

# RIDEC

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria



## SUMARIO

### Editorial

### Originales

- Intervenciones educativas y evidencias para la prevención de caídas en ancianos
- Entornos saludables escolares. ¿Por qué no tiene éxito la generación de entornos saludables en la escuela?
- Intervención enfermera en Atención Primaria para la adecuación de absorbentes en la incontinencia urinaria
- Proyecto de intervención de enfermería en Atención Primaria en el cuidador informal del enfermo con alzhéimer

### Trabajo Fin de Grado

¿Mejora la calidad de vida de los pacientes afectados de patología crónica el desarrollo de competencias de la Enfermera de Práctica Avanzada (ECE)?

### Noticias

La Enfermería Comunitaria Nacional se da cita en Teruel

V Congreso Internacional y XI Nacional de AEC. VI Encuentro nacional de tutores y residentes de enfermería familiar y comunitaria

**ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)**

Editor Dr. Vicente Gea Caballero

**DAE**editorial  
Grupo Paradigma

# RIdEC

La Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdEC) se distribuye a los socios de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), así como a los principales centros asistenciales y de investigación, universidades, Escuelas Universitarias de Enfermería, sociedades científicas y profesionales de la salud, con especial difusión en España e Iberoamérica.

**RIdEC** es la primera revista científica especializada en cuidados de salud orientados a la familia y a la comunidad del espacio iberoamericano, lo que permite a los profesionales estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en el campo de la Enfermería Comunitaria.

Como órgano Oficial de la AEC está dirigida a profesionales de la Enfermería Comunitaria en todos los ámbitos de actuación.

La revista incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en diversos campos de la Enfermería Comunitaria: originales, revisiones, editoriales, cartas a la directora, metodología de la investigación, instrumentos para el cuidado, etc., constituyendo un medio de comunicación que satisface con sus contenidos de investigación avanzada, tanto desde el punto de vista clínico como gestor y docente, a las enfermeras comunitarias.

**RIdEC** es una publicación abierta, participativa, colaboracionista a todos aquellos trabajos que tengan como objetivo contribuir a la difusión del conocimiento científico en los cuidados enfermeros al individuo, a la familia y a la comunidad, en el marco de la salud pública y comunitaria.

Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la Enfermería Comunitaria.

**RIdEC** es una publicación semestral que publica artículos científicos revisados de forma ciega por al menos dos profesionales expertos en la disciplina enfermera. Los idiomas español y portugués son las lenguas en las que indistintamente se podrán someter artículos para su edición y de forma adicional se podrán publicar versiones en inglés o francés de los mismos.

Esta publicación es miembro de:



red iberoamericana  
DE EDITORACIÓN CIENTÍFICA  
en enfermería

Esta publicación está incluida en:



**Dirección editorial, redacción y administración:** Difusión Avances de Enfermería (DAE). C/ Manuel Uribe, 13-bajo dcha. 28033 Madrid (España). Teléfono de atención al cliente y suscripciones: **902 22 01 02**

Envío de artículos: [ridec@grupo-paradigma.com](mailto:ridec@grupo-paradigma.com)

E-mail de atención al cliente, publicidad y administración: [dae@grupo-paradigma.com](mailto:dae@grupo-paradigma.com)

**Periodicidad:** 2 números al año.

Tarifa de suscripción anual	España	Extranjero
Personal	36 €	54 €
Instituciones	54 €	67 €
Estudiantes	29 €	36 €

**RIdEC** se distribuye gratuitamente entre los socios de AEC.

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

© AEC

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

**Normas de publicación para los autores disponibles en:** <http://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/pagina/normas-de-publicacion/>  
ISSN: 1988-5474

# COMITÉ EDITORIAL

## EDITOR

Dr. Vicente Gea Caballero

## EDITOR ASOCIADO

Dr. José Ramón Martínez Riera

## EDITOR ASOCIADO

Francisco Javier Pastor Gallardo

## CONSEJO DE REDACCIÓN Y REVISIÓN

Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza  
 Dra. Edurne Zabaleta del Olmo  
 Luis Carlos Redondo Castán  
 Dra. Maribel Mármol Lopez  
 Dra. M<sup>a</sup> José Cabañero Martínez  
 Miguel Ángel Díaz Herrera  
 Mireia Ladós Martín  
 Dr. Raúl Juárez Vela  
 Dr. Jorge Casaña Mohedo

## CONSEJO ASESOR

- Dr. José Verdú Soriano (Alicante-España)
- Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea (Alicante-España)
- M<sup>a</sup> José Dasi García (Valencia-España)
- Dra. Esperanza Ferrer Ferrandiz (Valencia-España)
- Dr. Antonio Frías Osuna (Andalucía-España)
- Sergio Romeo López Alonso (Andalucía-España)
- Juan Ignacio Valle Racero (Andalucía-España)
- Dr. Rafael del Pino Casado (Andalucía-España)
- Esperanza Arriaga Piñeiro (Andalucía-España)
- María Dolores Izquierdo Mora (Canarias-España)
- Dr. Jorge Mínguez Arias (La Rioja-España)
- Manuel Mañá González (Galicia-España)
- María Paz Mompert García (Madrid-España)
- Pilar Vilagrassa Ortí (Barcelona-España)
- Dr. Enrique Castro Sánchez (Londres-Gran Bretaña)
- Dra. Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa (Oporto-Portugal)
- Marinha Mendoga (Portugal)
- Dra. Roseni Rosângela de Sena (Minas Gerais-Brasil)
- Dra. Regina Rigatto Witt (Brasil)
- Lourdes García del Campo (Celaya, Gto-México)
- Lety Cacique Cacique (Celaya, Gto-México)
- Julia Teresa López España (Nuevo León-México)
- M<sup>a</sup> Guadalupe Martínez Martínez (Nuevo León-México)
- Laura Rico Herrera (Celaya, Gto-México)
- María Consuelo Castrillón Agudelo (Antioquia-Colombia)
- Patricia Cid Henríquez (Concepción-Chile)
- Luz Angélica Muñoz (Santiago-Chile)
- Dra. M<sup>a</sup> Soledad Rivera Martínez (Santiago-Chile)
- Dra. Olivia Inés Sanhueza Alvarado (Concepción-Chile)
- Dra. Jasna Stiepovich Beroni (Concepción-Chile)
- Olga María Rivero González (Cuba)

# RIdEC

## Sumario • Summary

Vol. 10 - nº 2 diciembre 2017-mayo 2018

### Editorial

- De Teruel a Murcia. Participación EN y CON la comunidad..... 4  
*José Ramón Martínez Riera*

### Originales

- Intervenciones educativas y evidencias para la prevención de caídas en ancianos  
*Educational interventions and evidence on prevention of falls in the elderly..... 6*  
*Lorena Ferrández Belén, Sheila Elena Sancho Raimundo, Marta Gamarra Lousa*
- Entornos saludables escolares. ¿Por qué no tiene éxito la generación de entornos saludables en la escuela?  
*Healthy school environments. Why healthy school environment creation is not successful? ..... 21*  
*Sergio Herrero Capel, Jorge López Gómez, José Ramón Martínez Riera*
- Intervención enfermera en Atención Primaria para la adecuación de absorbentes en la incontinencia urinaria  
*Nursing intervention in primary care to improve appropriateness of absorbent napkins used in urinary incontinence ..... 31*  
*Marina Martínez Pallardó, María Isabel Mármol López*
- Proyecto de intervención de enfermería en Atención Primaria en el cuidador informal del enfermo con alzhéimer  
*A nursing intervention project in primary care with informal caregivers for patients with Alzheimer disease ..... 40*  
*Laura Navarro del Río*

### Trabajo Fin de Grado

- ¿Mejora la calidad de vida de los pacientes afectados de patología crónica el desarrollo de competencias de la Enfermera de Práctica Avanzada (ECE)?  
*Does competence development by advanced practice nurses improve quality of life in patients with chronic diseases? ..... 56*  
*Javier González Abreu, María Begoña Sánchez Gómez, Natacha Palenzuela Luis*

### Noticias RIdEC

- La Enfermería Comunitaria Nacional se da cita en Teruel ..... 73  
V Congreso Internacional y XI Nacional de AEC. VI Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria..... 76

# Editorial

## *DE TERUEL A MURCIA. PARTICIPACIÓN EN Y CON LA COMUNIDAD*

Acabamos de clausurar las XI Jornadas Nacionales de la AEC en Teruel, con un formato novedoso y que ha tenido una gran aceptación. Los talleres, como eje central y vertebrador de todas las jornadas, han servido para acercar la realidad asistencial, gestora, docente e investigadora a las enfermeras comunitarias que asistieron en gran número a Teruel.

Podemos decir, por tanto, que ha sido una fiesta científico-profesional, por cuanto en un ambiente relajado, cercano, reflexivo, crítico y de debate hemos podido disfrutar en la adquisición de conocimiento, pero también, en la construcción colaborativa del mismo.

Teruel nos acogió y nos mimó durante la preparación de las jornadas y, sobre todo, durante nuestra estancia en la bella ciudad aragonesa. Nos sentimos parte de su comunidad y esperamos poder responder, con el bagaje adquirido, dando respuesta a sus necesidades y demandas, al menos, en igual medida que lo han hecho sus habitantes con nosotros.

Sería injusto no mencionar a todo el grupo humano de la AEC que, liderados por Beatriz Sánchez Hernando, han hecho posible y visibles a Teruel y a las enfermeras comunitarias.

Pero concluidas las jornadas no queda tiempo para la relajación, y ya celebramos y damos la bienvenida al V Congreso Internacional de la AEC y V Encuentro Nacional de tutores y residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria, que se celebrarán en el Auditorio y Palacio de Congreso "Víctor Villegas" de la ciudad de Murcia, del 17 al 19 de octubre de 2018.

Y es que la AEC, si por algo se caracteriza, es por su inconformismo y su motivación por ofrecer lo mejor para el desarrollo científico profesional de las enfermeras comunitarias.

En esta ocasión Patricia Moreno Pina y Juan Antonio González Gómez serán los encargados de liderar este ambicioso proyecto que, ya podemos adelantar, no dejará indiferente a nadie. No lo hará tanto por el formato elegido, que me permitiréis que no desvele aún, como por los contenidos que en el mismo se van a desarrollar bajo el lema de **"Enfermeras Comunitarias y Participación EN y CON la Comunidad"**. Tan simple y tan complejo al mismo tiempo. Por eso necesitamos hacerlo facilitando, potenciando y motivando a la participación tanto de las enfermeras como de la comunidad a la que nos debemos como profesionales. Queremos crear un ambiente, una simbiosis en los que unos y otros nos sintamos partícipes en la generación de salud y la construcción de estrategias para lograrlo. Desde la participación activa, real e inclusiva que favorezca la toma de decisiones compartidas. Evitando celos, desconfianzas, enfrentamientos entre los diferentes agentes de salud como actores, todos ellos, de objetivos comunes que tengan como foco exclusivo de atención a la salud de las personas, las familias y la comunidad, pero contando con todos ellos para identificar cuáles son las necesidades sentidas y cómo queremos y podemos afrontarlas de manera conjunta y consensuada.

Estamos de enhorabuena, a pesar de que hay quienes se empeñan en paralizar nuestro crecimiento desde la pasividad o la inacción en la toma de decisiones. Porque la AEC se ha unido a las principales Sociedades Científicas Enfermeras (ANDE, SEEGG, AEEP, FAECAP, AET, FAME, AEESME, UESCE) para hacer un frente común en favor de las especialidades enfermeras, de su reconocimiento y desarrollo ante las principales organizaciones e instituciones nacionales y autonómicas. Un claro ejemplo de lo que pretendemos es participar en aras de un objetivo común, respetando las especificidades de cada una de

las partes. También esto es Participación Comunitaria. Este es el compromiso de la AEC que fue quien propuso, propició e impulsó esta estrategia participativa. En este caso científico-profesional, pero que viene a clarificar el sentimiento, compromiso y voluntad firmes de cuáles son nuestros planteamientos. Alejarnos de protagonismos para lograr lo mejor para la enfermería y las enfermeras en su conjunto y en particular de las enfermeras comunitarias, por encima de cualquier otro planteamiento, sin que ello nos haga renunciar a nuestros fines, principios, objetivos e identidad.

Preparémonos pues para acudir a Murcia y participar en la construcción de una realidad deseada y posible. Tan solo desde esa participación activa y unitaria seremos capaces de avanzar y dar respuesta a nuestras necesidades y a las de la comunidad, familias y personas con las que convivimos, trabajamos y construimos.

Os esperamos.

The image shows the logo of the Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) on the left, which consists of a red stylized heart shape with a white spiral inside. To the right of the logo is a handwritten signature in blue ink. Below the logo, the text "ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA" is printed in red capital letters.

**José Ramón Martínez Riera**

*Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)*

## Intervenciones educativas y evidencias para la prevención de caídas en ancianos

<sup>1</sup> Lorena Ferrández Belén  
<sup>2</sup> Sheila Elena Sancho Raimundo  
<sup>3</sup> Marta Gamarra Lousa

<sup>1</sup> Enfermera residente de 2º año de enfermería familiar y comunitaria.

Dirección de contacto: [ferrandezbelenlorena@gmail.com](mailto:ferrandezbelenlorena@gmail.com)

<sup>2</sup> Máster interuniversitario en ciencias de la enfermería. Enfermera especialista en atención familiar y comunitaria.

<sup>3</sup> Enfermera. Tutora de EIR.

### Resumen

**Objetivos:** valorar si la educación para la salud (EpS) es una medida eficaz y con evidencia para la prevención de las caídas. Determinar las intervenciones con evidencia científica en la prevención de estas.

**Metodología:** revisión bibliográfica narrativa desde noviembre de 2016 a abril de 2017. Pregunta de investigación: intervenciones para prevenir caídas de ancianos con EpS, en función a las cuatro pistas de Sacketts (PICO), formulada a través de Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), *Medical Subject Headings* (MeSH). Criterios de inclusión: ensayos clínicos aleatorios (ECA's) y revisiones sistemáticas (RS) valoradas con *Critical Appraisal Skills Programme* Español CASPe, del 2010 al 2017 a texto completo y en inglés, castellano y portugués. Criterios de exclusión: los que no se corresponden con los de inclusión. Bases de datos: *Pubmed, Cochrane, Cinhal, Scielo, Dialnet, LILACS*. Revisados 137 artículos, seleccionados cinco ECA's y cinco RS. Valoración de calidad y grado de recomendación de la evidencia mediante el Instituto Joanna Briggs.

**Resultados:** cuatro artículos con resultados significativos hacen referencia a intervenciones mediante EpS. Cinco artículos desarrollaban programas con intervenciones de ejercicios físicos y desarrollo de habilidades para la prevención de caídas en los ancianos.

**Conclusión:** las enfermeras han de llevar a cabo programas e intervenciones basadas en la evidencia para la prevención de caídas en el ámbito individual y grupal, y el lugar idóneo para las actividades de EpS es la Atención Primaria. Hay que continuar investigando para avanzar en los conocimientos y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

**Palabras clave:** prevención; caídas; ancianos; EpS.

### Abstract

#### Educational interventions and evidence on prevention of falls in the elderly

**Purpose:** to assess whether health education is an effective measure and to evaluate evidence regarding falls prevention. To identify interventions having scientific evidence regarding falls prevention.

**Methods:** a narrative literature review from November 2016 to April 2017. Research question: interventions based on health education to prevent falls in the elderly, based on the Sacketts' four elements (PICO), using health sciences descriptors (DeCS), *Medical Subject Headings* (MeSH). Inclusion criteria: randomized clinical trials (RCT) and systematic reviews (SR) evaluated by means of the Spanish *Critical Appraisal Skills Program* CASPe, from 2010 to 2017, using full text, in English, Spanish, and Portuguese. Exclusion criteria: those not fulfilling inclusion criteria. Databases: *Pubmed, Cochrane, Cinhal, Scielo, Dialnet, LILACS*. A total of 137 articles were reviewed; five RCT and five SR were selected. Quality and strength of recommendations based on evidence according to Institute Joanna Briggs.

**Results:** four articles with significant results describe interventions based on health education. Five articles developed programs with interventions including physical exercises and skills development for falls prevention in the elderly.

**Conclusion:** nurses should conduct evidence-based programs and interventions to prevent falls individually and in groups; the best place to apply health education activities is a primary care center. More research is needed to continuously improve our knowledge and the quality of life in the elderly.

**Key words:** prevention; fall; elderly; health education.

## Introducción

El anciano frágil es la persona de edad avanzada que por condiciones médicas, mentales o sociales se encuentra en una situación de equilibrio inestable, que presenta alto riesgo de cambios en su salud, lo que conlleva a precisar del uso de recursos sanitarios o sociales. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica gracias a un delicado equilibrio con su entorno sociofamiliar, pero ante cualquier proceso intercurrente como puede ser una infección, una caída, cambios de medicación, hospitalización, pueden llegar a una situación de pérdida de independencia que obliga a la necesidad de recursos sanitarios y/o sociales (1).

Estos ancianos se encuentran en una situación de vulnerabilidad en la que tienen mayor riesgo de tener caídas. Como se indica, son personas de edad avanzada, generalmente los mayores de 65 años son los que más caídas sufren y más de la mitad es en su propio domicilio. Cuando una persona mayor cae supone un factor estresante y se produce un cambio en su vida. Las consecuencias de las caídas van más allá de las secuelas físicas que puedan generar en ellos mismos, les pueden crear inseguridad y miedo a próximas caídas, además de afectar al entorno de la persona como a la familia. Estas situaciones pueden desembocar en una peor calidad de vida para el anciano.

Las principales causas de las caídas se pueden agrupar en dos grupos: intrínsecas y extrínsecas. Las intrínsecas son inherentes a las personas, como enfermedades como el párkinson, enfermedades cardiovasculares e hipotensión ortostática. No se ha de olvidar que en este grupo se incluye el deterioro propio de la edad, donde principalmente influyen la disminución de la agudeza visual y auditiva, pero también la pérdida de movilidad y la marcha senil con pasos cortos. Por otro lado, las causas extrínsecas principalmente son debidas a medicamentos y a interacciones que se pueden dar entre ellos, sobre todo con personas polimedicadas, y a factores ambientales del hogar o de la comunidad.

Actualmente en las diferentes comunidades autónomas la prevención de caídas sigue las líneas de intervención recogidas en el "Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor", enmarcado en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en Sistema Nacional de Salud (2).

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a proteger la salud y la calidad de vida mediante la prevención y la solución de las causas de los problemas de salud. La promoción de la salud tiene tres componentes esenciales: buena gobernanza sanitaria, educación sanitaria y ciudades saludables (3). De esta forma la educación sanitaria se basa en que las personas adquieran conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables (3).

En la prevención de las caídas, la educación ha sido una intervención muy concurrida. En el ámbito de ciudades saludables se ha de realizar una planificación urbana saludable y la puesta en práctica de medidas preventivas en el ámbito comunitario para la prevención de caídas en ancianos.

En general, la estrategia que se sigue en el momento actual es la de detectar desde la Atención Primaria a los pacientes con riesgo de caídas e intervenir sobre la fragilidad, de esta forma seleccionar aquellos susceptibles de ser incluidos en el programa para la prevención de caídas. Dicho programa multifactorial, donde se encuentran a las personas con alto riesgo de caídas, incluye actividad física, la revisión de la medicación y de riesgos en el hogar.

El programa de actividad física se basa en componentes múltiples (resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular). La revisión de medicación se centra en la revisión de los fármacos que afectan negativamente a las personas con riesgos de caídas siguiendo los criterios STOP/START. Los fármacos considerados son: benzodiacepinas, neurolépticos, antihistamínicos de primera generación (clorfeniramina, difenhidramina, hidroxizina, prometazina, etc.), vasodilatadores y opiáceos de consumo crónico. También, la revisión de riesgos del hogar mediante listas de comprobación que se centran en la revisión de los suelos, la iluminación de toda la casa, la cocina, los dormitorios, los pasillos, el cuarto de baño, el calzado y el vestido y la presencia de animales domésticos (2).

Por otro lado, una valoración individual y centrada en la persona como lo es la valoración geriátrica integral (VGI), permitirá desarrollar las actividades necesarias en función a los problemas detectados. A continuación se muestra las distintas esferas de las que consta la valoración geriátrica integral y las escalas más utilizadas en la misma (1):

- Valoración clínica (anamnesis y exploración física): enfermedades, fármacos, etc.
- Valoración de la esfera funcional: las escalas más habituales para su medida son: índice de Barthel, índice de actividades de la vida diaria (Katz), la escala de la incapacidad física de la cruz roja y para las AIVD es el índice de Lawton y Brody.

- Valoración de la esfera mental: cuestionario de Pfeiffer, Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC), escala de deterioro global (GDS-FAST), *Status Questionnaire* (SPMSQ), *Mini-Mental State Examination de Folstein* (MMSE).
- Valoración afectiva: la depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los ancianos. Escala de depresión geriátrica de Yesavage, escala de depresión y ansiedad de Goldberg.
- Valoración social: escala OARS de recursos sociales, escala de valoración sociofamiliar de Gijón, escala de Philadelphia.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) si se mantuvieran las tendencias demográficas actuales, el porcentaje de población mayor de 65 años, que actualmente se sitúa en el 18,2% pasaría a ser el 24,9% en 2029 y del 38,7% en 2064 (4).

Los datos estadísticos de febrero de 2015 situaron que las caídas accidentales fueron la segunda causa externa de muerte, con 2.672 fallecidos (5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (6) calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 424.000 personas debido a caídas. De ahí se deduce que es y debe ser un tema relevante la prevención de caídas en los ancianos que en un futuro serán una gran parte de la población total.

De esta forma la pregunta de investigación que motivó la realización de este trabajo fue identificar las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos mediante EpS.

Siguiendo esta línea de trabajo, el objetivo general del presente estudio es valorar si la EpS es una medida eficaz y con evidencia en la prevención de las caídas, y de ahí se desglosa el objetivo secundario, que es determinar las intervenciones con evidencia científica en prevención de caídas.

## Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica narrativa de la literatura publicada mediante un protocolo estandarizado (7). La estrategia de búsqueda empieza con la formulación de una pregunta de investigación propuesta en función a las cuatro pistas de Sacketts (paciente-intervención-comparador-resultado/*outcomes*). En este caso se modifica el formato PICO al eliminar el comparador (8) (Tabla 1).

La pregunta de investigación se formula de acuerdo a la traducción de las palabras naturales a palabras clave, a través de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), *Medical Subject Headings* (MeSH) (7).

Tabla 1. PICO

FRASE	PALABRA "NATURAL"	DECS	MeSH
Paciente	Ancianos	Prevención primaria, ancianos, adulto mayor, factor de riesgo, anciano frágil	<i>Prevention Primary, elderly people, older people, aged, elder, risk factors, frail elderly</i>
Intervención	Revisión	Educación en enfermería, educación en salud, educación del paciente, educación de la población	<i>Education, nursing, health education, patient education as topic, population education</i>
Variable ( <i>outcome</i> )	Prevención de caídas de ancianos	Eficacia, evaluación de la eficacia-efectividad de intervenciones, eficiencia, hábitos, hábitos alimentarios, estilo de vida, calidad de vida	<i>Efficacy, evaluation of the efficacy-effectiveness of interventions, efficiency, habits, food habits, life style, quality of life</i>

La búsqueda se llevó a cabo desde noviembre de 2016 hasta abril de 2017 en las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane, CINAHL, Scielo, Dialnet, LILACS (Tabla 2).

**Tabla 2.** Combinación DECS-MESH

FECHA	BASE DE DATOS	COMBINACIÓN DECS-MESH	Nº DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS/Nº DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS
16/11/2016	DIALNET	Prevención de caídas en ancianos	0/24
18/11/2016	DIALNET	Prevención de caídas	1/1
17/11/2016	SCIELO	<i>Prevention AND falls</i>	1/6
		<i>Falls AND older people</i>	0/1
		<i>Falls AND elderly people</i>	0/1
17/11/2016	COCHRANE	<i>Primary Prevention AND falls AND aged</i>	9/47
29/11/2016	CINAHL	<i>Primary prevention AND falls AND aged</i>	2/14
01/12/2016	PUBMED	<i>Prevention AND Falls</i>	12/27
19/12/2016	COCHRANE	<i>Health education AND prevention falls</i>	0/1
19/12/2016	PUBMED	<i>Health education AND prevention falls</i>	0
29/12/2016	PUBMED	<i>Education AND prevention falls</i>	2/4
04/01/2017	SCIELO	<i>Education AND prevention falls</i>	0
04/01/2017	SCIELO	<i>Health education AND prevention falls</i>	0
04/01/2017	COCHRANE	<i>Education AND prevention falls</i>	0/8
10/03/2017	LILACS	Caidas en ancianos	1/3

Los criterios de inclusión fueron:

- De homogeneidad clínica: que las intervenciones estudiadas sean aplicables a la población, práctica profesional y que aporten evidencias sobre intervenciones de prevención primaria en caídas de ancianos.
- Según el tipo de estudio: estudios cuyo diseño fuera ensayos clínicos aleatorios (ECA's), revisiones sistemáticas (RS) con o sin metaanálisis, y revisiones de la literatura con especial interés para este trabajo.

- De calidad interna y homogeneidad metodológica: para valorar la calidad metodológica de las revisiones sistemáticas y ensayos clínicos se empleó la herramienta de lectura crítica *Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe)* (9). Se acordó por parte de los investigadores seleccionar estudios que obtuvieran una puntuación mínima de nueve para los ECA's y ocho para las RS.

Criterios de exclusión: quedaron excluidos todos los artículos anteriores al año 2010 que no estuvieran disponibles al completo y que no fueran publicados en inglés, portugués y castellano.

Se encontraron 137 estudios de los cuales, tras realizar una lectura y revisión, se seleccionaron cinco ECA's y cinco RS.

La calidad metodológica de los artículos seleccionados fue evaluada, al menos, por dos revisores de forma independiente y las discrepancias se resolvieron por consenso, con un tercer revisor. La comunicación entre revisores se llevó a cabo a través del correo electrónico y en sesiones presenciales periódicas. Para la valoración del nivel de calidad y grado de recomendación de la evidencia científica se siguieron las recomendaciones de clasificación del Instituto Joanna Briggs (10,11).

