

nao dea



Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria

Volumen 7 N° 1 enero-junio 2014



Contenidos

Riesgo de diabetes tipo 2 en un grupo de personas no diabéticas

Ayuda en la deshabituación tabáquica grupal en la Factoría Thyssenkupp Norte de Mieres

La revisión sistemática

Conclusiones de la VII Reunión de invierno de la AEC





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:



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

E-mail de atención al cliente, publicidad y administración: 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: 1988-574

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR

- Dr. José Ramón Martínez Riera

REDACTORA

- M^a Luisa Ruiz Miralles

DIRECTORA

- Dra. Ángela Sanjuán Quiles

ADJUNTAS A REDACCIÓN

- Dra. M^a José Cabañero Martínez
- Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza
- Mirella Ladios Martín

CONSEJO DE REVISORES

Edurne Zabaleta del Olmo, Barcelona
 Maribel Mármol Lopez, Valencia
 Miguel Ángel Díaz Herrera, Barcelona
 Raúl Juárez Vela, Zaragoza

CONSEJO ASESOR

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dr. José Verdú Soriano (Alicante-España) • Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea (Alicante-España) • M^a José Dasí García (Valencia-España) • 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) • Jorge Mínguez Arias (La Rioja-España) • Manuel Mañá González (Galicia-España) • María Paz Mompert García (Madrid-España) • Pilar Vilagrassa Ortí (Barcelona-España) • Enrique Castro Sánchez (Londres-Gran Bretaña) | <ul style="list-style-type: none"> • Dra. Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa (Oporto-Portugal) • Marinha Mendocça (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^a 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^a Soledad Rivera Martínez (Santiago-Chile) • Dra. Olivia Inés Sanhuesa Alvarado (Concepción-Chile) • Dra. Jasna Stjepovich Beroni (Concepción-Chile) • Olga María Rivero González (Cuba) |
|---|--|



Sumario • Summary

Vol. 7 - nº 1 enero-junio 2014

Editorial

Construir y conseguir nuestro destino: una misión posible e intransferible	4
<i>Edurne Zabaleta del Olmo</i>	

Originales

Riesgo de diabetes tipo 2 en un grupo de personas no diabéticas <i>Risk of type 2 diabetes in a cohort of non-diabetic individuals</i>	6
<i>Pedro Jorge Araujo</i>	
Ayuda para deshabituación tabáquica grupal en la factoría Thyssenkrupp Norte de Mieres <i>Usefulness of a group approach to help in smoking cessation in Thyssenkrupp Norte factory at Mieres</i>	16
<i>Luis Antonio de Mendiolaogitia Cortina, José Luis Blanco</i>	
La revisión sistemática cuantitativa en enfermería <i>Quantitative systematic reviews in nursing</i>	24
<i>Rafael del Pino Casado, Antonio Frías Osuna, Pedro A. Palomino Moral</i>	
Evaluación y actualización de la Guía para realizar talleres con personas cuidadoras del distrito sanitario Valle del Guadalhorce (Málaga) <i>Assessment and updating of the Guideline for workshops with caregivers in the Healthcare District Valle del Guadalhorce (Málaga)</i>	41
<i>María Isabel de Dios Pérez, Trinidad Carrión Robles</i>	
Enfermería Comunitaria y el trabajo en equipo multidisciplinar <i>Community nursing and working in a multidisciplinary team</i> <i>Enfermagem Comunitária e o trabalho em equipa multidisciplinar</i>	49
<i>Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves, Paulo Joaquim Pina Queirós, María Filomena Mendes Gaspar</i>	
Intervención enfermera en prevención secundaria a pacientes con cardiopatía isquémica en Atención Primaria <i>Nursing intervention for secondary prevention in patients with ischemic heart disease in a primary care setting</i>	57
<i>Miguel Ángel Núñez Martínez, Antoni Pastor Monerris, Elena López Acuña, Loreto Cruz Bonmati, Gema Gallego Treviño, Concepción Carratalá Munuera</i>	
Análisis de la situación actual en la formación del residente de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria desde la óptica del residente <i>Analysis of current state of resident training in Family and Community Nursing from a resident point of view</i>	70
<i>Francisco Javier Pastor Gallardo, Purificación Calero Esquivel, Elvira Gras Nieto</i>	

Decálogo

Decálogo enfermero para el cuidado de las personas mayores	75
--	----

Entrevista

La NANDA aprueba la inclusión en la taxonomía de un nuevo diagnóstico: "riesgo de deterioro de la función cardiovascular"	76
<i>Mª Begoña Sánchez Gómez, Gonzalo Duarte Climents</i>	

Noticias RIdeC

7ª Reunión de invierno asociación de enfermería comunitaria (AEC). Conclusiones	79
7ª Reunión de invierno asociación de enfermería comunitaria (AEC). Premios	85

Editorial

Construir y conseguir nuestro destino: una misión posible e intransferible

“Si alguien tiene un destino, se trata de un hombre. Si alguien consigue un destino, se trata de una mujer”

Elfride Jelinek, *Las amantes*

Recientemente me he reencontrado con mis colegas, mis amigas, de mi etapa asistencial con las que compartí casi 17 años de vicisitudes, desde el inicio de la Atención Primaria en España a mediados de los 80 hasta los comienzos de este siglo. Aunque estas reuniones siempre me proporcionan momentos de intensa alegría y un poco de nostalgia, casi siempre vuelvo a casa cargada con sentimientos de cierto desánimo. Las grandes oportunidades que nos brindan las nuevas especialidades enfermeras, la posibilidad de avanzar en nuestra formación académica y el actual contexto sociodemográfico y económico, son poco conocidas y reconocidas en el plano asistencial. La realidad del día a día es otra, otra donde la profesión enfermera continúa supeditada a la profesión médica, otra donde ya está bien continuar haciendo lo que siempre hemos hecho, otra donde no se percibe la necesidad de asumir nuevos retos. Por otra parte parece que nosotras, las viejas glorias o señoras, no tenemos mucho que hacer al respecto y es más un trabajo de las nuevas generaciones de enfermeras: son ellas las que introducirán cambios y asumirán los nuevos retos profesionales y sociales.

Son muchos los factores que condicionan esta percepción. En relación al mundo de la investigación, que por las características de mi trabajo actual me es más conocido, existen factores ampliamente documentados y que se pueden observar a todos los niveles, desde los ligados al propio profesional hasta los relacionados con la organización, las políticas sanitarias o el contexto social. La falta de tiempo, de habilidades y de conocimientos son algunas de las limitaciones más frecuentemente identificadas por las enfermeras. Las barreras organizativas junto con la falta de recursos, de incentivos, de enfermeras de soporte para la investigación y de liderazgo enfermero también juegan un papel esencial. No obstante, en general, tanto los profesionales como las organizaciones en las que trabajan tienen una fuerte preferencia por el conocimiento práctico frente al conocimiento procedente del mundo científico (1).

Asimismo, existen otros condicionantes que considero primordiales y que influyen negativamente en nuestra profesión: la falta de autoridad y la imagen pública de nuestra profesión. No hemos de olvidar que la profesión enfermera, en la que históricamente el género femenino ha sido el predominante y aún continúa siéndolo, se ve altamente influenciada por un buen número de estereotipos que condicionan la estructura de sus competencias y en especial la asignación de poder y su visibilidad, tanto en nuestro contexto como a nivel internacional (2,3). La imagen pública viene determinada por la propia percepción de las enfermeras de su profesión y por cómo la sociedad percibe a la enfermería (3). Por ello, si nosotras mismas no tenemos una imagen clara, definida y sólida de nuestra identidad profesional raramente vamos a poder transmitir a la sociedad su valor.

El envejecimiento poblacional, que conlleva el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y la multimorbilidad, el papel de los determinantes de la salud y la necesidad de mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios, son aspectos en

los que en la actualidad las enfermeras podemos representar un papel primordial. Si bien, aunque las pruebas científicas aún son débiles y quedan muchos aspectos por dilucidar y conocer más en profundidad, los estudios disponibles muestran que la atención proporcionada por enfermeras especializadas es equiparable a la de los médicos, que el trabajo cooperativo entre médicos y enfermeras puede producir mejores resultados en salud y que algunas intervenciones enfermeras son más efectivas y más económicas que la atención habitual (4,5).

La frase extraída de la novela de la escritora austriaca Elfriede Jelinek que encabeza este editorial, refleja de manera alegórica una buena parte de la realidad de la enfermería en España y en un buen número de países. Para ello y por ello, es necesario aprovechar las oportunidades que nos brindan la formación especializada y la académica, la investigación sobre el valor de nuestra profesión y el establecimiento de conexiones sólidas entre la investigación, la práctica y la docencia así como luchar desde todos los frentes, aunando la experiencia de las enfermeras séniores y con los conocimientos e incertidumbres de las noveles. Únicamente así podremos desarrollar los valores y la imagen de la enfermería del siglo XXI, y conseguir mejorar nuestra visibilidad, incrementar nuestro poder de decisión e influir en las políticas de salud.

Construir y conseguir nuestro destino no es tarea fácil, pero es imprescindible, y solo lo podemos y debemos hacer las enfermeras, se trata de una misión posible e intransferible.

Edurne Zabaleta del Olmo

*Institut Universitari d' Investigació en Atenció Primària Jordi Gol, Barcelona (IDIAP Jordi Gol) y
Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), España.*

Bibliografía

- [1] Scott-Findlay S, Golden-Biddle K. Understanding how organizational culture shapes research use. *J Nurs Adm* 2005; 35(7-8):359–365.
- [2] Bernabéu Mestre J, Carrillo García C, Galiana Sánchez ME, García Paramio P, Trescastro López EM. Género y profesión en la evolución histórica de la Enfermería Comunitaria en España. *Enferm Clin* 2013 Sep 3.
- [3] Hoeve Y Ten, Jansen G, Roodbol P. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *J Adv Nurs* 2013; 26:1–15.
- [4] Health Quality Ontario. Specialized nursing practice for chronic disease management in the primary care setting: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* 2013; 13(10):1–66.
- [5] Browne G, Birch S, Thabane L. Better Care: An Analysis of Nursing and Healthcare System Outcomes. Ottawa, Ontario: Canadian Health Services Research Foundation; 2012. [En línea] [fecha de acceso: 18 de noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/Browne-BetterCare-EN.sflb.ashx

Riesgo de diabetes tipo 2 en un grupo de personas no diabéticas

Pedro Jorge Araujo

Licenciado en Enfermería. Máster en Investigación en Atención Primaria.

Dirección de contacto: pedroja25@hotmail.com

Resumen

Objetivo: determinar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en un grupo de personas no diabéticas.

Material y métodos: estudio observacional descriptivo y transversal realizado en 259 personas a las que se aplicó el test *Finnish Diabetes Risk Score* (FINDRISC) en abril de 2013.

Resultados: un 29,3% tenía menos de 45 años, un 30,9% presentó un índice de masa corporal (IMC) > 30, un 50,6% tenía un perímetro de cintura de más de 102 cm en hombres y más de 88 cm en mujeres, un 72,2% realiza actividad física, un 74,9% consume verduras y frutas a diario, un 31,7% toma medicación para controlar la hipertensión arterial (HTA), un 14,3% tenía antecedentes de glucemia elevada y un 50,6% no tuvo antecedentes familiares de diabetes.

Conclusión y discusión: alrededor de un 39% de los sujetos ha presentado un riesgo de padecer diabetes ligeramente elevado (7-11 puntos). Se recomienda llevar una vida saludable, cuidando la alimentación, manteniéndose físicamente activo y controlando el peso.

Palabras clave: riesgo de padecer diabetes; test FINDRISC; diabetes tipo 2; personas no diabéticas.

Abstract

Risk of type 2 diabetes in a cohort of non-diabetic individuals

Purpose: To assess the risk for developing type 2 diabetes in a cohort of non-diabetic individuals. Materials and methods: An observational cross-sectional descriptive study in a cohort of 259 participants was carried out. Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) test was applied in April 2013.

Results: Age was < 45 years in 29.3% participants, body mass index (BMI) was > 30 in 30.9%, waist circumference was > 102 cm for men or > 88 cm for women in 50.6%, physical activity was reported by 72.2%, daily vegetables and fruits intake was reported by 74.9%, use of medication to control high blood pressure (HBP) was observed in 31.7%, a high blood glucose level history was present in 14.3%, and no familial history of diabetes was found in 50.6%.

Conclusion and discussion: About 39% of participants show a slightly increased risk for developing diabetes (7-11 points). A healthy life-style is recommended, with particular attention being paid to diet, physical activity, and weight control.

Key words: Diabetes risk; FINDRISC test; type 2 diabetes; nondiabetic people.

Introducción

La diabetes y sus complicaciones son una grave amenaza para la supervivencia y el bienestar de un número cada vez mayor de personas. Se prevé que uno de cada diez europeos entre los 20 y los 79 años de edad habrá desarrollado diabetes en el año 2030. La diabetes ha sido considerada como una enfermedad de la tercera edad, pero hoy en día es común entre los adultos de todas las edades y está empezando a afectar a adolescentes e incluso a niños. Esta enfermedad representa hasta un 18% del gasto sanitario total en Europa (Proyecto IMAGE - *Improving Diabetes Prevention* (1)).

Según Rubio (2), la diabetes mellitus es un modelo de enfermedad crónica que, a lo largo de su evolución, puede traer consigo complicaciones tanto agudas como crónicas y que se asocia a altos costes personales y económicos para los pacientes, sus familias y la sociedad. Los gastos directos de esta enfermedad engloban entre un 50 y un 60% del gasto total en hospitalización, la mayor parte debido a la presencia de complicaciones. Además, a esto habría que sumar los gastos de fármacos (30-40%), las visitas médicas (10-15%) y los consumibles, incluidos fundamentalmente tiras reactivas y agujas (2-12%).

En Europa, alrededor de 55 millones de adultos tienen diabetes, y se prevé que esta cifra aumentará a 66 millones de adultos en el año 2030, con un mayor aumento de la incidencia en el grupo de edad de 30 a 40 años. Esto tiene y tendrá un gran impacto en las economías nacionales por la pérdida de productividad (Proyecto IMAGE (1)).

En España, gracias al estudio Di@bet.es (3), realizado por el Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), en colaboración con la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la Federación Española de Diabetes (FED), se sabe que la prevalencia de la diabetes tipo 2 es del 13,8% y que el 6% de estas personas desconoce que padecen la enfermedad. Además, este estudio llega más lejos y nos revela que hay otros 4 millones de personas que no padecen diabetes, pero se encuentran en estados prediabéticos, con un alto riesgo de desarrollar la enfermedad. En total, cerca de un 11,6% de españoles estaría en riesgo de desarrollar una diabetes tipo 2.

Hay una serie de factores de riesgo para la diabetes. Estos se clasifican en: 1) Modificables, como el sobrepeso y la obesidad, la poca actividad física, la dieta no saludable, la hiperglucemia, las alteraciones del metabolismo de los lípidos e HTA y la depresión; 2) No modificables, como la edad, los antecedentes familiares de diabetes, la etnia, las mujeres que tienen o tuvieron diabetes gestacional, los antecedentes de enfermedad cardiovascular y el bajo peso al nacer; y 3) Ambientales, como un entorno que incita a la inactividad, un entorno que promueve una dieta poco saludable, un bajo nivel socioeconómico, las imposiciones culturales y religiosas y el estrés y la angustia (Proyecto IMAGE (1)).

A nivel europeo, merece especial mención el Proyecto Europeo DE-PLAN (*Diabetes in Europe-Prevention using Lifestyle, Physical Activity and Nutritional Intervention*), un estudio de investigación de prevención de la enfermedad que se ha llevado a cabo en varios países de la Unión Europea (Alemania, Austria, Bulgaria, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Italia, Lituania, Noruega, Polonia, Reino Unido, Serbia, Turquía) y en el que participan más de 20 centros de investigación de todos los niveles asistenciales.

Un plan nacional de prevención de la diabetes habría de considerar primero el cribado y la selección de individuos con mayor riesgo y luego la ejecución de una intervención sólida con su refuerzo periódico. Estas fueron las bases del Proyecto Europeo DE-PLAN, desarrollado en Cataluña (DE-PLAN-CAT), que ha evidenciado la factibilidad y la efectividad a 4 años de una estrategia de prevención en Atención Primaria utilizando los recursos públicos existentes (4).

Marín y cols. (5) de la Fundación para la Diabetes (Madrid) llevaron a cabo una campaña de sensibilización de 6 meses a través de su página web (www.fundaciondiabetes.org) en la que la población general respondió en línea al test FINDRISC. Como resultados de la misma, en España un 14,87% obtuvo una puntuación en el test > 14 puntos, un 14,4% mostró un IMC > 30 y un 50,1% realizaba ejercicio físico. Por su parte, en Latinoamérica, en un 21,3% se observó una puntuación en el test > 14 puntos, en un 23,5% se halló un IMC > 30 y un 38,9% realizaba ejercicio físico.

Tras una revisión en el buscador de revistas científicas enfocadas al ámbito académico *Google scholar* utilizando como palabras clave "test FINDRISC" y "test FINDRISK", se han seleccionado una serie de estudios que han servido como antecedentes de esta investigación. Han sido elegidos aquellos trabajos que fueran afines a este, es decir que aplicaran el mencionado test en una población de no diabéticos y preferiblemente del ámbito español. Los estudios consultados han sido realizados en diversos grupos de población: personas mayores de 18 años no diabéticas de centros Carrefour de la Comunidad de Madrid (6), personas entre 30-74 años de 60 centros de salud de la Comunidad de Madrid (7), población española de 45-70 años, de 71-89 años e inmigrante de 45-70 años de Aranda Norte (Burgos) (8), personas mayores de 18 años sin diabetes de centros comerciales (9), habitantes de un municipio de Laconia en Grecia sudoriental (10), trabajadores pertenecientes a diferentes co-

lectivos laborales (11), población española de 45-70 años, de 71-89 años e inmigrante de 45-70 años de Castilla y León (12), empleados del Excmo. Cabildo Insular de Tenerife (13), y usuarios de un Centro de Atención Primaria de Cataluña (14).

La diabetes es una enfermedad seria, pero constituye una condición crónica que es prevenible y controlable, sin embargo, muchas personas que la padecen no lo saben. Cuando la diabetes no se diagnostica y no se trata, puede derivar en muchas complicaciones a largo plazo, como la enfermedad cardiovascular, la embolia, la hipertensión, la ceguera, los desórdenes en los riñones, la pérdida de sensibilidad en los pies y piernas, y las amputaciones.

En los últimos años se ha fomentado el diagnóstico y tratamiento temprano de la diabetes, y debido a esto han disminuido notablemente las complicaciones como la hipoglucemia pero, a pesar de ello, sigue siendo la primera causa de ceguera, insuficiencia renal crónica y amputaciones no traumáticas de extremidades inferiores, y ha cuadruplicado el riesgo de infarto de miocardio. Todas estas complicaciones tienen relación con el tiempo de evolución de la enfermedad y un control inadecuado; de ahí la importancia de realizar un diagnóstico temprano mediante cribados en determinados grupos de riesgo poblacionales con el fin de poder prevenir y retrasar la aparición de la enfermedad y sus complicaciones. Para ello es importante, apoyarse en programas de educación y concienciación social (15).

Así, por ejemplo desde el ámbito de la Atención Primaria de salud, se hace necesario que los profesionales sanitarios, especialmente el personal de enfermería, lleven a cabo campañas de salud para detectar aquellas personas que podrían tener un riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 (aplicando este rápido y barato test) y en función de esto implementar campañas informativas y de educación y promoción para la salud respecto a este tipo de enfermedad.

En este sentido, y teniendo en cuenta todo lo apuntado anteriormente, el objetivo de este estudio ha sido determinar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en un grupo de personas no diabéticas del norte de la isla de Gran Canaria (Islas Canarias, España).

Material y métodos

Tipo de estudio

Este estudio se ha llevado a cabo en el norte de la isla de Gran Canaria. Concretamente, se han recogido los datos en los municipios de Santa María de Guía y Teror.

Estudio observacional descriptivo y transversal. Como refieren Santos y cols. (16), en el estudio observacional el investigador no puede manipular las condiciones del estudio, sólo se limita a observar una serie de hechos. Para Burns y Grove (17) los estudios descriptivos tienen como propósito ofrecer una fotografía de la situación, tal y como se da normalmente. Es un tipo de diseño donde no se manipulan las variables. Asimismo, como apuntan Argimón y Jiménez (18) los estudios de corte transversal son estudios en los que los datos de cada sujeto representan esencialmente un momento en el tiempo.

Población del estudio

En la Tabla 1 se muestra la distribución de las personas que han participado en este estudio atendiendo a los días y fechas de las distintas jornadas en las que se llevó a cabo la recogida de los datos. Después de explicarles los fines del estudio, a todas aquellas personas que quisieron colaborar se les dio la oportunidad de contestar el test. Como criterios de inclusión para participar en este estudio se tuvieron en cuenta: tener más de 18 años, no estar diagnosticado de diabetes y aceptar contestar el test después de haberle informado de lo que se pretendía con la realización del mismo. Y como criterios de exclusión: tener menos de 18 años, estar diagnosticado de diabetes y no querer contestar al test.

Tabla 1. Distribución de los participantes del estudio en función de los días de las Jornadas y las fechas (n = 259)

	n	%
"Feria de Saldos" de Teror (13 de abril de 2013)	115	44,4
Día: "Guía se mueve en Familia" (14 de abril de 2013)	56	21,6
"Feria de Quesos" de Guía (28 de abril de 2013)	88	34

Variables del estudio

Las variables del estudio correspondían a los factores de riesgo para desarrollar diabetes tipo 2 contemplados en el test FINDRISC, a saber: edad, IMC, perímetro de la cintura, realización de actividad física, consumo de verduras y frutas, consumo de medicamentos para el control de la HTA, antecedentes de glucemia elevada y antecedentes familiares de diabetes.

Instrumento de recogida de datos

Se han desarrollado diversos algoritmos de calificación de riesgo para estimar el riesgo de diabetes. Uno de ellos es el test FINDRISC. Este es el que se ha utilizado como instrumento de recogida de datos en este estudio (Tabla 2).

Es una herramienta de probada eficacia en distintos países europeos para el cribado no invasivo de la población con riesgo de diabetes. Este test se compone de ocho sencillas preguntas con puntuaciones predeterminadas para estimar la probabilidad de incidencia de diabetes tipo 2 en los próximos 10 años. Se trata de un instrumento de cribado fiable, fácil de usar, barato, rápido de ejecutar y aplicable a grandes grupos de población.

En función de la puntuación que se obtenga en el test, se recomienda:

- Si se obtiene una puntuación inferior a 12 puntos, llevar una vida saludable, cuidando la alimentación, manteniéndose físicamente activo y controlando el peso.
- Si se obtiene una puntuación entre 12-14 puntos, considerar seriamente la necesidad de mejorar la actividad física y la dieta, y prestar especial atención al peso para prevenir el desarrollo de diabetes.
- Si se obtiene una puntuación de 15 o más puntos, contactar con el médico para descartar una posible diabetes sin síntomas.

En España este test está siendo utilizado por el Proyecto DEPLAN sobre la prevención de la diabetes mellitus tipo 2 en España, un estudio de investigación de prevención de la enfermedad que se desarrolla en varios países de la Unión Europea y en el que participan más de 20 centros de investigación de todos los niveles asistenciales.

Recientemente se ha publicado el Estudio Pizarra (19), cuyo objetivo ha sido validar la capacidad del test FINDRISC de predecir el riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en una población del sudeste español (Málaga).

La recogida de los datos del estudio se llevó a cabo los días 13, 14 y 28 de abril de 2013, aprovechando para ello la participación que los Ayuntamientos de Santa María de Guía y de Teror dieron a los alumnos-trabajadores del Taller de Empleo "Apostando por el Bienestar".

Análisis de los datos

En este trabajo el vaciado de los cuestionarios y el análisis descriptivo de los datos que ha incluido la estimación de fre-

Tabla 2. Test FINDRISC

Edad	Puntuación
< 45 años	0
45-54 años	2
55-64 años	3
> 64 años	4
IMC	
< 25 kg/m ²	0
25-30 kg/m ²	1
> 30 kg/m ²	3
Perímetro de la cintura	
Hombres < 94 cm y mujeres < 80 cm	0
Hombres 94-102 cm y mujeres 80-88 cm	3
Hombres > 102 cm y mujeres > 80 cm	4
Actividad física	
Sí	0
No	2
Consumo de verduras y frutas	
Todos los días	0
No todos los días	2
Consumo de medicamentos para el control de la HTA	
No	0
Sí	2
Antecedentes de glucemia elevada	
No	0
Sí	5
Antecedentes de diabetes	
No	0
Sí: abuelo, tío, primo en primer grado	3
Sí: padre/madre, hermano, hijo propio	5

cuencias y porcentajes para cada uno de los ítems considerados en el test se han realizado con la ayuda del programa SPSS versión 17.0 para Windows®. La presentación de los resultados se ha hecho mediante tablas.

