhatsApp del
Colegio.

Solicítalo en la web
del Colegio
colegioenfermeriamalaga.com

Enfermería
Cuidándote

La revista científica del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Málaga · Junio 2020

Revista del Colegio de
Enfermería de Málaga
C/ Juan de Herrera nº 38
29009 Málaga.

ISSN: 2173-2051.
Ámbito de difusión: Málaga
Vol. XLIV · 3^{er} TRIMESTRE 2020