### Resultados

Se hace referencia a consultar el diagrama de flujo (Figura 1) realizado para ver de forma clara y esquematizada el número de artículos encontrados, evaluados e incluidos en el presente estudio.

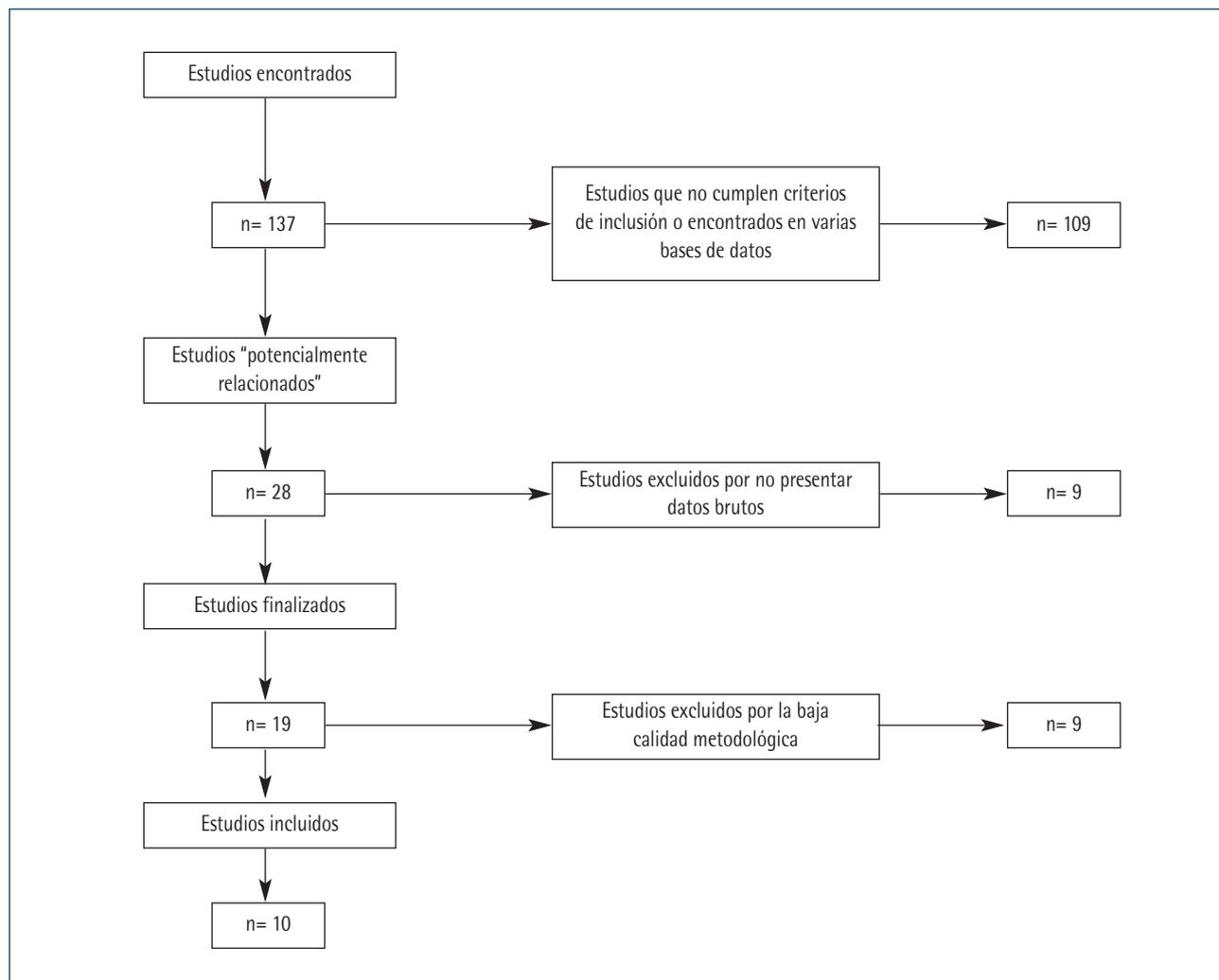


Figura 1. Diagrama de flujo

- **Laguna JM, Carrascosa RR, Zafra F, Carrascosa MI, Luque FM, Alejo JA, García FP (12).** Demostraron ser efectivas y con evidencia en la prevención de las caídas las medidas de protección, pero no las de restricción del movimiento. Valoraron la necesidad de desarrollar una escala de atención a la dependencia con puntuación para identificar a pacientes con alto riesgo. También se planteó el desarrollo de programas e intervenciones y estrategias para la prevención de caídas, con ejercicios de fortalecimiento y/o equilibrio.
- **Hill AN, Etherton-Beer C, Haines TP (13).** En la población de ámbito rural la educación para la salud en formato multimedia como intervención fue positiva y enriquecedora, obtuvieron resultados significativos y demostró ser una intervención con evidencia científica. Las personas que mostraron más participación en el programa aprendieron a planificar cómo reiniciar de forma segura sus actividades diarias después de haber sufrido una caída y además se mostraron más seguros y motivados en la participación y en las estrategias de prevención de caídas. La tasa de caídas registradas fue significativamente menor en el grupo intervención.
- **Servicio de respuesta rápida. Agencia Canadiense para las Drogas y las Tecnologías en Salud (14).** El aporte de vitamina D fue más eficaz y menos costosa, que otras intervenciones para la prevención de caídas, pero no se encontró suficiente evidencia para la recomendación sistemática en pacientes de edad avanzada institucionalizados.
- **Duckham RL, Masud T, Taylor R, Kendrick D, Carpenter H, Ilife S, Morris R, Gage H, Skelton DA, Dinan-Young S, Brooke-Wavell K (15).** En este artículo se estudiaba la influencia de intervenciones con ejercicio individual y grupal incluidos en programas de prevención de caídas en relación con la densitometría del fémur, cadera y columna. No obtuvieron resultados que relacionaran que el desarrollo de estos ejercicios para la prevención de las caídas influyera en la densitometría.
- **Nyman SR, Víctor CR (16).** Se evaluó la adherencia y la participación de las personas mayores en las intervenciones realizadas en los distintos ensayos para la prevención de caídas. Se obtuvieron niveles de adherencia mayores del 60% e incluso 80% en intervenciones con ejercicios, con aporte de vitamina D, adaptación del hogar, procesos educativos y suplementos nutricionales. En la intervención basada en el cambio de tratamiento de su medicación habitual no se consiguieron buenos niveles de adherencia. Se concluyó que estas intervenciones citadas anteriormente mostraron una mayor tasa de adherencia y que los profesionales de enfermería han de prestar atención para incluirlas en los programas de prevención de caídas.
- **Jeon MY, Jeong HC, Lee H, Petrofsky J, Yim (17).** El programa de prevención de caídas de este estudio se basaba en sesiones educativas y de ejercicio. Las sesiones educativas se centraban en el aumento del conocimiento de las causas por las cuales habían sufrido una caída así como sus consecuencias, prevención y estrategias de afrontamiento en situaciones de emergencia. El programa de ejercicios consistía en el aumento de la fuerza muscular, la resistencia y equilibrio. Todo ello demostró eficacia en cuanto a la prevención de las caídas y también se encontraron beneficios en el aspecto psicológico, respecto a una disminución en trastornos depresivos y menor temor a las caídas.
- **Svantesson U, Babagbemi B, Foster L, Alricsson M (18).** Las intervenciones llevadas a cabo en el estudio se centraron en evaluar la esfera psicosocial en diferentes programas de prevención de caídas, en concreto el miedo a caer y la autoeficacia. Estos factores influyen en las caídas y por ello se planteó un mayor abordaje de estas intervenciones en futuros programas.
- **McPhate L, Simek EM, Haines TP (19).** A través de un programa de ejercicio en grupo, basado en equilibrio, resistencia y flexibilidad, se pretendía evaluar las condiciones eficaces para la adherencia al programa. Los resultados obtenidos demostraron la necesidad de implantar programas con una duración no demasiado extensa y la simplificación de los ejercicios para conseguir una buena adherencia y con ello la prevención de caídas.
- **El-Khoury F, Cassou B, Latouche A, Aegerter P, Charles MA, Dargent-Molina P (20).** A todas las participantes en el estudio se les realizó sesiones de entrenamiento supervisadas y ejercicios individuales en casa, también se le facilitó material educativo sobre la prevención de las caídas. Los resultados del estudio fueron favorecedores respecto a la intervención en general. Las pruebas de rendimiento fueron mejores en el grupo de intervención y se observó una disminución significativa de caídas tanto graves como moderadas. También disminuyó el miedo a las mismas.
- **Clemson L, Fiatarone MA, Bundy A, Cumming RG, Manollaras K, O'loughlin P, Black D (21).** A través de un programa de ejercicios de fuerza y equilibrio, fundamentalmente, este estudio demuestra una reducción significativa en la tasa de caídas. También se ha demostrado una mejora en el equilibrio dinámico y estático. No se obtuvieron diferencias significativas en la medición de la fuerza en caderas y rodillas.

A continuación se muestra la Tabla 3 en la que se recogen los principales resultados obtenidos, las intervenciones a la población, el nivel de evidencia, el grado de recomendación, la puntuación en CASPE y la bibliografía referencial de los artículos seleccionados.

**Tabla 3.** Nivel de evidencia

AUTOR, TÍTULO, AÑO, TIPO DE ESTUDIO (CARACTERÍSTICAS) PUNTUACIÓN CASPE	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	CALIDAD: NIVEL DE EVIDENCIA (NE) GRADO RECOMENDACIÓN (GR)
<p>Autores: Laguna JM, Carrascosa RR, Zafra F, Carrascosa MI, Luque FM, Alejo JA, García FP</p> <p>Título: <i>Effectiveness of interventions for prevention falls in the elderly: systematic review</i></p> <p>Año de publicación: 2010</p> <p>Tipo de estudio: revisión sistemática</p> <p>CASPE: 10/10</p>	37 estudios con una población total de 106.737 personas	Determinar cuáles son las actividades más eficaces para la prevención de las caídas y cuáles no	Las principales medidas para la prevención de caídas fueron: el uso adecuado de las medidas de protección, el desarrollo de parámetros para identificar factores de riesgo, la realización de una escala con puntuación para identificar a los ancianos de riesgo, analizar los factores de riesgo extrínsecos, el desarrollo de programas y estrategias para la prevención	En este estudio queda reflejado un amplio abanico de medidas preventivas eficaces contra la prevención de caídas en ancianos, y además señala las que no han sido tan eficaces	NE: A GR: 1
<p>Autores: Hill AN, Etherton-Ber C, Haines TP</p> <p>Título: <i>Tailored Education for Older Patients to Facilitate Engagement in Falls Prevention Strategies after Hospital Discharge-A Pilot Randomized Controlled Trial</i></p> <p>Año de publicación: 2013</p>	50 pacientes hospitalizados igual o mayores de 60 años	Programa de educación multimedia sobre prevención de caídas al grupo intervención, con seguimiento de dos a cinco charlas de 15 minutos	Hubo 23 caídas (n= 5 de intervención, n= 18 de control) y las tasas de caídas fueron 5,4/1000 días-paciente (intervención); 18,7/1000 días-paciente (control)  Además, los participantes del grupo intervenido fueron significativamente más propensos a	Con este estudio se demuestra que proporcionar información en formato multimedia para la prevención de caídas a las personas mayores es exitoso y su actitud fue positiva en cuanto al	NE: B GR: 2

Tabla 3. Nivel de evidencia (continuación)

AUTOR, TÍTULO, AÑO, TIPO DE ESTUDIO (CARACTERÍSTICAS) PUNTUACIÓN CASPE	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	CALIDAD: NIVEL DE EVIDENCIA (NE) GRADO RECOMENDACIÓN (GR)
Tipo de estudio: ensayo clínico aleatorizado CASPE: 11/11			planificar cómo reiniciar de forma segura las actividades habituales, más informados, confiados y motivados para completar el programa de ejercicio en su propia casa	formato utilizado. Además de los resultados positivos de concienciación en cuanto al riesgo de caer y la prevención de las caídas	
<i>CADTH Rapid Response Report. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health</i>  Título: <i>Vitamin D Supplementation for the Prevention of Falls and Fractures in Residents in Long-Term Care Facilities: A Review of the Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, or Guidelines</i>  Tipo de estudio: revisión sistemática de metaanálisis  Año de publicación: 2016  CASPE: 10/10	Adultos frágiles institucionalizados	El suplemento con vitamina D en comparación con ningún suplemento  Comparación del coste de la administración de suplementos de vitamina D con otros tipos de intervenciones como la revisión médica, los protectores de cadera, la intervención multifactorial o ninguna intervención	No se obtuvo evidencia para apoyar el suplemento con vitamina D a ancianos institucionalizados  En cuanto al coste-efectividad, la vitamina D fue menos costosa y más eficaz que otras, pero no se recomienda para la prevención de caídas y fracturas en pacientes de edad avanzada institucionalizados	El suplemento con vitamina D para la prevención de caídas en ancianos institucionalizados no ha demostrado ser eficaz a pesar de ser costo-efectiva	NE: B GR: 2
Autores: Duckham RL, Masud T, Taylor R, Kendrick D, Carpenter H, Ilife H, Skelton DA, Dinan-Young S, Brooke-Wavell K	319 hombres y mujeres con 65 años o más	Las intervenciones fueron:  1. Ejercicio en el hogar y caminar	La densitometría del cuello del fémur (principal medida) no difirió entre los diferentes grupos, tampoco hubo diferencias en otros	Este estudio muestra que el ejercicio físico no influye en el resultado de la densitometría	NE: A GR: 1

**Tabla 3.** Nivel de evidencia (continuación)

AUTOR, TÍTULO, AÑO, TIPO DE ESTUDIO (CARACTERÍSTICAS) PUNTUACIÓN CASPE	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	CALIDAD: NIVEL DE EVIDENCIA (NE) GRADO RECOMENDACIÓN (GR)
<p>Título: <i>Randomised controlled trial of the effectiveness of community group and home-based falls prevention exercise programmes on bone health in older people: the ProAct65+ bone study</i></p> <p>Tipo de estudio: ensayo clínico aleatorizado</p> <p>Año de publicación: 2015</p> <p>CASPE: 8/11</p>		<p>2. Ejercicio en grupo y caminar</p>	<p>lugares de medida, como cadera y columna lumbar</p>		
<p>Autores: Nyman SR, Victor CR</p> <p>Título: <i>Older people's participation in and engagement with falls prevention interventions in community settings: an augment to the cochrane systematic review</i></p> <p>Tipo de estudio: revisión sistemática</p> <p>Año de publicación: 2012</p> <p>CASPE: 9/10</p>	<p>Adultos mayores de 60 años incluidos en 99 ECA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio: programas supervisados como senderismo y ejercicios aeróbicos</li> <li>• Aporte de vitamina D y/o suplementos de calcio</li> <li>• Revisión del tratamiento farmacológico</li> <li>• Revisión ambiental: adaptaciones en el hogar y ayudas</li> <li>• Intervenciones educativas para</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La participación fue de más del 80% para las intervenciones de ejercicio en el hogar</li> <li>• Con el suplemento de vitamina D/ calcio <math>\geq</math> 80%</li> <li>• La retirada de cierta medicación no fue eficaz y no hubo diferencias significativas</li> <li>• 58-59% cuando se realizaron modificaciones en el hogar</li> <li>• Respecto a las intervenciones educativas (60-70%)</li> </ul>	<p>Las intervenciones de prevención de caídas pueden ser efectivas solo con un subgrupo auto-motivado</p> <p>Los profesionales de la salud han de comprometerse a incrementar el compromiso y así la adherencia, entre las personas mayores</p> <p>Mediante el</p>	<p>NE: A</p> <p>GR: 1</p>

**Tabla 3.** Nivel de evidencia (continuación)

AUTOR, TÍTULO, AÑO, TIPO DE ESTUDIO (CARACTERÍSTICAS) Puntuación CASPE	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	CALIDAD: NIVEL DE EVIDENCIA (NE) GRADO RECOMENDACIÓN (GR)
		aumentar el conocimiento y prevenir las caídas  • Fluidoterapia/ suplementos nutricionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60-70 % para la terapia de suplementos de nutrición</li> </ul> En líneas generales a los doce meses de seguimiento la mitad de las personas mayores seguían adheridas a los programas de prevención de caídas	seguimiento de estos pacientes  Se ha de prestar atención a las intervenciones con eficacia demostrada para aumentar la adherencia a los programas	
Autores: Jeon MY, Jeong HC, Lee H, Petrofsky J, Yim J  Título: <i>Effects of a Randomized Controlled Recurrent Fall Prevention Program on Risk Factors for Falls in Frail Elderly Living at Home in Rural Communities</i>  Tipo de estudio: ensayo clínico aleatorizado  Año de publicación: 2014  CASPE: 11/11	70 mujeres mayores de 65 años, que residieran en zonas rurales y con al menos tres caídas durante el año anterior	Programa de prevención de caídas durante doce semanas, con una sesión educativa y tres sesiones de 80 minutos de ejercicio por semana  En las sesiones educativas se informó sobre la definición de las caídas y caídas recurrentes, las causas, consecuencias y la prevención de estas y las estrategias de afrontamiento en situación de emergencia  Factores de riesgo como :  Distribución de mobiliario en el	En las pruebas previas no hubo diferencias significativas en las mediciones de los resultados entre los dos grupos  Después del programa:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• La depresión y el temor a caer fueron significativamente más bajos en el grupo experimental y se observó un mayor sentimiento de autoeficacia en este conjunto</li> <li>• El balance dinámico y el equilibrio estático no obtuvieron diferencias significativas</li> <li>• Los resultados de la elevación del tobillo y la extremidad inferior fueron significativamente</li> </ul>	Se ha demostrado la eficacia en la prevención de caídas en mujeres mayores de 65 años, aumentando la fuerza muscular, la resistencia y el equilibrio  También se han encontrado beneficios en el aspecto psicológico, respecto a una disminución de depresiones y menor temor a caer	NE: A  GR: 1

**Tabla 3.** Nivel de evidencia (continuación)

AUTOR, TÍTULO, AÑO, TIPO DE ESTUDIO (CARACTERÍSTICAS) Puntuación CASPE	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	CALIDAD: NIVEL DE EVIDENCIA (NE) GRADO RECOMENDACIÓN (GR)
		hogar, medicación, nutrición, depresión  Las sesiones de ejercicio se basaron en danzas tradicionales coreanas y ejercicios para promover la fuerza muscular, la resistencia y el equilibrio	mejor en el grupo experimental, obteniendo resultados positivos en cuanto al tiempo de ejecución  • Los resultados de las pruebas de elevación del tobillo fueron significativamente mejor, entre pre-y-post test en ambos grupos		
Autores: Svantesson U, Babagbemi B, Foster L, Alricsson M  Título: <i>Influences on Modern Multifactorial Falls Prevention Interventions and Fear of Falling in Non-Frail Older Adults: A Literature Review</i>  Tipo de estudio: revisión sistemática  Año de publicación: 2014  CASPE: 9/10	Participantes de doce estudios de 65 años o más, independientes y que vivieran solos	Se evaluaron las diferentes intervenciones de los programas de los estudios seleccionados, centrándose en la esfera psicosocial, en cuanto al miedo a caer	Quedó demostrado que el miedo a caer influye negativamente. Los resultados de los programas de prevención podrán ser más exitosos cuando se tengan en cuenta las esferas psicosociales	El miedo a caer y la autoeficacia son factores psicosociales que inciden en las caídas, el abordaje del miedo puede ser una intervención en la que influir en los programas de prevención de caídas. A pesar de ello hay escasas investigaciones en cuanto al tema abordado	NE: B GR: 2
Autores: McPhate L, Simek EM, Haines TP  Título: <i>Program-related factors are associated with</i>	Adultos mayores de 60 años en 18 estudios	Intervención de ejercicio de grupo para la prevención de caídas basada en: equilibrio,	La intervención con un componente de flexibilidad como el yoga se asoció con niveles más bajos de adherencia	Se debería de implantar programas con una duración limitada, no extensa y	NE: A GR: 1

**Tabla 3.** Nivel de evidencia *(continuación)*

AUTOR, TÍTULO, AÑO, TIPO DE ESTUDIO (CARACTERÍSTICAS) PUNTUACIÓN CASPE	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	CALIDAD: NIVEL DE EVIDENCIA (NE) GRADO RECOMENDACIÓN (GR)
<p><i>adherence to group exercise interventions for the prevention of falls: a systematic review</i></p> <p>Tipo de estudio: revisión sistemática con metaanálisis de de ensayos aleatorios</p> <p>Año de publicación: 2013</p> <p>CASPE: 9/10</p>		<p>resistencia, flexibilidad y actividades funcionales</p>	<p>El análisis también sugirió que cuanto mayor sea la duración de la intervención, menor será el nivel de adherencia</p> <p>La actividad en sesiones regulares de duración moderada facilita la adherencia</p> <p>Destacan la importancia de simplificar la prescripción de ejercicio para mejorar la adherencia al mismo</p> <p>No se encontró asociación significativa entre la adherencia y la eficacia de la intervención</p>	<p>simplificar los ejercicios para conseguir una buena adherencia a estos y con ello prevenir las caídas</p>	
<p>Autores: El-Khoury F, Cassou B, Latouche A, Aegerter P, Charles MA, Dargent-Molina P</p> <p>Título: <i>Effectiveness of two year balance training programme on prevention of fall induced injuries in at risk women aged 75-85 living in community: Ossébo randomised controlled trial</i></p> <p>Tipo de estudio: ensayo controlado aleatorio</p>	<p>706 mujeres entre 75 y 85 años, que viven en su propia casa y tienen una disminución de control en el equilibrio o en la forma de andar</p>	<p>Sesiones de entrenamiento semanales supervisadas en locales comunitarios durante dos años, completadas por ejercicios prescritos individuales a realizar en casa</p> <p>Entrega de material educativo</p>	<p>Al finalizar el estudio se observó que hubo un 19% menos de caídas graves y moderadas</p> <p>También las pruebas de rendimiento fueron significativamente mejores</p> <p>Disminuyó el miedo a caer</p>	<p>Se ha demostrado que las sesiones individuales y grupales de entrenamiento semanales son efectivas y disminuyen tanto el número de caídas como el miedo a caer</p>	<p>NE: A</p> <p>GR: 1</p>

Tabla 3. Nivel de evidencia (continuación)

AUTOR, TÍTULO, AÑO, TIPO DE ESTUDIO (CARACTERÍSTICAS) Puntuación CASPE	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	CALIDAD: NIVEL DE EVIDENCIA (NE) GRADO RECOMENDACIÓN (GR)
Año de publicación: 2015 CASPE: 11/11					
Autores: Clemson L, Fiatarone MA, Bundy A, Cumming RG, Manollaras K, O'loughlin P, Black D  Título: <i>Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people (the LiFE study): randomised parallel trial</i>  Tipo de estudio: ensayo controlado aleatorio  Año de publicación: 2012  CASPE:11/11	317 hombres y mujeres de 70 años o más y que hayan tenido dos o más caídas en los últimos doce meses	El programa incluye siete ejercicios para el equilibrio y seis para la fuerza de las piernas a realizar tres veces por semana	Se obtuvo una reducción significativa del 31 % en la tasa de caídas  El equilibrio dinámico mejoró en el grupo intervención  La medida de la fuerza de la cadera y rodillas no obtuvo diferencias significativas	La realización de ejercicios físicos que combinan la fuerza y el equilibrio con un seguimiento adecuado demuestra que existe una disminución en las caídas	NE: A GR: 1

## Discusión y conclusión

Hay estudios previos (15,20,21) donde se estudian y revisan las intervenciones para la prevención de las caídas de forma individual o grupal, generalmente son intervenciones con ejercicios o con ejercicios y educación. La aportación de este trabajo es una revisión de las publicaciones más actuales con la intención de encontrar estudios que utilicen la educación para la salud en la prevención de las caídas, una herramienta valiosa y que cada vez más adquiere importancia en el día a día.

Se han encontrado estudios que hacen referencia al desarrollo de educación para la salud como intervención (13,17,20), en los que se ha observado una disminución en la tasa de caídas y además un aumento del conocimiento por parte de los participantes, un aumento en la seguridad y menor temor a las caídas.

Otros estudios desarrollaban programas con intervenciones con ejercicio físico, basadas en el fortalecimiento, equilibrio, flexibilidad, coordinación y movilidad, para la prevención de caídas en los ancianos.

Se han observado estudios (17,19) en los que se utilizan de forma conjunta el ejercicio físico y la educación, se cree en la apuesta por los programas multicomponentes, que basándose en la evidencia científica han demostrado tener resultados significativos, utilizando métodos habituales de ejercicio físico e introduciendo la educación para la salud como herramienta.

En este estudio se identifica como fortalezas el haber respondido a la pregunta clínica que ha motivado la búsqueda.

Como limitaciones del presente estudio se destaca el no haber podido acceder a texto completo a todos los artículos que tenían relación e información relevante para con el objetivo de este estudio, por no encontrarse a texto completo.

Esta revisión pone de manifiesto que se puede realizar prevención para las caídas de los ancianos mediante la Educación para la Salud.

Los resultados obtenidos son extrapolables y pueden ser generalizados en esta práctica clínica diaria como enfermeras de Atención Primaria.

Los profesionales de enfermería han de que llevar a cabo programas e intervenciones basadas en la evidencia para la prevención de caídas, haciendo hincapié en la necesidad de realizar investigaciones. El lugar idóneo para llevar a cabo actividades de Educación para la Salud es Atención Primaria, puesto que acoge a toda la comunidad y en especial a los mayores de 65 años, siendo estos el mayor grupo de riesgo.

Como conclusión se puede decir que se ha alcanzado los objetivos planteados en este trabajo. Se ha encontrado suficiente evidencia científica para apoyar la idea inicial, por lo que se concluye que la Educación para la Salud como principal herramienta es útil en la prevención de caídas en ancianos, y además se ha realizado una revisión y actualización de las intervenciones con evidencia científica en la prevención de caídas de estos.