Resultados

En la Tabla 3 se muestra la distribución de los resultados de las variables que se incluyen en el test FINDRISC. Así, un 29,3% de los participantes tenía menos de 45 años, un 30,9% presentó un IMC mayor de 30 kg/m², un 50,6% obtuvo un

Tabla 3. Distribución de los resultados de las variables del test FINDRISC

		n	%
Edad (n = 259)	Menos de 45 años	76	29,3
	Entre 45-54 años	58	22,4
	Entre 55-64 años	58	22,4
	Más de 64 años	67	25,9
Índice de masa corporal (n = 259)	Menos de 25 kg/m ²	78	30,1
	Entre 25-30 kg/m ²	101	39
	Mayor de 30 kg/m ²	80	30,9
Perímetro de la cintura (n = 259)	Menos de 94 cm en hombres y menos de 80 cm en mujeres	59	22,8
	Entre 94-102 cm en hombres y entre 80-88 cm en mujeres	69	26,6
	Más de 102 cm en hombres y más de 88 cm en mujeres	131	50,6
Actividad física (n = 259)	Sí	187	72,2
	No	72	27,8
Consumo de verduras y frutas (n = 259)	Todos los días	194	74,9
	No todos los días	65	25,1
Medicación para control HTA (n = 259)	No	177	68,3
	Sí	82	31,7
Antecedentes glucemia elevada (n = 259)	No	222	85,7
	Sí	37	14,3
Antecedentes familiares de diabetes (n = 259)	No	131	50,6
	Sí, abuelos, tíos, primos (no padres, hermanos o hijos)	33	12,7
	Sí, padres, hermanos o hijos	95	36,7

perímetro de cintura de más de 102 cm en hombres y más de 88 cm en mujeres, un 72,2% realizaba actividad física, un 74,9% consumía verduras y frutas todos los días, un 68,3% no tomaba medicación para controlar la HTA, un 85,7% no tuvo antecedentes de niveles elevados de glucosa y un 50,6% no presentaba antecedentes familiares de diabetes.

En esta población del estudio, un 38,6% ha presentado un riesgo ligeramente elevado (7-11 puntos) de padecer diabetes, un 20,1% riesgo moderado (12-14 puntos) y un 19,7% riesgo bajo (menos de 7 puntos) (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los participantes del estudio en función de la puntuación total del test FINDRISC (n = 259)

	n	%
Riesgo bajo (menos de 7 puntos)	51	19,7
Riesgo ligeramente elevado (7-11 puntos)	100	38,6
Riesgo moderado (12-14 puntos)	52	20,1
Riesgo alto (15-20 puntos)	41	15,8
Riesgo muy alto (más de 20 puntos)	15	5,8

Discusión y conclusión

En el estudio de López y cols. (11) se observó que el 66,8% de las mujeres y el 55,2% de los hombres presentan un riesgo bajo, mientras el 2,2% de las mujeres y el 7,9% de los hombres lo tienen alto o muy alto. En Grecia, en el estudio realizado por Bakides y cols. (10), un 32,88% de las personas tuvieron una calificación en las pruebas de riesgo ≥ 12 puntos, siendo un 26,27% hombres y un 37,28% mujeres.

En la Tabla 5 se puede observar la distribución de los resultados de las variables que se incluyen en el test FINDRISC en cada uno de los estudios consultados y en nuestro estudio.

Tabla 5. Distribución de los resultados de las variables del test FINDRISC en los estudios consultados y en nuestro estudio

	Fundación Diabetes (2008)	Arrieta (2011)	Cortés et al. (2012)	Castaño et al. (2013)	Nuestro estudio
	n = 2649	n = 1815	n = 137	n = 114	n = 259
Edad					
< 45 años	35%	-	64,23%	55,9 ± 11,4 años	29,3%
45-54 años	18%	-	25,55%		22,4%
55-64 años	22%	-	10,22%		22,4%
> 64 años	25%	-	-		25,9%
Índice de masa corporal					
< 25 kg/m ²	44%	64,6%	56,23%	29,3 ± 5,3 k/m ²	30,1%
25-30 kg/m ²	41%	38,5%	32,12%		39%
> 30 kg/m ²	15%	26,1%	10,95%		30,9%
Perímetro de la cintura					
< 94 cm en hombres y < 80 cm en mujeres	27%			100,1 ± 12,4 cm	22,8%
94-102 cm en hombres y entre 80-88 cm en mujeres	31%	53,1%	78,62%		26,6%
> 102 cm en hombres y > 88 cm en mujeres	42%	46,9%	31,38%		50,6%
Actividad física					
Sí	73%	72,3%	57,66%	64,9%	72,2%
No	27%	27,7%	42,34%	35,1%	27,8%
Consumo de verduras y frutas					
Todos los días	23%	73,3%	74,45%	79,8%	74,9%
No todos los días	77%	26,7%	25,55%	20,2%	25,1%
Medicación para control de HTA					
No	78%	66,9%	86,86%	46,5%	68,3%
Sí	22%	33,1%	13,14%	53,5%	31,7%
Antecedentes de glucemia elevada					
No	84%	89,4%	88,32%	78,1%	85,7%
Sí	16%	10,6%	11,68%	21,9%	14,3%
Antecedentes familiares de diabetes					
No	56%	35,5%	40,14%	50%	50,6%
Sí, abuelos, tíos, primos	27%	12,1%	23,36%		12,7%
Sí, padres, hermanos o hijos	17%	23,4%	36,50%	50%	36,7%

Tanto en nuestro estudio como en el resto a excepción del estudio de Castaño y cols. (14) en el que la edad media fue de 55,9 años, los mayores porcentajes han correspondido al grupo de las personas que tuvieron menos de 45 años. En este mismo estudio mencionado (14) y en el nuestro, el mayor porcentaje en el IMC de los participantes fue el que estaba entre los 25-30, mientras que en el resto de los estudios fue < 25. En el estudio realizado por Bakides y cols. (10), un 31,52% presentó un IMC > 25. En nuestro estudio y en el de la Fundación para la Diabetes (2008) (6) los participantes presentaron un perímetro de cintura elevado en comparación con el resto de estudios. Los mayores porcentajes de personas que no realizan actividad física se observaron en los estudios de Cortés y cols. (13) y Castaño y cols. (14). El mayor porcentaje de personas que no consumía verduras y frutas todos los días correspondió al estudio de la Fundación para la Diabetes (6), en el resto los porcentajes fueron prácticamente similares. En el estudio de Castaño y cols. (14) se hallaron los mayores porcentajes de personas que tomaban medicación para la HTA y que habían presentado niveles de glucemia elevados, mientras que en nuestro estudio y en el de Arrieta (12) los porcentajes fueron muy similares para la toma de medicación, y lo propio se vio en nuestro estudio y el de la Fundación para la Diabetes (6), pero para los niveles altos de glucosa en sangre. El estudio de Cortés y cols. (13) y nuestro estudio fueron los que presentaron mayores porcentajes de personas con antecedentes familiares de diabetes de primer grado, y estudio de Cortés y cols. (13) y el de la Fundación para la Diabetes (6) los que tuvieron mayores porcentajes de sujetos con antecedentes de segundo grado.

Por otro lado, en el estudio de Sánchez y cols. (8) el riesgo de diabetes tipo 2 (> 14 puntos) de la población de 45-70 años fue de 27,8%, en la población de 79-89 de 47% y en los inmigrantes de 45-70 fue de 18,6%. Así también, en el estudio de Arrieta (12), la puntuación en el test FINDRISC ≥ 14 ha sido del 23,7% en la población entre 45-70 años, del 32,4% en los > 70 años y del 15,6% en los inmigrantes.

Como se muestra en la Tabla 6, el porcentaje de personas que tuvieron un riesgo bajo de padecer diabetes fue inferior al observado en los estudios de Bakides y cols. (10) y Cortés y cols. (13). El porcentaje de personas con un riesgo ligeramente elevado fue similar en nuestro estudio en comparación con dos mencionados anteriormente. Tanto en las personas con un riesgo moderado como alto y muy alto, nuestro estudio es el que ha presentado los mayores porcentajes. Por su parte, en la población de nuestro estudio el porcentaje de personas que tuvieron más de 14 puntos en el test fue de 21,6%, porcentaje ligeramente superior al hallado en el estudio realizado por la Fundación para la Diabetes (6) e inferior al estudio de Arrieta (12).

El estudio de Tomé y cols. (9) reveló que el 18,46% presentaba un riesgo alto de padecer diabetes tipo 2, aumentado este riesgo con la edad, siendo del 29,3% para mayores de 64 años y del 20,3% para menores de 45 años. En nuestro estudio, los porcentajes son de 43,9% para los mayores de 64 años y 4,9% para los menores de 45 años. Además, en este mismo estudio (9) el mayor riesgo lo presentaban las personas con un IMC superior a 30 kg/m² (41%), un perímetro de cintura elevado (32,8%), que eran sedentarias (24,8%), que tomaban medicación hipertensiva (43,5%), que tuvieron un hallazgo de algún valor de glucemia alta (61,3%) y que tenían antecedentes familiares de diabetes (40,9%). Los porcentajes hallados en nuestro estudio son 73,3%, 86,7%, 53,3%, 86,7%, 93,3%, 93,3% respectivamente.

Con respecto a las limitaciones de este trabajo, hay que ser conscientes de que en este trabajo no se incluyeron otras variables como el sexo, el nivel de estudios, hábito tabáquico, etc., como sí han hecho otros estudios consultados. Estos datos nos

Tabla 6. Distribución de las puntuaciones totales del test FINDRISC en los estudios consultados y en nuestro estudio

	Fundación Diabetes (2008)	Ortiz et al. (2009)	Bakides et al. (2010)	Arrieta (2011)	Cortés et al. (2012)	Castaño et al. (2013)	Nuestro estudio
	n = 2649	n = 2268	n = 295	n = 1815	n = 137	n = 114	n = 259
Riesgo bajo		52,5%	28,13%		39,42%	7,8%	19,7%
Riesgo ligeramente elevado	80%	31,5%	38,98%	75,72%	37,96%		38,6%
Riesgo moderado		10,4%	16,94%		13,14%	63,9%	20,1%
Riesgo alto	20%	6%	13,89%	24,28%	7,30%	27,9%	15,8%
Riesgo muy alto			2,03%		2,18%		5,8%

podrían haber aportado información valiosa de cara a buscar diferencias. Por ejemplo, en el estudio Di@bet.es (3) se vio que el nivel de estudios de la población jugó un papel determinante en el riesgo de padecer diabetes y otros riesgos cardiovasculares. Asimismo, la proporción de fumadores entre personas con diabetes fue parecida a la de la población no diabética con similar edad y peso. Sin duda, habrá que tener en cuenta estas y otras variables de cara a futuras investigaciones.

Por otra parte, hay que destacar el hecho de que algunos de los estudios consultados (Fundación para la Diabetes (6), Ortiz y cols. (7) y Arrieta (12)) presentan muestras muy grandes en relación a la nuestra, con lo que no siempre ni los resultados ni otros aspectos son "necesariamente similares". No obstante, otros trabajos de los que se han consultados presentan muestras similares o inferiores a la nuestra (Bakides y cols. (10), Cortés y cols. (13) y Castaño y cols. (14)).

Como conclusión para este trabajo, en esta población estudiada, alrededor de un 39% ha presentado un riesgo de padecer diabetes ligeramente elevado (7-11 puntos). Este porcentaje es similar al encontrado en otros dos estudios, uno de ellos del mismo ámbito regional al emprendido y el otro de ámbito europeo.

Agradecimientos

Quisiera dar las gracias a los 30 alumnos-trabajadores del Taller de Empleo "Apostando por el Bienestar" del Excmo. Ayuntamiento de Santa María de Guía por llevar a cabo la recogida de datos de este estudio, aplicando los test a todos y cada uno de los participantes que aceptaron contestar al mismo. Sin su ayuda no se habría podido llevar a cabo este trabajo. También a todos y cada uno de los participantes, que de manera desinteresada y amable accedieron a responder al test.

Bibliografía

- [1] Proyecto IMAGE (Improving Diabetes Prevention). Actúe para prevenir la diabetes. Un manual para la prevenir la diabetes tipo 2 en Europa. Executive Agency for Health and Customer. [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.sediabetes.org/gestor/upload/files/toolkit.pdf>
- [2] Rubio García A. ¿Cuánto cuesta la diabetes? Revista Diabetes 2011. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.sediabetes.org/gestor/upload/rdiabetes/Cu%C3%A1nto%20cuesta%20la%20diabetes.pdf>
- [3] García S. Di@bet.es. Radiografía de la enfermedad en la sociedad española. Revista Diabetes 2010. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.sediabetes.org/gestor/upload/rdiabetes/Estudio%20nacional%20sobre%20diabetespdf.pdf>
- [4] Costa B y Grupo de Investigación DE-PLAN-CAT. Prevención de la diabetes de tipo 2. ¿Qué se puede hacer desde la atención primaria? La experiencia del DE-PLAN-CAT. Avances en Diabetología 2012;28(3). [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/avances-diabetologia-326/prevencion-diabetes-tipo-2-que-se-puede-90145079-revision-breve-2012?bd=1>
- [5] Marín MC, Salaverría V, Calle JR. Diabetes can be prevented: A 6-month campaign at www.fundaciondiabetes.org. Fundación para la Diabetes. 2009. [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.fundaciondiabetes.org/activ/congresoidf09/Poster%20IDF%20findrisk.pdf>
- [6] Fundación para la Diabetes. La diabetes se puede prevenir. Campaña de Sensibilización Ciudadana en la Comunidad de Madrid. Informe de resultados. 2008. [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: http://www.fundaciondiabetes.org/activ/sensibilizacion_carrefour07/informe_resultados.pdf
- [7] Ortiz Marrón H, Cuadrado Gamarra I, Zorrilla Torras B, Martínez Cortés M, Gil Montalbán E, Nogales Aguado P, et al. Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgos cardiovascular en la población adulta con diabetes, glucemia basal alterada o normoglucemia en la Comunidad de Madrid. PREDIMERC (Estudio poblacional). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2009; 15 (3):1-30. [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DMarzo2009.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220585964154&ssbinary=true>
- [8] Sánchez Carranza ME, García Senovilla MA, García Cabrera J, Santos Caballero AM, Lasprilla Sánchez F, Moreno Crespo S. Detección de alto riesgo de diabetes y prevención mediante intervención sobre estilos de vida en población adulta, anciana y adulta inmigrante de Aranda de Duero. 2009. [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_121/pdf/655-663.pdf
- [9] Tomé Pérez Y, Justo Gonçalves MJ, Andrada Carretero B, Grajera Paredes ME, Cerdón Arroyo A, Ferrer Aguarales JL. Cribaje no invasivo de la diabetes tipo 2 en una muestra oportunista. 2010. [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: http://www.apap-sanroque.com/descargas/6f034_5P%20Cribaje%20no%20invasivo%20DM2%20MARGA%20JOAO.pdf

- [10] Bakides S, Koulentis J, Angelou H, Kanellopoulos A, Sakellariadis G, Gavriilidou S, et al. Stratifying of population using the FINDRISK questionnaire as a screening and predicting tool for Type 2 Diabetes in a Greek Municipality. 2010. [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: http://www.wcpd2010.com/programme_web/saturday/plenary4/poster/poster14/pdf/abstract_26.pdf
- [11] López González AA, Monroy Fuenmayor N, Vicente Herrero MT, Núñez Fernández C, Tejado Benedicto E, Riera Routon, K. La promoción de la salud en los lugares de trabajo: experiencia en les Illes Balears y Comunitat Valenciana. *Medicina Balear* 2011; 26(1). [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3903316.pdf>
- [12] Arrieta E. Proyecto D-Plan en Castilla y León. 2011.
- [13] Cortés Aguilera AJ, Enciso Higuera J, Reyes González CM. Programa de detección precoz de la Diabetes Tipo 2 en el Cabildo Insular de Tenerife. *ENE* 2012; 6(3):6-16. [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/198>
- [14] Castaño Pérez A, López Moya C, Roca Vilalta M, Mur Martí T, Villaró Gabarrós M, Porta Martínez N. Risc de diabetis mitjançant el qüestionari FINDRISK i relació amb el valor d'hemoglobina glicosilada en sang capil·lar. 2013. [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: http://www.mutuaterassa.cat/pfw_files/cma/mutua_terrassa/noticias/3%20Risc%20de%20diabetis.pdf
- [15] Calabuig Alborch JR. Diabetes y salud pública. Cribado, prevención, organización de cuidados y problemas sociales. En: Sánchez Rodríguez A. *Protocolos Diabetes Mellitus Tipo 2*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y Elsevier España; 2010. p. 239-254.
- [16] Santos F, Rodríguez C, Rodríguez R. *Metodología Básica de Investigación en Enfermería*. Madrid: Díaz Santos; 2004.
- [17] Burns S, Grove SK. *Investigación en Enfermería*. Madrid: Elsevier; 2005.
- [18] Argimon J, Jiménez J. *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica*. Madrid: Elsevier; 2004.
- [19] Soriguer F, Valdés S, Tapia MJ, Esteva I, Ruiz de Adana MS, Almaraz MC, et al. Validación del FINDRISC (FINnish Diabetes Risk SCORE) para la predicción del riesgo de diabetes tipo 2 en una población del sur de España. *Estudio Pizarra. Med Clin (Barc)* 2012; 138:371-376.

Un enfoque independiente para estar al día en el ejercicio de nuestra profesión



Recibe toda la información en tu correo electrónico
Suscríbete al Boletín

Conoce nuestra nueva web
Nuevo interfaz, mayor usabilidad

www.diariodicen.es

Tú también puedes **HACERTE OÍR.**

COMPARTE tu opinión con los miles de profesionales que leen cada día DICEN.

OPINA sobre las últimas noticias de la actualidad enfermera y cuéntanos tus experiencias.

En DICEN tú tienes el protagonismo.



TU
NUEVO
DIARIO
INDEPENDIENTE

Ayuda para deshabituación tabáquica grupal en la factoría Thyssenkrupp Norte de Mieres

¹ Luis Antonio de Mendiola Cortina

² José Luis Blanco

¹ Enfermero del Centro de Salud de Mieres Sur. Máster en Tabaquismo por las Universidades de Cantabria y de Sevilla. Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Alicante.

² Enfermero del Centro de Salud de Mieres Norte.

Resumen

Objetivo: ayudar en la deshabituación tabáquica en formato grupal es una intervención necesaria y efectiva por las dimensiones del problema de salud pública actual.

Material y método: estudio descriptivo. Se realizó en el año 2011 y, a través de la Gerencia de Atención Primaria del Área VII de Asturias, se informó a las empresas del Concejo de Mieres (Ayuntamiento, Juzgados, Policía Local, Campus de Mieres, empresas de la factoría Thyssen), de la realización del estudio para que sus trabajadores fumadores que quisieran dejar de fumar lo hicieran. Solo la Factoría Thyssenkrupp mostró interés en los talleres. De esta empresa, once trabajadores iniciaron el proceso de ayuda; inicialmente consistió en una entrevista individual explicativa del proceso de ayuda y una toma de los datos iniciales sobre consumo, año de inicio, paquetes/año, cigarrillos/día, CO (monóxido de carbono), etc.

Seguidamente se realizaron talleres presenciales, impartidos por dos docentes enfermeros en cada taller. El número total de talleres fue de nueve, con una duración aproximada de dos horas cada uno.

Se trata de una intervención multicomponente, que combina técnicas fundamentalmente conductuales y tratamiento farmacológico, y que es la que se ha demostrado como más eficaz para ayudar a las personas a dejar de fumar.

Resultados: la ayuda en grupo en la deshabituación del tabaquismo es eficiente y coste-efectiva. Para que sea así, dicha ayuda debe reunir unas características específicas, tanto generales como de los terapeutas y del grupo. Asimismo, precisa de una estructura y componentes determinados. Once personas iniciaron la deshabituación tabáquica; al año de no fumar, cuatro de ellos (36,36%) se consideraron ex fumadores. La cantidad de tabaco consumida, el número de paquetes año, de media, es de 22,09 paquetes/año. El test de Fagerström concluyó que cinco tenían una dependencia baja y seis moderada. La cantidad de (CO) presenta un nivel medio inicial alto + 20 ppm (partículas por millón). La edad de inicio media fue de diecisiete años. El número de años fumando tiene una media de 23,63 años de fumador. El consumo inicial de cigarrillos era de diecinueve cigarrillos al día, siendo un consumo alto.

Conclusiones: sin embargo, a pesar del nivel de dependencia importante (test de Fagerström), de los altos niveles de CO, de la edad de inicio tan baja, y de presentar un consumo inicial tan alto, el número de ex fumadores al año del abandono, que resultó ser entre un 20-40%, se corresponde con el de otros estudios. Igualmente la ayuda en formato grupal favorece el coste efectividad de la intervención, puesto que ofrece mejores tasas de abstinencia que las intervenciones breves y a un coste menor que la terapia individual.

Palabras clave: tabaco; terapia grupal; deshabituación tabáquica; enfermeras.

Abstract

Usefulness of a group approach to help in smoking cessation in Thyssenkrupp Norte factory at Mieres

Purpose: Using a group approach to help in smoking cessation is a needed and effective intervention, due to the current size of such a public health problem.

Material and methods: A descriptive study. The study was performed in 2011. Enterprises in Concejo de Mieres (city council, courts, local police, university campus at Mieres, Thyssen factory companies) were informed by the managers of the primary care district VII in Asturias about the study, so that workers wishing to quit smoking could participate in the program. ThyssenKrupp factory was the only company interested in the workshops. Eleven ThyssenKrupp factory workers were included in the program. Initially, face-to-face interviews were held to explain the participants the helping process and to collect baseline data on tobacco use, year of onset, number of packs/year, number of cigarettes/day, CO (carbon monoxide), and other details. Then, face-to-face workshops, each one driven by two teaching nurses, were conducted. Nine workshops were carried out; approximate duration of each one was two hours. This is a multi-component intervention, combining basically behavioral techniques and drug therapy. Such an intervention has been shown to be most efficient to help people to quit smoking.

Results: Group approach for helping people to quit smoking is efficient and cost-effective. In order to be useful, such help should have some specific features, both general and therapist- and group-specific. Also, some particular structure and components are needed. Eleven participants started the smoking cessation program; after a one-year non-smoking period, 4 of them (36.36%) considered themselves to be ex-smokers. Regarding the amount of tobacco use, mean number of packs-year was 22.09. According to Fagerström test, five participants had a low dependence and six showed a moderate dependence. Mean CO level was initially high: + 20 ppm (particles per million). Mean age at smoking onset was 17 years. Mean number of tobacco use years was 23.63. A high baseline use (19 cigarettes per day) was observed.

Conclusions: However, in spite of a high dependence level (Fagerström test), high CO levels, early age of onset, and a high baseline use, the proportion of ex-smokers after one year (between 20-40%) is similar to data reported by other studies. Furthermore, a group approach for help improves cost-effectiveness, with higher abstinence rates being achieved than with brief interventions and lower-cost individual therapies.

Key words: smoking; group therapy; smoking cessation.

Introducción

Numerosos estudios indican que la población fumadora desearía dejar de fumar, sin embargo, únicamente lo intentan algunos y pocos lo consiguen a la primera.

La ayuda profesional multiplica la probabilidad de éxito, potencia el papel ejemplarizante y mentaliza al propio profesional sanitario de la importancia del problema.

Por todo ello es necesaria la correcta atención a los pacientes fumadores, sobre todo si se pide ayuda explícitamente, como ha sido en este caso desde la factoría ThyssenKrupp Norte de Mieres.

El enfoque grupal, un tipo de intervención que se da de forma simultánea a varias personas, es un formato ampliamente utilizado en Educación para la Salud. En el caso del tabaquismo se ha demostrado su efectividad de forma rotunda, siendo en ello equivalente a otras intervenciones que implican contacto personal a nivel individual y mejor que los materiales de autoayuda por sí solos.

Pero su gran ventaja es su coste-efectividad: a igual cantidad de tiempo y de recursos humanos empleados, el número de pacientes que recibe tratamiento es aproximadamente el doble que si el enfoque fuera individual.

Además, todos ellos reciben una intervención más intensiva, pues el tiempo total que se dedica a cada paciente se puede multiplicar fácilmente por cinco, lo cual, debido a la ya comentada relación dosis-respuesta de este tipo de tratamientos, demuestra su pertinencia.

El tabaquismo constituye una gran pandemia a día de hoy: más de un tercio de la población mundial mayor de 15 años fuma (1), cifra que va en aumento, sobre todo por la población joven de los países en vías de desarrollo y la población femenina de algunos países desarrollados (2).

En España, según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud (3), la prevalencia ronda el 31% de la población, aunque se observa un ligero pero constante descenso del consumo.

Se pueden realizar las siguientes aseveraciones sobre el tabaquismo como adicción, con los datos de que hoy disponemos (4-5):

- La nicotina es una droga de alto poder adictivo con efectos muy complejos en el sistema nervioso central.
- El tabaquismo es un trastorno adictivo y, por lo tanto, un trastorno del comportamiento.
- La dependencia de la nicotina presenta las características de otras dependencias de drogas; administración repetida, falta de control sobre el consumo, tolerancia, abstinencia, dificultad para el abandono y recaídas.
- Un tratamiento efectivo de la adicción a la nicotina requiere el conocimiento y aplicación de aspectos comportamentales y farmacológicos.

Por lo tanto, el tabaquismo no es solo un hábito (6) y el hecho de simplificarlo tanto falsea y contribuye a su normalización, algo que habría que cambiar en la sociedad.

El tabaquismo es la primera causa de muerte evitable a nivel mundial, responsable de 4 millones de muertes anuales en todo el mundo. La tasa de mortalidad de los fumadores triplica a la de los no fumadores, y su esperanza de vida se reduce en 10 a 15 años. Se estima que uno de cada dos fumadores morirá por una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco. En España se producen más de 50.000 muertes al año, muchas más que las producidas por accidentes de tráfico, alcohol, el resto de las drogas, el sida y los homicidios juntos. Estas muertes seguirán aumentando en ausencia de una intervención en tabaco, sobre todo en mujeres.

Hasta ahora el uso del tabaco se ha asociado a más de 25 enfermedades, las cuales se agrupan en tres grandes "familias": cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias, e incluyen procesos como cáncer de pulmón (más del 90% por el tabaco), de boca (76%), laringe (83%), esófago (80%), estómago, páncreas, vejiga (40%), riñón, uréter, cuello uterino, diversas leucemias, infarto de miocardio, angina de pecho, muerte súbita, accidente cerebrovascular (ACV), arteriopatía periférica, síntomas respiratorios inespecíficos, EPOC, asma, enfermedad periodontal, menopausia precoz, osteoporosis, infertilidad, patología placentaria, bajo peso al nacer, aborto espontáneo, parto prematuro y muerte perinatal. Además tiene una posible relación con cánceres de hígado, colon, mama, vulva y pene.

El tabaquismo es por tanto el principal problema de salud pública en los países desarrollados, tanto por su magnitud como por los costes económicos y sociales que conlleva, además del sufrimiento que genera, difícil de medir cuantitativamente.

Por tanto, la iniciativa llevada a cabo desde la Gerencia de Atención Primaria del Área VII de Mieres, de ofertar a las empresas de Mieres la posibilidad de formar un grupo de deshabituación tabáquica, se constituye como prioritaria. Y en este caso particular en la empresa ThyssenKrupp, el apoyo a los fumadores que deseen dejar la adicción, resulta muy necesaria y oportuna.

Justificación

Como justificación podemos indicar que resulta necesaria la atención a aquellas personas fumadoras, sobre todo si estas expresan su intención de dejar de fumar y piden ayuda. Son fumadores que todavía no han desarrollado una enfermedad asociada al tabaco y constituyen la última oportunidad de llevar a cabo una prevención primaria.

El tabaquismo es un problema de Salud Pública, tanto por su alta prevalencia como por sus consecuencias para la salud: fumar es el mayor factor de riesgo para desarrollar una enfermedad cardiovascular, primera causa de muerte en los países desarrollados. Fumar es una conducta que hay que intentar cambiar porque es adictiva: las personas cambian de conducta por diversos factores o influencias y cualquier cosa puede ayudar a alguien a cambiar una conducta (reaprendizaje y desaprendizaje). El proceso de cambio es lento, y no se consigue en días o semanas, requiere más tiempo.

Ayudar a dejar de fumar es una de las intervenciones preventivas con mejor evidencia de efectividad y de coste-efectividad. Hacerlo desde una perspectiva grupal supone aprovechar las posibilidades educativas y de refuerzo que brinda el grupo para apoyar a las personas en un proceso de cambio que requiere esfuerzo. Por ello se proponen sesiones programadas en grupo con un compromiso para acudir a ellas (avisando previamente si no se va a asistir), y con una participación activa en las mismas (siguiendo las pautas que se marquen, cesando de fumar en la fecha escogida, leyendo el material de autoayuda que se entrega y acordando tratamiento farmacológico en caso necesario).

Objetivos

El objetivo general es el siguiente:

1. Proporcionar conocimientos, habilidades y estrategias que permitan un correcto abordaje del consumo del tabaco.

Los objetivos específicos son:

1. Dotar a las personas de conocimientos básicos que les permitan enfrentarse a su consumo.
2. Ayudar a cada persona a asumir e integrar sus emociones.
3. Entrenarles en una serie de habilidades que les serán útiles en el proceso de deshabituación.

Material y métodos

En el año 2011, y a través de la Gerencia de Atención Primaria del Área VII de Asturias, se informó a las empresas del Consejo de Mieres (Ayuntamiento, Juzgados, Policía Local, Campus de Mieres, empresas de la factoría Thyssen), de la posibilidad de que sus trabajadores fumadores que quisieran dejar de fumar se incorporaran, en horario laboral y de forma grupal, a unos talleres de deshabituación tabáquica.

De todas estas empresas, hasta el momento, solo una de las factorías Thyssen, la de ThyssenKrupp Norte, mostró interés en los talleres.

De esta empresa, once trabajadores iniciaron el proceso de ayuda, que inicialmente consistió en una entrevista individual explicativa del proceso de ayuda y una toma de los datos iniciales sobre consumo, año de inicio, paquetes/año, cigarrillos/día, CO, etc.

Posteriormente se realizaron talleres presenciales, impartidos por dos docentes enfermeros cada taller. El número de talleres en total fue de nueve, con una duración aproximada de dos horas cada uno.

Los talleres consistían en tres sesiones iniciales: una antes de dejar de fumar, otra el día D, y otra sesión más a los siete días después de dejar de fumar. Con posterioridad se llevaron a cabo otras sesiones: al mes, a los dos meses, a los tres meses, a los seis meses y al año.

Cada una de las sesiones seguía una metodología estructurada previamente con unos objetivos, unas actividades, unas tareas para casa y un material de ayuda. Un guión que pauta una forma de trabajo metodológica con un objetivo inicial de dejar de fumar y uno final de evitar las recaídas y poder llegar a considerar a la persona como exfumador/a al año del inicio.

Se trata de una intervención multicomponente, que combina técnicas fundamentalmente conductuales y tratamiento farmacológico, y que es la que se ha demostrado como más eficaz para ayudar a las personas a dejar de fumar.

Se diferencian tres fases:

- La primera, o **fase de preparación** que se centra en recabar y proporcionar la información sanitaria, con especial hincapié en los beneficios de dejar de fumar y en la eliminación de falsas expectativas y creencias erróneas, fomentando la motivación, la autoeficacia, el compromiso, el apoyo social y el autocontrol, creando estrategias de afrontamiento para los problemas más comunes que luego pueden aparecer. Se quiere que las personas analicen cada situación, que consoliden su decisión con una evaluación personal y organicen su propio abandono.
- La segunda, o **fase de abandono** que incide en el control del síndrome de abstinencia, y en el refuerzo de las habilidades y conocimientos sobre los problemas que pueden surgir en las primeras fases de dejar el tabaco.

- La tercera, o fase de mantenimiento o de prevención de recaídas, mediante estrategias de afrontamiento, autocontrol y prevención de recaídas, con el objetivo de mantenerse sin fumar indefinidamente, promocionando los hábitos saludables y el abordaje y reestructuración de las posibles recaídas.

Resultados

De las once personas que iniciaron el proceso de dejar de fumar, diez eran hombres y una era mujer. De estas 11 personas, al año de no fumar, 4 de ellos (36,36%) son consideradas ex fumadores (Gráfico 1).

La cantidad de tabaco consumida, lo que se refiere al número de paquetes/año (el número de cigarrillos al día por el número de años de fumador dividido entre 20 cigarrillos que trae una cajetilla) es de una media de 22,09 paquetes año (7-9) (Gráfico 2). Este dato orienta sobre algunas características del hábito tabáquico y en consecuencia de la dificultad de cambiar una conducta adictiva. Además este parámetro nos sirve para valorar la posibilidad de desarrollar una enfermedad o, incluso, las posibilidades de éxito o de fracaso de un intento de abandono (10-11). Aunque no existe un umbral de seguridad para el consumo de tabaco, sí existe una relación dosis/respuesta y esta es más alta en los fumadores con un mayor número de cigarrillos diarios.

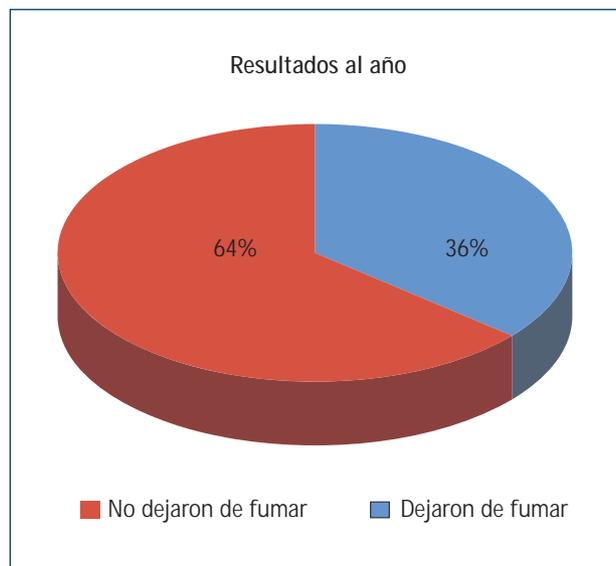


Gráfico 1. Resultados de abandono del tabaco al año

Test de Fagerström

Es el instrumento más útil de los que se disponen en la actualidad (12-13) para medir el grado de dependencia física de nicotina que tienen los fumadores. Nosotros empleamos la forma abreviada del test, con dos preguntas:

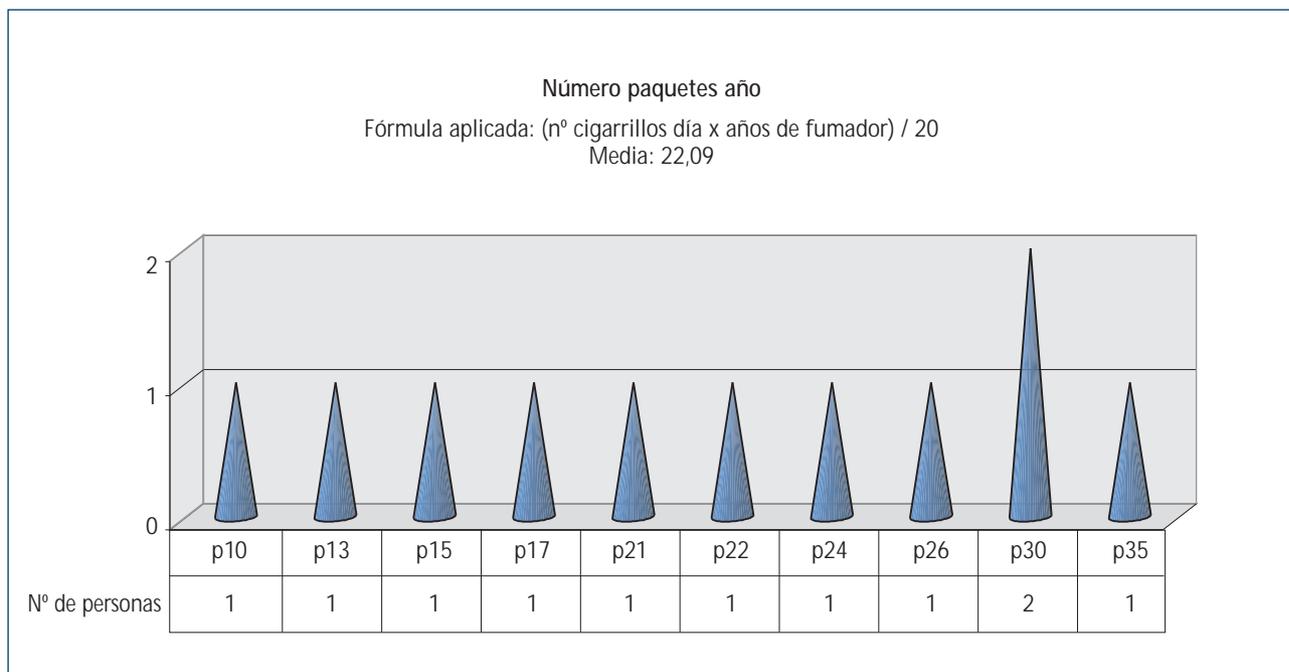


Gráfico 2. Consumo de paquetes al año por persona

- **¿Cuántos cigarrillos fuma al día?** Pasados a una escala (10 o menos, de 11 a 20, de 21 a 30 y más de 30).
- **¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo?** (menos de 5 minutos, de 5 minutos a 30 minutos, de 31 minutos a 60 minutos y más de 60 minutos).

Cada apartado, con una puntuación de 0 a 3 puntos, ofrece tres grados de dependencia (baja, moderada y alta). En este grupo de personas, de las 11,5 de ellas tenían una dependencia baja y 6 de ellas tenían una dependencia moderada, ninguna tenía una dependencia alta.

Se ha demostrado que los fumadores con más alta puntuación en el test necesitan tratamiento farmacológico para dejar de fumar, e incluso se sabe que dependiendo de cuál sea la puntuación se deberá recomendar uno u otro fármaco para el abandono (14-15).

La medición de niveles de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado, se hizo a través de la cooximetría (16), esta cantidad está en relación con su hábito de consumo (Gráfico 3). Para esta medición se empleó un cooxímetro por intervalos (de 0-6 ppm, de 7-10, de 11-20, y de 20+ ppm) (ppm: partículas por millón). El nivel medio inicial de las personas del programa fue Alto, + 20 ppm.

Indica que la correspondencia entre el nivel de CO y el número de cigarrillos es alta. En aquellos fumadores que al año han dejado el consumo su nivel de CO es de (0-6 ppm) y, por tanto, normal.

La edad de inicio media en este grupo de fumadores ha sido de 17 años (Gráfico 4). La edad es un factor muy importante en cuanto al pronóstico futuro de abandono de fumar siendo más difícil la deshabituación si el comienzo es a edades muy tempranas. Aquí el inicio es muy temprano, 17 años, con lo cual la adherencia al tabaquismo es muy temprana.

El número de años fumando arrojó una media de 23,63 años de fumador. No constituye una media muy alta, por lo que el abandono en estos momentos sería muy conveniente para no alargarlo más en el tiempo, con las consecuencias negativas de dependiente que eso conllevaría.

El consumo inicial medio es de 19 cigarrillos al día, siguiendo al de otros estudios publicados (16) y que representa casi una cajetilla al día, con lo que se considera un consumo alto (Gráfico 5).

El número previo de intentos ha oscilado desde 0, 1, 2, y hasta 3 intentos previos para dejar de fumar; siendo el tiempo máximo sin fumar conseguido entre, < 1 mes, en tres casos, de 1 a 6 meses en 4 casos y en otros cuatro casos más de un año.

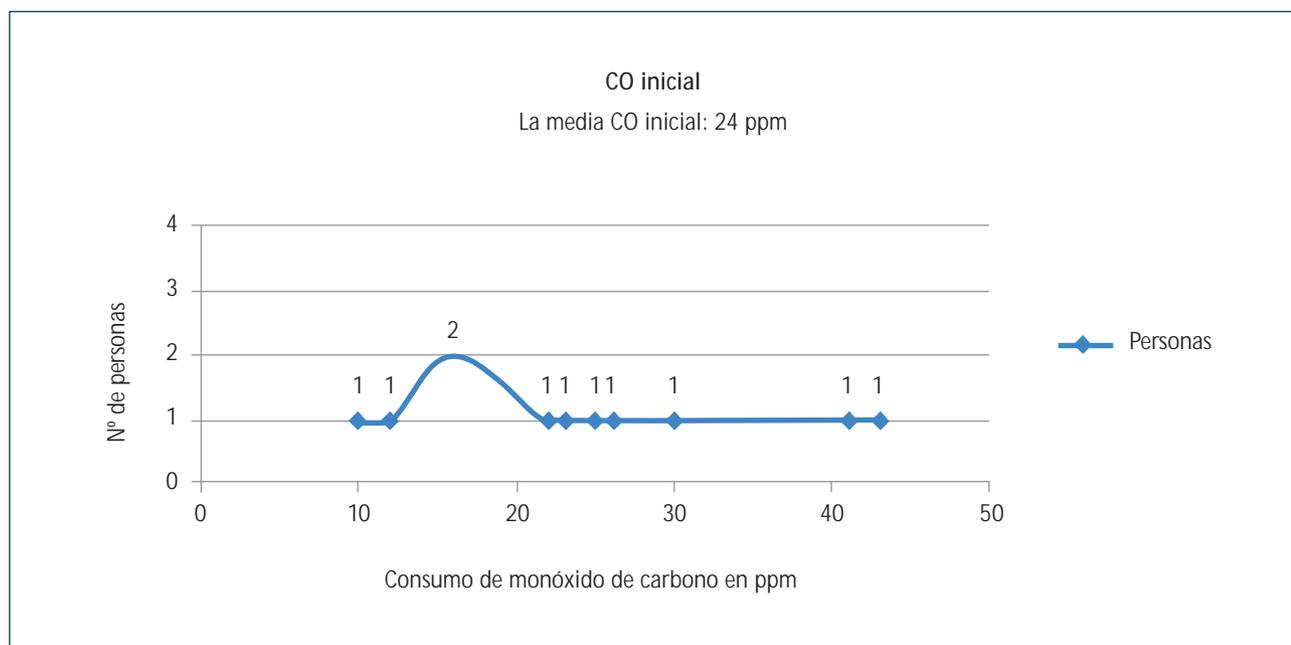


Gráfico 3. Consumos de monóxido de carbono iniciales del estudio

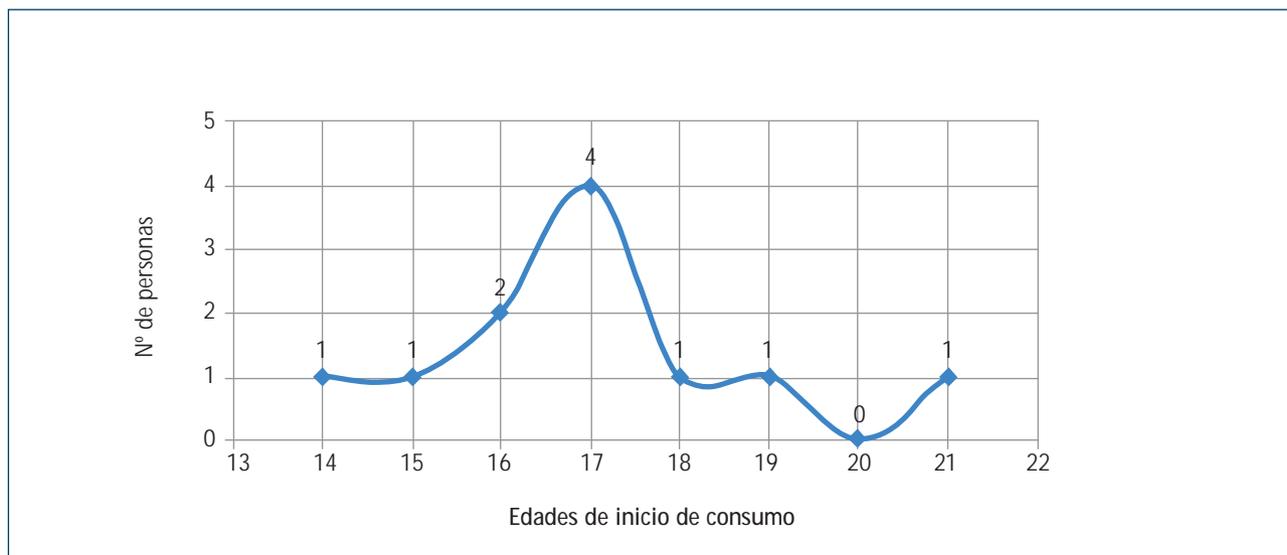


Gráfico 4. Edad de inicio de consumo de tabaco

Discusión y conclusiones

Estos datos muestran que la cantidad media de número de paquetes/años es alta (22,09) lo que significa, por un lado, la dificultad para un intento de abandono y, por otro, la posibilidad de desarrollar enfermedad.

El test de Fagerström indica que no existe ninguna dependencia alta, aunque principalmente hay una dependencia moderada, lo cual reafirma nuestra tesis de llevar a cabo una intervención con tratamiento farmacológico de todas las personas, al igual que el tratamiento cognitivo-conductual, para de esta forma tener una posibilidad mucho mayor de éxito al año (lo duplica), y así tratar de evitar determinados tipos de enfermedad.

El nivel de CO, monóxido de carbono, es alto, lo que confirma que la relación con el consumo de tabaco y número de cigarrillos es elevada. Esto indica que la posibilidad de desarrollar enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco también es alta, y por tanto el factor de riesgo de enfermar con más probabilidad es mayor, en relación con aquellas personas que no fuman.

La edad de edad de inicio es muy temprana, 17 años, la adolescencia, lo que influye negativamente en el intento de deshabituación tabáquica, pues la adherencia al tabaquismo se produce a una edad muy temprana.

El número de años fumando (23, 63 años), no es aún muy alto, por lo que sería bueno que aquellos que no han conseguido dejar de fumar al año, lo siguieran intentando para llegar a ser no fumadores y no seguir manteniendo el riesgo de enfermedad, que al ser tiempo-dependiente presentan aquellos fumadores que continúan con el hábito.

El consumo inicial es alto, casi una cajetilla (20 cigarrillos) al día.

El número de intentos previos de dejar de fumar no es muy alto, más bien es bajo para una adicción tan importante. Así, todo el tiempo máximo sin fumar superior a un año, que se registró en cuatro personas, es un tiempo importante. En dos de ellos se relaciona con haber conseguido dejar de fumar, y los otros dos no llevaron a cabo ningún intento previo.

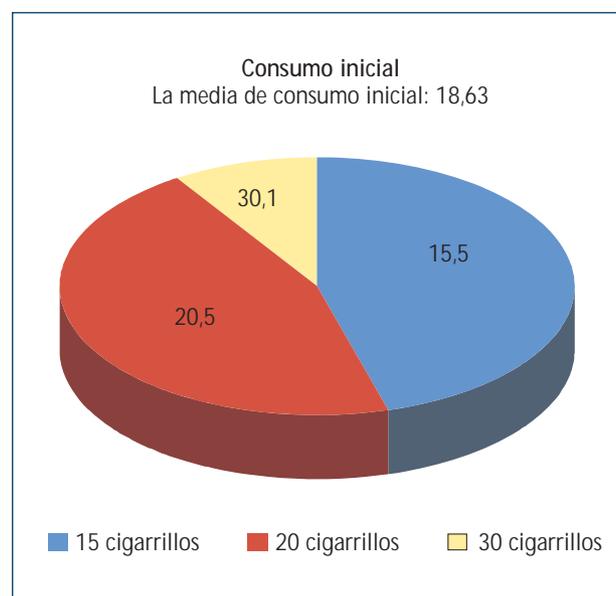


Gráfico 5. Consumo inicial del tabaco

Por otro lado, consideramos importante, como apoyo al proyecto y a la salud de los pacientes, la realización de una espirometría a aquellas personas de más de 40 años y que su número de paquetes año sea superior a 20.

Además, un control sobre el peso, en aquellas personas que han dejado el hábito de fumar, favorece la autoestima y ayuda a establecer un seguimiento tanto como ex fumador como de la alimentación saludable, para que no exista la posibilidad de presentar sobrepeso u obesidad en un futuro próximo o lejano.

Como conclusión podemos decir que el número de personas ex fumadoras se corresponde con los datos generales de los estudios existentes, entre un 20-40%. Esto teniendo en cuenta: un alto nivel de dependencia (test de Fagerström), los altos niveles de CO, la edad de inicio tan baja, 17 años, adolescencia, el consumo inicial también alto, y el bajo número de intentos previos. Así pues, con todo ello estamos satisfechos con la intervención realizada, con la participación grupal y con el apoyo empresarial tanto del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) como de la factoría ThyssenKrupp Norte, para abordar este importante problema de salud pública.

Bibliografía

- [1] Tobacco or health: a global status report. World Health Organization. Geneva: WHO; 1997.
- [2] Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Barcelona: Organización Médica Colegial; 2002.
- [3] Encuestas Nacionales de Salud de España 2001 y 2003. Subdirección General de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- [4] Ayesta FJ, Otero M. El tabaquismo como enfermedad adictiva crónica. Manual de Tabaquismo. Madrid: Aula Médica; 2003.
- [5] DSM IV. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 1997.
- [6] Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop Smoking: findings from the Cochrane Library. BMJ 2000; 321:355-358.
- [7] Encuesta Nacional sobre el hábito de fumar. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública; 1995.
- [8] Fiore MC, Wetter DW, Bailey WC, Bennett G, Cohen SJ, Dorfman SF, et al. The Agency for Health Care Policy and research. Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. JAMA 1996; 275:1270-80.
- [9] Banegas Banegas JR, Díez Gañan L, Rodríguez Artalejo F, González Enríquez J, Graciani Pérez Regadera A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. Med Clin (Barc) 2001; 117(18): 692-694.
- [10] Doll R, Crofton J. Tobacco and the developing world. In: Doll R, Crofton J (eds). Tobacco and health. London: The Royal Society of Medicine Press; 1996. p. 206-221.
- [11] US Department of Health and Human Services. The Health consequences of smoking: Cancer. A report of the Surgeon General. Washington DC: US department of Health and Human Services; 1982.
- [12] Fagerström KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the FTND. J Behav Med 1989; 12:159-182.
- [13] Heatherton TF, Kozlowsky LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. Br J Addict 1991; 86: 1119-27.
- [14] Tonnesen P. Nicotine replacement and other drugs in smoking cessation. In: Bolliger CT, Fagerström KO (eds). The Tobacco epidemic. Prog Respire Res. Basel: Karger 1997; 28: 178-189. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.karger.com/Article/Abstract/62074>
- [15] Tonnesen P. Smoking cessation programs. In: Hansen HH (ed.). Lung Cancer. Amsterdam: Kluwer; 1994. p. 75-89.
- [16] Jarvis J, Russell MAH. Expired air CO: a simple breath of tobacco smoke intake. BMJ 1980; 281:484-485.

La revisión sistemática cuantitativa en enfermería

¹Rafael del Pino Casado

²Antonio Frías Osuna

³Pedro A. Palomino Moral

¹ Diplomado en Enfermería. Licenciado en Antropología y Doctor por la Universidad de Jaén. Profesor Contratado Doctor. Departamento de Enfermería. Universidad de Jaén.

² Diplomado en Enfermería. Licenciado en Antropología y Doctor por la Universidad de Granada. Profesor Titular de Universidad. Departamento de Enfermería. Universidad de Jaén.

³ Diplomado en Enfermería. Licenciado en Psicopedagogía y Doctor por la UNED. Profesor Titular de Universidad. Departamento de Enfermería. Universidad de Jaén.

Dirección de contacto: rdelpino@ujaen.es

Resumen

La finalidad del presente artículo es la de encuadrar el concepto de revisión sistemática cuantitativa, establecer su utilidad en el marco de la ciencia enfermera y proponer recomendaciones para su elaboración. Para alcanzar dicha finalidad, el artículo se estructura en tres partes: una primera de tipo conceptual, una segunda donde se describen los procedimientos para la elaboración de una revisión sistemática de tipo cuantitativo (con y sin metaanálisis) y una tercera en la que se incluyen aspectos relacionados con la evidencia científica aportada por las revisiones, a modo de reflexión final.