## Bibliografía

- [1] Fernández E, Estévez M. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. Gerokomos [internet]. Marzo 2013 [citado 3 nov 2017]; 24(1):8-13. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2013000100002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100002&lng=es)
- [2] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
- [3] Organización Mundial de la Salud OMS. ¿Qué es la promoción de la salud? [internet]. Agosto 2016. [citado 3 nov 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
- [4] Instituto Nacional de Estadística INE. Proyección de la población de España 2014-2064 [internet]. Octubre 2014. [citado 3 nov 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
- [5] Instituto Nacional de Estadística INE. Defunciones según la Causa de Muerte [internet]. Febrero 2015. [citado 3 nov 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
- [6] Organización Mundial de la Salud OMS. Caídas [internet]. Septiembre 2016. [citado 3 nov 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
- [7] Grupo EBE del área de Soria. Protocolo EBE de la Gerencia de Atención Primaria de Soria para búsqueda de evidencias. Soria: Grupo EBE; 2010.
- [8] Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Cómo formular preguntas clínicas que usted pueda responder. En: Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB (eds.). Medicina basada en la evidencia. Madrid: Churchill Livingstone; 1997.
- [9] CASPe (Critical Appraisal Skills Programme). Programa de habilidades en lectura crítica y búsqueda de información científica [internet]. [citado 3 nov 2017]. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/>
- [10] New JBI Levels of Evidence. [internet] [cited 3 nov 2017]. Available from: [http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence\\_2014.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf)
- [11] New JBI Grades of Recommendation. [internet] [cited 3 nov 2017]. Available from: [http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-grades-of-recommendation\\_2014.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf)
- [12] Laguna JM, Carrascosa RR, Zafra F, Carrascosa MI, Luque FM, Alejo JA, et al. Effectiveness of interventions for prevention falls in the elderly: systematic review. Gerokomos [internet]. Septiembre 2010. [citado 3 nov 2017]; 21(3):97-107. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2010000300002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000300002&lng=es)

- [13] Hill AM, Etherton Beer C, Haines TP. Tailored Education for Older Patients to Facilitate Engagement in Falls Prevention Strategies after Hospital Discharge—A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal List PLoS ONE* [internet]. 2013 [cited 3 nov 2017]; 8(5). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662677/>
- [14] CADTH Rapid Response Report. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Vitamin D Supplementation for the Prevention of Falls and Fractures in Residents in Long-Term Care Facilities: A Review of the Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, or Guidelines [internet]. April 2016 [cited 3 nov 2017]. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0087785/pdf/PubMedHealth\\_PMH0087785.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0087785/pdf/PubMedHealth_PMH0087785.pdf)
- [15] Duckham RL, Masud T, Taylor R, Kendrick D, Carpenter H, Ilife S, et al. Randomised controlled trial of the effectiveness of community group and home-based falls prevention exercise programmes on bone health in older people: the ProAct65+ bone study. *Age and Ageing* [internet]. April 2015 [cited 3 nov 2017]; 44:573-79. Available from: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/early/2015/04/22/ageing.afv055v1.full.pdf?related-urls=yes;afv055v1&cited-by=yes;afv055v1&related-urls=yes&afv055v1>
- [16] Nyman SR, Víctor CR. Older people's participation in and engagement with falls prevention interventions in community settings: an augment to the cochrane systematic review. *Age Ageing* [internet]. January 2012 [cited 3 nov 2017]; 41(1):16-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21875865>
- [17] Jeon MY, Jeong HC, Lee H, Petrofsky J, Yim J. Effects of a Randomized Controlled Recurrent Fall Prevention Program on Risk Factors for Falls in Frail Elderly Living at Home in Rural Communities. *MedSciMonit* [internet]. 2014 [cited 3 nov 2017]; 20:2283-91. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/268283122\\_Effects\\_of\\_a\\_Randomized\\_Controlled\\_Recurrent\\_Fall\\_Prevention\\_Program\\_on\\_Risk\\_Factors\\_for\\_Falls\\_in\\_Frail\\_Elderly\\_Living\\_at\\_Home\\_in\\_Rural\\_Communities](https://www.researchgate.net/publication/268283122_Effects_of_a_Randomized_Controlled_Recurrent_Fall_Prevention_Program_on_Risk_Factors_for_Falls_in_Frail_Elderly_Living_at_Home_in_Rural_Communities)
- [18] Svantesson U, Babagbemi B, Foster L, Alricsson M. Influences on Modern Multifactorial Falls Prevention Interventions and Fear of Falling in Non-Frail Older Adults: A Literature Review. *J Clin Med Res* [internet]. October 2014 [cited 3 nov 2017]; 6(5):314-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4125325/>
- [19] McPhate L, Simek EM, Haines TP. Program-related factors are associated with adherence to group exercise interventions for the prevention of falls: a systematic review. *Journal of Physiotherapy* [internet]. June 2013 [cited 3 nov 2017]; 59(2):81-92. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1836955313701607>
- [20] El-Khoury F, Cassou B, Latouche A, Aegerter P, Charles MA, Dargent-Molina P. Effectiveness of two year balance training programme on prevention of fall induced injuries in at risk women aged 75-85 living in community: Ossébo randomised controlled trial. *BMJ* [internet]. June 2015 [cited 3 nov 2017]; 351. Available from: <http://www.bmj.com/content/351/bmj.h3830>
- [21] Clemson L, Fiatarone MA, Bundy A, Cumming RG, Manollaras K, O'loughlin P, Black D. Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people (the LiFE study): randomised parallel trial. *BMJ* [internet]. August 2012 [cited 3 nov 2017]; 345. Available from: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e4547>

<sup>1</sup> Sergio Herrero Capel  
<sup>2</sup> Jorge López Gómez  
<sup>3</sup> José Ramón Martínez Riera

## Entornos saludables escolares. ¿Por qué no tiene éxito la generación de entornos saludables en la escuela?

<sup>1</sup> *Enfermero Hospital Universitario del Vinalopó. Alicante.*

*Dirección de contacto: herrero95@hotmail.com*

<sup>2</sup> *Enfermero Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante.*

<sup>3</sup> *Doctor. Profesor Titular Departamento Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante. Director Cátedra Enfermería Familiar y Comunitaria.*

Este trabajo fue presentado como comunicación oral en las IX Jornadas Nacionales de Enfermería de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), obteniendo el premio a la mejor comunicación en su modalidad de estudiante o titulado en los dos años anteriores.

### Resumen

**Introducción:** un entorno saludable escolar es el principal generador de salud de sus integrantes. La mayoría de los comportamientos relacionados con la salud se aprende en la edad escolar, los cuales van a influir en la etapa adulta.

**Objetivo:** valorar los entornos saludables en el ámbito escolar, para entender qué aspectos influyen a la hora de su desarrollo.

**Metodología:** se ha optado por llevar a cabo entrevistas semiestructuradas en un centro escolar, con la finalidad de observar la perspectiva de los profesionales que trabajan en él. Además, se ha valorado la figura de la enfermera escolar.

**Resultados:** se ha evidenciado la existencia de barreras dificultadoras de la educación en salud, asimismo se refleja la autopercepción que tienen los trabajadores del centro educativo acerca de su papel en la educación y promoción en la salud. El trabajo ha demostrado que los docentes no se identifican como principales agentes de salud. Entre las barreras dificultadoras del desarrollo para la educación en salud destaca la implicación familiar y la escasez de formación por parte del profesorado en temas relacionados con educación en salud. La figura de la enfermera escolar fue peor valorada que la figura de la enfermera comunitaria.

**Conclusiones:** hay que contar con los docentes a la hora de planificar una intervención en un centro escolar, puesto que son los principales agentes de salud. No obstante, el profesorado no se identifica como tal. Este hecho, añadido a la falta de formación en educación para la salud, dificulta la generación de entornos saludables escolares.

**Palabras clave:** entorno; escuela promotora de salud; educación para la salud; agentes de salud.

### Abstract

**Healthy school environments. Why healthy school environment creation is not successful?**

**Introduction:** a healthy school environment is the main health promoting factor for people involved. Most health-related behaviors are learnt during school age, and have a later influence during adulthood.

**Purpose:** to assess healthy school environments and to understand factors having an influence on its development,

**Methods:** a method based on semi-structured interviews in a school was selected, in order to observe the perspective of healthcare professionals working there. Moreover, the leading figure of school nurse has been assessed.

**Results:** barriers for health education have been observed; furthermore, this is also reflected in self-perception of school workers on their role in education and health promotion. The present study has shown that teachers do not recognize themselves as main health agents. A significant barrier to development in health education is family involvement and a low health education of teachers in subjects related to health education. The leading figure of school nurse was less valued than the one of community nurse.

**Conclusions:** teachers must be taken into account when planning interventions in a school, because they are the main health agents. Nevertheless, teachers do not recognize themselves as health agents. This fact, and the lack of training in health education, are a barrier to create healthy school environment.

**Key words:** environment; health-promoting school; health education; health agents.

## Introducción

El concepto salud ha ido evolucionando desde sus orígenes, a consecuencia tanto de su interpretación cultural como de cambios socioeconómicos. Común a todas las sociedades y culturas es la preocupación por la salud (1).

Históricamente la salud ha sido definida desde perspectivas negativas, tratando de explicar por qué se pierde, es decir, se hablaba de enfermedad. No obstante, esta visión negativa ha ido cambiando en las últimas décadas, en las que se han ido incorporando distintos enfoques. La Organización Mundial para la Salud (OMS), en 1948, definió salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia" (2). A raíz de esta definición, se incorpora una visión positiva del concepto salud. Esta definición ha tenido críticas, tales como considerarla utópica, carente de objetividad y estática (1).

El entorno es uno de los factores principales que influyen en el desarrollo de las personas. Por este motivo, un entorno saludable está fuertemente vinculado con la generación de conductas y hábitos saludables. La etapa escolar es una fase vital de aprendizaje en la que el niño adquiere hábitos para integrarlos en su conducta, que van a influir en su etapa adulta; además, el centro escolar es, junto con la familia, la principal fuente generadora de conocimientos, por lo que es primordial que la escuela presente un entorno saludable que permita al niño desarrollarse y adquirir hábitos positivos para su salud.

La escuela promotora de salud (EPS) es definida por la OMS como: "aquella que promueve, fomenta y permite la adquisición de habilidades personales y sociales que conduzcan a crear valores y actitudes positivas hacia la salud, desde la propia capacidad de toma de decisiones personales, la participación y la igualdad" (3).

Para que una EPS cumpla sus objetivos no va a depender de sí misma, sino del entorno de los niños. La comunidad juega un papel fundamental. Por esta razón, el centro educativo no debe ser ajeno a ella. Sin embargo, tanto las familias como la comunidad continúan estando poco implicados, tanto en la planificación como en el desarrollo de programas de salud (4). Se entiende que algo falla a la hora de generar entornos saludables escolares.

Uno de los elementos dificultadores del desarrollo para la educación para la salud en los colegios es la formación recibida en temas de la salud por parte del profesorado (5). Para afrontar esta situación se requiere colaboración entre docentes y enfermeras. Ambos colectivos tienen distinta formación universitaria, emplean terminologías diferentes, distintos puntos de vista, en general son profesiones enfocadas a objetivos diferentes, a excepción de la educación para la salud (6). La colaboración entre ambos es necesaria para generar estilos de vida saludables en los menores. Juntos pueden crear programas de educación y promoción de la salud, más eficaces que por separado.

La figura de la enfermera escolar es prácticamente desconocida en España. Su presencia es simbólica y depende de las comunidades autónomas. En algunas como Madrid y Comunidad Valenciana está por normativa en los centros de educación especial, mientras que en el resto de comunidades autónomas su existencia es mínima. Algunos justifican innecesaria su presencia en el centro escolar puesto que la mayoría de sus funciones no están definidas claramente y dado que España cuenta con una red de atención que no hace necesaria su presencia. Aunque la LOE establece que los profesionales de la salud tienen que formar a los docentes escolares (7), no existe una planificación necesaria para llevarla a efecto.

Actualmente, existe cierta confusión entre docentes y profesionales de la salud en torno al abordaje de la salud en el ámbito escolar.

La enfermería comunitaria definida como: *"aquella disciplina que desarrolla la enfermera mediante la aplicación integral de los cuidados, en el continuum salud-enfermedad, fundamentalmente al individuo, la familia y la comunidad, todo ello en el marco de la salud pública"*. *"Esta disciplina pretende contribuir de forma específica a que las personas, familias y comunidades adquieran habilidades, hábitos y conductas que promuevan su autocuidado"* (8). Dadas sus competencias y su presencia en el ámbito de la Atención Primaria, con una amplia cobertura a la comunidad y sus recursos, como la escuela, pone en entredicho la necesidad de la enfermera escolar.

Una de las competencias de la enfermera comunitaria es intervenir en las enfermedades ligadas al estilo de vida, las cuales son una de las principales causas de muerte. Un claro ejemplo se puede observar en la obesidad y el sobrepeso, que son el quinto factor de riesgo de muerte en el ámbito mundial. Concretamente, España ocupa el tercer puesto en Europa en niños que padecen obesidad (9). Una adecuada promoción y educación de la salud en la etapa infantil va a ser un factor clave para disminuir el porcentaje de enfermedades ligadas al estilo de vida.

En el ámbito europeo para promover la escuela saludable existe una plataforma denominada red SHE (*Schools for Health in Europe*) cuya finalidad es la de apoyar a organizaciones y a profesionales implicados en el desarrollo y mantenimiento de la promoción de la salud en la escuela. Para poner en marcha proyectos y acciones escolares, la red SHE es un gran apoyo a profesionales tanto del sector educativo como del de la salud, entre otros.

En el año 2013 formaban parte de la red SHE 43 países. En el ámbito nacional, se estima que 160 escuelas de siete comunidades autónomas españolas forman parte de esta red (10). Existen comunidades que han creado su propia red, como son Aragón, Canarias, Cantabria y Extremadura.

## Objetivos

### Objetivo general

- Valorar los entornos saludables en el ámbito escolar.

### Objetivos específicos

- Identificar posibles barreras en la comunicación entre docentes y profesionales de la salud.
- Valorar la figura de la enfermera escolar en los centros educativos.
- Identificar y valorar las intervenciones en el ámbito escolar por parte de la enfermera comunitaria.
- Concretar elementos que favorecen o dificultan el desarrollo de la educación para la salud en colegios.

## Material y métodos

De acuerdo con los objetivos planteados se utilizó la metodología cualitativa, centrada en el análisis documental y el estudio de casos mediante entrevistas.

Para este trabajo se decidió realizar entrevistas, puesto que según Díaz-Bravo et al. (11): "la entrevista es más eficaz que el cuestionario porque obtiene información más completa y profunda, además tiene la posibilidad de aclarar dudas durante el proceso, asegurando respuestas más útiles". Dentro de las entrevistas se optó por llevar a cabo una entrevista semiestructurada, al presentar mayor grado de flexibilidad que la estructurada. De esta forma, se pudo adaptar al entrevistado, aclarar términos e identificar ambigüedades.

Los participantes en las entrevistas fueron: dos maestras, el director, el conserje, la fisioterapeuta y la educadora social del CEIP Jorge Juan de Novelda (Alicante) (Imagen 1).

Antes de realizar la entrevista se les informó del objetivo de la misma, así como de la confidencialidad de la información que se obtuviera. Todas/os las/os entrevistadas/os firmaron el consentimiento informado que se les facilitó.

Las entrevistas fueron llevadas a cabo a un total de seis trabajadores del CEIP Jorge Juan de Novelda. Se eligió este centro por el hecho de que se estaban desarrollando actividades relacionadas con los entornos saludables y por haber contado con la participación de una enfermera escolar gracias al convenio entre el ayuntamiento de Novelda y el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).



Imagen 1. CEIP Jorge Juan de Novelda

El lugar escogido para realizar las entrevistas fue el aula de profesores, no obstante, la fisioterapeuta fue entrevistada en su aula, así como el director lo fue en su despacho. Las entrevistas fueron grabadas mediante un medio digital (*tablet*) y posteriormente transcritas literalmente. La duración media de las entrevistas fue de quince minutos.

Para la recogida de datos se efectuaron entrevistas semiestructuradas, para ello se desarrolló un guion abierto que abordó todos los temas a tratar, que fueron la salud, los entornos, agentes de salud, enfermera escolar, barreras dificultadoras e identificación del entorno saludable propio. Se realizaron las entrevistas con la finalidad de valorar, por parte de profesionales de la educación, el entorno saludable de su escuela, ver cuál es su percepción e identificar qué elementos dificultan su desarrollo.

Se llevó a cabo un análisis de los datos obtenidos en las entrevistas, que consistió en buscar el significado de fragmentos específicos en el contexto de todos los datos y definir una categoría apropiada. Este tipo de análisis se emplea en las entrevistas semiestructuradas para obtener la información.

Se contrastaron los resultados obtenidos en las entrevistas, mediante una revisión bibliográfica, con investigaciones realizadas en contextos semejantes que hayan obtenido resultados comparables a los propios.

El estudio empezó a elaborarse en diciembre del año 2016 y terminó en mayo del año 2017.

En este trabajo no han existido conflictos de interés de ninguno de los autores y ha contado en todo momento con el consentimiento de las personas entrevistadas que aseguraba la confidencialidad de los datos recogidos.

## Resultados

Al tratarse de una entrevista semiestructurada se requirió una recopilación de los datos obtenidos mediante una codificación que permitió segmentarlos hasta obtener categorías más generales y simples.

Las dos categorías temáticas seleccionadas, por el interés para este trabajo, fueron la de "entorno" y "salud", que permitieron una clasificación de subcategorías y códigos presentados a continuación (Tabla 1).

**Tabla 1.** Categorías temáticas, unidades de sentido y etiquetas. Síntesis.

CATEGORÍAS TEMÁTICAS	SUBCATEGORÍAS	CÓDIGOS
Entorno	Entorno saludable escolar	Deporte, higiene, alimentación, infraestructura, relación
	Red SHE	Desconocimiento de su existencia
	Comunidad educativa	Familia
Salud	Barreras dificultadoras del desarrollo para la educación en salud	Falta de formación
		Implicación familias
		Falta de recursos
	Agentes de salud	Docentes
		Agentes externos

### Entorno

Se entendió como el conjunto de circunstancias, factores sociales, económicos, culturales, ambientales, que están presentes en la vida de una persona, influyendo en su estado y desarrollo.

#### *Entorno saludable escolar*

Hace referencia a aquel que apoya a la salud, ofreciendo protección a los niños escolarizados frente a las amenazas para

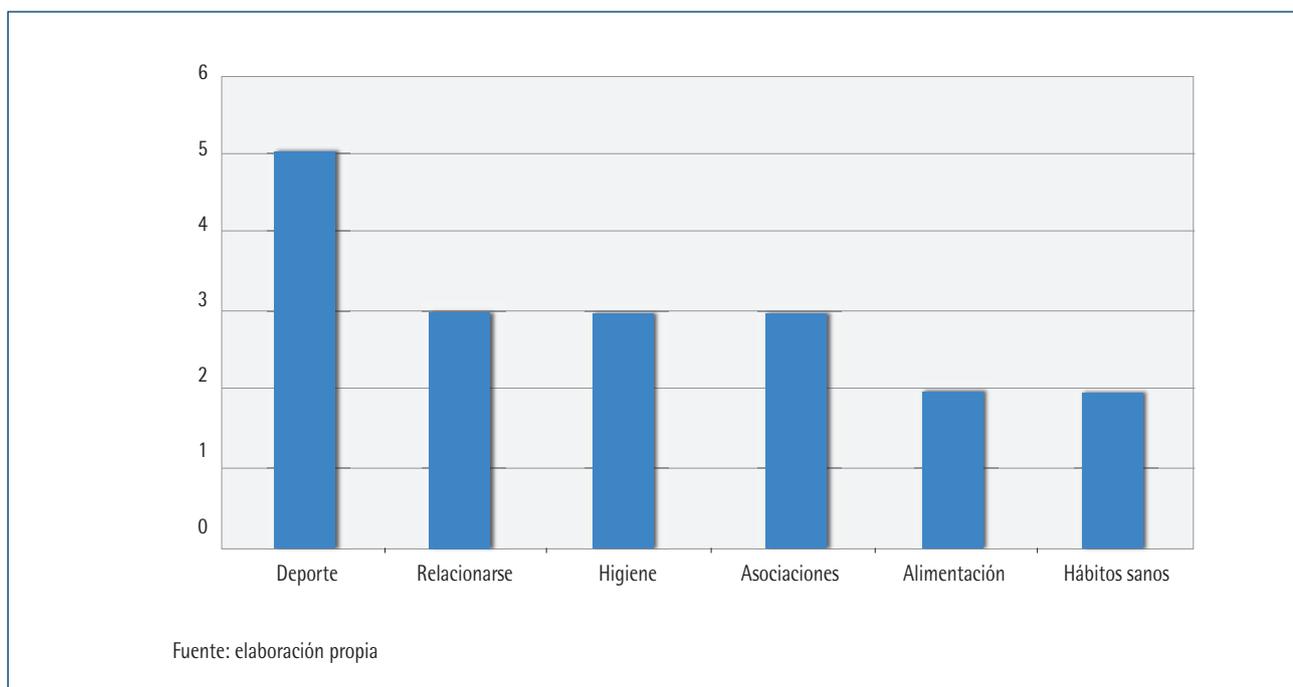
la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Mediante la creación de condiciones adecuadas en las que participe la comunidad educativa (12).

El término puede abarcar muchos conceptos, por este motivo se les preguntó a los entrevistados, que lo definieran para ver desde qué perspectiva lo enfocaban.

### Deporte, higiene, alimentación, infraestructura y relación

Cada entrevistado abarcó el término desde distinta perspectiva, no obstante, ciertas expresiones fueron comunes mientras que otras pasaron desapercibidas para la mayoría de ellos, siendo repetida menos veces o incluso ninguna.

Estos fueron los términos más empleados por parte del profesorado en la definición de entorno saludable escolar. Otros aspectos que se incluyeron fueron las condiciones de luz y ruido, contaminación del aire y limpieza del centro (Gráfico 1).



**Gráfico 1.** Términos utilizados en la definición de entorno saludable escolar

*"Pues si te vas a la definición de salud que era todo muy amplio, pues el entorno saludable se referirá todo a lo mismo. No solamente a la alimentación sino a los hábitos alrededor de ejercicio físico, de condiciones de luz en las salas, hábitos de estudio, espacios luminosos, poco ruidosos, un poco de todo eso..."*

### Red SHE

Es una plataforma europea formada por centros escolares europeos de más de cuarenta países, cuyo objetivo es el de apoyar a organizaciones y profesionales en el campo del desarrollo y mantenimiento de la promoción de la salud en la escuela.

A pesar de su importancia en la coordinación entre los distintos profesionales para la generación de entornos saludables, fue nula o escasa la información que tenía el profesorado acerca de esta red. No obstante, existían centros en el ámbito nacional que estaban adheridos a ella. Ante la pregunta de si conocía la red de escuelas saludables europeas, el profesorado manifestó no tener suficiente información sobre esta red.

*"No lo sé, eso el director sabrá informarte mejor."*

*"Muy poco, tengo constancia de que existe y de que está, pero realmente no tengo nada del contenido."*

### Comunidad educativa

Abarca todo el conjunto de personas o circunstancias que forman parte, influyen y son afectadas por el ámbito educativo, cuya finalidad es la de promover el bienestar psicosocial de los estudiantes.

### Familia

Es el conjunto de seres humanos que se considera una unidad social o un todo colectivo integrado por miembros que están unidos por relaciones de sangre, de parentesco, emocionales o jurídicas.

La figura de los padres fue valorada por parte del profesorado como primordial en la educación incluso llegando a ser identificados como el principal agente en salud; sin embargo, también fueron valorados, en algunas ocasiones, como barreras dificultadoras de la educación en los niños.

### Salud

En ocasiones, los profesionales de la sanidad y docentes tenían distintos puntos de vista, lo que dificultaba la colaboración entre ambos. En el caso de la educación para la salud, el término salud fue un concepto abstracto que no todos lo interpretaban igual, por eso la importancia de conocer las representaciones que hace el profesorado sobre este concepto.

*"Por salud entiendo mantener una vida sana dentro de los límites normales recomendados por la OMS y eso significa tanto alimentarios como de deporte, como conductuales. Es decir, todo lo que implica una vida sana, un mantenimiento sano del cuerpo y de la mente."*

### Barreras dificultadoras del desarrollo para la educación en salud

Hace referencia a aquellos elementos o circunstancias, percibidos por los profesores, que van a dificultar el desarrollo saludable en los niños. Estas podían ser económicas, que impidieran el acceso a recursos, escasez de información en temas relacionados con la salud y colaboración familiar.

### Falta de formación

Fue escasa la formación recibida por parte de los docentes en temas relacionados con la salud. Refirieron que lo aprendido fue por cuenta propia. Cuando necesitaban información tenían que recurrir a agentes externos en salud. Durante la etapa universitaria no existía una formación recibida en cuanto a temas relacionados con la salud.

*"Realmente, en la carrera no hay ninguna asignatura de primeros auxilios. Lo que pasa es que como persona estás un poco documentada. Pero en la carrera no hay nada específico de eso."*

*"Pero si hay algún niño que padece alguna enfermedad crónica, entonces aquí sí que necesitamos algún tipo de información extra los maestros para luego poderla ofrecer a los niños. Para eliminar ese tipo de barreras psicológicas o incluso conocimiento. Por ejemplo, tenemos niños con epilepsia, y si el maestro desconoce el tema o no lo informa bien pues puede generar caos en un momento dado."*

### Implicación de las familias

La colaboración en la educación en salud de los niños podía ser potenciada por sus familiares; sin embargo, también podían ser una barrera dificultadora.

*"Todos los que están alrededor de un niño dificultan o potencian el desarrollo, los primeros son los padres evidentemente, pero ellos no quieren ser barreras, si lo son lo hacen sin darse cuenta, con lo cual si están al lado de la escuela y esta proporciona una serie de ideas, pues colaboran. No es que sean barreras, es desconocimiento."*

### Falta de recursos

Su escasez dificultaba el desarrollo en temas de la salud. La mayoría refería que el centro educativo, a pesar de considerarlo

saludable, era mejorable. Para ello hacía falta un mayor apoyo económico que aumentara el número de recursos disponibles, como una mayor higiene del centro, mayor número de especialistas y una mejora de las instalaciones.