Palabras clave: revisión sistemática; meta-análisis; búsqueda bibliográfica; evidencia científica.

Abstract

Quantitative systematic reviews in nursing

The present paper is aimed at framing the concept of a quantitative systematic review, establish its usefulness for nursing science, and suggesting recommendations for making such reviews. The article is divided in three parts, as follows: a first part showing its conceptual basis; a second part describing procedures to perform a quantitative systematic review (with or without a meta-analysis); and a third part discussing some aspects related to scientific evidence provided by review, as a final reflection.

Key words: systematic review; meta-analysis; literature search; scientific evidence.

Introducción

La investigación, tanto cuantitativa como cualitativa, puede desarrollarse a dos niveles: 1) a nivel de datos originales, recogidos y analizados por el investigador (estudios originales o primarios), y 2) a nivel de datos de otras investigaciones ya realizadas (investigación secundaria).

Dentro de la investigación secundaria podemos distinguir entre el análisis secundario de datos y las revisiones. Los estudios de análisis secundario analizan de nuevo datos de otra investigación con una finalidad distinta a la original. Las revisiones analizan los estudios disponibles sobre un determinado tema con el fin de integrar sus resultados. En función de su grado de sistematización, exhaustividad y explicitación de los criterios de inclusión y análisis de los estudios, se pueden clasificar en revisiones narrativas (bajo grado) y revisiones sistemáticas (alto grado). En el presente artículo analizaremos las revisiones, ya que los estudios con análisis secundario exceden del interés del mismo. Dentro de las revisiones, analizaremos las revisiones sistemáticas, ya que la utilidad de las revisiones narrativas es bastante discutible, y dentro de las revisiones sistemáticas, nos centraremos en las que tiene como objeto de estudio la investigación original de tipo cuantitativo.

Así, la finalidad concreta del presente artículo será la de encuadrar el concepto de revisión sistemática cuantitativa, establecer su utilidad y proponer recomendaciones para su elaboración. Dichas recomendaciones están orientadas al lector que se inicia en el tema de las revisiones pero que dispone de conceptos básicos sobre metodología de investigación. La limitación de espacio hace que aspectos más especializados de la temática tratada en este artículo deban verse en obras más amplias y especializadas. No obstante, a lo largo del artículo serán frecuentes las referencias donde poder profundizar en los conceptos y procedimientos.

Para alcanzar el anterior fin, el artículo se estructura en tres partes: una primera de tipo conceptual, una segunda donde se describen los procedimientos para la elaboración de una revisión sistemática de tipo cuantitativo y una tercera en la que se incluyen aspectos relacionados con la evidencia científica aportada por las revisiones, a modo de reflexión final.

La revisión sistemática. Concepto

La revisión sistemática, como ya se ha comentado en la introducción, es un tipo de investigación secundaria que consiste en la búsqueda, localización, recuperación, análisis e integración del conocimiento científico sobre una determinada pregunta de investigación, utilizando para ello una aproximación sistemática que permite minimizar sesgos (1) y posibilitar la replicación de la revisión a cuantos investigadores les parezca oportuno. Dicha aproximación sistemática, que debe de ser documentada en el apartado de material y métodos del correspondiente informe de investigación (1), se materializa en el carácter exhaustivo de la búsqueda de los estudios existentes sobre el tema y en la explicitación de los criterios de búsqueda, inclusión y análisis de dichos estudios.

Las revisiones en general permiten aglutinar el conocimiento existente sobre una determinada cuestión, en una época en la que la proliferación y difusión de estudios en ciencias de la salud complica el análisis de lo que se publica sobre una determinada cuestión. La revisión sistemática en particular permite superar las limitaciones de las revisiones narrativas, limitaciones que son debidas al alto grado de subjetividad con el que se realizan, aportando una mayor transparencia al proceso de revisión. Además, la revisión sistemática posibilita la superación de las limitaciones de los estudios originales, que pocas veces son capaces de dar respuestas adecuadas y definitivas a las cuestiones que analizan, y que frecuentemente arrojan resultados contradictorios. Esta ventaja es particularmente importante en el caso de los estudios experimentales y cuasi-experimentales con grupo control, los cuales se realizan frecuentemente con muestras de conveniencia y donde el escaso tamaño muestral puede alterar la comparabilidad de los grupos.

La revisión sistemática puede o no incluir un metaanálisis. El metaanálisis es un procedimiento estadístico que permite integrar los resultados de los estudios analizados mediante la determinación de una medida promedio del tamaño del efecto de interés, es decir, de la magnitud de la asociación entre la exposición y el efecto o entre la intervención y el resultado. El metaanálisis aporta mayor validez interna y externa a la revisión sistemática, al permitir una valoración más objetiva y precisa del efecto de interés, posibilitar la cuantificación de la heterogeneidad de los resultados y de la varianza debida al error de muestreo, y reducir la probabilidad de falsos negativos al aumentar la potencia del análisis estadístico (1,2). La alternativa más común al metaanálisis es el análisis "cualitativo" de los distintos estudios, analizando si son coincidentes o discrepantes en sus conclusiones. Según Hunter y Smidcht (2) hay que ser cautos a la hora de interpretar las conclusiones de una revisión sistemática sin metaanálisis, ya que las variaciones entre los resultados de los estudios pueden deberse al error de muestreo.

Cuando incluyen metaanálisis, las revisiones sistemáticas suelen analizar la relación entre dos variables (por ejemplo, una intervención y un determinado resultado) o la relación existente en varias parejas de variables (es decir, de forma bivariante). No obstante, en la actualidad existen metodologías de análisis que permiten estudiar conjuntamente las relaciones entre más de dos variables de forma simultánea (3). Estas metodologías permiten analizar las correlaciones semiparciales y los efectos moderadores de una serie de covariables (como es el caso de la meta-regresión) e incluso analizar los efectos directos, indirectos y mediadores de unas variables con otras (como es el caso del *model-driven meta-analysis*). La meta-regresión será introducida más adelante. Aquellos lectores interesados en *model-driven meta-analysis* pueden consultar el texto de Cooper y cols. (3).

Pasemos seguidamente a analizar los pasos necesarios para la elaboración de una revisión sistemática.

Elaboración de una revisión sistemática

La realización de una revisión sistemática necesita de una serie de pasos que se detallan a continuación (1) y que se encuentran resumidos en el Cuadro 1.

Formulación del problema, la pregunta de búsqueda y los criterios de inclusión de estudios

El problema de investigación debe de ser relevante desde el punto de vista enfermero. Eso significa que el problema debe ser importante desde la óptica de la salud comunitaria (frecuencia y trascendencia) y que la investigación de dicho problema aportará resultados de interés para la formulación de teorías o marcos conceptuales, la práctica clínica y/o la investigación. Además, la evidencia disponible sobre dicho problema de investigación, como es lógico, debe ser insuficiente. Lo anterior se traduce en la no existencia de revisiones sistemáticas sobre dicho problema de investigación, en que existan revisiones pero no sean concluyentes, sean antiguas o no incluyan estudios de una determinada zona de interés.

La pregunta de búsqueda deviene del problema de investigación y es la base sobre la que se definen los términos de la búsqueda bibliográfica. La elaboración de la pregunta de búsqueda debe de ser lo más precisa y específica posible. Cuando la revisión sistemática versa sobre estudios de intervención, se ha propuesto el sistema PICO (Paciente, Intervención, Comparación y resultado [*Outcome* en inglés]), si bien dicho sistema se puede utilizar en estudios etiológicos, de diagnóstico o de pronóstico. No obstante, los autores de este capítulo recomendamos un sencillo método que puede utilizarse en cualquier situación. Dicho método consiste en definir la población de estudio (por ejemplo, personas cuidadoras de familiares mayores dependientes), el problema de estudio (por ejemplo, sobrecarga subjetiva) y la cuestión concreta que se quiere estudiar (por ejemplo, la relación entre afrontamiento disfuncional y sobrecarga subjetiva). El lector podrá encontrar más recomendaciones sobre cómo elaborar preguntas de búsqueda en el documento de Rotaache y cols. (4).

Mediante los criterios de inclusión se especifican las características que deben reunir los estudios para ser incluidos en la revisión. Dichas características hacen referencia a: los participantes, el evento de interés (exposición, intervención o procedimiento diagnóstico que se quiere evaluar) y con qué se compara, el resultado a evaluar, y si se estima necesario, el tipo de diseño de los estudios a incluir.

Búsqueda y localización de estudios

La estrategia de búsqueda debe estar claramente descrita (términos de búsqueda y cadena de búsqueda si procede, fuentes a consultar, filtros, etc.), y tiene que plantearse de manera que se evite el sesgo de selección por no inclusión de estudios relevantes, el sesgo de idioma (incluir sólo estudios publicados en un determinado idioma) y el sesgo de publicación.

Cuadro 1. Pasos de una revisión sistemática

1. Formulación del problema
2. Búsqueda y localización de estudios
3. Selección de estudios
4. Recuperación de la información
5. Análisis de la información
6. Interpretación de los resultados
7. Escritura del informe de investigación

Este último es un tipo de sesgo que se origina como consecuencia de la menor probabilidad que tienen de ser publicados los estudios que no encuentran asociación estadística entre variables.

Para poder conseguir los objetivos anteriores, la estrategia de búsqueda debe incluir criterios amplios (búsqueda sensible), no ha de estar limitada por idioma y tiene que abarcar no solamente la búsqueda en las bases de datos relacionadas con el tema en cuestión, sino también la búsqueda manual en revistas clave en dicho tema, la búsqueda de literatura gris (resúmenes de congresos, tesis doctorales, etc.) y la consulta a expertos para la localización de estudios no publicados. La búsqueda puede ampliarse a partir de la bibliografía de los estudios que se vayan seleccionando.

Selección de los estudios que cumplen los criterios de inclusión

La aplicación de los criterios de inclusión ha de realizarse por, al menos, dos observadores; debiendo estar prevista la estrategia para resolver desacuerdos (consenso, tercer revisor, etc.). Es una buena práctica documentar el proceso de inclusión/exclusión para poder detallar en el informe de la investigación el número de estudios excluidos por cada motivo de exclusión.

Valoración de la calidad metodológica de los estudios incluidos

Es necesario que dicha valoración sea realizada también por más de un observador, debiendo definirse también el método de resolución de desacuerdos. Es recomendable cegar a los evaluadores, los autores, la institución y la revista de cada estudio.

La valoración de la calidad metodológica puede utilizarse en una doble dimensión (y de forma no excluyente): bien para calificar a los distintos estudios que se incluyen en el metaanálisis, bien para excluir aquellos estudios que no ofrezcan suficientes garantías metodológicas. El primer caso permite clasificar a los estudios por grupos de calidad, lo cual puede ser utilizado para análisis de sensibilidad (ver más adelante) y/o análisis de la heterogeneidad.

Existen multitud de herramientas para la evaluación de la calidad metodológica. De entre todas ellas son recomendables las listas simples de chequeo frente a las escalas (1,5), ya que no se suele evaluar la validez y fiabilidad de dichas escalas y la puntuación asignada a cada ítem varía considerablemente entre las distintas escalas (5). Dentro de las listas de chequeo, las herramientas de lectura crítica del CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*; Universidad de Oxford) son bastante recomendables por su facilidad de uso, su accesibilidad (están en red traducidas al castellano (6)) y porque aportan guías específicas para cada tipo de diseño.

En el caso de utilizar criterios de exclusión podemos definir cuatro situaciones en las que estaría justificada la exclusión de un estudio: presencia de no asociación con insuficiente potencia estadística, presencia de sesgo de clasificación, no control del sesgo de confusión y análisis estadístico inadecuado. La potencia estadística deja de ser un problema al realizar el metaanálisis y el sesgo de confusión deja también de plantear problemas cuando se realiza un metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados (ECA), ya que este tipo de diseños controla *per se* dicho sesgo. Así, en un metaanálisis de ECA's se deberían plantear, como criterios de exclusión, la presencia de sesgo de clasificación y el análisis estadístico inadecuado; en los metaanálisis que incluyan otros tipos de diseños se debería de incluir el no control del sesgo de confusión; y en las revisiones sin metaanálisis deberían de incluirse los cuatro criterios.

Por último, es necesario no confundir las listas de chequeo de evaluación de la calidad con las listas de comprobación editorial, las cuales han sido desarrolladas para evaluar si un artículo tiene todas las partes necesarias, con la finalidad última de garantizar una adecuada comunicación de los resultados de la investigación. Entre ellas se encuentra la declaración CONSORT (7) (para ECA's), TREND (8) (para ensayos no aleatorios) o STROBE (9) (para estudios observacionales). Dichas listas de verificación pueden utilizarse para evaluar la calidad, pero hay que tener en cuenta que suelen ser poco manejables por su extensión y que en ellas se refleja si un determinado aspecto aparece o no en un informe de investigación, no si es adecuado o no, por lo que si se utilizan para medir calidad deben ser reconvertidas a tal efecto. Por ejemplo, un ítem que suele aparecer en las anteriores listas de comprobación es si se ha reflejado el cálculo del tamaño muestral. Si se quiere utilizar dicho ítem para medir calidad metodológica, habría que transformarlo en valorar la adecuación de la precisión y/o la potencia estadística que confiere el tamaño muestral analizado.

El proceso de inclusión/exclusión de estudios debe quedar documentado en el informe final de la revisión y plasmado en un diagrama de flujo. En la Figura 1 aparece un esquema básico de diagrama de flujo. La declaración PRISMA (10) reco-

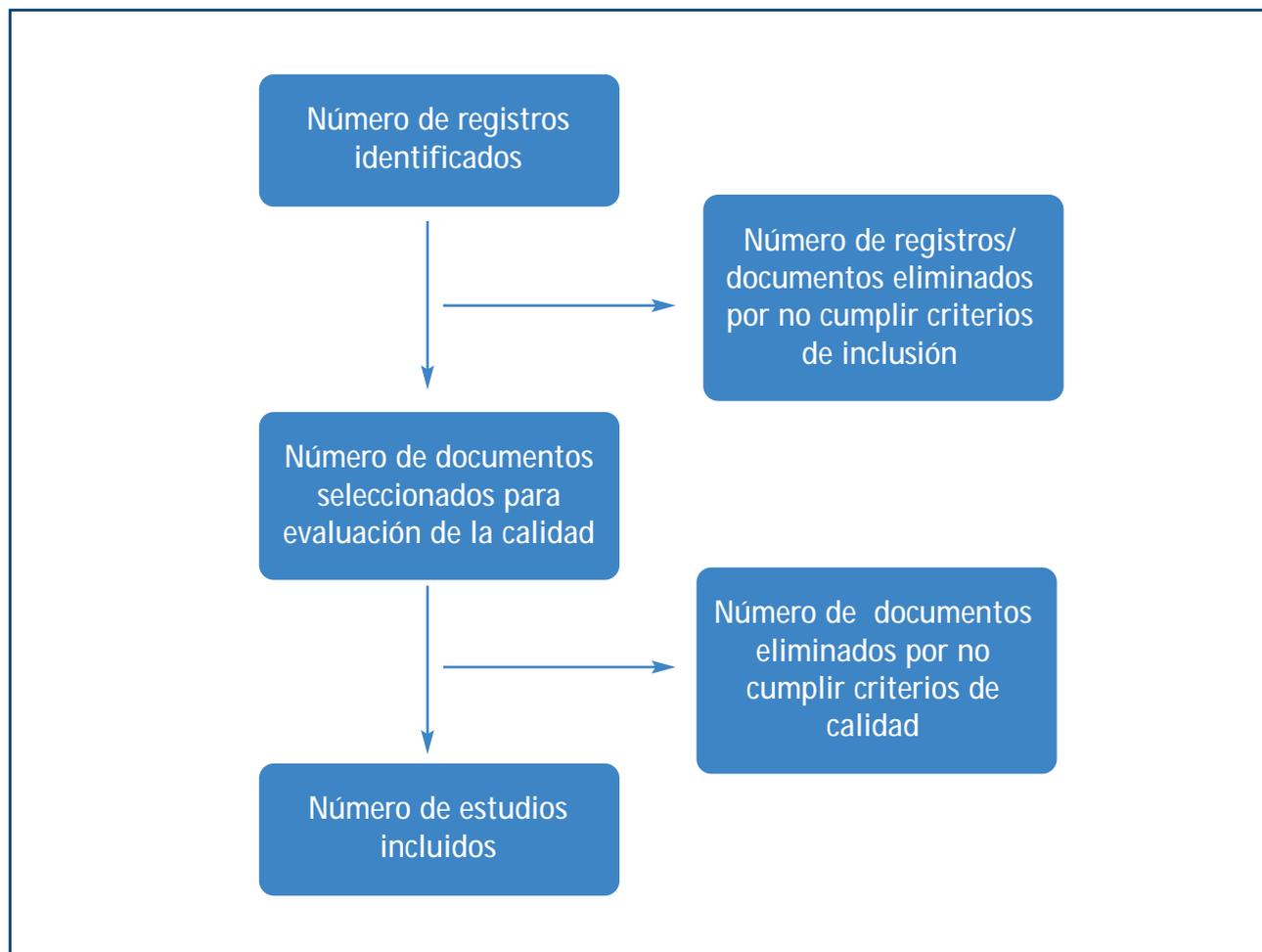


Figura 1. Esquema de un diagrama de flujo

mienda informar de los siguientes datos: 1) registros identificados en las búsquedas, 2) registros identificados en otras fuentes, 3) registros duplicados, 4) registros únicos identificados, 5) registros eliminados, 6) documentos a texto completo analizados, 7) documentos a texto completo excluidos por causa de exclusión, 8) artículos incluidos en la revisión. A este esquema se le puede añadir el número de estudios eliminados por redundantes (mismo artículo o misma muestra), el número de estudios excluidos por deficiente calidad metodológica y el número final de artículos incluidos.

Recuperación y codificación de la información

Una vez que se ha finalizado la inclusión de estudios, el siguiente paso a dar consiste en definir la información a extraer de los distintos estudios y realizar dicha extracción. Todo el proceso debe plasmarse en un protocolo donde aparezcan instrucciones para conseguir una adecuada extracción, codificación y registro de los datos. También es conveniente la elaboración de una hoja de extracción de datos a tal efecto, preferiblemente en formato electrónico de hoja de cálculo, lo cual facilita la gestión de los datos. En dicha hoja, los estudios suelen identificarse mediante el apellido del primer autor y el año. Es recomendable, así mismo, que la extracción se realice por al menos dos personas, con las mismas condiciones de observación por pares establecidas para la valoración de la calidad metodológica (resolución de desacuerdos y cegamiento).

La información que es necesario extraer de los distintos estudios para la realización de la revisión sistemática puede clasificarse en dos categorías: las características de los estudios que supuestamente puedan afectar a los resultados de la revisión y el efecto principal o resultado que se pretende analizar.

Tabla 1. Tamaño del efecto según tipo de variables

Variable independiente (exposición o intervención)	Variable dependiente (efecto o resultado)	Tamaño del efecto
Cuantitativa	Cuantitativa	<i>r</i> de Pearson
Cualitativa dicotómica	Cuantitativa	<i>d</i> de Cohen
Cualitativa policotómica	Cuantitativa	Eta cuadrado (η^2)
Cualitativa dicotómica	Cualitativa dicotómica	Prevalencia relativa u <i>odds ratio</i> en descriptivos transversales <i>odds ratio</i> en casos y controles Riesgo relativo en cohortes, experimentos y cuasi-experimentos
Cualitativa policotómica	Cualitativa dicotómica	Phi de Cramer
Cualitativa dicotómica	Cualitativa policotómica	
Cualitativa policotómica	Cualitativa policotómica	
Cuantitativa	Cualitativa dicotómica	<i>Odds ratio</i>

Para cualquier tipo de revisión sistemática es necesario registrar las características del estudio que pueden afectar a los resultados de la revisión. En una revisión sistemática sin metaanálisis, dichas características son necesarias para clasificar los resultados y para su posterior interpretación, sobre todo si dichos resultados son heterogéneos o contradictorios. En este caso, se intenta ver si existen resultados homogéneos por subgrupos de estudios formados por alguna de las mencionadas características de los estudios. En un metaanálisis, las mencionadas características permiten realizar estudios de sensibilidad y análisis de fuentes de heterogeneidad (ver más adelante ambos aspectos). La definición de estas características va a depender del objeto de estudio de la revisión, si bien pueden aportarse algunas propuestas: 1) características de la población del estudio: sociodemográficas (edad, género, etc.), localización del estudio y contexto del estudio (domicilio, institución, etc.); 2) características metodológicas del estudio: tipo de muestreo (probabilístico o no probabilístico), tamaño muestral, tipo de diseño (si hay más de un tipo de diseño en los estudios incluidos en la revisión), cuestionarios utilizados (si procede) para la medición de la exposición y el efecto (en estudios etiológicos) o el resultado (en estudios de intervención) y 3) características de la intervención, en caso de estudios de intervención; por ejemplo, en intervenciones educativas: tipo (individual, familiar y/o grupal), intensidad (informativas o educativas) y duración (una sesión puntual o varias).

Además de lo anterior, se debe registrar el efecto principal o resultado que se esté investigando, es decir, la asociación estadística o independencia entre la/s variable/ independiente/s y la/s variable/s dependiente/s analizadas. En las revisiones sin metaanálisis debe recogerse si hay o no asociación y, en caso de haber, el tipo (positiva o negativa) y el tamaño del efecto de dicha asociación (ver Tabla 1). En las revisiones con metaanálisis únicamente es necesario el tamaño del efecto, pero debe decidirse previamente con qué medida se va a recoger dicho tamaño del efecto y convertir posteriormente a esa medida las que aparezcan en cada estudio.

Los datos identificativos (autor y año), las principales características y el efecto de cada uno de los estudios incluidos en la revisión sistemática se deben presentar en forma de tabla en el manuscrito o el informe final de resultados, bien en el texto o bien como anexo, en función de su extensión. En caso de metaanálisis, es además conveniente la representación gráfica del efecto principal mediante un gráfico tipo *Forest Plot* (Figura 2).

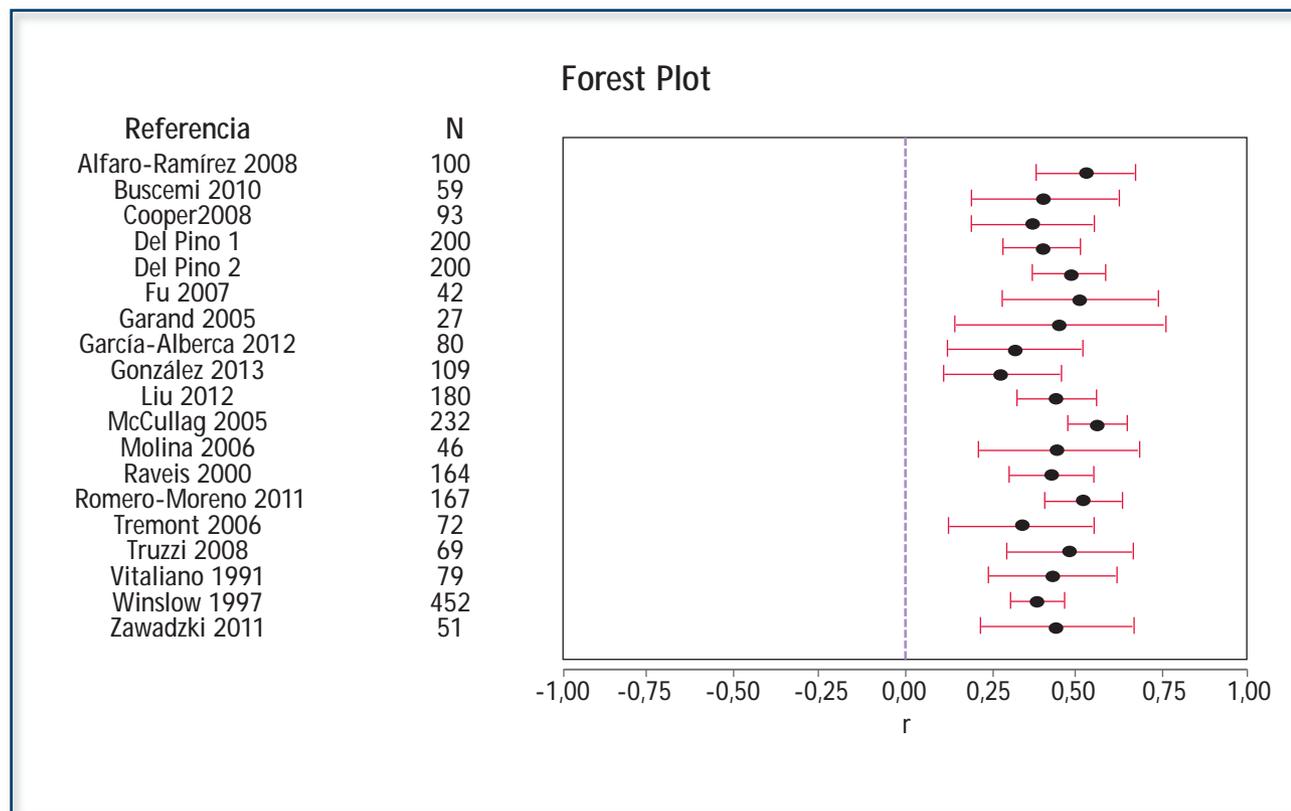


Figura 2. Ejemplo de *Forest Plot*

Análisis de la información

Obviamente, los procedimientos de análisis de los datos difieren en función de la realización o no de metaanálisis, por lo que veremos por separado la síntesis cualitativa y la cuantitativa.

Revisiones sistemáticas sin metaanálisis (síntesis cualitativa)

En las revisiones sin metaanálisis se analiza el grado de coincidencia o discrepancia de las conclusiones de los distintos estudios. El método de análisis en este caso es bastante simple: el recuento de votos, consistente en ver el número de estudios que presentan asociación positiva, negativa y/o ausencia de asociación entre las variables de interés.

A partir de la información de la dirección del efecto en los estudios (daño o beneficio), y sin tener en cuenta la significación estadística ni el tamaño del mencionado efecto, es posible generar otro método de análisis algo más sofisticado denominado *sign test* (3) (se podría traducir como test de signos). Dicho test permite demostrar que el número de estudios con un resultado determinado (por ejemplo, beneficioso) es significativamente mayor que el resultado contrario, es decir, es mayor que el esperado por azar. Para ello se testa la hipótesis nula consistente en que el número de estudios con un determinado efecto es igual al número de estudios con el efecto contrario, es decir, que la probabilidad de que aparezca un determinado efecto es 0,5. Es un test no paramétrico bastante simple, que se basa en la función de probabilidad binomial para el caso concreto de una probabilidad de 0,5. Para su realización, se identifican el número de estudios con efecto positivo y el número de estudios con efecto negativo, sin tener en cuenta la significación estadística ni el tamaño del efecto, de manera que existirá una cantidad mayor (M) y otra menor (m), con independencia del tipo de efecto (positivo o negativo) al que hagan referencia dichas cantidades. Posteriormente se calcula la probabilidad asociada de que existan al menos m estudios y la probabilidad de que existan M o más estudios, en una distribución binomial $B(n, 0,5)$, donde n es el número total de estudios. Al sumar las dos probabilidades se obtiene el valor de p para el test (probabilidad de error al rechazar la hipótesis nula de igualdad de efectos).

Tanto el método de recuento de votos como el *sign test* plantean dos importantes problemas: no tener en cuenta ni la falta de potencia estadística ni el tamaño del efecto. Ambos problemas hacen que los resultados de este tipo de análisis se puedan deber al error de muestreo y que la utilidad clínica de las conclusiones sea limitada. En general, la revisión sistemática sin metaanálisis, y sus métodos de análisis aquí descritos, se reservan para alguno de los siguientes casos: los estudios no proporcionan resultados numéricos pero sí informan de la dirección del efecto, o los estudios son muy diversos en sus poblaciones u otras características pero analizan una cuestión lo suficientemente similar como para poder comparar la dirección de los efectos.

Con independencia del método de análisis empleado, si los datos son heterogéneos puede intentarse buscar hipótesis explicativas de dicha heterogeneidad, ya que un análisis más definitivo de dicha heterogeneidad sólo es posible en metaanálisis, como se verá con posterioridad. Para buscar posibles fuentes de heterogeneidad se pueden agrupar los resultados de los distintos estudios en función de distintas características (calidad metodológica, tamaño muestral, zona geográfica de realización, características socio-demográficas de la población estudiada, etc.); si los resultados de los estudios son homogéneos dentro de cada grupo, la característica utilizada para formar los grupos de estudios podría explicar la heterogeneidad y ser una variable moderadora o de interacción. La existencia de una variable moderadora significa que el efecto estudiado es distinto en cada categoría de dicha variable moderadora. Es decir, la moderación no es un error o artefacto estadístico, sino una relación que aumenta la explicación de cómo se produce un determinado efecto.

Revisiones sistemáticas con metaanálisis (síntesis cuantitativa)

En las revisiones que incluyen metaanálisis, el primer paso es valorar si verdaderamente se puede realizar dicho metaanálisis. Para ello se analiza si existe heterogeneidad, es decir, si existen muchas diferencias entre los distintos estudios en función de un tipo de diseño, características de la población estudiada, métodos estadísticos utilizados, etc. Dicha heterogeneidad se manifiesta en la variabilidad de resultados, y puede determinarse por varios métodos estadísticos, como después veremos. Si la heterogeneidad es muy alta se desaconseja la realización del metaanálisis. Si va de moderada a alta se puede realizar el metaanálisis, pero con las condiciones que veremos más adelante.

Una vez comprobada su adecuación, son necesarios los siguientes pasos para llevar a cabo el mencionado metaanálisis: efectuar la corrección por artefactos del tamaño del efecto de cada estudio, decidir el método de análisis, valorar el sesgo de publicación, calcular el tamaño efecto promedio entre los distintos estudios, realizar análisis de sensibilidad, evaluar la heterogeneidad de los resultados y, en caso de que se confirme dicha heterogeneidad, formular un modelo explicativo de la misma.

Procedimientos de corrección por artefactos

La medida del efecto o resultado de los distintos estudios está afectada por posibles errores o artefactos. Entre los principales errores que pueden afectar a los datos de los estudios incluidos en un metaanálisis podemos destacar (2): 1) el error de muestreo: es decir, el error debido al error aleatorio y al sesgo de selección y 2) los errores de medición: fiabilidad (consistencia interna y fiabilidad test-retest), dicotomización de variables continuas y variación del rango (diferentes desviaciones típicas en la variable independiente) en variables continuas.

Hunter y Schmidt (2) proponen la corrección por errores de medición de las medidas del tamaño del efecto en los distintos estudios antes de realizar la síntesis de sus resultados, así como corregir el efecto promedio por el error de muestreo. Sánchez-Meca (11) aporta una práctica descripción de estos procedimientos para el caso de un metaanálisis con coeficientes de correlación de Pearson, para aquellos lectores interesados en el tema. No obstante, la corrección por error de muestreo se verá más adelante en este artículo, para ese mismo tipo de metaanálisis.

Aunque no se emplee el anterior método propuesto por Hunter y Schmidt, cada vez suele ser más habitual corregir por fiabilidad el tamaño del efecto de cada estudio.

Establecer el método de análisis

En el metaanálisis existen dos métodos de análisis: el método de efectos fijos y el método de efectos aleatorios. El primero considera que los distintos estudios provienen de la misma población, por lo que hay un solo efecto verdadero y la va-

riabilidad entre los estudios se debe al error de muestreo. El segundo método considera que los estudios provienen de poblaciones diferentes, por lo que existe un rango de efectos verdaderos y una fuente de variabilidad añadida, además del azar.

La elección de uno de los dos métodos anteriores ha sido una importante cuestión de debate entre expertos en metaanálisis. Clásicamente se ha mantenido que el método de efectos fijos se debe utilizar cuando no existe heterogeneidad en los resultados del metaanálisis, mientras que el de efectos aleatorios tiene que emplearse en presencia de heterogeneidad.

No obstante, cada vez son más los expertos (3) que opinan que la cuestión principal que determine la elección no debe ser la presencia o no de heterogeneidad, sino el alcance de la generalización de los resultados que pretenda el meta-análisis. En un reciente estudio, Schmidt y cols. (12) apoyan esta idea, argumentando que, dado que la mayoría de metaanálisis se realizan siguiendo un modelo de efectos fijos (por seguir el anterior criterio de ausencia de homogeneidad), la precisión de sus resultados está sobreestimada. En relación con el criterio del alcance de la generalización, se definen dos tipos de inferencias: condicional, cuando se plantea limitar la inferencia de resultados a las situaciones específicas de participantes, localizaciones, intervenciones o factores de riesgo y efectos estudiados, e incondicional, cuando se plantea hacer inferencias más generales, es decir, ampliar el ámbito de inferencia a otras situaciones o instancias más amplias que las estudiadas. En el primer caso estaría indicado el modelo de efectos fijos; en el segundo, el de efectos aleatorios. El criterio de heterogeneidad se emplearía por tanto de forma secundaria, ya que cuando existe heterogeneidad y no se puede explicar (bien porque falta información para analizarla o bien porque no se encuentra una explicación) solo se puede utilizar un modelo de efectos aleatorios. Para completar la regla de decisión habría que tener en cuenta el número de estudios incluidos en el metaanálisis, ya que cuando dicho número es pequeño no está indicado el método de efectos aleatorios (Figura 3).

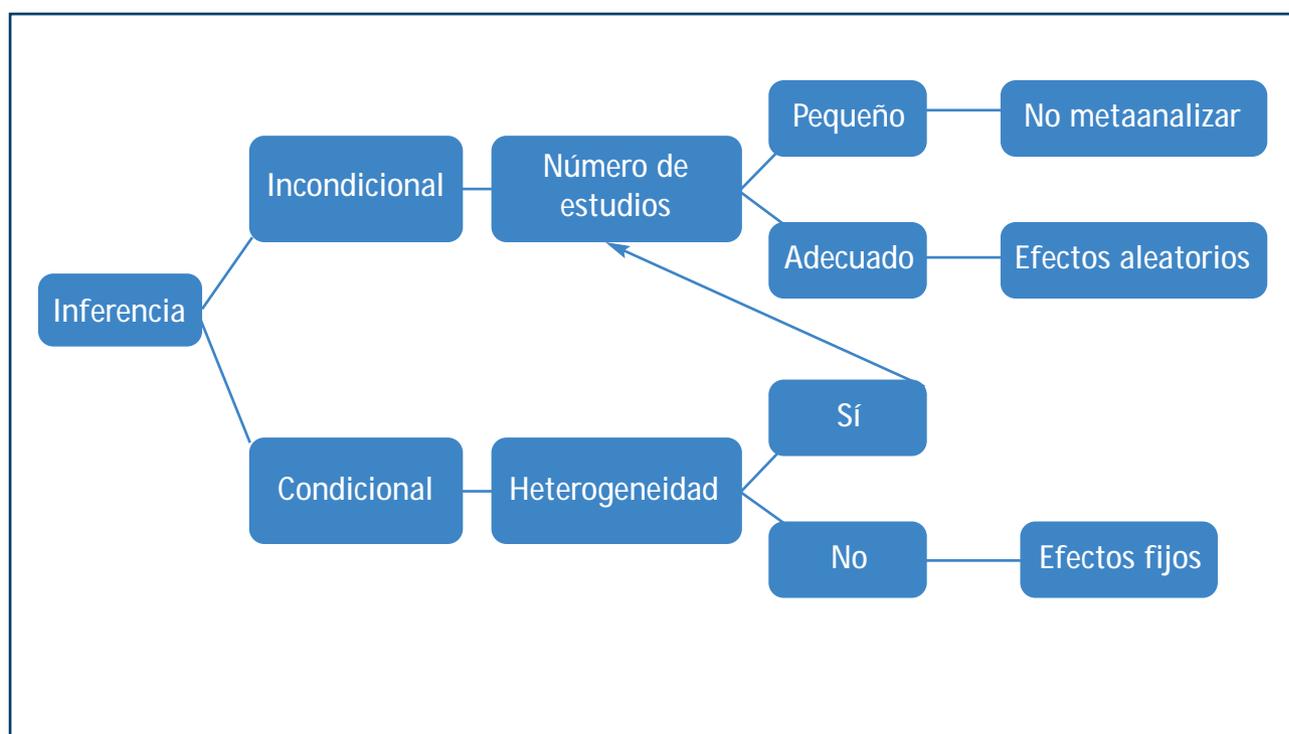


Figura 3. Criterio de decisión para la elección del tipo de modelo de análisis

Valoración del sesgo de publicación

El sesgo de publicación es un tipo de sesgo de selección que es específico de las revisiones sistemáticas. Su presencia, como ya se ha comentado, significa que los estudios incluidos en la revisión difieren del total de estudios realizados en el área en cuestión y su causa radica en que los estudios que no encuentran significación estadística tienen menos probabilidad de ser publicados.

Existen diversos procedimientos para explorar su existencia. Uno de los primeros métodos propuestos ha sido el índice de tolerancia a resultados nulos (*fail-safe N*), el cual cuantifica el número de estudios no publicados necesario para hacer no significativos los resultados del metaanálisis. Es un método bastante criticado y desaconsejado por diversos autores (3,13), fundamentalmente por cuestionar las asunciones en las que se basa y hacer énfasis en el valor de p en vez del tamaño del efecto.

Entre los métodos de detección del sesgo de publicación más utilizados está la elaboración de un gráfico de embudo (*Funnel Plot*, en inglés). Dicho gráfico se construye representando el parámetro o efecto estudiado en el eje de ordenadas y su error estándar en el eje de abscisas, consiguiéndose una figura en forma de embudo que se ensancha hacia la derecha. Si se intercambian los parámetros de los ejes, se obtiene un gráfico en forma de árbol (conocido como gráfico de *árbol de Navidad*; Ver Figura 4). En ambos tipos de gráficos se analiza la heterogeneidad trazando una línea horizontal (en el primer gráfico) o vertical (en el segundo) que pase por el valor del efecto ponderado (ver más adelante) y valorando la simetría a ambos lados de dicha línea.

Dado el alto grado de subjetividad que plantea el anterior método gráfico (13) se recomienda completar el análisis del sesgo de publicación con diversos métodos estadísticos que existen al respecto, entre los cuales tenemos (14): el método de Begg, el método de Egger y la regresión sobre el gráfico de embudo de Macaskill y cols. (18). Siguiendo a Palma y Delgado (14), el método de Begg (15) no debe utilizarse, ya que tiene menor sensibilidad y especificidad que los otros dos. En relación a los dos últimos métodos, el de regresión sobre el gráfico de embudo podría presentar menos falsos positivos (error alfa) que el de Egger, si bien éste presenta mayor potencia estadística y discriminatoria a igualdad de error tipo I (16).

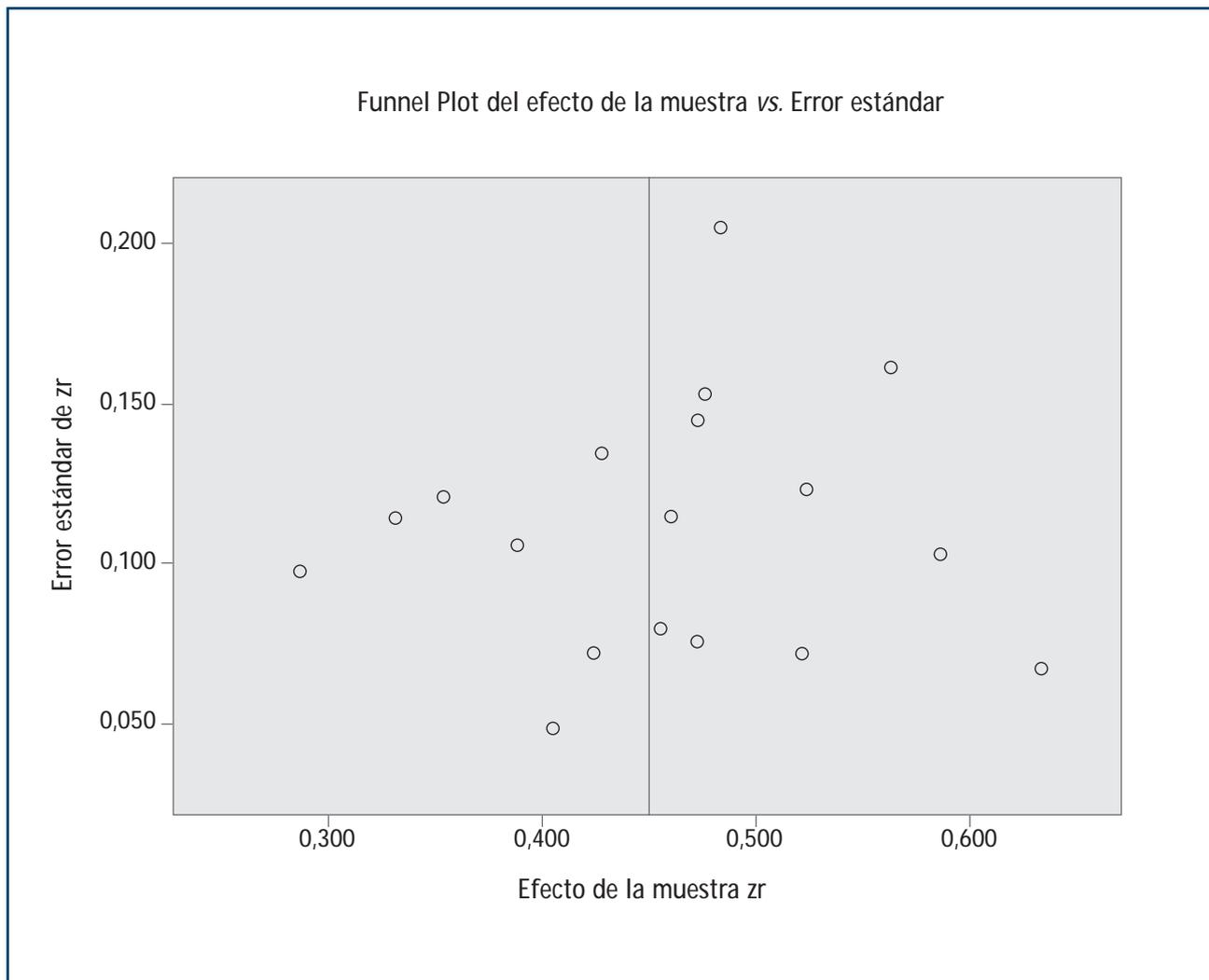


Figura 4. Ejemplo de gráfico de árbol de Navidad

El método de Egger (17) consiste en una regresión lineal simple en la que la variable dependiente es el valor z del tamaño del efecto de cada estudio y la variable independiente su error estándar. Si el valor de la ordenada en el origen (β_0) se acerca a 0 y su valor de p es no significativo, se considera que no hay sesgo de publicación. El caso contrario pone de manifiesto que los estudios pequeños solamente se publican cuando sus resultados son significativos, forzando a la recta de regresión a cruzar el eje de ordenadas alejada del valor 0 (14).

La regresión sobre el gráfico de embudo (18) se lleva a cabo realizando una regresión lineal simple en la que la variable dependiente es el tamaño del efecto de cada estudio (ponderado con el inverso de la varianza) y la variable independiente es su tamaño muestral. En dicha regresión se analiza el valor de la pendiente de la recta (β_1), de manera que si dicho valor se acerca a 0 y su valor de p es no significativo, se considera que no hay sesgo de publicación. Una pendiente de la recta de regresión próxima al valor 0 sugiere que la influencia de los estudios por encima del valor ponderado del efecto es similar a la de los situados por debajo de dicho valor para los distintos tamaños muestrales (14).

Hay que tener en cuenta que el sesgo de publicación está relacionado con la heterogeneidad de los resultados del metaanálisis, ya que a veces el sesgo de publicación puede ser el responsable de la ausencia de heterogeneidad en los resultados. Por tanto, la ausencia de heterogeneidad únicamente puede demostrarse en ausencia de sesgo de publicación.

Existen diversos métodos que podríamos denominar de corrección del sesgo de publicación. Estos métodos permiten calcular el valor de efecto estudiado en condiciones hipotéticas de ausencia de sesgo de publicación. Por supuesto, estos cálculos no son definitivos, pero sí permiten, como mínimo, analizar cuál ha sido el impacto del sesgo de publicación en los resultados del metaanálisis. Entre dichos métodos cabe destacar por su utilidad el método *Trim and Fill* (19) y el método de Vevea y Woods (13). Por su grado de especialización no vamos a describir dichos métodos en este artículo, pero el lector interesado puede consultar a Palma y Delgado (14) para el método *Trim and Fill* y a Vevea y Woods (13) para el método de dichos autores.

Cálculo del tamaño del efecto promedio

El cálculo del tamaño del efecto promedio dependerá de la medida del efecto que se haya elegido para integrar los resultados de los diferentes estudios y del método de análisis. En la Tabla 2 aparecen los distintos métodos disponibles para las medidas de efecto más utilizadas.

De todos ellos nos centraremos en los métodos relacionados con el coeficiente de correlación lineal simple de Pearson (r), por ser frecuente en la literatura enfermera y estar poco representados en los manuales sobre metaanálisis de ciencias de la salud. Los métodos de Rosenthal y Rubin, Hedges y Olkin y Hedges y Vevea son similares, por lo que describiremos el último. De entre los métodos para efectos aleatorios, Brannick y cols. (20), en un análisis comparativo de diversos métodos; recomienda el método de Hunter y Schmidt, que será el que describiremos.

Tabla 2. Métodos de integración de los resultados en un metaanálisis

Medida	Efectos fijos	Efectos aleatorios
RR, OR, RAR	Mantel-Haenzel Inverso de la varianza	DerSimonian-Laird
d	Inverso de la varianza, con ajustes de Cohen, Glass o Hedges	DerSimonian-Laird, con ajustes de Cohen, Glass o Hedges
r	Transformaciones de Fisher con ponderación por el inverso de la varianza (Rosenthal y Rubin, Hedges y Olkin y Hedges y Vevea)	Hunter y Schmidt Hedges y Vevea

Abreviaturas: RR: riesgo relativo, OR: *odds ratio*, RAR: reducción absoluta del riesgo (también denominado diferencia de riesgos), d : d de Cohen (diferencia estandarizada de medias), r : coeficiente de correlación de Pearson

El método de Hedges-Vevea para efectos fijos (21) (los métodos de Rosenthal y Rubin y de Hedges-Olkin son prácticamente similares a éste), se basa en el cálculo de la transformación de Fisher para cada valor de r (z_r) y en el cálculo del valor promedio de las transformaciones de Fisher de los coeficientes r de cada estudio (\bar{z}_r), ponderando por el inverso de la varianza. Una vez calculado este valor, se calcula su intervalo de confianza (IC) al 95% y se transforman el valor promedio y su IC en valores r . En el Cuadro 2 se muestran las fórmulas para dichos cálculos.

El método de Hunter y Schmidt (2) se basa en el cálculo del coeficiente r promedio ponderando por tamaño muestral (\bar{r}) y el posterior cálculo de sus intervalos de credibilidad, los cuales están basados en la varianza real de las correlaciones poblacionales, es decir, la varianza corregida por el error de muestreo (σ_p^2). Dicha varianza se calcula restando la varianza debida al error de muestreo a la varianza total observada en las correlaciones empíricas. En el Cuadro 3 aparecen las fórmulas para la realización de los mencionados cálculos.

Field y Gillett (22) han desarrollado varias sintaxis de SPSS para muchos de los procedimientos descritos en la Tabla 2. Concretamente, podemos encontrar sintaxis que nos ayuden a la realización de metaanálisis básicos para coeficientes r y d de Cohen. Dichas sintaxis, junto con las explicaciones pertinentes de cómo utilizarlas, pueden encontrarse en la página web de los autores (23).

Analizar la sensibilidad

Este análisis consiste en la realización de varios metaanálisis con subgrupos de estudios o con distintos tipos de análisis. Entre las posibilidades del análisis por subgrupos de estudios tenemos: estudios de alta calidad metodológica frente a estudios de baja calidad, estudios de muestras grandes frente a estudios de muestras pequeñas, estudios publicados frente a no publicados. También es posible analizar la muestra total de estudios frente al resultado que se obtiene al excluir los estudios *outliers* (fuera de la nube de puntos del gráfico de embudo o de árbol de Navidad), al excluir los estudios con muestras muy grandes, etc. A este último tipo de análisis de sensibilidad se le llama también análisis de la influencia. Entre las posibilidades de análisis por subgrupos de análisis tenemos, por ejemplo, efectos fijos frente a efectos aleatorios.

La coincidencia de los resultados de las distintas posibilidades de metaanálisis anteriormente mencionadas aporta robustez a las conclusiones de la revisión sistemática.

Cuadro 2. Fórmulas para la aplicación del método de efectos fijos para la r

Transformación de Fisher para la r :	$z_r = 0,5 \times \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)$
z_r promedio ajustada por el inverso de la varianza:	$\bar{z}_r = \frac{\sum(N_i-3)z_{ri}}{\sum(N_i-3)}$
Error estándar de \bar{z}_r :	$SE(\bar{z}_r) = \sqrt{\frac{1}{\sum(N_i-3)}}$
Intervalo de confianza al 95%:	$IC = \bar{z}_r \pm 1,96 \times SE(\bar{z}_r)$
Conversión de valores z_r en r :	$r = \frac{e^{(2 \times z_r)} - 1}{e^{(2 \times z_r)} + 1}$

Abreviaturas: ln: logaritmo neperiano, Ni: tamaño muestral de cada estudio, Zri: valor de la transformación de Fisher del coeficiente de correlación de Pearson de cada estudio, r: coeficiente de correlación de Pearson de cada estudio, e: número e

Cuadro 3. Fórmulas para la aplicación del método de efectos aleatorios de Hunter y Schmidt para metaanálisis con coeficiente r

Coeficiente r promedio:	$\bar{r} = \frac{\sum N_i r_i}{\sum N_i}$
Varianza observada:	$\sigma_r^2 = \frac{\sum N_i (r_i - \bar{r})^2}{\sum N_i}$
Varianza debida al error de muestreo:	$\sigma_e^2 = \frac{(1 - \bar{r}^2)^2}{(\sum N_{i/k}) - 1}$
Varianza real:	$\sigma_p^2 = \sigma_r^2 - \sigma_e^2$
Intervalos de credibilidad de r al 95%:	<i>Intervalos de credibilidad de $\bar{r} = \bar{r} \pm 1,96 \sqrt{\sigma_p^2}$</i>

Abreviaturas: Ni: tamaño muestral de cada estudio, ri: coeficiente de correlación de Pearson de cada estudio, \bar{r} : coeficiente de correlación promedio ponderado por tamaño muestral, k: número de estudios

Análisis de la heterogeneidad de los resultados

La valoración de la heterogeneidad de los resultados de los distintos estudios se lleva a cabo mediante diversos procedimientos estadísticos. Probablemente el método más utilizado sea el test basado en el estadístico Q desarrollado por Cochran (24), el cual analiza la hipótesis nula de igualdad de los efectos de los distintos estudios incluidos en el metaanálisis. Dicho estadístico sigue una distribución χ^2 y se computa calculando las diferencias cuadráticas del efecto de cada estudio respecto del efecto promedio y ponderando dichas diferencias por el mismo método de ponderación utilizado en el cálculo del efecto promedio (tamaño muestral o inverso de la varianza). La interpretación del test, dado que lo que se contrasta es la hipótesis nula de igualdad de efectos es: si $p \geq 0,05$, se acepta la igualdad de efectos y por tanto se afirma ausencia de heterogeneidad; si $p < 0,05$, se rechaza la igualdad de efectos y se afirma la heterogeneidad. El test tiene el inconveniente de su escasa potencia estadística (25), lo cual implica importantes exigencias en cuanto a tamaño muestral y puede llevar a falsas conclusiones de ausencia de heterogeneidad cuando no se cumplen dichas exigencias. Para evitar esto, diversos autores han desarrollado métodos para calcular la potencia estadística de dicho test, como es el caso de Hedges y Pigott (26).