*"En el gimnasio en lugar de cristales, solamente hay rejillas, entonces en invierno entra muchísimo frío y los críos lo pasan fatal. Además, entra mucho polvo, con lo cual eso debe ser malo para hacer ejercicio. Las duchas, por ejemplo, tampoco funcionan bien, aunque sean niños pequeños sí que importa por sus hábitos."*

### Agentes de salud

Son aquellos implicados en el desarrollo saludable en las personas y comunidades. Pretenden facilitar y hacer más accesibles las opciones orientadas al bienestar, crecimiento y envejecimiento saludable. Al ser preguntados por el término agente en salud, cada entrevistado lo definió subjetivamente. Era un término que les resultaba abstruso.

### Docentes

Son los principales agentes de salud de un centro educativo. Se les preguntó que identificaran el principal agente en salud del colegio, se identificaban como uno de ellos, pero no como el principal. En un caso, la docente llegó a la conclusión de que era el principal agente de salud en su clase, ya que se consideraba la responsable.

*"La familia es el principal agente en salud. Todos aquellos hábitos que no se trabajen en la familia, y que sean apoyados en el centro o al revés, no terminan de cumplirse."*

### Agentes externos

Profesionales ajenos al centro educativo que tienen como objetivo, en común con los profesores, la educación en salud. Su incursión en la escuela fue aceptada y muy bien valorada; no obstante, se tenía que contar con la figura del docente para llevar a cabo cualquier actividad por parte de algún agente externo, no contar con ellos fue uno de los motivos que provocaron rechazo a esta figura.

En el centro contaron con la presencia de una enfermera escolar, la cual fue mal valorada al no tener en cuenta a los docentes para ver cuáles eran las necesidades del centro en ese momento. No veían negativa esta figura, pero tenía que enfocarse de otra forma en la que se adaptara a los principales agentes de salud del centro.

*"Todo lo que sea proporcionar información extra y conocimiento al centro me parece genial y todo lo que sea colaboración con el centro, participar en las cosas que se hacen aquí, genial. Luego estamos en la otra parte de cuando se impone la forma de desarrollar un tema desde un agente externo que se considera como conocedor del tema."*

*"Tuvimos una enfermera escolar, como una iniciativa del ayuntamiento, hace algunos años, contrató una enfermera escolar, el problema fue que contrataron un enfermero para toda la población de Novelda, venía solo cada 15 días para dar una charla esporádica, que él se organizó y no pactó con el centro, eso quedó muy descontextualizado, para mí eso no cumplía el objetivo."*

### Discusión

Cuando los entrevistados describen el término entorno saludable escolar, las actividades vinculadas a este, a las que hacen referencia, coinciden con los resultados obtenidos por Díaz-Vicario et al. (12). Los resultados comunes a los propios son la limpieza de los espacios, revisar la infraestructura del centro y cuidar las relaciones en el seno del alumnado; entre el alumnado y el profesorado; dentro del profesorado y entre el profesorado y las familias.

Con relación a la Red de Escuelas para la Salud en Europa (red SHE), ningún docente de los entrevistados la conoce. Los resultados del estudio publicado por Alsina et al. (13) indican que muy pocos centros están integrados en la red SHE. Concretamente en el ámbito nacional se estima que 160 escuelas de siete comunidades autónomas españolas forman parte de esta red (10).

En el artículo publicado por Talavera et al. (14) realizan entrevistas a más de 20 profesores, sobre las dificultades que perciben para el desarrollo de la Educación para la salud. Estas son: falta de tiempo, falta de reconocimiento y apoyo, falta

de coordinación entre el profesorado, falta de material y recursos, escasez de ayuda por parte de los padres. En las entrevistas que se han llevado a cabo en el presente estudio coinciden los profesores, con que la implicación de las familias, la escasez de recursos y la falta de tiempo, son barreras dificultadoras. Asimismo, en el artículo publicado por Ramos et al. (4) identifican la escasez de tiempo y recursos personales o económicos disponibles, como barrera, coincidiendo con los resultados obtenidos.

La implicación de las familias puede ser tanto un potenciador de los hábitos saludables como una barrera dificultadora. Según Alsina et al. (13) "la implicación de las familias es uno de los aspectos más valorados a la hora de aumentar la actividad física de los niños", afirmando de esta manera la importancia de la familia en la incorporación de hábitos saludables durante la etapa escolar.

Con relación a la escasa formación recibida por los docentes en su etapa universitaria sobre aspectos relacionados con temas de salud, el artículo publicado por Davó-Blanes et al. (15) coincide en la poca presencia, en los nuevos planes de estudios, de la materia relacionada con educación para la salud en el Grado de Maestro de Educación Primaria, quienes tienen que acudir a cursos organizados por profesionales sanitarios para formarse en promoción y educación para la salud.

El apoyo de otros profesionales externos al centro educativo es valorado positivamente por parte del profesorado, coincidiendo de esta forma con el estudio publicado por Talavera et al. (14) en el que los docentes llegan a la conclusión de que quien ha de hacerse cargo de la educación para la salud son las familias y el personal sanitario. Asimismo, en dicho estudio refieren que tanto las familias como los profesionales en salud han de tener una mayor implicación que ellos (6). En los resultados obtenidos, la mayoría no se ha identificado como principal agente en salud, llegando a identificar a la familia como tal. En contraposición, Davó-Blanes et al. (15) llegan a la conclusión de que el profesorado antepone las actividades de salud que formaban parte de sus programaciones escolares a las provenientes de agentes externos, puesto que las primeras las eligen ellos, de acuerdo con sus intereses y necesidades escolares.

A pesar de no considerarse como principales agentes de salud, los docentes estiman que es muy necesaria su implicación en la promoción de la salud en los niños, puesto que ellos son los principales responsables de sus alumnos y quienes mejor identifican los problemas que requieren ser tratados. Coincidiendo con esta reflexión, el artículo publicado por Bennett et al. (16) llega a la conclusión de que los profesores no son expertos en la promoción de la salud; sin embargo, sí lo son de su propia comunidad escolar y como tal sus preocupaciones con respecto a los cambios que se tienen que realizar en su comunidad deben ser atendidas.

En cuanto a la enfermera escolar, es valorada negativamente por la falta de coordinación con el profesorado del centro, cosa que sí hace el centro de salud con el que tienen que contactar para solicitar su colaboración. Se entiende que se valora de mejor forma a la enfermera comunitaria frente a la escolar debido a que la primera cuenta con el profesorado para ver las necesidades que requieren en ese momento, mientras que la segunda actúa de forma independiente. Esta situación es descrita por Martínez-Riera (8), en la que considera que la enfermera comunitaria tiene que intervenir de manera coordinada con el resto de miembros del equipo multidisciplinar que favorezca la toma de decisiones de todos los agentes de salud implicados.

Coincidiendo con estos resultados, Davó-Blanes et al. (15) manifiestan que la predisposición del profesorado para desarrollar programas de educación para la salud disminuye cuando no participan en su planificación, mientras que los programas que fomentan la participación de la comunidad escolar incrementan las actividades de salud en las programaciones de los centros.

## Conclusiones

A pesar de que los centros educativos toman medidas para desarrollar un entorno saludable, estas son insuficientes. Los docentes conocen los entornos saludables, pero tienen serias dudas sobre lo que significan y cómo lograr su desarrollo.

La falta de formación de los docentes en educación y promoción para la salud, durante su etapa universitaria, así como la escasa comunicación entre docentes y profesionales de la salud son unas de las principales barreras para la educación en salud de los niños. Para formarse en esta materia han de recurrir a profesionales de la salud, lo cual implica voluntad y tiempo, que es un recurso identificado como escaso.

La implicación familiar es un factor clave a la hora de adquirir hábitos saludables en los niños. Los docentes y profesionales de la docencia identifican a la familia como un agente fundamental en el abordaje de la salud, pero tienen dudas sobre su papel y cómo coordinarse con ellos.

A la hora de llevar a cabo una intervención en un centro escolar, se ha de tener en cuenta a los docentes en su planificación,

al ser los principales agentes de salud. Si no se cuenta con la figura del docente, no se va a tener un seguimiento y una continuidad eficaz por parte de estos, como ocurrió con la enfermera escolar.

La red de Escuelas para la Salud en Europa (red SHE) está poco implantada en los centros educativos de ámbito nacional. Se necesita alguna estrategia para hacerla más visible, puesto que la mayoría de los docentes desconoce su existencia o tiene poca información acerca de esta.

El profesorado no se identifica como agente de salud de su centro escolar, este hecho da lugar a que intervengan agentes externos en temas de salud como son los profesionales de la salud o las familias.

Los docentes no valoran de manera positiva la figura de la enfermera escolar, al identificarla más como un obstáculo a su labor docente que como un agente facilitador de la misma. Por el contrario, valoran de manera positiva el rol de la enfermera comunitaria al identificarla como un agente de salud que facilita la educación para la salud en la escuela.

## Agradecimientos

A Paqui Lliso Pons y Rocío Díez Ros, por su colaboración con este trabajo.

## Bibliografía

- [1] Agulló Cantos JM. Salutogénesis. Sentido de la vida, Percepción de salud y activos para la salud en cuidadores formales e informales de enfermos de Alzheimer: un estudio exploratorio desde la terapia ocupacional (Tesis doctoral). Valencia: Universidad Católica San Vicente Mártir; 2017.
- [2] Organización Mundial de la salud (OMS). Promoción de salud: Glosario. Ginebra: OMS; 1988.
- [3] WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association. Canada: World Health Organization; 1986.
- [4] Ramos P, Pasarín MI, Artazcoz L, Díez E, Juárez O, González I. Escuelas saludables y participativas: evaluación de una estrategia de salud pública. Gaceta sanitaria 2013; 27(2):104-10.
- [5] Gavidia Catalán V. El profesorado ante la educación y promoción de la salud en la escuela. Didáctica de las ciencias Experimentales y Sociales 2009; (23):171-80.
- [6] Talavera Ortega M, Gavidia Catalán V. Percepción de la educación para la salud en el personal docente y el sanitario. Didáctica de las ciencias experimentales y sociales 2013; (27):115-29.
- [7] Ruiz Nieto V. Salud escolar: la enfermera escolar. En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. Manual Práctico de Enfermería Comunitaria. Madrid: Elsevier; 2014. p. 585-9.
- [8] Martínez Riera JR. Enfermera Comunitaria *versus* Enfermera Escolar. Rev ROL Enferm 2009; 32(7-8):526-9.
- [9] Martín Ramiro JJ, Álvarez Martín E, Gil Prieto R. Mortalidad atribuible al exceso de peso en España. Med Clin 2014, 142(12):526-30.
- [10] Lorente LM. La educación para la salud en la escuela en la adquisición de estilos de vida saludables. Revista Internacional de Educación y Aprendizaje 2013; 1(1):107-22.
- [11] Díaz Bravo L, Torruco García U, Martínez Hernández M, Varela Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en educación médica 2013; 2(7):162-7.
- [12] Díaz Vicario A, Sallán JG. Entornos escolares seguros y saludables. Algunas prácticas en centros educativos de Cataluña. Revista Iberoamericana de educación 2014; 66:189-206.
- [13] Alsina DA, Molina JM, Díaz MZ, Torres JD. ¿Influye la promoción de la salud escolar en los hábitos de los alumnos? Anales de Pediatría 2015; 1(83):11-8.
- [14] Talavera Ortega M, Gavidia Catalán V. Dificultades para el desarrollo de la educación para la salud en la escuela. Opiniones del profesorado. Didáctica de las ciencias experimentales y sociales 2007; (21):119-28.
- [15] Davó Blanes MC, de la Hera MG, La Parra D. Educación para la salud en la escuela primaria: opinión del profesorado de la ciudad de Alicante. Gaceta Sanitaria 2016; 30(1):31-6.
- [16] Bennett AE, Cunningham C, Molloy CJ. An evaluation of factors which can affect the implementation of a health promotion programme under the Schools for Health in Europe framework. Evaluation and program planning 2016; 57:50-4.

# LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA

- Cursos CFC
- Cursos ECTS

PRECIO EXCLUSIVO SUSCRIPTORES

~~94 €~~

**47 €** (-50%)



## Curso CFC destacado

Cuidados al paciente crónico:  
urinarios, renales, endocrinos  
y alimentarios

**7,1**  
créditos CFC  
Duración:  
100 horas



## Curso CFC recomendado

Cuidados al paciente con  
alteraciones digestivas

**7,9**  
créditos CFC  
Duración:  
100 horas

 **aulaDAE**  
Grupo Paradigma

[www.auladae.com](http://www.auladae.com)

<sup>1</sup> Marina Martínez Pallardó  
<sup>2</sup> María Isabel Mármol López

## Intervención enfermera en Atención Primaria para la adecuación de absorbentes en la incontinencia urinaria

<sup>1</sup> Servicio de Urgencias, Hospital de Manises. Valencia

Dirección de contacto: marmol\_isa@gva.es

<sup>2</sup> Escuela de Enfermería La Fe de Valencia, centro adscrito Universidad de Valencia. IIS La Fe. Grupo Acreditado de Investigación @GREIACC.

### Resumen

**Introducción/objetivo:** la incontinencia urinaria (IU) origina repercusiones sociales e higiénicas a quien la padece, constituyendo un problema importante de salud en las personas incontinentes. El objetivo fue analizar la relación entre el uso adecuado de pañales y la aparición de complicaciones, así como el gasto sanitario generado, además de determinar el conocimiento de las enfermeras de Atención Primaria (AP) en relación a la IU y los pañales.

**Método:** estudio observacional descriptivo transversal en el año 2015 en dos zonas básicas de salud de Valencia. La población de estudio fue el equipo enfermero que impartía cuidados a las personas adultas, seleccionado mediante muestreo no probabilístico de conveniencia en cada centro de salud, constituyendo una muestra final de 52 enfermeras, a las que se le pasó un cuestionario autoadministrado sobre la incontinencia urinaria (IU).

**Resultados:** escasez de estudios de IU en relación a la selección y uso adecuado de los AIU (absorbentes de incontinencia urinaria), así como la implicación de las enfermeras de Atención Primaria. Se ha de formar a los profesionales en conocimientos, habilidades y actitudes que modifiquen la práctica clínica y favorezcan que la IU oculta sea visible para minimizar su impacto en la población que la sufre.

**Discusión/conclusiones:** existe una elevada incidencia de aparición de complicaciones en personas con IU, siendo la implicación por parte de la enfermera en la adecuada selección esencial para la prevención de las mismas. El correcto empleo de los absorbentes por parte de la enfermera disminuye el coste económico en el sistema sanitario.

**Palabras clave:** incontinencia urinaria; pañales para la incontinencia; atención de enfermería; Atención Primaria de salud; anciano.

### Abstract

**Nursing intervention in primary care to improve appropriateness of absorbent napkins used in urinary incontinence**

**Introduction/purpose:** urinary incontinence (UI) has a substantial social and hygienic impact and results in a significant health issue in incontinent patients. We aimed to analyze the relationship between appropriate use of adult napkins and the development of complications, as well as healthcare expenses, and to assess the knowledge of nursing staff in primary care on UI and adult napkins.

**Methods:** a descriptive, observational, cross-sectional study in 2015 in two Basic Health Zones (ZBS, Zonas Básicas de Salud) in Valencia. Our target population was the nursing team responsible for adult care. A convenience, non-probabilistic sample was selected in each healthcare center, with a final sample of 52 nurses. A self-administered questionnaire on urinary incontinence (UI) was used.

**Results:** there are few studies on UI assessing selection and appropriate use of absorbent napkins for urinary incontinence (AUI), and involvement of primary care nurses is scarce. Nursing professionals should receive education on knowledge, skills, and attitudes to change clinical practice and help hidden UI to be recognized in order to minimize its impact on population.

**Discussion/Conclusions:** there is a high incidence of complications in people with UI, and nurses involvement in selecting appropriate materials is crucial to prevent them. Appropriate recommendation by nurses for absorbent napkins to be used reduce costs for the healthcare system.

**Key words:** urinary incontinence; napkins for urinary incontinence; nursing care; primary care; elderly.

## Introducción

En la clínica médica pueden encontrarse multitud de clasificaciones sobre la incontinencia urinaria (IU) persistente, que varía su nomenclatura según el autor. Según la Sociedad Internacional de Continencia, la IU es "la pérdida involuntaria de orina por la uretra en una cuantía suficiente como para causar al paciente un problema social, laboral, familiar, sexual o de cualquier otro tipo" (1).

El Grupo Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI) (2) plantea que la IU es uno de los síntomas geriátricos más habituales, constituyendo un importante problema sanitario en la población anciana.

La prevalencia global de IU en el mundo es de aproximadamente 50 millones de personas, siendo 2,5 millones los españoles afectados (3). Esta aumenta con la edad y varía según el sexo, mostrándose de forma más frecuente en la mujer al principio de la vejez, mientras que a partir de 80 años tiende a igualarse. Esta prevalencia, de forma más concreta, se estima en pacientes mayores de 65 años entre un 15-50%; en varones se sitúa entre el 14-30% y en mujeres ancianas oscila entre el 16-51%. Además, la prevalencia es mayor en presencia en comorbilidad asociada y en pacientes institucionalizados (2,4-6).

Entre las principales causas que condicionan la elevada prevalencia de incontinencia en las personas mayores destacan (6):

- Factores de riesgo propio de la mujer (multiparidad, prolapsos, histerectomías, etc.).
- Personas que viven solas.
- Personas encamadas o con movilidad reducida.
- Pluripatología (infección urinaria, hipertrofia benigna de próstata, accidentes cerebrovasculares, hipertensión, enfermedad de Parkinson y trastornos cognitivos).

Estas causas, asociadas a la existencia de una alta "Prevalencia oculta" (7), llevan a instaurar las medidas terapéuticas cuando el problema de salud se encuentra en sus fases más avanzadas, a través de medidas paliativas (sondas vesicales, accesorios y pañales) con una importante repercusión, tanto en la calidad de vida del paciente como de su entorno. Entre las distintas opciones terapéuticas paliativas, los pañales para la incontinencia o absorbentes, referenciados en adelante como absorbentes de incontinencia urinaria (AIU), son el tratamiento más utilizado.

Los AIU son definidos como "productos sanitarios de un solo uso, que se ajustan al cuerpo para absorber y retener la orina en su interior, con el fin de mantener la piel seca y sin humedad. Están indicados en personas con incontinencia que padecen pérdidas urinarias y/o fecales cuando no pueden usarse otros métodos o tratamientos". Están formados por tres capas, una interna en contacto con la piel del paciente, siendo la responsable de la tolerancia del producto, una intermedia que es la responsable de la retención de orina sin producir encharcamiento y de evitar malos olores y una externa que asegura la impermeabilidad, evitando deslizamientos y respetando la discreción de quien lo usa (8).

Existe una gran diversidad de AIU con variada y confusa nomenclatura en función de su capacidad de absorción, del grado de incontinencia del paciente (leve, moderada y grave) y de las características del mismo, principalmente edad, género y grado de movilidad. Aunque hay escasa evidencia sobre el tipo de absorbente más indicado (9), existe una clara indicación de emplear los de un solo uso, con indicios de mayor efectividad con el uso de superabsorbentes. Una vez determinado el mejor dispositivo es también importante emplearlos de la forma adecuada, atendiendo las necesidades de la persona mayor y conociendo las actividades necesarias para prevenir la aparición de complicaciones (3), racionalizando a su vez los recursos por el elevado coste económico que suponen los AIU para el sistema sanitario (3,10).

El abordaje del problema de IU en las personas mayores es escaso, especialmente en el ámbito de Atención Primaria (AP) y en relación a las medidas paliativas aplicadas, como el uso de absorbentes (11-13). Por un lado, los profesionales sanitarios no interrogan sobre el problema y este pasa a un segundo plano en importancia; por otra parte, según expertos (14), muchos profesionales no han recibido una adecuada formación del tema o esta es deficitaria, no formando parte de la anamnesis habitual en la consulta, dificultando su detección. Estos aspectos junto a la afirmación de que las consultas de AP son el lugar ideal para la detección y el manejo de esta patología, por ser la primera puerta de acceso que presentan los pacientes al sistema sanitario y por el contacto continuado con su equipo (12,23), destacan la necesidad de favorecer una actitud proactiva por parte de los profesionales sanitarios de AP para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz, que según las evidencias disponibles pueden llegar a curar o mejorar clínicamente entre 50-70% de las IU de los pacientes mayores de 65 años (15).

Este hecho unido al impacto económico que suponen en el sistema sanitario los AIU, destaca la necesidad de implementar medidas de contención del gasto sanitario, existiendo en este sentido estudios que muestran la contribución positiva de la intervención enfermera en su prescripción (16,17).

Con el presente estudio se pretende analizar la relación entre el uso adecuado de absorbentes en función de la IU y la aparición de complicaciones, entre los conocimientos de las enfermeras sobre la IU y la elección de los AIU y entre la adecuación del absorbente y el gasto sanitario.

## Metodología

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo de corte transversal en el año 2015 en dos zonas básicas de salud de Valencia, en los centros de salud de Manises, de Riba-Roja de Túria, de L'Eliana, de Burjassot y de Aldaya.

De un total de 72 enfermeras, la población de estudio fue el equipo enfermero que impartía cuidados a las personas adultas, seleccionado mediante muestreo no probabilístico de conveniencia en cada centro de salud y constituyendo una muestra final de 52 enfermeras (14 de Manises, siete de Riba-Roja de Túria, ocho de L'Eliana, 11 de Burjassot y 12 de Aldaya). La participación fue voluntaria.

Se elaboró un cuestionario autoadministrado (Anexo 1) con un total de 15 preguntas con sus correspondientes respuestas preestablecidas que acotaban cinco áreas de estudio. De las 15 preguntas totales una hacía referencia a la detección e identificación de la patología de IU en la consulta enfermera (área 1), otra al registro en el programa informático Abucasis (área 2), cinco a la elección y aplicación adecuada de los AIU (área 3), cuatro a los cuidados de enfermería (área 4) y las últimas cuatro preguntas se relacionaban con la opinión de los profesionales (área 5). Las variables estudiadas fueron:

- Variables sociodemográficas: edad, sexo y años de experiencia laboral en AP.
- Variables propias del estudio:
  - Detección de IU en la consulta.
  - Registro de información sobre IU.
  - Cuidados que la enfermera aplica.
  - Opinión sobre la necesidad de formación acerca de los AIU e incontinencia tanto a profesionales como a la población.

Una vez elaborado el cuestionario y previo al pase total de la muestra se realizó un pilotaje consistente en la revisión y contestación del mismo por tres enfermeras experimentadas en la atención a pacientes adultos y mayores. Tras su revisión, las tres enfermeras afirmaron que el cuestionario era comprensible, que todas las preguntas eran claras, concisas y que servían para evaluar el grado de conocimiento de las enfermeras sobre absorbentes. Se efectuó un análisis descriptivo simple de los datos con la ayuda de la herramienta informática Microsoft Office Excel 2010.

A las enfermeras participantes, junto al cuestionario, se les entregó una hoja informativa donde se explicaba la finalidad del mismo, las diferentes áreas a evaluar y el carácter voluntario y anónimo. Los datos se recogieron en la primera quincena del mes de mayo de 2015, tras la obtención del consentimiento informado (CI).

## Resultados

Analizando los porcentajes de respuesta según la edad, un 54% fue contestado por enfermeras de entre 50-65 años, un 25% fue respuesta de enfermeras entre 35-50 años, quedando los de 20-35 años en el último lugar con un 21% (Gráfico 1).

Con relación al sexo, existe una diferencia significativa entre mujeres y hombres, siendo estas un 92% de la totalidad de respuestas. Otra de las variables que se tuvo en cuenta fue el tiempo trabajado en AP, siendo el cuestionario respondido en mayor parte (63%) por enfermeras con una experiencia laboral entre 0-15 años (Gráfico 2).

Respecto al cuestionario, en la pregunta 1 el 38,46% respondió que "A veces" recogen información sobre IU en personas mayores de 65 años y un 30,77% respondió "Casi nunca", siendo "Siempre" la opción menos respondida con un 3,85%. En la pregunta 2 el 25% indicó que en caso de recogerla lo hacían en "Antecedentes personales" y en el "Patrón de Eliminación de Gordon", y un 19,23% en "Plan de cuidados" o en "Varias" por lo que no siguen ningún método sistemático de recogida.

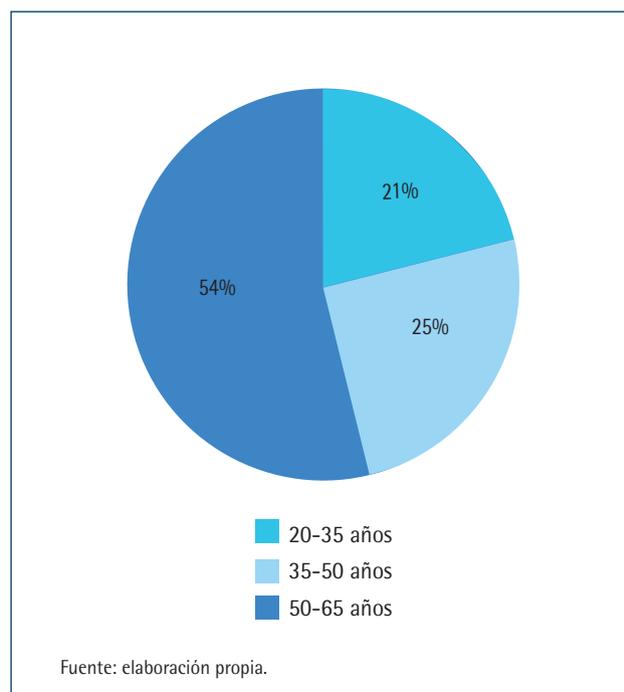


Gráfico 1. Edad de las enfermeras

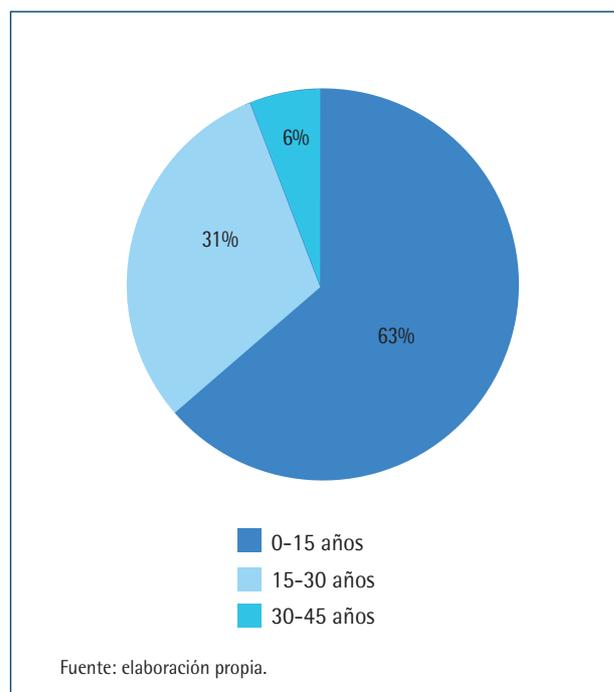


Gráfico 2. Tiempo trabajando en Atención Primaria

Sin embargo, el 42,31% de las enfermeras respondió en la pregunta 3 no saber qué cantidad de pacientes de 65 años con IU y uso de absorbentes llevaban a su cargo y en caso de conocerlo, el 32,69% indicó que era mayor de 15 pacientes, siendo una elevada cantidad de los mismos.