Higgins y cols. (27) han propuesto una alternativa al anterior método que han denominado I2 y que suele conocerse como grado de inconsistencia. Dicho índice se calcula en base al estadístico Q ($(Q - [k - 1]) / Q * 100$, siendo k el número de estudios) y se interpreta como ausencia de heterogeneidad cuando posee el valor 0 (o valores negativos) y máxima heterogeneidad cuando alcanza el valor 100. Los autores han propuesto los siguientes puntos de corte para la interpretación del índice (27): 25% heterogeneidad pequeña, 50% media y 75% alta.

Por otro lado, Hunter y Schmidt (2) han propuesto un método de valoración de la heterogeneidad basado en su anteriormente comentado modelo de efectos aleatorios, de forma que si al menos el 75% de la varianza observada está explicada por la varianza debida al error de muestreo, es decir, si la varianza debida al error de muestreo supone al menos el 75% de la varianza observada ($100 * \sigma_e^2 / \sigma_r^2 \geq 75$) los efectos se consideran homogéneos, mientras que si es inferior al 75% se concluye que existe heterogeneidad entre los efectos estudiados.

Como ya se ha dicho anteriormente, en caso de que exista alta heterogeneidad está desaconsejada la realización del metaanálisis. Si dicha heterogeneidad es media-alta, es necesario explorar las fuentes de heterogeneidad, es decir, la existencia de variables moderadoras que expliquen dicha heterogeneidad. Dicho de otro modo, hay que identificar variables que expliquen la variabilidad en los resultados de los estudios. Como ya se ha comentado anteriormente, dichas variables pue-

den ser las características de los estudios analizados (diseño, calidad, tamaño muestral, tipo de muestreo, etc.) o de la población estudiada (género, edad, etc.).

Para analizar las fuentes de heterogeneidad pueden segmentarse los estudios por las anteriores variables, realizar metaanálisis en los distintos subgrupos de estudios y ver si los resultados coinciden o no (al estilo del análisis de la sensibilidad). En caso de los resultados de los grupos fuesen homogéneos dentro de cada grupo, la variable utilizada para formar los subgrupos explicaría la heterogeneidad.

Otra opción posible para el estudio de la heterogeneidad es la anteriormente mencionada meta-regresión. Esta técnica estadística funciona igual que una regresión múltiple, donde la variable dependiente es el efecto estudiado y las variables independientes son las posibles variables moderadoras o explicativas de la heterogeneidad. Aquellas variables que demuestren asociación estadística con la variable independiente serán las variables moderadoras que permiten explicar la heterogeneidad. Hoy en día cada vez son más los paquetes estadísticos de metaanálisis que incluyen esta opción, amén de existir una amplia oferta de macros diseñadas para ser ejecutadas con los paquetes estadísticos más habituales (ver a modo de ejemplo las sintaxis para SPSS propuestas por Field y Gillett para el análisis de la heterogeneidad (23)).

Interpretación de los resultados

Este apartado debe incluir el análisis de las limitaciones de la revisión sistemática, la valoración de la fuerza de la evidencia que aportan sus conclusiones, la aplicabilidad de las mismas, el ámbito de generalización de las conclusiones y las implicaciones para futuras investigaciones.

Elaboración del informe final

Para ver las partes que debe tener un informe de investigación sobre una revisión sistemática podemos apoyarnos en las listas de comprobación para revisiones sistemáticas de ensayos clínicos (PRISMA (10)) o de estudios observacionales (MOOSE (28)). De cualquier forma, hay algunas recomendaciones que no se deben olvidar al elaborar el informe de investigación: 1) presentar los resultados de los estudios incluidos y excluidos en un diagrama de flujo, 2) presentar una estadística de estudios excluidos por cada causa de exclusión (no cumplimiento de criterios de inclusión y de calidad), 3) incluir la información de los estudios incluidos en forma de tabla y 4) incluir una lista de referencias de los estudios excluidos (al menos por no cumplir los criterios de calidad). En los artículos de revistas científicas, el punto 3 (en el caso de revisiones con metaanálisis) y el punto 4 (en cualquier caso) no suelen incluirse en el texto, siendo conveniente que aparezcan como material complementario al artículo.

Revisiones y evidencia científica

Para finalizar este apartado de revisiones, interesa exponer algunas ideas sobre el nivel de evidencia científica aportado por las revisiones sistemáticas, ya que de ello va a depender la utilidad de sus conclusiones en la práctica clínica.

En este sentido, es necesario comentar que las revisiones sistemáticas con metaanálisis realizadas a partir de ECA's aportan la máxima evidencia posible, pero no siempre se disponen de suficientes ECA's para hacer una revisión adecuada. Otras veces el tema de estudio es un factor de riesgo y por tanto no es posible la experimentación. En ambos casos la alternativa es la revisión sistemática de estudios observacionales.

Dichas revisiones de estudios observacionales plantean el problema, ya comentado con anterioridad, de que los diseños observacionales no previenen *per se* el sesgo de confusión y de que los sesgos de selección son más frecuentes en diseños de casos y controles y descriptivos transversales que en el resto de diseños. Por tanto, en este tipo de revisiones el análisis de la calidad de los estudios debe incluir el control del sesgo de confusión y potenciar el control del sesgo de selección. Egger (1) plantea que, en las revisiones de estudios observacionales, la realización de un metaanálisis no debe ser el objetivo principal, ya que la suma de estudios sesgados produciría resultados muy precisos pero erróneos. Por lo tanto, una estrategia adecuada para este tipo de revisiones consistiría en aplicar de forma muy estricta los criterios de calidad y realizar una valoración "cualitativa" de los datos de los estudios, con especial énfasis en el análisis de las posibles fuentes de heterogeneidad entre estudios.

En el caso concreto de las revisiones de estudios descriptivos transversales, a las anteriores precauciones hay que añadir que las conclusiones de dichas revisiones son tentativas, ya que, como se ha comentado anteriormente, dicho tipo de estudios no puede establecer causalidad. En este sentido, Melnyk y Fineout-Overholt (29) clasifican el nivel de evidencia aportado por las revisiones de estudios descriptivos transversales por debajo de la aportada por los estudios analíticos.

Bibliografía

- [1] Egger M, Smith GD, Altman D. Systematic reviews in health care: meta-analysis in context. 2nd ed. London: BMJ Books; 2001.
- [2] Hunter JE, Schmidt FL. Methods of meta-analysis: Correcting error and bias in research findings. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2004.
- [3] Cooper HM, Hedges LV, Valentine JC. The handbook of research synthesis and meta-analysis. New York: Russell Sage Foundation Publications; 2009.
- [4] Rotaecche del Campo R, Pérez Irazusta I, Etxeberria Agirre A, Balagué Gea A. Cómo formular preguntas clínicas contestables. Guías Clínicas Fisterra 2010; 10(18). [En línea] [fecha de acceso: 11 de noviembre de 2013]. URL disponible en: http://www.cochrane.es/files/Recursos/Formulacion_Preguntas_Clinicas_FISTERRA.pdf
- [5] Centre for Reviews Dissemination. Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. York: Centre for Reviews and Dissemination, University of York; 2009.
- [6] Critical Appraisal Skills Programme. Herramientas de lectura crítica. Oxford: Institute of Health Sciences, Oxford University; 2012. [En línea] [fecha de acceso: 11 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://redcaspe.org/drupal/?q=node/29>
- [7] Moher D, Schulz K, Altman D. La Declaración CONSORT: Recomendaciones revisadas para mejorar la calidad de los informes de ensayos aleatorizados de grupos paralelos. Rev Sanid Milit 2002; 56(1):23-28.
- [8] Vallvé C, Artés M, Cobo E. Estudios de intervención no aleatorizados (TREND). Medicina Clin 2005; 125:38-42.
- [9] Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Declaración de la iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology): Directrices para la comunicación de estudios observacionales. Gac Sanitaria 2008; 22(2):144-150.
- [10] Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. J Clin Epidemiol 2009; 62(10):1006-12.
- [11] Sánchez-Meca J. Metaanálisis para la investigación científica. En: Sarabia Sánchez F (ed.). Metodología para la investigación en marketing y dirección de empresas. Madrid: Pirámide; 1999. p. 173-201.
- [12] Schmidt FL, Oh IS, Hayes TL. Fixed- versus random-effects models in meta-analysis: model properties and an empirical comparison of differences in results. Br J Math Stat Psychol 2009; 62(Pt 1):97-128.
- [13] Vevea JL, Woods CM. Publication bias in research synthesis: sensitivity analysis using a priori weight functions. Psychol Methods 2005; 10(4):428-443.
- [14] Palma Pérez S, Delgado Rodríguez M. Consideraciones prácticas acerca de la detección del sesgo de publicación. Gac Sanitaria 2006; 20:10-16.
- [15] Begg CB, Mazumdar M. Operating characteristics of a rank correlation test for publication bias. Biometrics 1994; 50(4): 1088-101.
- [16] Hayashino Y, Noguchi Y, Fukui T. Systematic evaluation and comparison of statistical tests for publication bias. J Epidemiol 2005; 15(6):235-243.
- [17] Egger M, Davey Smith G, Schneider M, Minder C. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. BMJ 1997; 315(7109):629-634.
- [18] Macaskill P, Walter SD, Irwig L. A comparison of methods to detect publication bias in meta-analysis. Stat Med 2001; 20(4):641-654.
- [19] Duval S, Tweedie R. Trim and Fill: A Simple Funnel Plot-Based Method of Testing and Adjusting for Publication Bias in Meta-Analysis. Biometrics 2000; 56(2):455-463.

- [20] Brannick MT, Yang L-Q, Cafri G. Comparison of weights for meta-analysis of r and d under realistic conditions. *Organizational Research Methods* 2011; 14(4):587-607.
- [21] Hedges LV, Vevea JL. Fixed-and random-effects models in meta-analysis. *Psychological methods* 1998; 3(4):486-504.
- [22] Field AP, Gillett R. How to do a meta-analysis. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology* 2010; 63(3):665-694.
- [23] Field AP, Gillett R. How to do a meta-analysis. 2009. [En línea] [fecha de acceso: 11 de noviembre de 2013]. URL disponible en: http://www.statisticshell.com/meta_analysis/how_to_do_a_meta_analysis.html
- [24] Cochran WG. The combination of estimates from different experiments. *Biometrics* 1954; 10(1):101-129.
- [25] Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003; 327(7414):557.
- [26] Hedges LV, Pigott TD. The power of statistical tests in meta-analysis. *Psychological methods* 2001; 6(3):203.
- [27] Higgins J, Thompson S, Deeks J, Altman D. Statistical heterogeneity in systematic reviews of clinical trials: a critical appraisal of guidelines and practice. *Journal of health services research & policy* 2002; 7(1):51-61.
- [28] Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. *JAMA* 2000; 283(15):2008-12.
- [29] Melnyk B, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

bibliotecadigital

Grupo Paradigma

Ya en tu Apple

Ahora, con la **nueva app** para iPad, Ipad Mini, iPhone y iPod Touch, podrás descargarte los libros que contiene tu biblioteca personalizada, adquirir más libros a través de la App Store y consultarlos desde tu dispositivo **cuando quieras y donde quieras**, sin necesidad de estar conectado a Internet.



Y por ser miembro de la Comunidad metas benefíciate de **grandes descuentos** EN NUEVOS LIBROS

Empieza a disfrutar ya de las ventajas de pertenecer a la



 Disponible en el **App Store**

¹ María Isabel de Dios Pérez
² Trinidad Carrión Robles

Evaluación y actualización de la *Guía para realizar talleres con personas cuidadoras* del distrito sanitario Valle del Guadalhorce (Málaga)

¹ Enfermera Graduada por la Universidad de Málaga.

Dirección de contacto: dediper@hotmail.com

² Profesora Titular. Departamento de Enfermería. Universidad de Málaga.

Resumen

Introducción: las personas cuidadoras son el cimiento principal de la prestación de cuidados en la comunidad. Esto justifica la relevancia de las guías enfermeras utilizadas en los talleres con personas cuidadoras y la necesidad de considerarlas a efectos de su actualización y puesta en valor.

Objetivo: evaluar y actualizar la Guía para realizar talleres con personas cuidadoras del Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce de Málaga.

Material y métodos: tras seleccionar la guía identificada se realizó una revisión bibliográfica de guías para cuidadoras en español, revisiones sistemáticas y metaanálisis y se procedió a la evaluación de dicha guía mediante el instrumento AGREE II, adaptado a la guía.

Resultados: se identificaron áreas susceptibles de mejora; alcance y objetivo, equipo de elaboración, metodología, presentación, formato, aplicación y evaluación de la guía. Por ello, presentamos un conjunto de aportaciones y propuestas con el propósito de actualizar y optimizar la presente guía.

Discusión y conclusiones: la evaluación realizada nos ha permitido la actualización de la guía. Consideramos que sería conveniente probarla para llegar a ponerla en práctica con el objetivo de mejorar los resultados asistenciales de los talleres y, por tanto, mejorar la calidad de vida y salud de las personas cuidadoras. La evaluación periódica de la guía resulta de gran interés a efectos de su actualización y efectividad.

Palabras clave: guía; personas cuidadoras; cuidados; talleres; intervenciones.

Abstract

Assessment and updating of the *Guideline for workshops with caregivers* in the Healthcare District Valle del Guadalhorce (Málaga)

Introduction: Caregivers are the mainstay for community health care. Thus, nursing guidelines used in workshops with caregivers are particularly relevant, and should be updated and valued.

Purpose: To assess and update the Guideline for workshops with caregivers in the Healthcare District Valle del Guadalhorce at Málaga.

Material and methods: Once the identified guide had been selected, a literature search for Spanish-language guidelines for caregivers, systematic reviews and meta-analysis was carried out, and the guide was evaluated with the AGREE II tool, adapted to the specific guideline.

Results: Three areas that could be improved were found; scope and aim, team for developing the guideline, methodology, presentation, format, application, and assessment of the guideline. A set of contributions and proposals are provided; they are intended to update and optimize the present guideline.

Discussion and conclusions: Our evaluation has allowed a guideline updating to be performed. The updated guideline should be tested and implemented in practice to improve healthcare outcomes from workshops and, as a result, to improve caregivers' quality of life and health. Regular evaluation of the guideline is important to keep it updated and effective.

Key words: Guideline; Caregiver people; Care; Workshops; Interventions.

Introducción

Actualmente las personas cuidadoras son el cimiento principal del sistema de prestación de cuidados sociosanitarios.

El trabajo de cuidar existe desde tiempos remotos, pero durante las últimas décadas se asiste a una serie de cambios socioculturales, económicos, epidemiológicos y demográficos que reflejan la necesidad de plantear nuevas alternativas con respecto al cuidado de la salud. Según el Instituto Nacional de Estadística (2012) en España se alcanza una esperanza de vida de las más altas de la Unión Europea, que ronda los 84,9 años para las mujeres y los 78,6 años en los hombres (1). Además de la alta esperanza de vida existen otros patrones tales como: una mayor supervivencia de personas enfermas o discapacitadas y un envejecimiento progresivo de la población que requieren de una gran necesidad de apoyos y cuidados a fin de que estas personas puedan seguir llevando a cabo las actividades de su vida diaria.

La alta demanda de cuidados va asociada a una creciente necesidad de personas que se dediquen a la prestación de estos cuidados. En este punto es donde toman relevancia las personas cuidadoras no profesionales. Según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (INE, 2013) un 66% de la población adulta se dedica al cuidado de personas con alguna enfermedad o discapacidad (2).

Al hablar de personas cuidadoras se distingue entre: cuidadores profesionales, es decir, los propios profesionales enfermeros; y por otro lado, las personas cuidadoras no profesionales. Dentro de esta categoría se diferencian las cuidadoras no profesionales asalariadas y las cuidadoras no profesionales no asalariadas. Estas últimas son las que con frecuencia y tradicionalmente se han llamado *cuidadoras informales*. Si bien es cierto que durante las últimas décadas las *cuidadoras informales* han pasado a llamarse *cuidadoras principales*. "El cuidador principal suele definirse como aquel individuo que dedica una gran parte de su tiempo, medido en número de horas al día, al cuidado de un enfermo y que ha realizado las tareas de cuidado durante un mínimo de 6 semanas" (3).

Además de las personas cuidadoras como pilar fundamental en la prestación de cuidados hay que mencionar la atención domiciliaria por parte del equipo de Atención Primaria. En este ámbito es donde adquiere un papel destacado la enfermera comunitaria, jugando un rol determinante como proveedora de cuidados a personas enfermas o dependientes, así como agente activo en la promoción de la salud y garante de la continuidad de cuidados.

Al hablar de cuidado no se puede dejar de hablar de la mujer. El cuidado frecuentemente es realizado por una única cuidadora principal; papel asumido en su mayoría por las mujeres, puesto que la función de cuidar ha estado ligado durante años, inevitablemente a un rol de género. García-Calvente (1999) afirma: "Esta tarea es realizada en su mayor parte por mujeres. Por tanto, aunque cada día es mayor el papel de los hombres como cuidadores, la atención informal, hoy por hoy, se escribe en femenino"(4). La misma García-Calvente (2004) establece el perfil de las cuidadoras: "el perfil típico de la persona cuidadora principal es el de una mujer, ama de casa, con una relación de parentesco directa (por lo general, madre, hija o esposa) y que convive con la persona a la que cuida"(5).

Cuidar tiene importantes repercusiones en la calidad de vida, en el bienestar y en la salud de la persona cuidadora. El hecho de cuidar tiene un fuerte impacto en diversos ámbitos de la vida de la cuidadora, ya que es necesaria la entrega por completo al cuidado de la persona enferma o dependiente. Esto hace que la persona cuidadora tenga que abandonar sus proyectos personales y reduce, de manera significativa su vida social y familiar, viéndose afectadas también las esferas laboral y económica. Además es muy relevante el coste que supone cuidar la salud de la cuidadora, tanto física como psicológica. Según M^a Angeles Durán (2006), "en España, la persona cuidadora familiar cuida durante muchos años y su expectativa es seguir haciéndolo; tiene patologías múltiples, especialmente cansancio, carencia y trastornos del sueño, dolores de espalda y, frecuentemente, depresión; sin tiempo ni oportunidad de cuidarse a sí misma y siente miedo respecto a su futuro"(6).

Tal es la trascendencia que tiene cuidar de la salud de la cuidadora que se ha llegado a acuñar el término *síndrome del cuidador*, como si de una patología se tratase, además de dotarlo de otros muchos nombres (*sobrecarga, cansancio del rol del cuidador...*). En consecuencia, en la NANDA existen dos diagnósticos reservados exclusivamente para la persona cuidadora: 00061 *Cansancio del rol del cuidador* y 00062 *Riesgo de cansancio del rol del cuidador* (7), en la NOC existe como objetivo: 2508 *Bienestar del cuidador* y por último (8), en la NIC aparece como intervención: 7040 *Apoyo al cuidador principal* (9).

En Andalucía cabe mencionar la aprobación de los Decretos 137/2002, 18/2003 y 7/2004 de *Apoyo a las familias andaluzas* (BOJA núm. 56, 2004)(10), tras los cuales se puso en marcha el *Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía* en 2005 por parte de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. El objetivo general de este Plan es mantener y me-

jorar la atención a las cuidadoras y así, mejorar la calidad de vida relacionada con su salud. De esta manera, las personas que realizaban cuidados informales pasaron a convertirse en población diana de la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud.

Una vez introducido el marco y la situación en la que se encuentran actualmente las personas cuidadoras no profesionales o cuidadoras principales, cabe mencionar la *"Guía para realizar talleres con personas cuidadoras"* del distrito sanitario *"Valle del Guadalhorce"* de Málaga. Esta Guía ha sido ampliamente utilizada en los talleres realizados durante el periodo 2005-2012 en el distrito sanitario *"Valle del Guadalhorce"*, tal y como puede apreciarse en las Tablas 1 y 2. Sus autores, Botella Cumpián e Izquierdo Carrasco (2010) afirman: "la Guía quiere ser un elemento de ayuda para profesionales enfermeros que en su quehacer profesional realizan talleres con personas cuidadoras, entendiendo a la persona cuidadora como una usuaria más del sistema de salud"(11). De este modo, la Guía sirve a los profesionales de enfermería como herramienta para apoyar, orientar y ayudar a estas personas a hacer frente al cuidado de las personas dependientes de su entorno familiar, así como a tener en cuenta y potenciar su autocuidado.

Y, en este sentido, la Guía merece ser evaluada y actualizada en colaboración con la institución sanitaria a fin de mantener su calidad, fiabilidad y utilidad. Al hacer aportaciones desde la evidencia científica, se consiguen los resultados en salud que se pretenden (12).

Objetivos

Con el objetivo general de evaluar y actualizar la *"Guía para realizar talleres con personas cuidadoras"* del distrito sanitario *"Valle del Guadalhorce"* de Málaga, se establecieron los siguientes objetivos específicos:

- Analizar la *"Guía para realizar talleres con personas cuidadoras"*.
- Identificar contenidos y recomendaciones presentes en dicha guía que sean susceptibles de mejora.
- Proponer un conjunto de aportaciones pertinentes dirigidas a renovar y optimizar la guía.

Material y métodos

Tras seleccionar la *Guía para realizar talleres con personas cuidadoras del Distrito Sanitario "Valle del Guadalhorce"*, se procedió a realizar una búsqueda y revisión de la bibliografía relacionada, incluyendo guías para cuidadoras en español, revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre la efectividad de las intervenciones con las personas cuidadoras, con las palabras claves: cuidadoras, *caregivers*, mayores, *elderly*, guías, guidelines, cuidados familiares, family care, cuidar al cuidador y guía de cuidados en los buscadores: Cochrane Plus, Cuiden, PubMed, Resúmenes Cochrane y Scielo.

Tabla 1. Número de talleres dirigidos a personas cuidadoras realizados al año en el distrito sanitario *"Valle del Guadalhorce"* durante el periodo 2005-2012

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº de talleres	24	29	37	34	38	33	25	25

Tabla 2. Número de cuidadoras asistentes a los talleres por año en el distrito sanitario *"Valle del Guadalhorce"* durante el periodo 2005-2012

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº de cuidadoras	376	334	341	387	463	380	427	349

Para analizar y evaluar el contenido de la guía se ha seguido el modelo de evaluación orientado por criterios mediante el Instrumento Agree II. Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica". Este instrumento consta de 23 criterios organizados en seis áreas (13).

Dado que en este caso no se trata de una Guía de Práctica Clínica, se adaptó el Instrumento AGREE II a las características de la *"Guía para realizar talleres con personas cuidadoras"*, procediendo a excluir el área de "independencia editorial" y uniendo el área de "aplicabilidad" con la de "presentación y formato". De este modo, las áreas evaluadas han sido:

- Alcance y objetivo de la guía.
- Composición del equipo de elaboración y pilotaje.
- Métodos de elaboración.
- Presentación, formato y aplicación.
- Evaluación de la guía.

Resultados

Los documentos obtenidos en la revisión bibliográfica pueden verse en la Tabla 3 y las aportaciones concretas a la guía se encuentran en el área correspondiente.

Tabla 3. Revisión bibliográfica

Referencia bibliográfica	Enlace
Álvarez M, Morales JM. Guía para cuidadoras de personas dependientes. Málaga: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. 2007.	
Candy B, Jones L, Drake, R, Leurent B, King M. Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease (Review). 2011.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21678368
Centers for Disease Control and Prevention and the Kimberly-Clark Corporation. Assuring healthy caregivers. A public health approach to translating research into practice: the Re-Aim framework. Neenah, WI: Kimberly-Clark Corporation. 2008.	http://www.cdc.gov/aging/caregiving/assuring.htm
Ferré-Grau C, Rodero-Sánchez V, Cid-Buera D, Vives-Relats C, Aparicio-Casals MR. Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al cuidador en Atención Primaria. Tarragona: Publidisa; 2011.	
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Grupo de trabajo de implicación de pacientes en el desarrollo de GPC. Implicación de Pacientes en el Desarrollo de Guías de Práctica Clínica: Manual Metodológico. Ministerio de Economía y Competitividad. 2013.	http://www.guiasalud.es/web/guest/manual-pacientes
Servicio Andaluz de Salud. Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía – Consejería de Salud; 2005.	
Servicio de Salud del Principado de Asturias. Guía de atención a las personas cuidadoras. Gobierno del Principado de Asturias; 2006.	
Smith E, Broughton M, Baker R, Pachana, N, Angwin, A, Humphreys, Chenery H. Memory and communication support in dementia: research-based strategies for caregivers. <i>International Psychogeriatrics</i> 2011; 23(2):256-263.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20849676
Valero Cantero I, García Guerrero A. Guía para personas cuidadoras. Fundación Jorge Queraltó. 2006.	

A continuación se describen los aspectos evaluados y las propuestas de mejora en las áreas identificadas:

Alcance y objetivo de la guía

En lo que respecta a la introducción y el estado actual de las personas de la *"Guía para realizar talleres con personas cuidadoras"* se podrían incorporar datos estadísticos que justifiquen el incremento de la necesidad de cuidados. Dichos datos aportan información relativa a la demografía y sanidad procedentes del Instituto Nacional de Estadística (INE).

En este sentido, se propone que se aporten datos de la alta esperanza de vida en España: 84,9 años para las mujeres y 78,6 años para los varones, según el INE (2012) (1), además de mencionar la tasa bruta de mortalidad, la cual ha ido disminuyendo en los últimos años hasta situarse en 8,25 por cada 1.000 habitantes. Asimismo, también se podrían añadir datos sobre el porcentaje de personas que se dedica al cuidado de personas, constituyendo un 66% de la población adulta, según la *"Encuesta Nacional de Salud"* del INE (2013) (2). Por otro lado, una aportación relevante en lo que concierne a los cuidados es incluir en la introducción el perfil de las personas cuidadoras y se propone tener en cuenta la *"Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud"* (14).

En lo que respecta a la adecuación de los objetivos, la presente guía consta de tres objetivos generales: dos de los cuales están centrados en torno a la persona cuidadora, su salud, autoestima y su autocuidado; y uno que está centrado en torno a la persona cuidada y la calidad de los cuidados que recibe. En este sentido, se propone que el último objetivo se realice preferentemente en visitas domiciliarias en lugar de en los talleres. Este objetivo lo puede efectuar el enfermero gestor de casos, así como el enfermero de salud familiar y comunitaria. Al llevarse a cabo este objetivo en el domicilio, en lugar de en los grupos psicoeducativos de los talleres, se favorecerá una mayor personalización y se podrán tener en cuenta las necesidades individuales de cada persona cuidadora de una manera más concreta.

En cuanto a la claridad en la definición de los pacientes y escenarios clínicos en los que ha de aplicarse la *"Guía para realizar talleres con personas cuidadoras"* cabe realizar la siguiente aportación: incluir en los talleres a grupos de personas cuidadoras que recientemente han dejado de serlo. Ferré-Grau et al. (15) consideran conveniente la inclusión de personas cuidadoras que han finalizado el proceso de cuidar entre sus objetivos a tener en cuenta a la hora de prestar atención a la cuidadora. De este modo se podrían aprovechar los talleres para proporcionar ayuda a la persona cuidadora en el momento en el que se separa de la persona a la que cuida. Además de esto, los talleres con este tipo de personas, podrían facilitarles la transformación y reorganización de su vida tras la pérdida de la persona a la cual cuidaban, así como apoyar y acompañar en la adaptación de la nueva situación a la que se enfrentan.

Composición del equipo de elaboración y pilotaje

Al evaluar la inclusión de las disciplinas requeridas en el grupo que realizó la *"Guía para realizar talleres con personas cuidadoras"*, y con vistas a optimizar este ítem de la guía, se aporta como mejora la inclusión de profesionales del campo de la psicología en el equipo de trabajo. Además de esto, también se propone la inclusión en el equipo de trabajo de personas cuidadoras. Es importante que en la elaboración y desarrollo de la *"Guía para realizar talleres con personas cuidadoras"* participen aquellos sujetos que de una manera u otra, van a ser usuarios de esta misma guía, o puedan verse implicados en las recomendaciones.

La propuesta de incluir a las personas cuidadoras en el equipo de trabajo, puede facilitar la labor de la creación de la guía con relación a las necesidades y prioridades de la población sobre la cual versa dicha guía, a la vez que incrementa la calidad, aceptación y uso; tal como recomienda el Programa de Guías de Práctica Clínica (GPC) del Sistema Nacional de Salud en su reciente publicación *"Implicación de Pacientes en el Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. Manual Metodológico (2013)"*.

En lo que concierne al grupo de profesionales-diana destinatarios de la guía, se propone que se destine un apartado denominado *"Usuario diana"* en el cual se explique abiertamente los profesionales-diana, para que el lector pueda reconocer de inmediato si la guía es relevante para ellos. Como ejemplo, se sugiere lo siguiente: *"Usuario diana: esta guía para realizar talleres con personas cuidadoras está especialmente dirigida a enfermeros/as de salud familiar y comunitaria, así como a enfermeros gestores de casos que trabajan en Atención Primaria. Su utilidad radica en que esta guía puede servir a las personas cuidadoras de enfermos y dependientes a mejorar su salud y calidad de vida a través de los talleres"*.

Métodos de elaboración

En relación con la base de evidencia sobre las personas cuidadoras, se propone la inclusión de la evidencia que se describe a continuación para ampliar la bibliografía sobre las intervenciones más eficaces en las cuidadoras: un metaanálisis denominado *"How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis"* (16) y una revisión sistemática denominada *"Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease"* (17).

Asimismo se aporta como mejora la inclusión de un nuevo tema para llevar a cabo en los talleres. Este tema se centra en *"La comunicación interpersonal"*. Tras la revisión de la "Guía de atención a personas cuidadoras" del Servicio de Salud del Principado de Asturias (18), se propone como temática de uno de los talleres la comunicación interpersonal, y resultaría oportuno dedicar un taller de esta guía a dicho tema. Así pues para sustentar esta recomendación se realiza una búsqueda bibliográfica y se aporta el siguiente artículo: *"Memory and communication support in dementia: researched-based strategies for caregivers"* (19).

Acerca de la revisión de la *"Guía para realizar talleres con personas cuidadoras"* por revisores externos antes de su publicación, cabe mencionar que en la misma no se encuentra expresamente descrito si se ha llevado a cabo una fase de revisión externa independiente. Para optimizar la guía en este aspecto, se sugiere que en la metodología de la misma se describa detalladamente que la presente guía sí ha sido revisada por expertos externos previa publicación, en este caso, fue revisada por la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC).

Presentación, formato y aplicación

En lo que concierne a la ordenación y presentación, y tras la revisión y evaluación de la guía cabe mencionar un aspecto susceptible de mejora. Se sugiere que tras la introducción y el prólogo de la presente guía se destine un apartado específico a la *"Justificación de la guía"* en el cual se haga hincapié en el propósito de la realización de los talleres y la importancia que tienen para la mejora de la calidad de vida y la salud de las personas cuidadoras.

Con el objetivo de mejorar la accesibilidad a la guía por parte de los profesionales, se recomienda que la *"Guía para realizar talleres con personas cuidadoras"* pueda encontrarse en formato online y colgada en la web del Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce. Asimismo, se recomienda que los talleres se diseñen en formato online para poder ofrecerlos en modalidad virtual o semi-presencial. En este sentido, las cuidadoras podrán beneficiarse de esto cuando no puedan asistir a alguna de las sesiones del taller. Redecker et al. (20) afirman que "las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) puede contribuir a mejorar la calidad de vida de los cuidadores y de su trabajo". De esta forma, la guía podrá estar a disposición de un mayor número de personas, ya sean profesionales de la salud o no, además de favorecerse así la difusión de la misma.

En lo que respecta a las posibles barreras en la aplicación de la *"Guía para realizar talleres con personas cuidadoras"*, se identifica y se aporta el siguiente aspecto como posible barrera en la aplicación de la presente guía: la disponibilidad de la persona cuidadora con respecto al taller. Este es un factor determinante para incluir a una cuidadora en los talleres. La persona cuidadora habrá de tener disponibilidad y accesibilidad al lugar y a la hora en que se realice el taller en cuestión (lugar cercano, horario compatible, una persona que la sustituya en casa con la persona a la que cuida...). Esto puede ser una verdadera barrera a la hora de poner en práctica los talleres con las personas cuidadoras.

Evaluación de la guía

Por último, en lo que respecta a los indicadores de evaluación sobre la realización de los talleres de la *"Guía para realizar talleres con personas cuidadoras"*, se propone que la misma amplíe sus indicadores de evaluación. A modo de ejemplo se sugiere que se tengan en cuenta aspectos tales como: *grado de aprendizaje sobre cuidados básicos en los talleres, grado en que los talleres han mejorado la situación de ansiedad o desánimo, si les ha gustado la dinámica y los temas abordados en los talleres y propuestas de mejora*. También se propone que esta evaluación permita medir el impacto de los talleres en las cuidadoras, tanto el impacto inmediato, como a medio y largo plazo. Del mismo modo, se sugiere que en la evaluación de la realización de talleres se aporten datos reales acerca del número de talleres al año y de las personas asistentes a dichos talleres al año.

Discusión y conclusiones

Una vez se han analizado las aportaciones realizadas a la *“Guía para realizar talleres con personas cuidadoras”*, sería conveniente probar la versión actualizada, con el propósito de llegar a implementar la guía actualizada en el Distrito Sanitario “Valle del Guadalhorce”. Lo que se pretende con esto es que se produzcan cambios en la actual guía y que estos cambios se trasladen a la práctica, con vistas a mejorar los resultados asistenciales de la realización de los talleres. Para ello, este trabajo debería ser conocido y consensado por los autores de la guía originaria, D. Luis Boatella Cumpián y D. José Miguel Izquierdo Carrasco, así como ser autorizado por la gerencia del Distrito Sanitario “Valle del Guadalhorce”.

Cabe mencionar la principal limitación hallada a la hora de la elaboración del trabajo: el significativo vacío científico existente sobre un tema de gran relevancia como son las personas cuidadoras y las técnicas de trabajo con estas personas cuando consideramos que la evaluación periódica de la Guía resulta de gran interés a efectos de su actualización y efectividad.

Señalar por último, que todos los esfuerzos realizados para esta evaluación y actualización de la *“Guía para realizar talleres con personas cuidadoras”* tienen como objetivo mejorarla, optimizarla y contribuir con ello, a la mejora de la calidad de vida y salud de las personas cuidadoras. En numerosas ocasiones las personas cuidadoras se encuentran demasiado sobrecargadas, estresadas, sin tiempo para nada; sin tiempo ni siquiera para dedicar a su propio autocuidado. Y aunque el propósito de mejorar la salud de las personas cuidadoras tiene aún escasa relevancia frente a la situación de las personas cuidadas, conseguir este propósito es, sin duda, un gran logro enfermero. Ha sido un gran reto a lo largo del desarrollo de este trabajo, así como lo será para trabajos futuros de la enfermería.

Bibliografía

- [1] Instituto Nacional de Estadística. España en cifras 2012. Madrid: INE; 2012.
- [2] Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Madrid: INE; 2013.
- [3] Crespo López M, López Martínez J. El apoyo a los cuidadores familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “cómo mantener su bienestar”. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2007.
- [4] García-Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Gutiérrez Cuada P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud: investigación cuantitativa. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1999.
- [5] García-Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Maroto Navarro C. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanitaria 2004; 18(2):83-92.
- [6] Durán MA. Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años. Revista MTAS 2006; 60:57-73.
- [7] NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2007-2008. Madrid: Elsevier; 2007.
- [8] Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2011.
- [9] Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2011.
- [10] Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Orden de 9 de marzo de 2004, por la que se publica un texto integro de los Decretos 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, 18/2003, de 4 de febrero, y 7/2004, de 20 de enero, ambos de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas. BOJA 2004; 56:7043-7050.
- [11] Boatella Cumpián L, Izquierdo Carrasco JM. Guía para realizar talleres con personas cuidadoras. Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce. [CD-ROM]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud-Consejería de Salud; 2010.
- [12] Littlejohns P, Cluzeau F. Guidelines for evaluation. Family Practice 2000; 17(Suppl 1):S3-6.
- [13] Consorcio AGREE. Instrumento AGREE II. Instrumento para la evaluación de Guías de Práctica Clínica. 2009. [En línea] [fecha de acceso: 1 de diciembre de 2013]. URL disponible en: http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias_Practica_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf
- [14] Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud. Madrid: INE; 2008.
- [15] Ferré-Grau C, Rodero-Sánchez V, Cid-Buera D, Vives-Relats C, Aparicio-Casals MR. Guía de cuidados de Enfermería: cuidar al cuidador en Atención Primaria. Tarragona: Publidisa; 2011.
- [16] Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. The Gerontologist 2002; 42(3):356-372. [En línea] [fecha de acceso: 1 de diciembre de 2013]. URL disponible en: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/42/3/356.abstract>

- [17] Candy B, Jones L, Drake R, Leurent B, King M. Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Jun 15;(6):CD007617.
- [18] Guía de atención a personas cuidadoras. Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2006. [En línea] [fecha de acceso: 1 de diciembre de 2013]. URL disponible en: http://www.riicotec.org/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/guia_atencion_personas_cuidado.pdf
- [19] Smith ER, Broughton M, Baker R, Pachana NA, Angwin AJ, Humphreys MS, Mitchell L, Byrne GJ, Copland DA, Gallois C, Hegney D, Chenery HJ. Memory and communication support in dementia: research-based strategies for caregivers. *Int Psychogeriatr* 2011; 23(2):256-263.
- [20] Redecker, C, Reig, J, Carrión, T, Martínez, S, Armayones, M, McCarthy, Fernandez, M. The potential of ITC in supporting Domiciliary Care in Spain. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.

¹ Marília Maria Andrade
Marques da Conceição e
Neves

² Paulo Joaquim Pina Queirós

³ Maria Filomena Mendes
Gaspar

Enfermería Comunitaria y el trabajo en equipo multidisciplinar

¹ Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Direcção de contacto: mneves@esenfc.pt
Área de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária.

² Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Área de Fundamentos de Enfermagem.

³ Presidenta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa,
Professora da Área de Administração e Gestão.

Resumen

Introducción: las tendencias internacionales indican un cambio de paradigma en la Atención Primaria de Salud con el desarrollo de equipos multidisciplinarios. Este hecho constituye un desafío para que las enfermeras asuman nuevos papeles.

Objetivo: conocer cómo se percibe el trabajo y el papel de la enfermera en estos equipos multidisciplinarios. Para ello se realizó una revisión sistemática de la literatura.

Existe la percepción de que el trabajo en equipo multidisciplinar introduce cambios en la cultura de los cuidados y en los papeles profesionales, exigiendo un reparto de competencias y el compromiso de todos los profesionales.

Conclusiones: el papel de la enfermera en el equipo se percibe como elemento facilitador del acceso a los cuidados por otros profesionales y por los usuarios. Se percibe a las enfermeras como elementos clave en la comunicación interdisciplinaria y se reconoce que su papel puede ampliarse en los cuidados a las personas con enfermedad crónica, a los ancianos y en el domicilio.

Palabras clave: papel de la enfermera; Atención Primaria de Salud; equipo multidisciplinar.

Resumo

Enfermagem Comunitária e o trabalho em equipa multidisciplinar

Introdução: as tendências internacionais indicam uma mudança de paradigma nos Cuidados de Saúde Primários, com o desenvolvimento de equipas multidisciplinares que desafiam os enfermeiros a assumir novos papéis para além dos atributos socialmente aceites. Com o objectivo de conhecer como são percebidos o trabalho nestas equipas multidisciplinares e o papel do enfermeiro realizou-se uma revisão sistemática da literatura.

Objetivo: as evidências sugerem que há uma percepção de que o trabalho em equipa multidisciplinar introduz mudanças na cultura dos cuidados e nos papéis profissionais, exigindo partilha de competências e compromisso de todos os profissionais.

Conclusões: sobre o papel do enfermeiro na equipa: é percebido como facilitador no acesso aos cuidados, pelos outros profissionais e pelos utentes; os enfermeiros percebem-se como elementos chave na comunicação interdisciplinar e reconhecem que o seu papel pode ampliar-se nos cuidados às pessoas com doença crónica, aos idosos e no domicílio.

Palavras-chave: papel de la enfermera; Atención Primaria de Salud; equipo multidisciplinar.

Abstract

Community nursing and working in a multidisciplinary team

Introduction: international trends have shown a changing paradigm in Primary Care based on multidisciplinary teams. This is a challenge for nurses that must accept a new role.

Purpose: To assess how is nursing work and role perceived in such multidisciplinary teams. A systematic literature review was performed.

Current perceptions suggest that working in a multidisciplinary team results in changes in caring culture and professional roles, so that a new share-out for responsibilities and a commitment by all healthcare providers is needed.

Conclusions: Nurses' role in the team is perceived as a facilitating factor to provide access to healthcare by other providers and by users. Nurses are perceived as key factors for interdisciplinary communication, and their extended role in patients with chronic diseases, elderly people and home care is recognized.

Palabras clave: multidisciplinary team; community nurse; interdisciplinary communication; professional competences.

Introducción

En el cuidado de la salud en el siglo XXI se constituyen como elementos clave palabras como: adaptabilidad, flexibilidad, autonomía y creatividad, vinculada a la complejidad impuesta por las mutaciones y los patrones de morbilidad de la población.

Las tendencias internacionales indican que en muchos países existe un desarrollo continuo de los equipos multidisciplinarios como el principal recurso para prestar servicios en todas las áreas de la salud, especialmente en la Atención Primaria. Estos equipos requieren una interconexión entre las disciplinas que componen el «todo» de conocimientos exigido para responder a una amplia gama de necesidades de salud de la población. Este hecho constituye un desafío para que las enfermeras asuman nuevos papeles más allá de aquellas características que socialmente les son atribuidas a su práctica profesional.

En el trabajo en salud, el término multidisciplinar se utiliza frecuentemente para describir a un grupo de profesionales que trabajan de modo coordinado. Pero, el trabajo en un equipo multidisciplinar requiere no sólo de cooperación, sino sobre todo de una interacción y denegociación entre sus todos miembros. La cooperación generalmente se hace necesaria porque algunos cuidados no pueden ser prestados por un único profesional u organización sanitaria. De esta forma, al proporcionar complementariedad e integración de cuidados se mejoran oportunidades, recursos y los resultados en salud. Hay una creciente necesidad de que se establezca este tipo de cooperación entre los profesionales. El desafío consiste en cómo desarrollar la capacidad de trabajo en equipos multidisciplinarios eficaces (1,2).

Las enfermeras son el grupo de mayor distribución profesional en el ámbito de la Atención Primaria en el mundo, asumiendo diferentes roles, funciones y responsabilidades. Así debería emerger como grupo profesional privilegiado para rediseñar intervenciones y cuidados innovadores, capaces de gestionar los problemas de salud de la población con mayor eficacia y de acuerdo a la situación local y a los recursos disponibles (3,4).

En este contexto, dominado por la lógica de la interdisciplinariedad, con estrategias de intervención participativa, que exigen nuevos papeles en enfermería, resulta oportuno conocer cómo se percibe el trabajo y el papel de la enfermera dentro del equipo multidisciplinario en la Atención Primaria. Este es el propósito de la revisión sistemática de la literatura llevada a cabo. Los objetivos de este artículo son: describir cómo se percibe el trabajo en un equipo multidisciplinario por los profesionales de Atención Primaria; e identificar cómo se percibe el papel de la enfermera en el equipo multidisciplinario de Atención Primaria.

Material y métodos

Se realizó una revisión sistemática de la literatura. Se elaboró un protocolo de investigación a partir de la pregunta de investigación: ¿Cómo se percibe el trabajo y el papel de la enfermera en el equipo multidisciplinario en la Atención Primaria?

Para seleccionar los estudios se definieron como criterios: la inclusión, únicamente, de estudios publicados entre 2000-2010, disponibles en texto completo, en portugués, inglés, francés o español; elegir sólo estudios con paradigma cualitativo, metodológicamente más adecuados para responder a la pregunta de investigación y proporcionar las mejores evidencias; excluir los estudios cuyos participantes fueran exclusivamente estudiantes (de enfermería u otras áreas de la salud) o que se refirieran al papel de la enfermera en equipos comunitarios de salud mental o geriátrica, porque sus papeles y competencias específicas podrían contaminar los hallazgos de los estudios.

Se inició la búsqueda en las plataformas SciELO (Scientific Electronic Library Online), ISI Web of Knowledge, Biblioteca del Conocimiento Online (b-on) y EBSCOhost, explorando la literatura y buscando identificar los descriptores más adecuados en los cuatro idiomas. Solamente con descriptores en inglés y en la plataforma EBSCOhost surgieron estudios pertinentes. Por ello, la búsqueda se realizó en esta plataforma, y se seleccionaron las bases bibliográficas electrónicas: CINAHL *with full text*, MEDLINE *with full text*, Nursing & Allied Health Collection: *Comprehensive*, British Nursing Index, Academic Search Complete y utilizaron como descriptores: 'nurse's role', 'professional issues', 'primary care, teams' 'community health nursing' y 'healthcare team'. Como estrategia de búsqueda se cruzaron los diferentes descriptores para identificar estudios que los contuvieran en el título, en el resumen o en el texto integral, replicándose y refinándose la búsqueda a través de las posibles combinaciones de dichos descriptores. Para la identificación, selección y evaluación de la calidad metodológica de los estudios se siguieron las fases propuestas por Sandelowski y Barroso (5): del total de 472 artículos que surgieron se seleccionaron 42 a través de la lectura del título, de estos, tras leer el resumen se eliminaron los que no cumplían los criterios de inclusión previamente establecidos, restando 25 artículos. Para aumentar la fiabilidad de la investigación los resú-

menes de estos 25 artículos se sometieron a la evaluación de un investigador independiente, constituyendo una prueba preliminar de relevancia; validada esta selección, se procedió a la lectura del texto integral de los 25 artículos y se realizó una prueba final de relevancia con base en los criterios de evaluación de calidad: congruencia metodológica del estudio, el nivel de profundidad del análisis de las evidencias, la credibilidad y la confiabilidad de los resultados. Tras esta evaluación crítica se eliminaron 15 artículos que no cumplían los criterios de calidad, restando 10 que discriminaban los objetivos, los participantes, la metodología de recopilación y análisis de los datos y que permitían la distinción de los resultados. Así, finalmente la muestra estuvo compuesta por:

- Cinco estudios desarrollados en Inglaterra: Ross, Rink y Furne (6) Furne, Ross y Rink (7) McKenna y Keeney (8) Perry, Thurston, Killey y Miller (9) Shaw, Lusignan y Rowlands (10).
- Dos estudios realizados en Canadá: Delva, Jamieson y Lemieux (11), Sargeant, Loney y Murphy (12).
- Dos estudios efectuados en Irlanda: Markham y Carney (13), O'Neill y Cowman (14).
- Un estudio realizado en los Estados Unidos de América: Martin, O'Brien, Heyworth y Meyer (15).

El proceso de síntesis de los resultados de estos estudios se basó en el análisis temático, según el sugerido por Sandelowski y Barroso (5): lectura exploratoria de cada artículo para comprender su contenido y las evidencias; análisis de contenido para identificar los temas recurrentes; análisis comparativo de los temas recurrentes; integración de los resultados en nuevas categorizaciones temáticas.

Se reunieron los resultados comunes en dos categorías: la percepción sobre el trabajo en equipo multidisciplinar en la Atención Primaria y la percepción sobre el papel de la enfermera en estos equipos.

Resultados

Cómo se percibe el trabajo en equipo multidisciplinario por los profesionales de Atención Primaria

Se concluyó que existe un reconocimiento de la necesidad de trabajar en un equipo multidisciplinar en la Atención Primaria de la Salud. La percepción de que este tipo de equipo implica un cambio radical en la cultura de los cuidados, introduce cambios en el medio laboral y en las funciones profesionales, es transversal a varios estudios (6,7,10,11,12,14).

El hecho de "trabajar al lado de" no implica construir el equipo (12). La buena relación entre los profesionales del equipo y la ayuda en la prestación de los cuidados de salud no conduce, necesariamente, a un equipo multidisciplinar si se mantienen los cuidados fragmentados por los diferentes profesionales (11).

En el estudio de Sargeant, Loney y Murphy (12) se indican las características de los equipos multidisciplinarios efectivos:

- Reparto del trabajo: lo que demuestra comprensión del papel de los otros y respeto por sus funciones.
- Empeño y esfuerzo común en el desarrollo activo y continuo del equipo: lo que revela compromiso, exige interacción y requiere tiempo.

Se perciben como condiciones esenciales para trabajar en un equipo multidisciplinar:

- El apoyo activo de la organización para que se lleve a cabo el cambio y una implementación efectiva de equipos interprofesionales, como resultado del compromiso y amplia participación de toda la organización (6,7).
- El reconocimiento de las diferentes competencias, funciones y responsabilidades de los profesionales del equipo (10).
- Designar las responsabilidades, competencias y funciones que se puedan aunar y complementar en los diferentes tipos de cuidados (12).
- Reducir límites y ampliar competencias, para lo que es necesaria una formación conjunta y la identificación de facilitadores de apoyo y refuerzo del equipo para el desarrollo de nuevas formas de trabajo (6).

- El reparto de conocimientos y competencias (12).
- La comunicación constructiva, para mantener el equipo unido y permitir el desarrollo de un trabajo plenamente colaborativo (12).
- El proceso de la comunicación en el equipo se considera como un instrumento necesario para cambiar las estrategias del trabajo: esencial para racionalizar los abordajes de los cuidados de salud, reducir la duplicidad de esfuerzos y rentabilizar competencias (6).

Se perciben como factores que comprometen el trabajo en un equipo multidisciplinar:

- La ausencia de un conjunto de valores y de objetivos comunes para trabajar, lo que puede influir en la perspectiva que se tiene de todo el equipo (7) y el desarrollo eficaz del trabajo interprofesional (10).
- Las diferencias de poder en el equipo (11) y de jerarquía (10) que dificultan el proceso del trabajo en equipo.
- El liderazgo. Un líder de equipo es fundamental para motivar el desempeño colectivo (7), para facilitar la comunicación y promover la toma de decisiones en conjunto (6,14).

Cómo se percibe el papel de la enfermera en el equipo multidisciplinario de Atención Primaria

La percepción que tienen los otros profesionales del equipo sobre el papel de la enfermera resulta variable:

- Algunos tienen un conocimiento superficial de las funciones y ámbito de la práctica de las enfermeras lo que contribuye a una percepción de su papel basada en estereotipos descontextualizados (7,15).
- Para otros la enfermera tiene un papel facilitador en el acceso a los cuidados. Se valora su disponibilidad en diferentes momentos del día, lo que posibilita un mayor acceso a los diferentes tipos de cuidados de salud y redundante en una reducción del tiempo de espera (8,9).
- En el equipo, se atribuye a la enfermera el papel de actuación en proximidad y colaboración con el usuario y la familia, en una perspectiva de continuidad con el paciente (8).