A la hora de valorar los conocimientos del personal sanitario sobre la elección y uso de AIU, en la pregunta 4 se mostró que el 55,77% de las enfermeras desconocía los tipos de AIU y un 12% menos sí decía saberlo. Respecto a los conocimientos de elección de absorbentes, en la pregunta 5, el 65,39% contestó "Todas las anteriores", sin tener en cuenta que el absorbente debe adaptarse a las necesidades del paciente para su mayor confort y bienestar de forma prioritaria al coste económico. El 53,85% manifestó no saber identificar el tipo de absorbente según la edad, sexo y grado de movilidad del paciente, afirmando el 55,77% saberlo en función del grado de incontinencia (preguntas 6 y 7).

De las preguntas relacionadas con las complicaciones (preguntas 8, 9 y 10), el 96,15% respondió que la adecuada o mala utilización de los AIU influye en la aparición de complicaciones, solo un 3,85% contestó que no. Por otra parte, el 82,69% de los profesionales manifestó realizar cuidados en pacientes con IU y uso de absorbentes, haciendo uso sobre todo de la escala de Norton, la escala visual del Eritema y la escala de medida de la lesión perineal. En la pregunta 11, el 44,23% de los/as enfermeros/as indicó que "casi nunca" es la enfermera la que aconseja el tipo de absorbente en los centros de salud.

Finalmente, en cuanto a la opinión de las enfermeras sobre la IU (preguntas 12, 13, 14 y 15), el 80,77% contestó que no había recibido ningún curso de formación sobre IU, pero el 86,54% sí creía necesario ampliar sus conocimientos sobre esta, con un 11,54% que fue indiferente y un 1,92% que contestó que no. Asimismo, el 88,46% consideró buena idea la existencia de una guía o protocolo específico para AP sobre la selección y uso adecuado de los AIU, aunque un 11,54% fue indiferente. En cuanto a la realización de una guía de orientación a cuidadores sobre IU que responda dudas y ayude en el cuidado de una persona incontinente, el 96,15% de los profesionales lo consideró necesario quedando 3,85% de indiferentes.

## Discusión y conclusiones

Los estudios revisados en el presente trabajo (2,10,18) coinciden en que la IU parece aumentar con la edad, siendo un problema de salud habitual en la población anciana. Litiago (23), en 2005, argumentó que la principal razón de este incremento se debe al deterioro funcional, tanto físico como mental de los pacientes y que la IU no es un fenómeno normal

asociado a la edad o al sexo, lo que resalta la importancia de conocer el inicio de dicho deterioro para poder realizar una recogida de datos sistemática en las consultas sobre la incontinencia.

Palomar (19) afirma que las cifras reales de prevalencia de la IU son desconocidas, puesto que las presentadas por los distintos estudios son muy heterogéneas, dependiendo del grupo poblacional a estudio -en función de la edad, sexo o el nivel cultural- y las consideraciones y definiciones de IU en las que se basa cada autor, además de que se considera un problema no reconocido. Zunzunegui (4) incorpora los diferentes criterios utilizados para evaluar la IU, el ámbito de estudio, el periodo sobre el que se reporta la IU y la gravedad de la misma, la baja notificación (solo del 20% al 30% de la población que lo padece solicita ayuda profesional), los diferentes métodos de recogida de datos (entrevistas, cuestionarios, etc.) y en menor grado, el país de estudio como variables que dificultan la precisión de la prevalencia.

Se debe añadir que durante el desarrollo del actual trabajo se ha contemplado la escasez de estudios de IU en relación a la selección y uso adecuado de los AIU, así como la implicación de las enfermeras de Atención Primaria, especialmente en la Comunidad Valenciana, que presenta únicamente tres estudios frente a Andalucía como la comunidad que más ha investigado sobre el tema. Por ello, la búsqueda bibliográfica de este trabajo ha quedado limitada a fechas de publicación antiguas, lo que supone que los artículos seleccionados para la elaboración del mismo vayan del año 2000 al 2010. En relación a la prescripción enfermera, es un tema de interés hoy en día, puesto que en diciembre de 2009 se publicó en el Boletín Oficial del Estado la Ley 28/2009 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, contemplando la participación de las enfermeras en la prescripción de determinados medicamentos así como de productos sanitarios (20).

Para Gavira (21) la IU es una patología poco abordada desde AP, dificultando su diagnóstico porque los profesionales no interrogan sobre el problema, a lo que pueden contribuir la escasa importancia que le conceden y el pobre conocimiento de su abordaje. Por el contrario, Litiago (12) describe las consultas de AP como el lugar ideal para la detección y manejo de dicha patología. En este sentido se ha de formar a los profesionales en conocimientos, habilidades y actitudes que modifiquen la práctica clínica y favorezcan que la IU oculta sea visible para minimizar su impacto en la población que la sufre.

El interés de esta investigación por reunir información acerca del conocimiento enfermero para una selección apropiada de los absorbentes y otros cuidados relacionados con el paciente incontinente ha permitido observar la carente existencia de cuestionarios relacionados con la IU, especialmente, dirigidos a los profesionales de la salud. Sin embargo, sí se han encontrado cuestionarios validados que valoran la calidad de vida, grado y causa de la IU del paciente, como son el "IU-4" Y EL "ICIQ-SF" (2). Ello justifica la elaboración de un cuestionario propio que ayudase a esclarecer dicho conocimiento.

En relación a las complicaciones, la totalidad de las investigaciones desarrolladas argumentan que la incontinencia, tanto urinaria como fecal, son desencadenantes del deterioro de la integridad cutánea y algunos especifican que los AIU hay que emplearlos de forma adecuada para la prevención de las complicaciones, destacando en dicho aspecto el papel de la enfermería. Otros estudios (12-14,22) afirman que la IU, especialmente los AIU, tiene un gran impacto sobre el coste económico del sistema sanitario y que la implicación del personal de enfermería podría contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante el uso eficiente de los recursos disponibles.

Finalmente, como propuestas de mejora para futuros estudios se trasladó por parte de las enfermeras encuestadas la conveniencia de incorporar escalas como Braden y Barthel, de uso habitual en las consultas de AP, así como la percepción de la enfermera sobre la importancia de la IU para su trabajo e implicaciones para el paciente.

Como conclusión final se evidencia una elevada incidencia de aparición de complicaciones en personas con IU, siendo la implicación por parte de la enfermera sobre la adecuada selección de los AIU esencial para la prevención de las mismas. La adecuada utilización de los AIU por parte de la enfermera disminuye el coste económico en el sistema sanitario, requiriéndose una mayor formación para los profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre la IU y la elección y uso de absorbentes.

## Bibliografía

- [1] Mármol López MI, San Martín Ciges MD, Sánchez Navajas AM. Incontinencia urinaria: tratamiento y prevención desde Atención Primaria. Información Farmacoterapéutica de la Comunidad Valenciana [internet] 2009 [citado 3 nov 2017]; 1(3). Disponible en: <http://www.san.gva.es/documentos/152919/170020/terapeutico03.pdf>

- [2] Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI). Informe ONI. Percepción del paciente con incontinencia urinaria (IU) [internet]. España: OMS; 2009. Disponible en: [http://www.observatoriodelaincontinencia.es/cuestionario\\_iu4.php](http://www.observatoriodelaincontinencia.es/cuestionario_iu4.php)
- [3] Iglesias Regidor J, Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ, Bonill de las Nieves C, Morales Asencio JM. Evaluación de la calidad de los absorbentes de Incontinencia Urinaria. *Tempus Vitalis*. 2008; 8(2):37-48.
- [4] Zunzunegui Pastor MV, Rodríguez Laso A, García de Yébenes MJ, Aguilar Conesa MD, Lázaro y de Mercado P, Otero Puyme A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. *Aten Primaria*. 2003; 32(6):337-42.
- [5] Martínez AE, Ruiz CJL, Gómez PL, Ramírez BM, Delgado OF, Rebollo P, et al. Prevalencia de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española: resultados del estudio EPICC. *Actas Urológicas Españolas*. 2009; 33(2):159-66.
- [6] Aguilar Navarro SG. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Rev Enf Inst Mex Seguro Soc* 2007; 15(1):51-6.
- [7] Robles JE. La incontinencia urinaria. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2006 Ago [citado 3 nov]; 29(2):219-31. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
- [8] Xunta de Galicia. Guía de buen uso de absorbentes de incontinencia urinaria. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, Consejería de Sanidad. Xunta de Galicia 2007; 6-84.
- [9] Shirran E, Brazzelli M. Absorbent products for containing urinary and/or faecal incontinence in adults (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002.
- [10] Martínez Saura F, Fouz López C, Gil Díaz P, Téllez Martínez-Fornes M. Incontinencia urinaria: una visión desde Atención Primaria. *Medifam* 2001 Feb; 11(2):55-64.
- [11] Francisco del Rey JC. De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional [Tesis doctoral]. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá; 2008.
- [12] Litiago GC, Martín LI, Luque SA, Alba RC, Baena DJM, Hoyos AMC, et al. Actividades preventivas en los mayores. *Aten Primaria*. 2005; 36 (Supl 2):93-101.
- [13] Salinas Casado J, Díaz Rodríguez A, Brenes Bermúdez F, Cancelo Hidalgo MJ, Cuenllas Díaz A, Verdejo Bravo C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *ONI*. 2010; 23(1):52-66.
- [14] Álvaro Sánchez AM, Ruiz Luján V, Carrasco García MC, Romero Mari E. Fomento del autocuidado en pacientes con incontinencia urinaria. *Asociación Española de Enfermería en Urología*. 2007 Mar; (101):25-33.
- [15] García HM, Martínez SR. Síndromes geriátricos: síndrome de inmovilismo, caídas, incontinencia urinaria, síndrome confusional agudo, úlceras por presión, desnutrición. *Enfermería y envejecimiento*. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 77-81.
- [16] González Bueno J, Romero Hernández I, López Moreno JL, Márquez Ferrando M, Ramos Guerrero RM, López Palomino J. Implantación de una estrategia para mejorar la calidad de prescripción en absorbentes de incontinencia urinaria. *Rev OFIL*. 2014 24; 3:165-71.
- [17] Ramos Sánchez ME, Rodríguez Castilla J, Domínguez Domínguez S. Prescripción enfermera: ¿contribuye a la sostenibilidad del sistema? *Enfuro* 2013; (125):4-10.
- [18] Burgos Sánchez J, Tirado Pedregosa G, Varella Safont A, Vera Salmerón E, Martín Sances S, Anaya Ordóñez S. Algoritmo para la indicación de absorbentes a personas con incontinencia urinaria. *Biblioteca Lascasas* [internet] 2008 [citado 3 nov]; 4(5). Disponible en: <http://www.in-dex-f.com/lascasas/documentos/lc0387.php>
- [19] Palomar LF, Fornes PB, Sierra TC, Landete BL, Díez FP, Castellano RE, et al. Estudio del uso de dispositivos absorbentes en pacientes incontinentes institucionalizados aplicando una escala de valoración de dermatitis de pañal por humedad. *Enferm dermatológica* 2013 Sep-Dic; (20):14-30.
- [20] Ley 28/2009 de 30 de diciembre. Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*, núm. 315, de 31 de diciembre de 2009.
- [21] Gavira IFJ, Pérez del Molino MJ, Valderrama GE, Caridad y Ocerín JM, López PM, Romero LM, et al. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una Zona Básica de Salud. *Aten Primaria*. 2001; 28(2):97-104.
- [22] Cravit D. *The New Old: How the boomers are changing everything... again*. Canada: ECW Press; 2008.

## Anexo 1

Cuestionario autoadministrado para las enfermeras de Atención Primaria sobre absorbentes de incontinencia urinaria.

Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Tiempo trabajado en AP: \_\_\_\_

1. En las consultas de personas mayores de 65 años, recoge de forma sistemática información sobre la presencia de IU:
  - Siempre
  - Casi siempre
  - A veces
  - Casi nunca
  - Nunca
  
2. ¿Dónde transcribe la información (en el caso de ser recogida) en el sistema informático Abucasis?:
  - Antecedentes personales
  - Patrón de eliminación de Gordon
  - En plan de cuidados
  - En varias de las tres primeras respuestas
  - En ningún sitio
  
3. A rasgos generales, indique qué número de pacientes de su cupo mayor de 65 años con incontinencia hace uso de absorbentes:
  - < 5 pacientes
  - 5-10 pacientes
  - 10-15 pacientes
  - > 15 pacientes
  - No lo sé
  
4. ¿Conoce los tipos de AIU que existen?:
  - Sí
  - No
  
5. Como enfermero/a, ¿qué tendría en cuenta a la hora de elegir un absorbente?:
  - La capacidad de absorción de orina
  - El tipo o forma, el sistema de sujeción y la talla del absorbente
  - La capacidad de absorción y el coste económico que supone el absorbente
  - Las dos primeras respuestas
  - Todas las anteriores

6. Sabría identificar el tipo de absorbente según las características de cada paciente (principalmente: edad, género y grado de movilidad) proporcionando así unos cuidados individualizados y de calidad:

- Sí
- No

7. ¿Y en función del grado de incontinencia del paciente: leve, moderada y grave?:

- Sí
- No

8. ¿Considera que la adecuada o mala utilización de los AIU influye en la aparición de complicaciones en el paciente?:

- Sí
- No

9. Como enfermera de Atención Primaria, ¿realiza cuidados de enfermería en pacientes con IU que usan absorbentes?:

- Sí
- No

10. Para evaluar el estado de la piel y los factores de riesgo en pacientes con IU que usan absorbentes, ¿qué utiliza?:

- Escala de Norton
- Escala visual del eritema (EVE)
- Escala de medida de la lesión perineal
- Varias de las tres primeras respuestas
- Ninguna, enfermería no suele evaluar estas indicaciones en pacientes con absorbentes

11. En el centro de salud en el que se encuentra, ¿es la enfermera la que aconseja el tipo de absorbentes que va en relación a las necesidades del paciente?:

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

12. ¿Ha recibido algún curso de formación en los años trabajados en AP sobre IU?:

- Sí
- No

13. ¿Cree que sería necesario ampliar conocimientos y ofrecer, por ejemplo, cursos de formación a los profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre pacientes con IU?:

- Sí
- No
- Indiferente

14. ¿Cree que sería buena idea la existencia en AP de una guía o protocolo para la selección y uso adecuado de los absorbentes en pacientes con incontinencia?:

- Sí
- No
- Indiferente

15. ¿Ve necesario la realización de una guía de orientación a cuidadores sobre IU que responda dudas y ayude en el cuidado de una persona incontinente?:

- Sí
- No
- Indiferente

## Proyecto de intervención de enfermería en Atención Primaria en el cuidador informal del enfermo con alzhéimer

Laura Navarro del Río

Enfermera. Servicio de Urgencias. Clínica Montpellier. Zaragoza. Dirección de contacto: lauranavarro775@gmail.com

### Resumen

**Objetivo:** el proyecto tiene como objetivo principal evaluar el impacto de una intervención educativa grupal para mejorar la calidad de vida y disminuir el nivel de sobrecarga de los cuidadores de enfermos con alzhéimer.

**Método:** se trata de un ensayo clínico controlado con asignación aleatoria de los participantes (grupo control y grupo de intervención). Los sujetos de estudio son los cuidadores de pacientes diagnosticados de demencia con escala de deterioro global de Reisberg superior a 4. El programa de intervención consta de ocho sesiones semanales utilizando como instrumento de medición de resultados la escala de Zarit y el cuestionario EUROQOL.

**Resultados:** al tratarse de un proyecto de investigación no hay resultados actualmente.

**Conclusiones:** la dependencia es uno de los problemas sociosanitarios que va en aumento debido al elevado índice de envejecimiento de la población. El cuidador informal proporciona un apoyo al paciente dependiente muy importante y un ahorro significativo al sistema sanitario. El compromiso de cuidar tiene importantes costes materiales y emocionales.

Realizar estudios más amplios para garantizar medidas de apoyo y ayudas al cuidador.

**Palabras clave:** cuidadores; ansiedad; enfermedad de Alzheimer; educación en salud.

### Abstract

**A nursing intervention project in primary care with informal caregivers for patients with Alzheimer disease**

**Purpose:** the main aim of this project is to evaluate the impact of a group educational intervention to improve quality of life and reduce the burden of caregivers of patients with Alzheimer disease.

**Methods:** a controlled clinical trial with participants been randomized to a control group and an intervention group. Participants were caregivers of patients with dementia showing a Reisberg global impairment score higher than 4. The intervention program included eight weekly sessions in which Zarit scale and EUROQOL questionnaire were used to measure outcomes.

**Results:** this is a research project; no results are currently available.

**Conclusions:** dependency is an increasing social and health issue due to the high aging rate in our population. Informal caregivers provide an important support to dependent patients and allow significant savings to be achieved by the healthcare system. Commitment to care has significant material and emotional costs.

Larger studies are needed to ensure support measures and assistance to caregivers.

**Key words:** caregivers; anxiety; Alzheimer's disease; health education.

## Introducción

La demencia es un trastorno progresivo de pérdida de la memoria y de la capacidad cognitiva, suficientemente grave como para disminuir la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (1,2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en 2012 que, en el ámbito mundial, 35,6 millones de personas presentaban demencia y que este número se duplicaría para el año 2030 y que se triplicaría para el 2050 (3-5).

La enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia más común. Se trata de una patología degenerativa de las capacidades cognitivas y funcionales, progresiva, de lenta evolución y sin cura (5-9).

El factor de riesgo más conocido es el envejecimiento, la prevalencia de esta enfermedad se eleva exponencialmente entre las personas mayores de 65 años (6-10).

En la actualidad en España, la enfermedad de Alzheimer afecta a 600.000 personas (11-13).

Habitualmente se llega a su diagnóstico en fases avanzadas de la enfermedad, precisamente cuando la eficacia de cualquier tratamiento es prácticamente nula. Es por ello que una detección precoz de la enfermedad así como la aplicación de terapias de estimulación cognitivas y físicas precoces serán el factor clave para obtener un impacto directo sobre la mejora de la calidad de vida de los enfermos, retrasando el tiempo de aparición de las complicaciones y sobre la calidad de vida de los familiares cuidadores (10,15,16).

La repercusión de la enfermedad no solo es para la persona afectada, sino también para aquellas que cuidan del enfermo. Cuidar de un enfermo de estas características supone una alteración en los roles y las tareas, que puede derivar en unas consecuencias físicas, psicológicas, sociales y financieras (17-19).

La carga económica de la enfermedad de Alzheimer es muy alta, hay estudios en España que explican el número de casos y costes formales según el grado y el grado de dependencia ocasionados por esta enfermedad. En Guipúzcoa en el año 2014, el coste total de esta enfermedad ascendía a 120,55 millones anuales, de los cuales 34,7 millones de euros anuales correspondían al coste formal y 85,85 millones de euros que no aportaban las arcas públicas eran asumidos por los familiares (suponiendo un 71% del coste total de la enfermedad de Alzheimer) (20).

A pesar de la puesta en marcha de la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, la estructura familiar sigue siendo el principal soporte de este tipo de personas (17,20).

La labor de los cuidadores informales contribuye al mantenimiento de estas personas en su entorno social, disminuyendo la utilización de recursos formales y demorando o evitando el ingreso en instituciones (21).

El interés por el cuidador informal, en el ámbito de las demencias, ha experimentado un notable incremento en las últimas décadas debido a varias razones: en primer lugar, por un importante aumento en la prevalencia de esta enfermedad (lo que lleva asociado un crecimiento en la demanda de cuidados por parte de estos pacientes); en segundo lugar, por el cuestionamiento sobre la futura disponibilidad de cuidadores informales y, finalmente, por las reformas de los sistemas sanitarios y de atención social (22).

Muchas son las personas en España que dedican parte de su tiempo a cuidar a estas personas dependientes. La mayoría de los cuidadores son mujeres. De entre las mujeres cuidadoras, unas son hijas, otras son esposas y otras son nueras de la persona cuidada. La edad media de los cuidadores ronda los 52 años. En la mayoría de los casos no existe una ocupación laboral remunerada del cuidador (3,23-26).

En el instante que la enfermedad de Alzheimer irrumpe en el seno de una familia, esta se convierte en el pilar básico del cuidado del enfermo. Son los miembros de la familia los que se encargan de prestar los cuidados, los cuales irán aumentando en número y dificultad a medida que avance la enfermedad (12). Estas personas son descritas habitualmente como segundas víctimas de esta enfermedad debido a que el problema de la dependencia no solo afecta a quien la padece, sino también a quienes tienen que facilitar las ayudas necesarias para que pueda seguir viviendo dignamente. Cuidar de un familiar con demencia es un proceso complejo y en ocasiones va a verse afectada la calidad de vida del cuidador. Muchos de los familiares que cuidan del enfermo han de adoptar nuevos estilos de vida para poder afrontar las necesidades y la nueva situación (27,29). Los familiares que cuidan a personas con demencia están en riesgo de desarrollar problemas psicológicos y emocionales como depresión, ansiedad y estrés, además de verse afectada su satisfacción con la vida. Asimismo, los familiares que cuidan de personas con estas características están en riesgo de padecer una elevada sobrecarga, pudiendo experimentar una variada gama de emociones, como ira, culpa, frustración, agotamiento, miedo, dolor, tristeza, etc. (18,28-30).

La sobrecarga se entiende como el grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado ha influido sobre diferentes aspectos de su salud, su vida social, personal y económica (27,30).

Las intervenciones que van dirigidas a los cuidadores de ancianos con demencia y que se realizan para minimizar este problema pueden consistir en (31):

- Fomentar que el cuidador disponga de tiempo libre. Por ejemplo, los centros de día donde el enfermo es atendido por profesionales de la salud.
- Los grupos de autoayuda, donde unos cuidadores proporcionan consejos y ayudan a otros cuidadores.
- Programas psicoeducativos, donde se entrena a los cuidadores en estrategias y habilidades para afrontar las consecuencias del cuidado.
- Programas psicoterapéuticos que se diferencian de los psicoeducativos en que se presta una especial atención al desarrollo y mantenimiento de una relación terapéutica con los cuidadores. Además, las intervenciones que incluyen la adquisición de las habilidades en los cuidadores como objetivo de su programa y dan información sobre la enfermedad, tienen un mayor beneficio que aquellos que solo usan la educación.

Cabe mencionar que a pesar de las numerosas iniciativas y el creciente interés de los diferentes profesionales en el desarrollo de estudios de intervención, orientados a dar soporte a los cuidadores informales, diseñados para aliviar la sobrecarga y la depresión y otros efectos relacionados con la salud de los cuidados, se dispone de muy escasa evidencia de los resultados obtenidos. Es debido a que en la mayoría de los estudios no se ha determinado la eficacia de dichas intervenciones y, además, la metodología empleada no permite generalizar sus resultados (32,33).

Así pues, con este estudio se pretende:

- Evaluar el impacto de una intervención educativa grupal para mejorar la calidad de vida de los cuidadores de enfermos con alzhéimer.
- Evaluar el impacto de una intervención educativa grupal para disminuir el nivel de sobrecarga de los cuidadores de enfermos con alzhéimer.
- Identificar y definir el nivel de calidad de vida basal de los cuidadores de pacientes con alzhéimer en el este medio.
- Identificar y concretar el grado de sobrecarga de los cuidadores de pacientes con alzhéimer en este medio.
- Proporcionar información, apoyo emocional y soporte al cuidador, paciente y familia.

## Metodología

La hipótesis del trabajo es la siguiente: una intervención educativa grupal es efectiva en la mejora de la calidad de vida y el nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de enfermos con alzhéimer.

### Emplazamiento

La intervención grupal destinada al cuidador de pacientes con alzhéimer se pretende llevar a cabo a lo largo de todo el año 2018 en el sector sanitario Zaragoza III, cumpliendo una serie de actividades que se comentan más adelante.

El sector sanitario Zaragoza III tiene una población de 295.000 habitantes aproximadamente. Este sector incluye: 15 centros de salud rurales, siete centros de salud urbanos, CRP Nuestra Señora del Pilar, dos centros de Salud Mental, CME Inocencio Jiménez, CME Ejea, CME Tarazona y el HCU Lozano Blesa.

### Diseño

Ensayo clínico controlado con asignación aleatoria de los participantes a dos ramas: grupo control y grupo de intervención.

Dicho reparto se realizará a través de la aplicación de asignación aleatoria de sujetos a través del programa estadístico Epidat 3.1.

## Sujetos de estudio

### *Criterios de inclusión*

Los sujetos de estudio son los cuidadores informales de pacientes con alzhéimer diagnosticados de demencia con escala de deterioro global de Reisberg superior a cuatro y que residan en la zona de influencia del sector sanitario Zaragoza III.

### *Criterios de exclusión*

- Imposibilidad para la asistencia a las sesiones.
- Barreras idiomáticas insalvables que impidan el seguimiento de las sesiones.
- No cumplimentación de consentimiento informado.

## Tamaño muestral

En función a los datos de sobrecarga del cuidador de Corbalán et al. (27), y esperando una mejora de la sintomatología del 10% en el grupo de intervención, serán necesarios 58 participantes por grupo para un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80%.

## Intervención

### *Grupo control*

Recibirán la información y ayuda que se presta habitualmente en su centro de salud respectivo.

### *Grupo de intervención*

La intervención consta de una visita inicial domiciliaria para conocer el entorno de la persona con enfermedad y para proponer la invitación de participar en la investigación. El contenido de la visita se muestra seguidamente en el Cuadro 1.

La metodología consiste en sesiones semanales durante dos meses, de 90 minutos cada una, repartidas en tres partes: explicar un temario, responder dudas y debatir. El contenido completo de las sesiones se muestra en el Cuadro 2.

Este modelo de intervención es único para todas las personas que participan.

Tras la finalización de las sesiones se efectuará a los participantes del grupo de intervención una encuesta para valorar su satisfacción.

**Cuadro 1.** Contenido de la visita inicial domiciliaria

INTERLOCUTORES	TIEMPO	CONTENIDO
Profesional de enfermería Cuidador informal Familiares directos	20-30 min	Comprobar la situación actual de la persona con enfermedad: diagnóstico, estado, tratamiento farmacológico y evolución
		Preguntar sobre las expectativas del cuidador: opinión sobre la enfermedad, dudas, miedos, recursos personales o ayudas disponibles y necesidades del cuidador
		Verbalizar la total disponibilidad del equipo y pedir su colaboración (es necesario que los investigadores estén informados puntualmente si se precisan cambios)
		Entregar el consentimiento para participar en el estudio: grupo de intervención
		Cumplimentar los cuestionarios de Zarit y EUROQOL

**Cuadro 2.** Contenidos de las sesiones de los grupos de apoyo

RESPONSABLES	SESIONES	TIEMPO	CONTENIDO	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	RECURSOS MATERIALES
Dos profesionales de enfermería del equipo de Atención Primaria (formación en dinámica de grupos y conocimientos sobre las demencias)	Ocho sesiones teórico-prácticas	Primera parte (15-20 min)	Explicación de un tema en cada sesión:	Lección magistral Vídeo Discusión	Artículos Fichas Vídeo Proyección del temario Folletos
			1- Vídeo sobre la presentación enfermedad y constitución del grupo		
			2- Diagnóstico de las demencias y fases de la enfermedad		
			3- La familia ante la enfermedad		
			4- Normas de seguridad y cuidados del enfermo		
			5- Psicoestimulación de los enfermos con demencia		
			6- Aspectos legales y recursos		
			7- Problemas médicos asociados y tratamientos		
		8- Prevención del estrés y sobrecarga del cuidador			
		Segunda parte (15-20 min)	Responder de manera pedagógica las dudas generadas en los cuidadores	Lluvia de ideas	
Tercera parte (50-60 min)	Dinámica abierta para facilitar la comunicación entre los miembros del grupo	Discusión			

**Variables**

*Variables intervinientes*

- Género del cuidador.
- Edad del cuidador y de la persona dependiente.
- Grado de parentesco entre el cuidador y la persona dependiente.
- Tiempo como cuidadores (años).
- Tiempo dedicado al día a cuidar a la persona dependiente.

*Variable independiente*

- Pertenencia al grupo de intervención o grupo control (intervención educativa grupal vs. manejo habitual).

*Variables de resultado*

- Nivel de sobrecarga: puntuación en la escala de Zarit.
- Calidad de vida: puntuación en el cuestionario de EUROQOL.
- Nivel de satisfacción con la intervención.

### Instrumentos empleados en la obtención de datos

La escala de deterioro global de Reisberg (Anexo 1) sirve para detectar en qué fase de la demencia se encuentra el paciente, esta escala divide el proceso de la enfermedad en siete etapas basadas en la cantidad de declinación cognoscitiva. Es de gran ayuda para los cuidadores, puesto que facilita entender el progreso de la enfermedad, permite estar pendiente de posibles problemas potenciales y planear las necesidades futuras.

El cuestionario EUROQOL (Anexo 2) es un instrumento genérico de medida de la calidad de vida relacionada con la salud que permite detectar y cuantificar cambios en el estado de la misma. Consta de tres partes:

- La primera es una descripción del estado de salud en cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Se califican como 1 si no hay problemas en aquella dimensión, 2 si presenta algunos problemas y 3 si tiene muchos problemas.
- La segunda, el individuo puntúa su estado de salud en una escala visual analógica milimetrada o termómetro (TEVA), cuyos extremos son 0: peor estado de salud imaginable, y 100: mejor estado de salud imaginable.
- La tercera, el individuo puntúa 14 estados de salud en una escala exactamente igual a la anterior, entre estos se incluye el mejor estado, el peor y el estado inconsciente; así mismo se pide al paciente que indique en qué lugar de esta escala colocaría el estado de muerte. Esta parte se halla orientada a la obtención de valores sociales de los estados de salud.

La escala de Zarit (Anexo 3) se realiza al cuidador de una persona dependiente, es un cuestionario autoadministrado que sirve para medir el nivel de sobrecarga, una puntuación mayor de 56 puntos indica sobrecarga establecida.

La encuesta de satisfacción confeccionada *ad hoc* (Anexo 4).

En el Cuadro 3 se muestran los momentos de evaluación de cada una de las variables de estudio.

### Análisis de datos

El análisis de datos se llevará a cabo mediante el programa informático SPSS versión 21. La caracterización de la muestra se realizará a través de la media y la desviación típica para las variables cuantitativas, y el número y porcentaje para las cualitativas. Se utilizarán los test estadísticos t de *Student* o *U Mann Whitney* (si distribución no paramétrica) para comparar la información de las variables cuantitativas de ambos grupos (intervención y control). Para las variables cualitativas se utilizará la prueba Chi cuadrado (Test exacto de Fisher).

Para todas las pruebas se aceptará un valor de significación de un 5%.

**Cuadro 3.** Contenidos de las variables de estudio

VARIABLES	INSTRUMENTOS	CAPTACIÓN	1 MES	2 MESES	9 MESES
Variable sociodemográfica	Anamnesis				
Nivel de sobrecarga	Escala de Zarit				
Nivel de calidad de vida	Cuestionario EUROQOL				
Nivel de satisfacción	Cuestionario <i>ad hoc</i>				
 Visita domiciliaria de enfermería  Visita en Atención Primaria					

**Consideraciones éticas**

Esta investigación se llevará a cabo teniendo en cuenta los principios éticos y legales propuestos en la Declaración de Helsinki para la investigación con seres humanos. Previamente a la puesta en marcha del estudio se solicitará la aprobación del protocolo y permisos, tanto del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) como del Comité de Ética del Sector Zaragoza III.

**Cronograma**

En el Cuadro 4 se muestra el cronograma de actividades, que se llevará a cabo a lo largo del año 2018, desde la obtención de permisos y participantes hasta el análisis y redacción tras la intervención de enfermería, así como su divulgación en los medios (si precisa, tras 2018).

**Discusión y conclusiones**

**Dificultades y limitaciones**

- Imposibilidad de cegamiento.
- Posibles pérdidas de seguimiento.

**Conclusiones generales**

Se hace necesaria la realización de nuevos estudios más amplios, hay una elevada influencia en la calidad de vida relacionada con la atención a las demencias, esto lleva a la necesidad de conocer nuevos modelos de cuidado en este tipo de pacientes: número de personas implicadas, roles desarrollados, redes establecidas, problemas detectados, etc. Su conocimiento y descripción permitirán en última instancia, favorecer el desarrollo y la aplicación de las políticas de bienestar social y poder garantizar ayudas o medidas de apoyo al cuidador, tales como las que se sugieren en este estudio, que se hacen imprescindibles en el presente medio.

**Cuadro 4.** Cronograma

2018	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Obtención de permisos	■											
Reunión personal		■										
Formación profesional (taller)		■	■									
Captación			■		■							
Recogida de datos				■	■						■	
Implantación de las sesiones											■	
Análisis											■	
Redacción												■
Divulgación												→

## Bibliografía

- [1] Alzheimer's association. What is Dementia? [internet]. [cited 3 nov 2017]. Available from: <http://www.alz.org/what-is-dementia.asp>
- [2] Scott K, Barrett A. Dementia syndromes: evaluation and treatment. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2007; 7(4):407-22.
- [3] Pelayo Bando S, Alcaide Amorós R, Bueno Ferrán M, Gaspar Navarro O, González Jiménez A, López Rodríguez L. Cuidando a pacientes de alzhéimer: la visión de las cuidadoras. Biblioteca Lascasas [internet] 2011 [citado 3 nov 2017]; (1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0573.pdf>
- [4] World Health Organization. Alzheimer's Disease International. Dementia: a public health priority [internet]. [cited 3 nov 2017]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/)
- [5] Herrmann N, Harimoto T, Balshaw R, Lanctôt KL. Canadian Outcomes Study in Dementia (COSID) Investigators. Risk Factors for Progression of Alzheimer Disease in a Canadian Population: The Canadian Outcomes Study in Dementia (COSID). *Canadian Journal of Psychiatry*. jun 2015; 60(4):189-99.
- [6] Balbas Liaño VM. El profesional de Enfermería y el Alzheimer. *Nure Investigación*. [internet] 2005 [cited 3 nov 2017]; (13). Available from: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/223/205>
- [7] Wattmo C, Londos E, Minthon L. Risk factors that affect life expectancy in Alzheimer's disease: a 15-year follow-up. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2014; 38(5-6):286-99.
- [8] Albellán Vidal MT, Agüera Ortiz L, Aguilar Barberá M, Alcolea Rodríguez DA, Almenar Monfort C, Amer Ferrer G, et al. Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias [internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Ciencia e Innovación; 2011. [citado 3 nov 2017]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_484\\_Alzheimer\\_AIAQS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf)
- [9] Alzheimer's association. What is Alzheimer? [internet]. [cited 3 nov 2017]. Available from: [http://www.alz.org/alzheimers\\_disease\\_what\\_is\\_alzheimers.asp](http://www.alz.org/alzheimers_disease_what_is_alzheimers.asp)
- [10] Ribera Casado JM, Cruz-Jentoft AJ (eds.). *Geriatría en Atención Primaria*. 4ª ed. Madrid: Grupo Aula Médica; 2008.
- [11] Sociedad Española de Neurología. La enfermedad de Alzheimer afecta a unas 600.000 personas en España 2015. *Psiquiatría.com* [internet]. [citado 3 nov 2017]. Disponible en: [https://www.psiquiatría.com/alzheimer\\_y\\_demencia/la-enfermedad-de-alzheimer-afecta-a-unas-600-000-personas-en-espana/](https://www.psiquiatría.com/alzheimer_y_demencia/la-enfermedad-de-alzheimer-afecta-a-unas-600-000-personas-en-espana/)
- [12] Esandi Larramendi N, Canga-Armayor N. Familia cuidadora y enfermedad de alzhéimer: una revisión bibliográfica. *Gerokomos* [internet] 2011 [citado 3 nov 2017]; 22(2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2011000200002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2011000200002&script=sci_arttext)
- [13] Parrilla A. Datos y cifras del alzhéimer que no se deben olvidar 2014. *Efesalud.com* [internet]. [citado 3 nov 2017]. Disponible en: <http://www.efesalud.com/noticias/datos-alzheimer-afectados-olvidar/>
- [14] Santaella Aceituno F, Liñán Lopéz M, Muñoz Haro I, Martínez Diz S, Gálvez López E, Gómez García E. Programa de estimulación y prevención del deterioro cognitivo y físico: "Ponle cara al alzhéimer". En: *Jóvenes y Salud. ¿Combatir o compartir los riesgos?* XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud. 6-7 noviembre 2014, Granada.
- [15] Bhat S, Acharya UR, Dadmehr N, Adeli H. Clinical Neurophysiological and Automated EEG-Based Diagnosis of the Alzheimer's Disease. *European Neurology* 2015; 74(3-4): 202-210.
- [16] Ben Hamido Silva F. Estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de alzhéimer. *Psicología.com* [internet] 2011. [citado 3 nov 2017]. Disponible en: <http://studylib.es/doc/5895957/estrategias-de-afrontamiento-en-cuidadores-de-enfermos-de>
- [17] Vérez Coteló N, Andrés Rodríguez NF, Fornos Pérez JA, Andrés Iglesias JC, Ríos Lago M. Burden and associated pathologies in family caregivers of Alzheimer's disease patients in Spain. *Pharmacy practice* 2015; 13(2):521.
- [18] Darbà J, Kaskens L. Relationship between patient dependence and direct medical-, social-, indirect-, and informal-care costs in Spain. *Clinico Economics & Outcomes Research* 2015; 7:387-95.
- [19] Soto-Gordoa M, Arrospide A, Zapiain A, Aiarza A, Abecia LC, Mar J. El coste de la aplicación de la Ley de Dependencia a la enfermedad de Alzheimer. *Gaceta Sanitaria* [internet] 2014 [citado 3 nov 2017]; 28(5). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112014000500009&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112014000500009&lang=pt)
- [20] López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia* [internet] 2009 [citado 3 nov 2017]; 2(7). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2009000200004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004)

- [21] Toribio Díaz ME, Medrano Martínez V, Moltó Jordá JM, Beltrán Blasco I. Characteristics of informal caregivers of patients with dementia in Alicante province. *Neurología* 2013; 28(2):95-102.
- [22] Álvarez Embarba B, Quintano Pintado A, Rabadán Carrasco P. Validación de las características definitorias del diagnóstico cansancio en el desempeño del rol de cuidador en atención primaria. *Nure Investigación* [internet] 2012 [citado 3 nov 2017]; (56). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/562/551>
- [23] González Valentín A, Gálvez Romero C. Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. *Gerokomos* [internet] 2009 [citado 3 nov 2017]; 20(1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2009000100003&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000100003&lang=pt)
- [24] Crespo López M, López Martínez J. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias [internet]. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Instituto de Mayores y Servicio Sociales. 2008. [citado 3 nov 2017]. Disponible en: <http://www.imsero.es/interpresent3/groups/imsero/documents/binario/boletinopm35.pdf>
- [25] Rubio Acuña M. Comprendiendo la experiencia y las necesidades al ser cuidador primario de un familiar con enfermedad de Alzheimer. Estudio de caso. *Gerokomos* [internet] 2014 [citado 3 nov 2017]; 25(3). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2014000300003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2014000300003&script=sci_arttext)
- [26] Fernández de Larrinoa Palacios P, Martínez Rodríguez S, Ortiz Marqués N, Carrasco Zabaleta M, Solabarrieta Eizaguirre J, Gómez Marroquín I. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema* [internet] 2011 [citado 3 nov 2017]; 23(3). Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3899.pdf>
- [27] Corbalán Carrillo MG, Hernández Vian O, Carré Catases M, Paul Galcerán G, Hernández Vian B, Marzo Duque C. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *Gerokomos* [internet] 2013 [citado 3 nov 2017]; 24(3). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2013000300005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2013000300005&script=sci_arttext)
- [28] Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería* 2012; 18(1):29-41.
- [29] Forstmeier S, Maercker A, Savaskan E, Roth T. Cognitive behavioural treatment for mild Alzheimer's patients and their caregivers (CBTAC): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2015; 16:526.
- [30] Pérez Perdomo M. Las intervenciones dirigidas a los cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [internet] 2008 [citado 3 nov 2017]; 7(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2008000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300009)
- [31] Bohórquez Bueno VC, Castañeda Pérez BA, Trigós Serrano LJ, Orozco Vargas LC, Camargo Figuera FA. Eficacia de la intervención enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador. *Revista Cubana de Enfermería* [internet] 2011 [citado 3 nov 2017]; 27(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192011000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000300005)
- [32] Lee CC, Czaja SJ, Schulz R. The Moderating Influence of Demographic Characteristics, Social Support, and Religious Coping on the Effectiveness of a Multicomponent Psychosocial Caregiver Intervention in Three Racial Ethnic Groups. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2010; 65(2):185-94.
- [33] Waldorff FB, Buss DV, Eckermann A, Rasmussen MLH, Keiding N, Rishøj S, et al. Efficacy of psychosocial intervention in patients with mild Alzheimer's disease: the multicentre, rater blinded, randomised Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). *BMJ* 2012; 345:e4693.

**Anexos**

<b>Anexo 1. Escala de deterioro global de Reisberg</b>			
<b>ESTADIO</b>	<b>FASE CLÍNICA</b>	<b>CARACTERÍSTICAS FAST</b>	<b>COMENTARIOS</b>
GDS 1: ausencia de déficit cognitivo	Normal: MEC 30-35	Ausencia de déficit funcionales objetivos o subjetivos	No hay deterioro objetivo ni subjetivo
GDS 2: déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad. Olvido MEC 25-30	Déficit funcional subjetivo	Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico, ni en su medio laboral ni situaciones sociales Hay pleno conocimiento y valoración de su sintomatología
GDS 3: déficit cognitivo leve	Deterioro límite. MEC 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos	Hay defectos claros. Manifestación en una o varias de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haberse perdido en un lugar no familiar</li> <li>• Evidencia de rendimiento laboral pobre</li> <li>• Dificultad para recordar palabras y nombres</li> <li>• Tras la lectura retiene escaso material</li> <li>• Olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor</li> <li>• Escasa capacidad para reconocer a personas nuevas que ha conocido</li> </ul> El déficit de atención es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva La negación como mecanismo de defensa, o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse Los síntomas se acompañan de ansiedad leve moderada
GDS 4: déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve. MEC 16-23	Déficit observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos, familiares o planificación de comidas cuando hay invitados	Defectos manifiestos en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Olvido de hechos cotidianos o recientes</li> <li>• Déficit en el recuerdo de su historia personal</li> <li>• Dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7</li> <li>• Incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas</li> </ul> Habitualmente no hay defectos en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación en tiempo y persona</li> <li>• Reconocimiento de caras y personas familiares</li> <li>• Capacidad de viajar a lugares conocidos</li> </ul> Labilidad afectiva Mecanismo de negación domina el cuadro

**Anexo 1.** Escala de deterioro global de Reisberg *(continuación)*

ESTADIO	FASE CLÍNICA	CARACTERÍSTICAS FAST	COMENTARIOS
GDS 5: déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada	Decremento en la habilidad de escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según ocasiones	Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero sí en elegir la ropa Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombre de familiares) Es frecuente cierta desorientación en tiempo y lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, desde 20 de 2 en 2 Sabe su nombre y en general el de su esposa e hijos
GDS 6: déficit cognitivo grave	MEC 10-19 Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave. MEC 0-12	Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse, específicamente pueden identificarse cinco subestadios siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la habilidad de vestirse solo</li> <li>• Disminución de la habilidad para lavarse solo</li> <li>• Disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo</li> <li>• Disminución de la continencia urinaria</li> <li>• Disminución de la continencia fecal</li> </ul>	Olvida, a veces, el nombre de su esposa, de quien depende para vivir Retiene algunos datos del pasado Desorientación temporo-espacial Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria Puede presentar incontinencia Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos Ritmo diurno frecuentemente alterado Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)
GDS 7: déficit cognitivo muy grave	Enfermedad de Alzheimer grave. MEC 0	Pérdida del habla y la capacidad motora. Se especifican seis subestadios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de habla limitada, aproximadamente seis palabras</li> <li>• Capacidad de habla limitada a una única palabra</li> <li>• Pérdida de la capacidad de caminar solo sin ayuda</li> <li>• Pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda</li> <li>• Pérdida de la capacidad para sonreír</li> <li>• Pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida</li> </ul>	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación Con frecuencia se observan signos neurológicos

Vinyoles E, Copetti S, Cabezas C, Megido MJ, Espinàs J, Vila J, et al. CUIDA'L: un ensayo clínico que evaluará la eficacia de una intervención en cuidadores de pacientes demenciados. Atención Primaria. 2001; vol 27(1):49-53.

Anexo 2. Cuestionario EUROQOL		
<b>Movilidad</b> • No tengo problemas para caminar • Tengo algunos problemas para caminar • Tengo que estar en la cama	1 2 3	
<b>Cuidado personal</b> • No tengo problemas con el cuidado personal • Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme • Soy incapaz de lavarme o vestirme	1 2 3	
<b>Actividades cotidianas (tareas domésticas, ocio, etc.)</b> • No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas • Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas • Soy incapaz de efectuar mis actividades cotidianas	1 2 3	
<b>Dolor/malestar</b> • No tengo dolor ni malestar • Tengo moderado dolor o malestar • Tengo mucho dolor o malestar	1 2 3	
<b>Ansiedad/depresión</b> • No estoy ansioso ni deprimido • Estoy moderadamente ansioso o deprimido • Estoy muy ansioso o deprimido	1 2 3	
Vinyoles E, Copetti S, Cabezas C, Megido MJ, Espinàs J, Vila J, et al. CUIDA'L: un ensayo clínico que evaluará la eficacia de una intervención en cuidadores de pacientes demenciados. Atención Primaria. 2001; vol 27(1):49-53.		

Anexo 3. Cuestionario de Zarit		
ÍTEM	PREGUNTA A REALIZAR	PUNTUCIÓN
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no tiene tiempo para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tienen que cuidar a su familiar y tiene además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa su relación con amigos y otros miembros de su familia?	

### Anexo 3. Cuestionario de Zarit (continuación)

ÍTEM	PREGUNTA A REALIZAR	PUNTUCIÓN
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar de su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada como desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida privada se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a su casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que le cuide como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Se siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hacer por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general, ¿se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastante veces	3
Casi siempre	4

Puntuación más de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación a 56

Corbalán Carrillo MG, Hernández Vian O, Carré Catases M, Paul Galcerán G, Hernández Vian B, Marzo Duque C. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. Gerokomos [internet] 2013 [citado 3 nov 2017]; 24(3). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2013000300005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2013000300005&script=sci_arttext)

**Anexo 4. Encuesta de satisfacción confeccionada *ad hoc*.**

1. ¿Estaba usted bien informado del objetivo del proyecto al acudir al programa de intervención?

- Sí
- No
- Regular
- No contesta

2. ¿Considera satisfactorio el contenido y la información de las sesiones impartidas por los profesionales sanitarios?

- Sí
- No
- Regular
- No contesta

3. El personal sanitario le ha ofrecido información verbal y escrita acerca del problema tratado, ¿le ha sido útil dicha información?

- Sí
- No
- Regular
- No contesta

4. ¿El programa ofrecido ha respondido a sus dudas y expectativas?

- Sí
- No
- No contesta

5. ¿Qué le han parecido las instalaciones y el equipamiento del servicio? (limpieza, material, infraestructura...)

- Bien
- Mal
- Regular
- No contesta

6. ¿Qué aspectos del programa cree que pueden ser mejorados?

7. ¿Volvería a participar en el estudio?

- Sí
- No

¿Por qué? \_\_\_\_\_

8. ¿Cree que fue tratado correctamente por el personal sanitario?

- Sí
- No
- Regular
- No contesta

9. ¿Cómo puntuaría su estancia global en el programa? (del 1 al 10, siendo 1 muy mala y 10 muy buena)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Comentarios y sugerencias

# PRÓXIMAMENTE

## CURSO EXPERTO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS

¡Especialízate  
en Urgencias!

- MODALIDAD: Online
- DURACIÓN: 7 meses
- PLAZAS: 100



aulaDAE  
Grupo Paradigma

Más información en: [info@auladae.com](mailto:info@auladae.com)

## ¿Mejora la calidad de vida de los pacientes afectados de patología crónica el desarrollo de competencias de la Enfermera de Práctica Avanzada (ECE)?

<sup>1</sup> Javier González Abreu

<sup>2</sup> María Begoña Sánchez Gómez

<sup>3</sup> Natacha Palenzuela Luis

<sup>1</sup> Enfermero. Hospital Universitario de Canarias.

Dirección de contacto: javi-9999@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermera, Phd. Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

<sup>3</sup> Enfermera. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Tenerife.

### Resumen

**Objetivo:** evaluar si mejora la calidad de vida una intervención de seguimiento telefónico proactivo en pacientes con patología crónica frente al seguimiento solamente presencial.

**Metodología y diseño:** se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos electrónicas. Se diseña un estudio de ensayo comunitario de intervención, donde el grupo control está formado por pacientes del norte de Tenerife, y el grupo de casos por pacientes del sur.

**Sujetos del estudio:** enfermos crónicos en seguimiento con la enfermera gestora de casos en Tenerife.

**Variables y análisis de datos:** variables sociodemográficas relacionadas con la calidad de vida, con el uso de servicios sanitarios y con la consulta telefónica. Se recogerán datos en tres ocasiones durante 13 meses para comparar la calidad de vida inicial-final mediante la *odds ratio*.

**Resultados esperados:** mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad crónica.

**Palabras clave:** enfermedad crónica; estrategias; enfermería; competencia clínica; Atención Primaria de salud; consulta remota.

### Abstract

**Does competence development by advanced practice nurses improve quality of life in patients with chronic diseases?**

**Purpose:** to assess whether a proactive phone follow-up intervention improves quality of life in patients with chronic diseases as compared to simple personal follow-up.

**Methods and study design:** a literature review based on a search in electronic database was carried out. An interventional community trial was designed. Participants in control group were patients from Northern Tenerife island and those in cases group were patients from Southern Tenerife island.

**Study subjects:** patients with chronic diseases being followed by case management nurse in Tenerife.

**Endpoints and data analysis:** sociodemographic variables related to quality of life, to the use of healthcare services and to phone consultations. Data will be collected on three occasions in a 13-month period to compare basal versus final quality of life by means of odds ratios.

**Expected results:** quality of life improvement in patients with a chronic disease.

**Key words:** chronic disease; strategies; nursing; clinical competences; primary care; remote consultation.

## Antecedentes y estado actual del tema

### Presentación

Se entiende por competencia la "habilidad, destreza o capacidad" que se tiene para realizar una actividad (1). Este proyecto explora las habilidades y destrezas enfermeras en el abordaje de la cronicidad, uno de los mayores retos actuales de la sanidad para mantener un sistema sanitario sostenible (2).

### Antecedentes

La reducción de la mortalidad y la natalidad en España durante el siglo XX ha provocado que en el 2011 los mayores de 65 años representasen el 17,2% de la población. Según la encuesta Europea de la Salud del 2009, casi la mitad de los mayores de 16 años sufría de algún proceso crónico, porcentaje que aumenta con la edad, lo que provoca la saturación del Sistema Nacional de Salud (SNS), centrado en la atención reactiva e individual de procesos agudos (3,4).

Durante este tiempo, Canarias sufre un rápido y progresivo envejecimiento. Además, se sitúa por encima de la media nacional en obesidad y consumo de tabaco y alcohol, factores de riesgo de patologías crónicas. Es por ello que el gasto y la presión asistencial se han disparado (2).

### Estado actual del tema

Las mejoras en el sistema sanitario, el aumento de la esperanza de vida o la adopción de determinados estilos de vida han aumentado la prevalencia de personas con enfermedades crónicas, que las padecen durante largos periodos de tiempo, reduciéndose su calidad de vida, lo que influye en su entorno (menor calidad de vida de cuidadores, efectos económicos en la familia, la comunidad y la sociedad) (3).

El SNS se ha tenido que reorganizar para ser sostenible y dar respuesta a la creciente demanda de servicios, convirtiendo la atención a pacientes con patología crónica en una prioridad (5). Las nuevas políticas de promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante estilos de vida saludables son un pilar fundamental en el abordaje de la enfermedad crónica, además de otras grandes líneas de actuación como la continuidad asistencial, reorientación de la atención sanitaria, equidad en salud e igualdad de trato, investigación e innovación, que han de ordenarse y priorizarse para que la estrategia sea un éxito en la mejora de la calidad de vida de los pacientes crónicos, en la motivación de los profesionales y en la optimización de los recursos (2,3,5,6).

En el Servicio Canario de la Salud (SCS) se da mayor importancia a la Atención Domiciliaria por ser más barata económica y sanitariamente, puesto que los plazos de recuperación del paciente son menores (7). Para esta modalidad asistencial, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) juegan un papel fundamental, puesto que facilitan "la comunicación y la interacción entre el paciente y la organización sanitaria y la atención continuada, además de forma bidireccional, fácil, flexible", que permite "una adecuada valoración, seguimiento y gestión clínica", además de disminuir la presión asistencial (2,7,8). El profesional encargado de gestionarla es la enfermera gestora de casos (EGdC), que coordina a los diferentes profesionales y realiza el seguimiento del paciente crónico. La enfermera cuenta con herramientas como la consulta telefónica, bidireccional, destinada a mejorar la comunicación profesional-usuario-cuidador (2). Esta herramienta, de fácil implantación a corto plazo según la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), viene a reforzar las competencias de promoción de la salud, educación terapéutica y prevención de complicaciones evitables, desarrollo profesional con perspectiva innovadora y mejora continua, apoyo al autocuidado, la autogestión y la autonomía, y gestión proactiva de pacientes crónicos complejos, línea básica, junto a la continuidad de cuidados, establecida no solo por la comunidad autónoma, sino por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (Cuadro 1) (2,5).

La consulta telefónica contribuye a aliviar la presión asistencial de los profesionales de Atención Primaria, reduciendo las visitas en aquellos casos banales o para resolver dudas. Además, este medio asesora, informa y permite realizar un triage de aquellos casos que necesitan atención. En algunas comunidades como Asturias, ya se dedica un tramo de la agenda a la consulta telefónica (9). En Madrid, la enfermera realiza un seguimiento telefónico del paciente crónico para detectar precozmente complicaciones (10). En Canarias se han puesto en marcha recientemente iniciativas relacionadas con la atención a la cronicidad, como el "Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria", la creación de unidades de Salud Mental Comunitarias, el programa para pacientes crónicos y polimedicados, la implantación de la Receta Electrónica

**Cuadro 1. Competencias de la enfermera gestora de casos**

1. Coordinación de cuidados complejos
2. Práctica avanzada de enfermería clínica
3. Gestión proactiva de pacientes crónicos complejos
4. Apoyo al autocuidado, la autogestión y la autonomía
5. Trabajo en asociación o alianzas con partícipes
6. Desarrollo profesional con perspectiva innovadora y de mejora continua
7. Promoción de la salud, educación terapéutica y prevención de complicaciones evitables
8. Gestión y coordinación de cuidados en el final de la vida
9. Trabajo interdisciplinar e interinstitucional

única del SCS, el subprograma de Integración y Coordinación Asistencial (SPICA) o la Unidad de Continuidad de Cuidados de Enfermería (UCCE). Sin embargo, la realidad es que son insuficientes (2).

**Justificación**

El acceso a unos servicios sanitarios universales, gratuitos y de calidad, es un instrumento que favorece la equidad y la cohesión social. España supera la media europea en términos de resultados clínicos y esperanza de vida. Un 73,1% de los usuarios opina que el sistema funciona bien, y solo precisaría reducir la carga de trabajo de los profesionales por la creciente demanda de los pacientes con enfermedades crónicas, personas mayores con descompensaciones de sus patologías de base, que son precisamente las que encuentran mayor dificultad para acceder al sistema por no existir un ajuste entre la atención ofrecida y sus necesidades reales. Por ello, es imprescindible ofrecer cuidados continuos que aborden la cronicidad desde un equipo multidisciplinar, sin necesidad de aumentar los medios, pero sí de adaptarlos a la nueva realidad, fortaleciendo la Atención Primaria e implicando más a los pacientes en el cuidado de su salud (3).

En Canarias se pretende reordenar los medios para prestar una atención más integral, resolutoria y equitativa, constituyendo un sistema que asegure la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles asistenciales, lo que proporciona a sus profesionales las herramientas tecnológicas necesarias para dar soporte al sistema (3). Las bases de la estrategia son:

- **Estratificación y segmentación de la población según el riesgo de padecer patologías crónicas.**
- **Mayor prevención, promoción de la salud y estilos de vida saludables.**
- **Continuidad de cuidados sanitarios-sociales.**
- **Coordinación y continuidad asistencial para llevar a cabo protocolos de salud y creación de nuevos profesionales que coordinen los distintos niveles asistenciales y casos complejos.**
- **Paciente como centro del sistema.**
- **Reforzar la formación de los profesionales sanitarios (2).**

Los enfermeros serán los encargados del seguimiento a los pacientes crónicos y la gestión de los autocuidados y la Atención Domiciliaria, realizando una valoración integral y planificando intervenciones individualizadas, destinadas a ofrecer una atención proactiva (2,3,11). Herramientas como la consulta telefónica aportan resultados positivos en estudios, puesto que demuestran que este medio resuelve los problemas en más del 80% de los casos y la satisfacción de los pacientes y los profesionales es alta (12). Además, en servicios como Urgencias, en países como Dinamarca o Reino Unido, se ha reducido un 28% la atención urgente. En España se han estudiado las consultas telefónicas recibidas en los centros de salud y se han ensayado protocolos de triage telefónico. La posibilidad de responder de manera accesible a las necesidades de los pacientes favorece el autocuidado, y

disminuye la ansiedad de los pacientes (13). Un estudio chileno evaluó un modelo de apoyo telefónico para el automanejo de la diabetes mellitus tipo 2, obteniéndose como resultado la estabilización de la Hb1Ac en el grupo de estudio (14).

Por todo esto, la atención telefónica debería de considerarse dentro de la actividad asistencial de la enfermera, puesto que constituye una herramienta clave en la optimización de los recursos sanitarios, mejora la comunicación profesional-usuario-cuidador y reduce los desplazamientos de este a los centros sanitarios en un 8% (15).

Para mejorar la atención sanitaria a las personas con patología crónica en el Área de Salud de Tenerife se implantará un servicio de seguimiento telefónico proactivo de las EGdC a estos pacientes, con el fin de mejorar su calidad de vida. Además, estudios posteriores pueden dilucidar en el ámbito local el coste-efectividad de la intervención.

## Objetivos concretos del proyecto de investigación

### Objetivo general

Evaluar la efectividad respecto a la calidad de vida de la intervención telefónica en el seguimiento de las personas con enfermedad crónica por parte de la enfermera gestora de casos en Tenerife.

### Objetivos específicos

- Evaluar si existen diferencias en cuanto a la calidad de vida antes y después de la intervención.
- Comparar la calidad de vida de los pacientes del grupo de casos con respecto al grupo control.

## Hipótesis

El seguimiento telefónico proactivo del paciente con enfermedad crónica por parte de la EGdC mejorará la calidad de vida de estos en mayor medida que el seguimiento presencial exclusivo.

## Metodología

Se trata de un proyecto enmarcado en el área temática de competencias enfermeras. En el primer tramo de la investigación se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos (*Scielo, Medline, MSSSI, SCS, Biblioteca Virtual de la Salud*), y en sedes web de diferentes instituciones sanitarias, como la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria FAECAP, la SEDAP, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y Asturias. Se incluyeron aquellos artículos publicados entre los años 2010-2015, en castellano o inglés.

### Sujetos de estudio

Personas incluidas en la cartera de pacientes de la enfermera de práctica avanzada (ECE), atendiendo a los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:
  - Historia clínica electrónica abierta antes de abril de 2016.
  - Residente en el Área de Salud de Tenerife.
  - Padecer enfermedad crónica diagnosticada:
    - Enfermedades cardiovasculares crónicas (HTA, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica).
    - Afecciones crónicas del tracto respiratorio (asma, EPOC, bronquitis crónica, enfisema).
    - Dislipemia.
    - Diabetes mellitus.
    - Enfermedades reumáticas (fibromialgia, lupus eritematoso sistémico, osteoporosis, artrosis, artritis).
    - Ansiedad crónica.
    - Depresión crónica.

- Mayor de 14 años de edad el 1 de enero de 2014.
- Criterios de exclusión:
  - Pacientes en seguimiento por el especialista de atención hospitalaria exclusivamente.
  - Personas que no entiendan el castellano.
  - Personas que no autoricen su participación en el estudio.

El grupo de casos estará formado por pacientes de las agendas de las ECE del sur de la isla y el municipio de Santa Cruz de Tenerife, que serán captadas de forma progresiva según acudan a la consulta hasta alcanzar la muestra. Se procederá a la captación simultánea de la muestra, de manera que el sesgo de captación y análisis se reduzcan. Existirá un periodo de captación de nueve semanas, anticipando una captación de 23 pacientes/semana. La selección de los sujetos del grupo control será por muestreo aleatorio estratificado de las carteras de las ECE del norte de la isla, de manera que por cada paciente que se capte para el grupo de casos, se incorporará uno al grupo control de forma aleatoria. La estimación del número de participantes por centro de salud se describe en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Estimación de la captación de los participantes de la investigación por centros de salud con EPA

ZONA NORTE	SUJETOS	ZONA SUR-SANTA CRUZ	SUJETOS
CS Tejina	14	CS Barrio de la Salud	13
CS La Victoria	16	CS Ofra-Delicias	4
CS La Matanza	15	CS Ofra-Miramar	2
CS Santa Úrsula	25	CS Barranco Grande	8
CS Icod de los Vinos	40	CS Granadilla	49
CS Taco	39	CS San Isidro	17
CS Laguna-Mercedes	54	CS Arona	89
CS Laguna-San Benito		CS Güimar	21
<b>TOTAL</b>	<b>203</b>	<b>TOTAL</b>	<b>203</b>

### Diseño

Se trata de un estudio cuasiexperimental de tipo ensayo comunitario de intervención, en el que se agrupan, en el grupo de casos, aquellos pacientes atendidos por la EGdC a través de seguimiento telefónico y presencial, en aquellos centros del sur de la isla de Tenerife y Santa Cruz de Tenerife, donde el seguimiento de los pacientes lo realicen estos profesionales. Por otra parte, el grupo control está formado por aquellos pacientes que lleven a cabo el seguimiento de sus patologías crónicas de manera presencial en las consultas de la EGdC de los centros del norte de la isla.

En el grupo de casos, en el que se efectúe un seguimiento proactivo de la patología, se ha de mantener al menos una intervención telefónica cada 15 días para detectar posibles complicaciones (Figura 1).

Será necesario que cada paciente autorice su participación en el estudio mediante un modelo de consentimiento informado (Anexo 1), que se les facilitará de manera presencial en la consulta de su enfermera. Posteriormente, se cumplimentará un cuaderno de recogida de datos (Anexo 2) y el cuestionario COOP/WONCA (Anexo 3) que evalúa la calidad de vida de los sujetos a su captación. Se volverá a recoger información a través del mismo cuaderno y cuestionario a los tres y a los 12 meses del primero a los dos grupos de pacientes, comparando la calidad de vida a lo largo de la investigación.

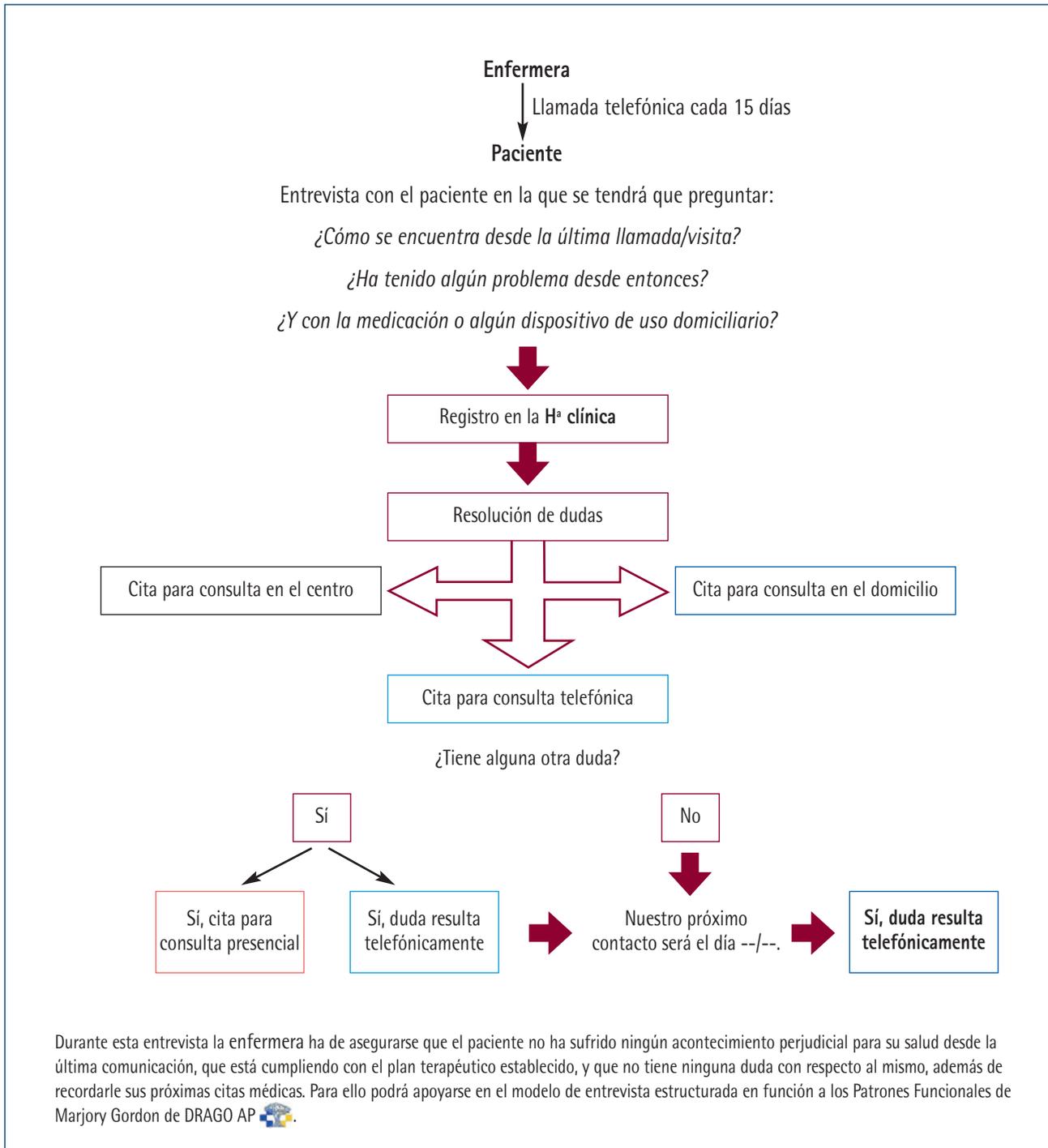


Figura 1. Algoritmo de consulta telefónica en Atención Primaria

Se calculó el tamaño muestral utilizando los datos demográficos disponibles y la calculadora de tamaño muestral de Fistera. Para una población diana de n= 185.193 personas, un abandono del 15%, un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y una proporción del 5%, se obtiene como resultado una muestra de n= 203 participantes. Teniendo en cuenta que la muestra está formada por un grupo de casos y un grupo control, el total de la muestra será de 406 participantes (2,16,17).

Con la muestra calculada se realiza una estimación del número de sujetos que participan en el estudio por centro de salud con ECE. Los datos obtenidos en el Anexo 3 se han calculado utilizando la información disponible sobre la población dependiente de cada centro y la prevalencia de patología crónica. Con estos resultados se calcula un periodo aproximado de captación de la muestra de nueve semanas para un ritmo de captación de 23 pacientes/semana para cada grupo.

### Variables (Cuadro 2)

#### Recogida y análisis de datos

Durante la investigación se recogerán datos hasta en tres ocasiones a través del cuaderno de recogida de datos y el cuestionario COOP/WONCA de evaluación de la calidad de vida del paciente. La primera recogida de datos se llevará a cabo en la captación de los sujetos y analiza el estado de la muestra al comienzo de la fase empírica. La segunda recogida de información se realizará a los tres meses de finalizar la captación de la muestra, para analizar la evolución del proyecto. La tercera se efectuará a los nueve meses de la segunda, en el vigésimo mes, y aquí se comprobarán las diferencias con respecto al estado inicial.

El análisis de los mismos se llevará a cabo mediante el *software* informático SPSS 22.0. Mediante este programa se obtendrán los resultados que posteriormente se difundirán. En el caso del análisis de las variables del cuestionario COOP/WONCA, que estudia variables de tipo ordinal, se hallarán la mediana, percentil, mínimo y máximo. Al formarse los dos grupos de estudio se desarrollará un primer análisis de la calidad de vida de cada grupo. Al finalizar el estudio se repetirá este proceso, y se comparará con la situación inicial, para comprobar si la intervención que diferencia al grupo de casos aumenta la calidad de vida. Para ello se utilizará la *odds ratio*, que es una medida de asociación. Cabe la posibilidad de que la intervención se relacione con la calidad de vida por el azar. Por esto es necesario realizar una prueba de hipótesis, para la que se utilizará la Ji de Mantel y Haenszel (XMH).

**Cuadro 2.** Competencias de la enfermera gestora de casos

Variables de perfil	Variables relacionadas con la calidad de vida (Cuestionario COOP/WONCA)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Género</li> <li>• Localidad</li> <li>• Cuidador principal</li> <li>• Patología crónica</li> <li>• Paciente polimedcado</li> <li>• Dependiente para las ABVD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forma física</li> <li>• Sentimientos</li> <li>• Actividades sociales</li> <li>• Actividades cotidianas</li> <li>• Cambios en el estado de salud</li> <li>• Estado de salud</li> <li>• Dolor</li> </ul>
Variables relacionadas con el uso de servicios sanitarios en los últimos seis meses	Variables relacionadas con la consulta telefónica
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de consultas con su enfermera</li> <li>• Nº de consultas con su médico de familia</li> <li>• Nº de consultas en atención especializada</li> <li>• Nº de visitas con la trabajadora social</li> <li>• Nº de visitas a urgencias</li> <li>• Nº de ingresos hospitalarios</li> <li>• Nº de caídas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accesibilidad a la enfermera</li> <li>• Resolución del problema</li> <li>• Satisfacción con la atención telefónica</li> </ul>

Para el resto de variables se utilizará el coeficiente de correlación de Spearman al analizar variables de tipo cuantitativo y cualitativo, con el objetivo de buscar asociaciones entre variables que puedan incidir en la calidad de vida. Se utilizarán estadísticos descriptivos, que en el caso de las variables cuantitativas serán la media y la desviación estándar. Para las variables cualitativas en las que se recogerán los datos mediante el uso de escalas de tipo *Likert* se efectuarán la mediana, el máximo y el mínimo, la distribución de frecuencias y proporciones, exponiendo los resultados en porcentajes. Se consideran resultados significativos cuando  $p < 0,05$ .

### Etapas de desarrollo

- **Fase conceptual (1-4 meses):** se plantea la pregunta sobre la que se investigará y se buscará la bibliografía relacionada con la misma que justifique la necesidad de realizar la investigación. A continuación, se enmarcará la pregunta en un marco de referencia y se formularán los objetivos y la hipótesis.
- **Fase metodológica (4-6 meses):** se plantea el diseño con el que alcanzar los objetivos, responder a la pregunta de investigación y cumplir los principios éticos de toda investigación. Se seleccionarán los sujetos de estudio y se realizará el cálculo del tamaño muestral. A continuación se redactarán las variables a estudiar y se planteará cómo recoger los datos de las mismas (cuaderno de recogida de datos y cuestionario COOP/WONCA) (Anexo 2 y 3). Se efectuará la solicitud de realización de estudios científicos a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife GAPTF (Anexo 4).
- **Fase empírica (6-24 meses):** se procederá a la recogida de datos mediante un cuaderno de recogida de datos y el cuestionario COOP/WONCA, y una vez que se obtienen los datos se transcriben al programa SPSS para su análisis. A partir de aquí se obtendrán los resultados que cumplen con los objetivos, responden a la pregunta de investigación y rubrican, o no, la hipótesis. Posteriormente, se procederá a la difusión de las conclusiones (congresos, Boletín de Investigación de Atención Primaria (INVAP), publicaciones científicas, etc.).

### Limitaciones del estudio

Existe una limitación relacionada con los sujetos del estudio, al encontrarse todos en la misma zona geográfica. Otra limitación sería la duración del trabajo de campo, que puede afectar a variables como caídas o ingresos hospitalarios, y que está prevista en el cálculo de la muestra. Asimismo, otra limitación podría ser la mayor dificultad para completar la muestra del grupo de casos, que se ha reducido incorporando los participantes de ambos grupos simultáneamente. Otro posible sesgo de observación por omisión podrían ser aquellos factores que inciden sobre la calidad de vida, pero que están fuera del control de este estudio.

### Resultados previsibles, aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados

Esta investigación busca conseguir un cambio en el sistema sanitario para que pequeñas modificaciones permitan adaptarlo a las demandas de sus usuarios. El cambio de un seguimiento reactivo, a uno proactivo, podrá prevenir complicaciones en sus patologías y el consumo de recursos.

Por otra parte, se espera expandir progresivamente la utilización de esta herramienta a los diferentes profesionales de salud de Atención Primaria.

Los resultados previsibles se pueden agrupar según el grupo al que afecten:

**Usuarios:** se beneficiarán de una mejora en su calidad de vida por resolver de manera más accesible dudas en su tratamiento, incrementando así su empoderamiento con su patología (2). Además, esta herramienta estrechará la relación usuario-profesional, aumentando la seguridad de pacientes y cuidadores, que además podrán resolver dudas que surgen en el día a día sin necesidad de acudir a su centro de salud. Estos resultados se esperan a medio plazo.

**Enfermeros/as:** mayor seguimiento sobre el tratamiento de sus pacientes crónicos. Con el establecimiento de un intervalo horario en sus agendas dedicado a la consulta telefónica se reducirán las interrupciones de la consulta, mejorando la atención presencial. Estos resultados se esperan a largo plazo, una vez instaurada la herramienta de forma sólida.

**Sistema sanitario:** una atención proactiva por parte del enfermero facilitará la modificación de factores de riesgo perjudiciales, más coste-efectivo que otros profesionales, lo que supone un ahorro en el sistema, haciéndolo más sostenible, puesto que el aumento de la calidad de vida permite reducir el gasto farmacéutico (12). Además, el sector enfermero verá aumentado su desarrollo profesional y el reconocimiento de la sociedad. Estos resultados se prevé que se produzcan a largo plazo (3).

**Sociedad:** una mejor calidad de vida de un colectivo tan numeroso como son las personas con patologías crónicas mejora la salud de toda la población, tanto sana, como enferma, lo que aumentará la esperanza de vida libre de incapacidad. Estos resultados se esperan que aparezcan a largo plazo (3).

**Resultados bibliométricos:** los resultados serán difundidos en congresos de enfermería familiar y comunitaria, boletín INVAP de la GAPTF, revistas científicas de impacto, charlas profesionales.

## Instalaciones, instrumentos y técnicas disponibles inicialmente para la realización del proyecto

### Instalaciones

Se desarrollará un primer contacto con las enfermeras de la GAPTF en el salón de actos de la EUE Nuestra Señora de Candelaria, que dispondrá de asientos, ordenador y proyector. Se dispondrá puntualmente de una consulta en el CAP Los Realejos para desarrollar cualquier tipo de contacto personal, con acceso a Drago AP y un teléfono.

### Instrumentos

- Catálogo y Punto Q del servicio de biblioteca de la ULL.
- Solicitud de permiso para la realización de estudio de investigación de la Gerencia de AP de Tenerife.
- Base de datos del ISTAC.
- Calculadora de tamaño muestral Fisterra.
- Acceso al sistema de gestión Drago AP.
- Consentimiento informado.
- Cuaderno de recogida de datos.
- Cuestionario COOP/WONCA de calidad de vida r/c la salud.
- IBM SPSS Statistics 22.0.

### Técnicas

Se llevará a cabo una búsqueda bibliográfica inicial en la fase conceptual, una reunión grupal con el personal participante en la investigación en la que se explique la finalidad de la misma y se oriente en su desarrollo, y entrevistas individualizadas con los participantes.

## Otras consideraciones

### Consideraciones éticas

Se respetarán los Principios Éticos para Investigaciones Médicas en seres humanos de la Declaración de Helsinki, y los artículos 74 y 75 del Código Deontológico de Enfermería.

Se ha de informar a los participantes de los objetivos y estos tendrán que firmar un consentimiento informado (Anexo 1) por duplicado. Se puede interrumpir la participación cuando lo desee. Se debe de garantizar la seguridad y confidencialidad de la información personal.

Se enviará el protocolo de la investigación al comité de ética de la GAPTF para su posterior aprobación, antes de comenzar el estudio.

### Conflicto de intereses

Los investigadores declaran no presentar conflictos de intereses y no han recibido financiación.

### Bibliografía

- [1] Sánchez Gómez MB, Duarte Climents G, Aguirre Jaime A, Sierra López A, Arias Rodríguez A, De Armas Felipe JM. Análisis cualitativo de las competencias para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Construyendo el cambio hacia la enfermería clínica avanzada. ENE. Revista de Enfermería [internet]. Agosto 2012 [citado 3 nov 2017]; 6 (2). Disponible en: [http://www.researchgate.net/profile/Gonzalo\\_Duarte/publication/230855189\\_Analisis\\_cualitativo\\_de\\_las\\_competencias\\_para\\_la\\_especialidad\\_de\\_Enfermera\\_Familiar\\_y\\_Comunitaria.\\_Construyendo\\_el\\_camino\\_hacia\\_la\\_enfermera\\_clnica\\_avanzada/links/0912f5056f89f4358f000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Gonzalo_Duarte/publication/230855189_Analisis_cualitativo_de_las_competencias_para_la_especialidad_de_Enfermera_Familiar_y_Comunitaria._Construyendo_el_camino_hacia_la_enfermera_clnica_avanzada/links/0912f5056f89f4358f000000.pdf)
- [2] Gobierno de Canarias. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. Canarias: Entheos; 2015.
- [3] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- [4] Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria. Encuesta Nacional de Pacientes Crónicos. España: S&H Medical Science Service; 2014.
- [5] Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Estrategia de gestión de crónicos. Madrid: Spanish Publishers Associates; 2013.
- [6] III Plan de Salud de Canarias 2015-2017. Entre la crisis y la transformación necesaria, para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios [Proyecto]. Servicio Canario de Salud, Gobierno de Canarias. 2015. [citado 3 nov 2017]. Disponible en: [http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/af545706-5b2e-11e3-a0f5-65699e4ff786/Borrador\\_Anteproyecto\\_III\\_Plan\\_Salud\\_Canarias.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/af545706-5b2e-11e3-a0f5-65699e4ff786/Borrador_Anteproyecto_III_Plan_Salud_Canarias.pdf)
- [7] Álvarez Prieto JL, Espejo Matorrales F, Ferrer Arnedo C, Lifante Pedrola Z, Martínez Carpio A, Miguélez Chamorro A, et al. Las enfermeras comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI. Estrategia ante las personas con problemas crónicos. Estrategia ante la dependencia y fragilidad [internet]. FAECAP; 2012 [citado 3 nov 2017]. Disponible en: <http://www.faecap.com/noticias/show/las-enfermeras-comunitarias-ante-las-necesidades-de-salud-de-las-personas-con-problemas-cronicos>
- [8] Martínez Carpio A, Miguélez Chamorro A, Ferrer Arnedo C, Sarabia Cobo C, Espejo Matorrales F, Contel Segura JC, et al. Las enfermeras comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI. Estrategia ante las personas con problemas crónicos. Estrategia ante la dependencia y fragilidad [internet]. FAECAP; 2013 [citado 3 nov 2017]. Disponible en: <http://www.faecap.com/publicaciones/show/estrategia-para-la-atencion-a-las-personas-con-problemas-cronicos-estrategia-ante-la-dependencia-y-la-fragilidad>
- [9] Prieto Hernández M. Gestión y Organización del Proceso asistencial en Atención Primaria. 9ª ed. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2011 [citado 3 nov 2017]. Disponible en: [https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_SESPA/AS\\_Assistencia%20Sanitaria/PROYECTO%20GOPA.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/AS_Assistencia%20Sanitaria/PROYECTO%20GOPA.pdf)
- [10] Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad; 2013 [citado 3 nov 2017]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf>
- [11] Miguélez Chamorro A, Ferrer Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. Enferm Clin [internet] 2014 [citado 3 nov 2017]; 24(1):5-11. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-enfermera-familiar-comunitaria-referente-90269200>
- [12] Monsalve Saiz M, Peñalba Citores AC, Lastra Gutiérrez S. La consulta telefónica en Atención Primaria, ¿está justificada? Rev Pediatr Aten Primaria [internet] 2013 [citado 3 nov 2017]; 15(60):329-31. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322013000500007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000500007&lng=es)
- [13] García de Ribera MC, Vázquez Fernández ME, Bachiller Luque MR, Barrio Alonso MP, Muñoz Moreno MF, Posadas Alonso J, et al. Estudio piloto de consulta telefónica pediátrica. Rev Pediatr Aten Primaria [internet] 2010 [citado 3 nov 2017]; 12(47):413-24. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322010000400004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000400004&lng=es)

- [14] Lange I, Campos S, Urrutia M, Bustamante C, Alcayaga C, Tellez A, et al. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el automanejo y control metabólico de la diabetes tipo 2, en un Centro de Atención Primaria, Santiago, Chile. Rev Med Chile [internet] 2010 [citado 3 nov 2017]; 138(6):729-37. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000600010&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000600010&lng=es)
- [15] Bonache Tur D, Blasco Cabañas C, Marquina Parra D, Gordo García MJ, Moya Mejía C, Ramírez Vaca J. Registro de la actividad asistencial realizada vía telefónica en el hospital de día de nefrología. Enferm Nefrol [internet] 2013 [citado 3 nov 2017]; 16(1):9-14. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842013000500003&lang=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842013000500003&lang=es)
- [16] ISTAC. Instituto Canario de Estadística [base de datos en internet]. Canarias: Gobierno de Canarias [citado 3 nov 2017]. Disponible en: [http://www.gobiernodecanarias.org/istac/temas\\_estadisticos/demografia/poblacion/cifraspadronales/](http://www.gobiernodecanarias.org/istac/temas_estadisticos/demografia/poblacion/cifraspadronales/)
- [17] Pita Fernández S. Determinación del tamaño muestral [base de datos en internet]. A Coruña: Elsevier; 1996 [citado 3 nov 2017]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp#biblio>

## ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento informado

El equipo de investigación del estudio que analiza la efectividad sobre la calidad de vida del seguimiento telefónico proactivo queremos informarle sobre el estudio denominado "**¿Mejora la calidad de vida de los pacientes afectados de patología crónica el desarrollo de competencias de la Enfermera de Práctica Avanzada (ECE)?**"

El objetivo de este estudio es conocer si la enfermera es capaz de mejorar la calidad de vida de aquellos sujetos incluidos en un programa de seguimiento de pacientes con enfermedad crónica.

El equipo de investigación está formado por tres investigadores: un investigador principal, un investigador colaborador y un investigador asesor.

**La participación en este estudio es voluntaria**, pudiendo retirarse en cualquier momento sin que ello suponga ninguna consecuencia negativa. La información será recogida en un cuestionario y se eliminarán todos sus datos personales con el fin de mantener el anonimato. Todos los datos se guardarán en archivos seguros a los que solo tendrán acceso los miembros del equipo investigador por contraseña.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede realizar su consulta al equipo investigador en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudicase de ninguna forma.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera mi cuidado médico. Entiendo que la información que yo aporte en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con el equipo de investigadores a través del correo electrónico: [alu0100763416@ull.edu.es](mailto:alu0100763416@ull.edu.es)

Nombre del participante, padre o tutor ..... DNI..... Firma:

Nombre del investigador principal: ..... DNI: ..... Firma:

Fecha.....

## Anexo 2. Cuaderno de recogida de datos

NÚMERO DE REFERENCIA

Grupo del paciente Gr. Caso  Gr. Control

Recogida de datos 1  2  3

Fecha     (dd/mm/aaaa) Género M  F

Edad

Patología(s) crónica(s)

1. Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	5. Ansiedad crónica	<input type="checkbox"/>
2. Dislipemia	<input type="checkbox"/>	6. Depresión crónica	<input type="checkbox"/>
3. Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	7. Afecciones crónicas del tracto respiratorio	<input type="checkbox"/>
4. Enfermedad reumática	<input type="checkbox"/>		

Cuidador principal El propio paciente  Otro

Paciente polimedicado (toma  $\geq$  4 fármacos) Sí  No

Dependencia para las actividades básicas de la vida diaria: índice de Barthel  /100

Nº de consultas con su enfermera (últimos seis meses)

Nº de visitas a urgencias (últimos seis meses)

Nº de ingresos hospitalarios (últimos seis meses)

Caídas en los últimos seis meses Sí  No  En caso afirmativo, indique el número

Seguimiento telefónico. Se le ofrece al entrevistado la posibilidad de responder de 1-10 las preguntas, siendo 1 la peor puntuación y 10 la mejor.

¿Le ha resultado fácil contactar con su enfermera?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="text"/>									

¿Solucionó su problema/duda?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="text"/>									

Satisfacción con la atención telefónica recibida.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="text"/>									

## Anexo 3. Cuestionario de calidad de vida R/C salud "COOP/WONCA"

Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. Aten Primaria. 2002 [citado 3 nov 2017]; 29(6):378-84. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-evaluacion-calidad-vida-relacionada-13029752>

**Forma física**

Durante las 2 últimas semanas...  
¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

Muy intensa (por ejemplo, correr de prisa)		1
Intensa (por ejemplo, correr con suavidad)		2
Moderada (por ejemplo, caminar a paso rápido)		3
Ligera (por ejemplo, caminar despacio)		4
Muy ligera (por ejemplo, caminar lentamente o no poder caminar)		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA  
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

**Sentimientos**

Durante las 2 últimas semanas...  
¿en qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada, en absoluto		1
Un poco		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Intensamente		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA  
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

**Actividades sociales**

Durante las 2 últimas semanas...  
¿su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos o grupos?

No, nada, en absoluto		1
Ligeradamente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muchísimo		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA  
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

**Actividades cotidianas**

Durante las 2 últimas semanas...  
¿cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad		1
Un poco de dificultad		2
Dificultad moderada		3
Mucha dificultad		4
Toda, no he podido hacer nada		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA  
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

**Cambio en el estado de salud**

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor		++	1
Un poco mejor		+	2
Igual, por el estilo		=	3
Un poco peor		-	4
Mucho peor		--	5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA  
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

**Estado de salud**

Durante las 2 últimas semanas...  
¿cómo calificaría su salud en general?

Excelente		1
Muy buena		2
Buena		3
Regular		4
Mala		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA  
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

**Dolor**

Durante las 2 últimas semanas...  
¿cuánto dolor ha experimentado?

Nada de dolor		1
Dolor muy leve		2
Dolor ligero		3
Dolor moderado		4
Dolor intenso		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA  
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

## Anexo 4. Solicitud de permiso para la realización del estudio de investigación

A la atención de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife

A/A Dirección Médica/Subdirección de Enfermería (marcar la más apropiada)

C/ Carmen Monteverde, 45

38003 Santa Cruz de Tenerife

Asunto: petición de autorización para la realización del estudio de investigación titulado: **¿Mejora la calidad de vida de los pacientes afectados de patología crónica el desarrollo de competencias de la Enfermera de Práctica Avanzada (ECE)?**

Solicitamos la autorización para la realización del trabajo arriba mencionado.

Como responsable del estudio y en nombre del equipo de profesionales que participan adjunto la información sobre el mismo en el modelo de solicitud de autorización para su realización.

Firmado: investigador/a responsable

En Santa Cruz de Tenerife a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Datos de contacto:

- Nombre:
- Teléfono:
- Correo electrónico: javi-9999@hotmail.com

Solicitud de permiso para la realización del estudio de investigación abajo descrito en los centros dependientes de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

**Título del estudio:** ¿Mejora la calidad de vida de los pacientes afectados de patología crónica el desarrollo de competencias de la Enfermera de Práctica Avanzada (ECE)?

### Objetivos:

Objetivo general:

- Evaluar la efectividad respecto a la calidad de vida de la intervención telefónica en el seguimiento de las personas con enfermedad crónica por parte de la enfermera gestora de casos en el área de Tenerife.

Objetivos específicos:

- Evaluar si existen diferencias en cuanto a calidad de vida antes y después de la intervención de seguimiento telefónico.
- Comparar la calidad de vida de los pacientes atendidos por la enfermera gestora de casos mediante la consulta telefónica-presencial con respecto al que solo acude a consulta presencial con su enfermera gestora de casos.

### Justificación de los motivos:

El sistema sanitario no se ha adaptado a las actuales demandas de sus usuarios. Las características del paciente han cambiado en estos últimos años, y la tendencia es que lo sigan haciendo. Por tanto se han de utilizar herramientas que sean capaces de responder a las demandas de los usuarios y alivien la carga asistencial que soportan los profesionales de la salud.

**Diseño:**

Estudio cuasiexperimental de tipo ensayo comunitario de intervención. Muestra de 406 personas padecedoras de patología crónica, mayores de 14 años, que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión que se establecen en el proyecto.

## Variables de perfil:

- Edad.
- Género.
- Localidad.
- Patología crónica.
- Cuidador principal.
- Paciente polimedicado.
- Dependencia para las actividades de la vida diaria (Índice de Barthel).

## Variables relacionadas con el uso de servicios sanitarios:

- Nº de consultas con su enfermera (últimos seis meses).
- Nº de visitas a urgencias (últimos seis meses).
- Nº de ingresos hospitalarios (últimos seis meses).
- Caídas en los últimos seis meses y número.

## Variables relacionadas con la consulta telefónica:

- Facilidad para contactar con su enfermera.
- Resolución del problema.
- Satisfacción con la atención telefónica.

## Variables relacionadas con la calidad de vida del cuestionario COOP/WONCA:

- Forma física.
- Sentimientos.
- Actividades sociales.
- Actividades cotidianas.
- Cambios en el estado de salud.
- Estado de salud.
- Dolor.

La recogida de datos se efectuará mediante un cuaderno de recogida de datos y el cuestionario COOP/WONCA relacionado con la calidad de vida, de los que se obtendrán los resultados mediante análisis descriptivo con el *software* estadístico SPSS. La comparación entre el estado inicial y el final se realizará con la *odds ratio*. Para el resto de variables se utilizará el coeficiente de correlación de Spearman. En las variables cuantitativas se hallarán la media, la mediana, la moda, la desviación estándar, el máximo y el mínimo. En las variables cualitativas se calculará la distribución de frecuencias y proporciones, exponiendo los resultados en porcentajes.

La investigación estará conformada por tres etapas de acuerdo con el proceso de investigación en enfermería. En la primera fase, la conceptual se plantea la pregunta sobre la que investigar y se busca bibliografía relacionada con la misma que justifica la necesidad de realizar la investigación. A continuación se enmarca la pregunta en un marco de referencia, se formulan los objetivos y la hipótesis. En la segunda fase, la metodológica se planteará el diseño con el

que alcanzar los objetivos, responder a la pregunta de investigación y cumplir los principios éticos de toda investigación. Se seleccionarán los sujetos del estudio de acuerdo con los criterios de inclusión/exclusión, y se realizará el cálculo del tamaño muestral. A continuación se redactarán las variables y se planteará el método de recogida de datos (cuaderno de recogida de datos y cuestionario COOP/WONCA). En la tercera fase, la empírica se procederá a la recogida de datos, y una vez que se obtengan, se transcribirán a la plataforma estadística SPSS para su análisis. A partir de aquí se obtienen los resultados que resuelven los objetivos, responden a la pregunta de investigación y rubrican, o no, la hipótesis. Posteriormente se procede a su difusión.

Para cualquier duda pueden dirigirse a:

Correo: vmahchu@gobiernodecanarias.org / vinitavivek@hotmail.com

\*¿Cuándo se requerirá del comité de ética?

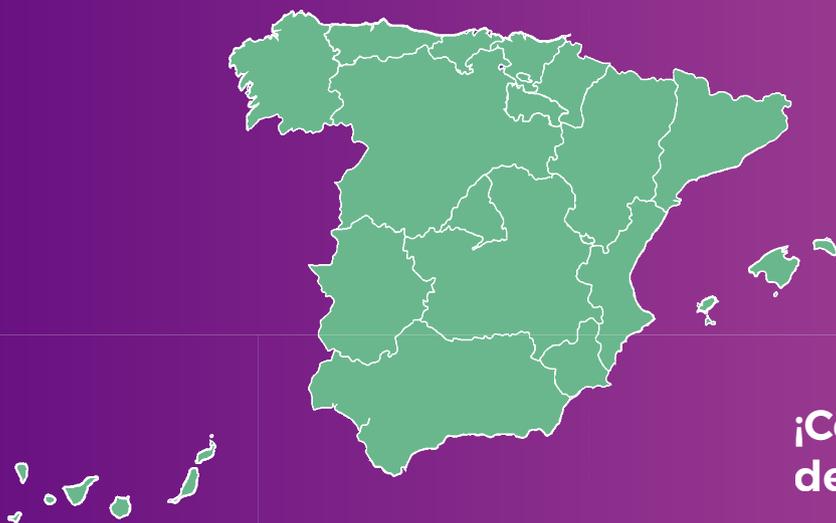
\* Al comité ético será necesario remitir aquellos estudios cuyo diseño sea experimental, o bien si se accede a pacientes para realizar cualquier tipo de intervención que requiera de abordaje físico al paciente (muestras biológicas, pruebas diagnósticas, etc.)

\* El resto de proyectos en los que se requiere solo de acceso a datos de historias clínicas o bien se accede a pacientes, pero solamente para recoger datos descriptivos no requieren de ser remitidos al comité de ética

\* Sin embargo, en el caso de diseños de estudios que recojan datos descriptivos como, por ejemplo, encuestas, deberán acompañarse de la hoja de consentimiento informado a los participantes.

**Una vez finalizados los trabajos se recomienda enviarlos a la gerencia para la difusión de los resultados entre los compañeros a través del Boletín INVAP.**

# Tu OPE, tu futuro



¡Consulta o pide información de tu comunidad!



#### Manuales DAE

Incluye manuales en papel de preparación de Oposiciones DAE (3 tomos)



#### Tutorías individualizadas

Resolución de dudas y seguimiento personal del alumno online y telefónicamente



#### Ultrarresúmenes

Resúmenes de las principales materias publicadas en el temario DAE para la preparación de Oposiciones



#### Multiplataforma

Adaptable a diferentes formatos de dispositivos



#### Test y simulacros

Simulacros de exámenes cronometrados e infinidad de preguntas de test (+ de 6.000 preguntas)



#### Financiación sin intereses

Financia tu compra hasta en 4 cuotas sin intereses



[www.aulaope.com](http://www.aulaope.com)

## LA ENFERMERÍA COMUNITARIA NACIONAL SE DA CITA EN TERUEL



Durante los días 21 y 22 de septiembre se celebraron en la capital turolense las IX Jornadas Nacionales y el V Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). En total, 120 enfermeras y enfermeros de toda España se dieron cita.

El objetivo de estas jornadas fue impulsar la educación para la salud y una vez más se erigió como un perfecto foro donde intercambiar experiencias y conocimientos, con gran interés divulgativo y de visibilización de la especialidad, todo ello bajo un prisma muy participativo y dinámico. Cuestión esta que es una de las características principales de las actividades organizadas desde la Salud Comunitaria: la participación e interacción de los participantes en talleres y sesiones.

La primera actividad científica del programa corrió a cargo de **Daniel Giménez Roig**, responsable de Gestión del Conocimiento en la Agencia de Salud Pública de Cataluña, que compartió con los asistentes sus conocimientos y experiencias en Gestión del Conocimiento y Gestión del Talento en las Comunidades de Prácticas de Salud Pública, respondiendo a las preguntas de la moderadora, **Beatriz Sánchez Hernando**, vocal AEC en Aragón, y del público. De acuerdo al lema de las Jornadas "Educación para la Salud, Compromiso Comunitario", **Daniel Giménez**, transmitió con claridad y motivación la importancia del Trabajo Colaborativo-Trabajo en Red en la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud.

En total se presentaron 79 comunicaciones a las Jornadas, siendo rechazadas un número de 10 (el 8% de las presentadas). Repartidas entre las siguientes áreas temáticas: Educación para la Salud (EpS) como herramienta de cambio ¿mito o realidad?; EpS como eje transversal en las intervenciones comunitarias; EpS en todas las políticas: intersectorialidad; EpS y salud digital y, por último, Miscelánea. Respecto a la procedencia de los trabajos, los profesionales de Cataluña, Aragón y Comunidad Valenciana fueron los que más proyectos presentaron.

# Noticias RIdeC

Además, se celebraron un total de diez talleres que finalizaron con un altísimo grado de satisfacción de los participantes:

- Activos de salud.
- Búsquedas bibliográficas.
- Cuidadoras Familiares.
- Heridas crónicas.
- Alfabetización en salud.
- Cuidados paliativos en la comunidad.
- Metodología en Educación para la Salud.
- Cómo iniciar una actividad comunitaria en un centro de salud.
- Educación para la Salud a los adolescentes.
- Gestión del tiempo.

Otra actividad que contó con mucha participación fue la gymkana comunitaria ofrecida por el por el grupo PA-CAP-Aragón (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria), en la que se realizaron una serie de dinámicas como el "Pasapalabra Comunitario", "La pesca sobre las recomendaciones de dejar de fumar", "Video-lemma" y "Party Comunitario" en las que los participantes pudieron aprender conceptos sobre salud comunitaria a la vez que se divertían.



## Encuentro de tutores y residentes

Además, como en anteriores ocasiones, la cita de la AEC sirvió como lugar de encuentro para tutores y residentes de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. En esta edición se hizo la actualización de plazas acreditadas y ofertadas por las diferentes unidades docentes en todo el territorio nacional, así como la inserción laboral en cada una de las diferentes CCAA. Uno de los temas de los que se habló especialmente fue de la importancia del "Libro del Residente" y del trabajo realizado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria a este respecto.

## Presentación del proyecto AVATAR

El encuentro de Teruel también sirvió para dar a conocer el último proyecto de innovación en salud digital de la Asociación de Enfermería Comunitaria "Activando la Vacunación de Adultos, Trabajando a través de la Red" (AVATAR). Su coordinador, **Francisco Javier Pastor Gallardo**, resaltó la importancia de trabajar en el ámbito de la salud comunitaria la vacunación del adulto a través de los medios digitales. Para más información del Proyecto, consultar la web AVATAR.

*La Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)  
os desea Felices Fiestas y Próspero Año Nuevo*

Feliz Navidad



# Noticias RIdeC



## V CONGRESO INTERNACIONAL Y XI NACIONAL DE AEC



### VI ENCUENTRO NACIONAL DE TUTORES Y RESIDENTES DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Un año más la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) celebra su Congreso.

En esta ocasión se trata del V Congreso Internacional, XI Nacional y VI Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria, que se desarrollará del 17 al 19 de octubre de 2018 en el Auditorio y Palacio de Congresos "Victor Villegas", de la ciudad de Murcia.

Murcia, región caracterizada por su dinamismo, emprendimiento y capacidad de acogida, reunirá en su capital a las enfermeras comunitarias para celebrar un importante evento científico. Pero, sin duda, este congreso marcará un antes y un después de las actividades científicas que desarrolla la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) y, nos atreveríamos a decir, que de cualquier otra.

El lema elegido para esta ocasión encierra una gran significación, pero también una gran voluntad de realidad. *"Enfermeras Comunitarias y Participación EN y CON la Comunidad"* traslada a la comunidad la voluntad firme, decidida y clara de que las enfermeras queremos trabajar en y con la comunidad para mejorar su salud y generar espacios saludables en los que convivir.

Si bien es cierto que el congreso parte desde un planteamiento profesional, no es menos cierto que en esta ocasión queremos que el mismo sea un espacio abierto a la participación de la población a la que atendemos, sin la que

V CONGRESO INTERNACIONAL Y XI NACIONAL DE AEC  
VI ENCUENTRO NACIONAL DE TUTORES Y RESIDENTES DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Enfermeras Comunitarias y Participación EN y CON la Comunidad

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

Murcia 17, 18 y 19 de Octubre 2018  
Auditorio y Palacio de Congresos Victor Villegas

# Noticias RIdeC

no tendríamos razón de ser y con la que tenemos el compromiso de trabajar de manera compartida en el planteamiento de objetivos y en el logro de los mismos.

Así pues, planteamos el congreso como una programación de radio abierta, plural, dinámica, activa, divertida y al mismo tiempo rigurosa, en la que todos los agentes de salud, profesionales y no profesionales, interactúen, reflexionen, analicen y debatan sobre todos aquellos aspectos que les preocupan y ocupan.

A las actividades científicas, propiamente dichas, se sumarán otras de carácter participativo en las que poder conocer las inquietudes y las propuestas para lograr una salud más equilibrada, accesible, activa, autónoma, solidaria y gozosa.

Murcia, por tanto, se convertirá durante tres días en un fantástico estudio de radio desde donde podamos trasladar a la comunidad la importancia de la participación real y efectiva en los procesos de salud y en la toma de decisiones.

Los residentes, tutores y especialistas, junto a todas las enfermeras comunitarias, dejarán constancia de la importancia y la necesidad de que se cuente con ellos para mejorar la salud de la comunidad.

Lo combinaremos todo con la celebración de interesantes talleres en los que se trata de dar respuesta a las preocupaciones e intereses de profesionales, pero también de las/os ciudadanas/os.

En un escenario como Murcia, no se puede olvidar la necesidad de disfrutar de su entorno, su arquitectura, su gastronomía y sus gentes.

Desde AEC hemos trabajado para ofrecer una alternativa novedosa, amplia, rica y participativa. Os invitamos, pues, a uniros en esta necesaria involucración que nos permita ser identificadas, valoradas y respetadas con base en lo que aportamos, pero también en admitir las aportaciones de la propia comunidad.

Tan solo desde nuestra participación activa será posible lograrlo.

Os esperamos.



**ASOCIACIÓN DE  
ENFERMERÍA COMUNITARIA**

**José Ramón Martínez Riera**

*Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)*

*Presidente del Congreso*

**Patricia Moreno Pina**

*Presidenta del Comité Organizador*

# En Navidad...



**15%**

Organizador Keen's  
4 modelos disponibles  
~~12,01 €~~  
**10,21 €**



**10%**

Maletín COMMUNITY'S  
nuevo modelo rediseñado  
~~61,03 €~~  
**54,93 €**



**10%**

Tensiómetro RIESTER  
Minimus III  
~~58,20 €~~  
**52,38 €**



**20%**

Gorro enfermero/a unisex  
4 modelos disponibles  
~~16,95 €~~  
**13,56 €**



**15%**

Pulsioxímetro LC-C/O  
con correa  
~~38,72 €~~  
**32,91 €**



**15%**

Maletín GP'S  
3 colores disponibles  
~~66,54 €~~  
**56,56 €**

# Hazte un regalo



Descubre mucho más en:  
[www.tienda.enfermeria21.com](http://www.tienda.enfermeria21.com)