Para los usuarios el papel de la enfermera no está clara, pero su desempeño superó sus expectativas tanto en lo relativo a la comunicación, en las competencias técnicas, en las relacionales y culturales (9). La proximidad, la capacidad de escuchar, de orientar, de explicar y suministrar informaciones más detalladas fueron percibidas por los usuarios como intervenciones que satisficieron sus necesidades de una forma más adecuada (8).

En relación a su papel profesional en el equipo multidisciplinar, las enfermeras se identifican como coordinadoras de la atención y elementos clave en la comunicación interdisciplinar, por su conocimiento privilegiado de los usuarios y de la comunidad (14). También existe la percepción de que tienen oportunidad para maximizar su contribución en el equipo:

- Resulta patente la intervención innovadora de las enfermeras debido a la diversidad de grupos de usuarios y necesidades en salud de la población (13).
- El ambiente de trabajo en los equipos multidisciplinarios en la Atención Primaria se percibe como menos jerárquico, lo que posibilita una mayor autonomía e iniciativa de las enfermeras en el desarrollo de los cuidados de salud (14).

Reconocen que el papel de la enfermera necesita ser redefinido en consonancia con la evolución de la Atención Primaria y el desarrollo del abordaje multidisciplinar. Identifican como factores determinantes:

- El desarrollo de competencias de gestión, de asertividad y de confianza (14).
- El desarrollo de prácticas basadas en la evidencia, para dar uniformidad y consistencia a los cuidados, pero también para reforzar el papel que desempeñan en la coordinación y planificación de las respuestas a las necesidades de los usuarios (13).

- La prestación de cuidados culturalmente sensibles, como forma de desarrollar su propia identidad profesional junto a la de los usuarios y la de la comunidad (13).

Considerando que las respuestas de los servicios de salud están infradesarrolladas, en relación a las necesidades de los usuarios y de la comunidad, entre las enfermeras comienzan a emerger algunas expectativas de que su papel resulte más preponderante (13,14), expresamente:

- En el liderazgo de las intervenciones en prevención de la salud.
- En la gestión de las necesidades de salud de pacientes crónicos y ancianos.
- En la coordinación de programas integrados y para la atención domiciliaria de pacientes que necesitan de cuidados de salud básicos.

Discusión

La percepción que tienen los profesionales sobre el trabajo que se desarrolla en un equipo multidisciplinario de Atención Primaria de Salud resulta concordante con lo encontrado en la literatura, en líneas generales. Existen evidencias de que constituye un trabajo dinámico, flexible y que se caracteriza por la multiprofesionalidad; es decir la actuación conjunta de varios profesionales, la multidisciplinariedad, referente a la unión de varias competencias profesionales a la hora de comprender los problemas de salud, así como que existe un consenso en el reparto de los procesos de decisión (1,16).

Diferentes autores (1,16,17) defienden que un equipo de salud está constituido por profesionales individuales con libertad para actuar de un modo que no siempre resulta previsible y cuyas acciones se encuentran interrelacionadas, hasta tal punto que la acción de un profesional modifica el contexto para los otros. Concluyen expresando que la multidisciplinariedad se basa en la posibilidad de establecer una comunicación, no únicamente entre distintos campos profesionales y disciplinas (entidades abstractas) sino también entre los sujetos que los constituyen en la práctica, y que interaccionan entre sí. El equipo tiene que comprender la diversidad de sus componentes, las competencias y los distintos saberes de los profesionales que lo componen, y sacar partido de todo eso en el beneficio de todos. El desarrollo de las funciones no deberá ser únicamente multiprofesional, es decir un mismo contexto donde trabajan varios profesionales, sino multidisciplinar, donde las multiplicidad de disciplinas aprenden unas de las otras, con las otras y sobre las otras. El trabajo en un equipo multidisciplinario exige no sólo colaboración sino, sobre todo, interacción y negociación entre sus miembros, para que sea posible el desarrollo de capacidades de interrelación multidisciplinar en la construcción de una interdisciplinariedad pensada y ejecutada hacia la práctica y el cuidado del ser humano. Es necesario fundir el conocimiento de las diferentes disciplinas en un todo que pueda contribuir a comprender la complejidad del ser humano. Únicamente un equipo multidisciplinario permite una práctica que promueve el desarrollo personal, profesional y de la organización sanitaria; y que conduce a la resolución de problemas en red, sacando el máximo de provecho de los saberes y competencias de cada una de las profesiones que lo componen, y de cada profesional; en un proyecto de construcción de los cuidados de salud. Todos estos presupuestos surgen transversalmente en la percepción de los estudios analizados, y resultan evidentes y se reconocen los factores que facilitan o comprometen el desarrollo del trabajo de los equipos multidisciplinarios en el ámbito de la atención primaria de salud.

Sobre el papel profesional, Brookes et al. (18) refieren que constituye una construcción histórico-social en permanente evolución, analizando una diversidad de construcciones que son formuladas en función de los atributos de la práctica enfermera que resultan socialmente esperables, tanto por sus colegas de profesión, como por otros profesionales de la salud, e incluso por parte de la comunidad donde desarrollan su labor. Los resultados de los estudios analizados refuerzan esta tesis, con diferentes y diversas percepciones del papel que posee la enfermera dentro del equipo. El reconocimiento del papel de la enfermera se inscribe en el plan subjetivo de las relaciones sociales, materializándose, en lo cotidiano, a través de ideas compartidas por los diversos actores profesionales y sociales (16,19). La práctica de la enfermería se encuentra muy asociada a su instrumentalidad técnica, a la promoción de un ambiente seguro, y a la participación en la atención de los enfermos y la gestión en los sistemas de salud (4,19). En una revisión de la literatura realizada por McFarland y Eipperle (20) se concluye que la competencia cultural de la enfermera en el abordaje de los cuidados de salud contribuye a modelar su papel profesional en la Atención Primaria de Salud. Esta competencia parece que comienza a estar valorada por las enfermeras participantes de los estudios analizados y aparecen algunas evidencias de que comienza a surgir una percepción más amplia del

papel que posee la enfermera dentro los otros profesionales del equipo y en los usuarios. Swiadek (3) concluyó que, mientras más conscientes sean las enfermeras del papel profesional que pueden conquistar, mayor será la motivación para redimensionar las relaciones de trabajo y de división de poderes, necesarios en un equipo multidisciplinario efectivo. En los estudios de la muestra hay evidencias de esta conciencia entre enfermeras, que reconocieron que su papel necesita ser redefinido e identificaron los factores determinantes para la ampliación de su papel dentro del equipo multidisciplinar.

Conclusiones

El trabajo dentro de equipos multidisciplinarios de la Atención Primaria de Salud se percibe como necesario y diferente del trabajo entre los diferentes grupos profesionales. Se admite que este hecho implica cambios en la cultura de los cuidados de salud y en los papeles que desarrollan cada uno de los profesionales, exigiendo reconocimiento y un reparto de competencias, así como compromiso y participación de todos los profesionales. Las enfermeras son percibidas como elementos esenciales para el desarrollo de estos equipos debido a su soporte dentro de la organización, el liderazgo y la claridad de objetivos y responsabilidades, así como por la puesta en práctica de una comunicación constructiva entre los profesionales.

El papel profesional de la enfermera en este equipo multidisciplinar resulta poco explícito para los otros profesionales y para los usuarios, pero comienza a ser percibido como facilitador en el acceso a los cuidados, con un aumento del valor de sus competencias. Las enfermeras reconocen su papel profesional dentro de la articulación de la comunicación interprofesional y de los cuidados de salud debido a su conocimiento de proximidad de los usuarios y de la comunidad. Tienen expectativas sobre el desarrollo de su profesión en el equipo multidisciplinar, considerando que pueden asumir el liderazgo y la coordinación de los cuidados de salud preventivos y en la gestión de las necesidades de salud de las personas con enfermedades crónicas y ancianos; así como en los cuidados prestados en el domicilio. Identifican como factores determinantes para esta reformulación de su papel profesional el desarrollo de competencias de gestión, la práctica basada en la evidencia y culturalmente sensible a las necesidades de los usuarios y de la comunidad.

Bibliografía

- [1] Humphris D. Multiprofessional working, interprofessional learning and primary care: A way forward? *Cont Nurs* 2007; 26(1):48-55.
- [2] Woodhouse G. Exploration of interaction and shared care arrangements of generalist community nurses and external nursing teams in a rural health setting. *Aust J of Adv Nursing* 2009; 26(3):17-23.
- [3] Swiadek J. The impact of healthcare issues on the future of the nursing profession: the resulting increased influence of community-based and public health nursing. *Nurs Forum* 2009; 44(1):19-24.
- [4] International Council Of Nurses (2010) – Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica [En línea] [fecha de acceso: 1 de diciembre de 2013]. URL disponible en: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
- [5] Sandelowski M, Barroso J. *Handbook for synthesizing Qualitative Research*. New York: Springer Publishing Company; 2007.
- [6] Ross F, Rink E, Furne A. Integration or pragmatic coalition? An evaluation of nursing teams in primary care. *J of Int Care* 2000; 14(3):259-67.
- [7] Furne A, Ross F, Rink, E. The integrated nursing team in primary care: views and experience of participants exploring ownership, objectives and a team orientation. *Prim H Care Res & Dev* 2001; 2(3):187-95.
- [8] Mckenna H, Keeney S. Community nursing: health professional and public perceptions. *J of Adv Nurs* 2004; 48(1):17-25.
- [9] Perry C, Thurston M, Killey M, Miller J. The nurse practitioner in primary care: alleviating problems of access? *Br J of Nurs* 2005; 14(5):255-59.
- [10] Shaw A, Lusignan S, Rowlands G. Do primary care professionals work as a team: A qualitative study. *J of Int Care* 2005; 19(4):396-405.
- [11] Delva D, Jamieson M, Lemieux M. Team effectiveness in academic primary health care teams. *J of Interprof Care* 2008; 22(6):598-611.
- [12] Sargeant J, Loney E, Murphy G. Effective interprofessional teams: "contact is not enough" to build a team. *J Contin Educ Health Prof* 2008; 28(4):228-34.
- [13] Markham T, Carney M. Public Health Nurses and the delivery of quality nursing care in the community. *J of Clin Nurs* 2008; 17(10):1342-350.
- [14] O'Neill M, Cowman S. Partners in care: investigating community nurses' understanding of an interdisciplinary team-based approach to primary care. *J of Clin Nurs* 2008; 17(22):3004-11.

- [15] Martin DR, O'Brien JL, Hynorth JA, Meyer NR. The Collaborative Healthcare Team: tense issues warranting ongoing consideration. *J Am Acad Nurse Pract* 2005; 17(8):325-330.
- [16] Rocha S, Almeida MC. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev Latino-Am de Enfermagem* 2000; 8(6):96-101.
- [17] Nunes E, Silva L, Oliveira J, Oliveira P. Refletindo o 'Transpessoal' humano – uma compreensão multidisciplinar em transversalidade com o estado da arte de ser. *Ref. Enf. Res.* 2010; 3(2):173-180.
- [18] Brookes K, Davidson PM, Daly J, Halcomb EJ. Role theory: a framework to investigate the community nurse role in contemporary health care systems. *Contemp Nurse* 2007; 25(1-2):146-155.
- [19] Pires R. Pela reconstrução dos mitos da enfermagem a partir da qualidade emancipatória do cuidado. *Rev da Esc Enfermagem* 2007; 41(4):717-723.
- [20] Mcfarland M, Eipperle M. Culture care theory: a proposed practice theory guide for nurse practitioners in primary care settings. *Contemp Nurse* 2008; 28(1-2):48-63.

citius altius fortius

El buscador más fiable, completo y actual
del conocimiento enfermero



El buscador más fiable,
completo y actual sobre enfermería

MÁS DE 75.000 DOCUMENTOS
124.000 GRÁFICOS E ILUSTRACIONES
MÁS DE 58.000 DEFINICIONES

- Todas las especialidades
- Todas las técnicas y procedimientos
- Todos los cuidados avanzados
- Toda la investigación y la actualidad enfermera
- Todo ello ajustado a la realidad enfermera actual

TODO ELLO ACTUALIZADO PERMANENTEMENTE POR NUESTRO EQUIPO CIENTÍFICO Y EDITORIAL

<http://encuentra.enfermeria21.com>
info@enfermeria21.com

¹ Miguel Ángel Núñez Martínez
¹ Antoni Pastor Monerris
¹ Elena López Acuña
¹ Loreto Cruz Bonmati
¹ Gema Gallego Treviño
² Concepción Carratalá Munuera

Intervención enfermera en prevención secundaria a pacientes con cardiopatía isquémica en Atención Primaria

¹ Enfermero/a de Atención Primaria. Dpto. de Alicante-San Juan de Alicante. Dirección de contacto: nunyz_mig@gva.es
² Universidad Miguel Hernández. Campus de San Juan

Resumen

El paciente con enfermedad cardiovascular constituye la máxima prioridad en prevención cardiovascular, por los siguientes motivos: el riesgo es más elevado, las intervenciones son más eficientes y la magnitud del beneficio es mayor. Sin embargo el porcentaje de pacientes con un buen control de los principales factores de riesgo (LDL-colesterol, presión arterial) no supera el 50%.

Objetivo: los nuevos modelos de atención a la cronicidad aportan nuevas estrategias de intervención que pueden ser aplicables en estos pacientes. Nuestro estudio aplica estos modelos para conseguir cambios en la adherencia a las medidas no farmacológicas (alimentación, ejercicio físico, tabaquismo).

Metodología: se realizaron seis visitas individuales por enfermera de referencia a lo largo del periodo de seguimiento (un año). Se aborda: dieta mediterránea (escala de 14 puntos), ejercicio, tabaquismo y control de tensión arterial (PA < 140/90) y analítica (colesterol LDL < 100 mg/dl).

Resultados y conclusiones: la variación de parámetros antes y después del programa fue la siguiente: ejercicio habitual (67,7 vs 86,2; p < 0,05); no fuma (84,2 vs 94,6; p < 0,05); PAS < 140 mmHg (70,2 vs 76,0; p < 0,05); PAD < 90 mmHg (93,0 vs 95,2 NS); puntuación dieta mediterránea (9,7 vs 10,5; p < 0,05). Además el número visitas anuales al centro disminuyó respecto al año previo anterior a la intervención un 37% (13,04 vs 8,06; p < 0,05). La intervención de enfermería ha mejorado los factores de riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica.

Palabras clave: cardiopatía isquémica; prevención cardiovascular; factores de riesgo cardiovascular.

Abstract

Nursing intervention for secondary prevention in patients with ischemic heart disease in a primary care setting

Patients with cardiovascular diseases deserve a highest priority in cardiovascular prevention due to: their risk is higher, interventions are more effective, and a larger benefit can be obtained. However less than 50% of patients reach a good control of main risk factors (LDL-cholesterol, blood pressure).

Purpose: Novel models for chronic care provide new procedural strategies that can be used in these patients. Such models have been implemented in the present study to alter adherence to non-pharmacological measures (diet, physical activity, smoking).

Methods: Six individual nursing visits were planned over a one-year follow-up period. The following items were assessed: Mediterranean diet (14-point scale), exercise, smoking, and blood pressure control (BP < 140/90) and laboratory findings (LDL-cholesterol <100 mg/dl).

Results and conclusions: The following changes from baseline values were observed at the end of the program: usual physical activity (67.7 vs 86.2; p < 0.05); non-smokers (84.2 vs 94.6; p < 0.05); SBP < 140 mmHg (70.2 vs 76.0; p < 0.05); DBP < 90 mmHg (93.0 vs 95.2 NS); Mediterranean diet score (9.7 vs 10.5; p < 0.05). Furthermore, a 37% decrease from previous year in clinic visits over one year was observed (13.04 vs 8.06; p < 0.05). Nursing intervention has improved risk factors in patients with ischemic heart disease.

Key words: ischemic heart disease; cardiovascular prevention; cardiovascular risk factors.

Marco teórico y antecedentes del tema

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en la población española. En España, la cardiopatía isquémica (CI) causa el 30% del total de fallecimientos, el 37% en hombres y 24% en mujeres. Los cambios en el estilo de vida (dejar de fumar, una dieta mediterránea y el ejercicio) han demostrado disminuir la morbilidad y mortalidad cardiovascular (1).

En España según un informe de la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad del año 2003 la prevalencia de la obesidad fue del 14,5%, resultando significativamente más elevada en el colectivo femenino 15,75%; que en el masculino 13,39%. La prevalencia de obesidad aumenta significativamente con la edad en varones y en mujeres, observándose las proporciones más elevadas de personas obesas en el grupo de mayores de 55 años, el 21,58% en varones y el 33,9% en mujeres.

La prevalencia del sobrepeso y obesidad alcanza en España un 39,4% y un 22,9%, respectivamente. Desde 1987 hasta 2007, y según los datos de la Encuesta Nacional de Salud, se ha producido un incremento del porcentaje ajustado por edad de obesidad pasando de un 7,7 hasta un 15,3% (2,3,4).

Entre los tratamientos eficaces para reducir el peso se encuentra la terapia conductual, la dieta hipocalórica y el incremento de la actividad física. El tratamiento que más peso reduce es una combinación de una dieta hipocalórica con la actividad física (5).

Un análisis que ha evaluado los estudios que utilizaban el consejo o la educación sanitaria para modificar más de un factor de riesgo cardiovascular con el objetivo de reducción de la morbimortalidad coronaria, encontró resultados positivos en pacientes de alto riesgo (6).

El aumento de los niveles de actividad física a través de la práctica de ejercicio aeróbico es la intervención que ha demostrado reducir la grasa visceral, incluso en ausencia de cambios aparentes en el IMC o el perímetro abdominal (7,8).

En otro reciente metaanálisis que revisa 34 ensayos clínicos de 6.111 pacientes, se observó que la práctica de ejercicio en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio redujo la probabilidad de reinfarcto a la mitad (OR=0,53), de mortalidad cardíaca (OR 0,64) y de mortalidad por todas las causas (OR 0,74). Tuvo beneficios favorables además en el control de los factores de riesgo (tabaquismo, presión arterial, peso y lípidos) (9).

El paciente con enfermedad cardiovascular constituye la máxima prioridad en prevención cardiovascular, ya que el riesgo es más elevado, las intervenciones son más eficientes y la magnitud del beneficio es mayor (1,10,11,12).

Objetivos

Objetivo general

Mejorar la capacidad de prevención y autocuidado en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular.

Objetivo específico del proyecto

Evaluar la efectividad de una intervención educativa en la mejora del control de los pacientes que han sufrido un evento cardiovascular.

Metodología

Diseño

Ensayo clínico aleatorio. Grupo control y grupo intervención (35 pacientes en cada grupo).

Grupo control

Selección aleatoria de pacientes por centro de salud que no recibirán la estrategia educativa hasta el final del estudio.

Grupo intervención

Selección aleatoria de pacientes por centro de salud que recibirán la estrategia educativa durante el periodo del estudio.

Periodo de seguimiento

Un año

Ámbito del estudio

Departamento Alacant-San Joan d'Alacant. 3 centros de salud: Campello, Cabo Huertas y El Pla.

Criterios de inclusión

- Consentimiento informado del paciente.
- Consentimiento informado del profesional (médico y enfermera).
- Pacientes con diagnóstico de historia clínica de infarto agudo de miocardio de cualquier localización, angina inestable.
- Edad: 30 a 80 años.

Criterios de exclusión

- Falta de consentimiento del profesional.
- Pacientes inmovilizados.
- Pacientes con baja expectativa de vida.
- Falta de adhesión al estudio.
- No firma del consentimiento informado del paciente.

Procedimiento

Se realizarán 6 visitas individuales por enfermera de referencia a lo largo del periodo de seguimiento (un año). Se aborda: dieta mediterránea: escala de 14 puntos (Tabla 1), ejercicio, tabaquismo y control de tensión arterial (PA < 140/90) y analítica (colesterol LDL < 100 mg/dl) (13,14,15). A continuación se describe el contenido de las visitas:

1ª visita de enfermería

Se recomienda citar un máximo de dos pacientes en el mismo día para esta visita. La enfermera pasará al paciente los cuestionarios correspondientes sobre hábitos saludables (sobre dieta mediterránea, ejercicio, hábito tabáquico, consumo de alcohol) para averiguar el grado de conocimiento de los mismos o de motivación para llevarlos a cabo; estos están recogidos en las escalas y patrones funcionales de la historia electrónica de ABUCASIS. Se aplica el patrón funcional (anamnesis) (Anexo I):

- *Percepción y control de la salud (despegable)*: incluye comportamientos de cuidado de la salud, medidas preventivas, hábitos tóxicos, seguimiento de cuidados, etc.

Valoración de hábitos tóxicos:

- Para hábito tabáquico: test Fagerström y test Richmond.
- Alcohol: cuantificación consumo alcohol.

Diagnósticos NANDA: 00070 (conducta deficiente de salud); 00078 (manejo ineficaz del régimen terapéutico); 0005N (disposición a mejorar toma de decisiones).

Tabla 1. Encuesta nutricional sobre adherencia a dieta mediterránea

ENCUESTA NUTRICIONAL		Paciente:
1	¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	Sí = 1 punto
2	¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)?	2 o más cucharadas = 1 punto
3	¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día? (las guarniciones o acompañamientos= 1/2 ración)	2 o (al menos 1 de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto
4	¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	3 o más al día =1 Punto
5	¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (ración 100-150 g)	Menos de 1 al día = 1 punto
6	¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (porción individual:12 g)	Menos de 1 al día = 1 punto
7	¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	Menos de 1 al día = 1 punto
8	¿Bebe Vd. vino? ¿cuánto consume a la semana?	3 o más vasos a la semana = 1 punto
9	¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración de 150 g)	3 o más a la semana = 1 punto
10	¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consume a la semana? (1 plato pieza o ración: 100-150 g de pescado o 4-5 piezas o 200 g de marisco)	3 o más a la semana = 1 punto
11	¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana?	Menos de 3 a la semana = 1 punto
12	¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana?	(Ración 30 g) 1 o más a la semana = 1 punto
13	¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100-150 g)	Sí = 1 punto
14	¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	2 o más a la semana = 1 punto
TOTAL PUNTOS		
Fuente: Salas-Salvadó et al. (22)		

Actividades NIC: 4420 (acuerdos con el paciente); 5606 (enseñanza individual); 5604 (enseñanza en grupo); 4410 (establecimiento de objetivos comunes); 4360 (modificación de la conducta); 4490 (ayuda para dejar de fumar); 4500 (prevención del consumo de sustancias nocivas); 5240 (asesoramiento).

- *Nutricional-metabolismo (despegable):* en el apartado "otros" se especificará el consumo de aceite de oliva a la semana (Anexo II). Al final del cuestionario se anotará la puntuación total obtenida en la valoración de diferentes ítems: de 1 a 14 puntos, cuanto menor puntuación menor adhesión a la dieta mediterránea:
 - Entre 1-5: riesgo alto.
 - Entre 5-10: riesgo moderado.
 - Entre 10-15: riesgo bajo.

Diagnósticos NANDA: 00001 (desequilibrio nutricional por exceso).

Actividades NIC: 1100 (manejo de la nutrición); 5614 (enseñanza dieta prescrita); 5246 (asesoramiento nutricional); 1260 (manejo del peso).

- *Actividad-Ejercicio (despegable) (Anexo III):*

Diagnósticos NANDA: 0006N (disposición a mejorar el ejercicio); 00168 (sedentarismo).

Actividades NIC: 5612 (enseñanza actividad física/ejercicio); 0200 (fomento del ejercicio).

Registro de valoración enfermería en la hoja cardiovascular TA; peso; perímetro abdominal; consumo energético según fórmula de Grande Covián (Tabla 2); IMC.

- *Se establecerán objetivos de acuerdo con el paciente* encaminados a la formación o motivación dependiendo de la valoración de los resultados de los cuestionarios y parámetros.
- *Se reforzará la información dada al paciente con soporte escrito* (consejos de ABUCASIS) (Anexo IV).

Tabla 2. Cálculo de necesidades calóricas

CÁLCULO NECESIDADES CALÓRICAS				Paciente:		
Ecuación predictiva de requerimientos calóricos según fórmula de Grande Covián para gasto Energético en Reposo. Corregida con factor de actividad física para Gasto Energético Total (GET) $GET = \text{Gasto Energético en Reposo} \times \text{Factor Actividad Física}$						
En valores absolutos GET (kcal/kg/día)						
	Reposo total en cama	Actividad cama/silla	Deambulaci3n en casa	Actividad ligera	Actividad moderada	Actividad intensa
Hombres	24	30	32	35	50	54
Mujeres	24	30	32	35	40	47
SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN TALLA						
Límite de peso para sobrepeso y obesidad según talla						
Talla (cm)	Sobrepeso a partir de ... kg	Obesidad a partir de ... kg		Talla (cm)	Sobrepeso a partir de ... kg	Obesidad a partir de ... kg
140	49,00	58,80		170	72,25	86,70
145	52,56	63,08		175	78,56	91,88
150	56,25	67,50		180	81,00	97,20
155	60,06	72,08		185	85,56	102,68
160	64,00	76,80		190	90,25	108,30
165	68,06	81,68		200	100,00	120,00
De utilidad para que el paciente conozca estos límites como objetivo. F3rmula: Límite para sobrepeso (kg) = (Talla en metros) ² x 25 (ej.: 1,60 ² x25=49 kilos) Obesidad a partir de 58,8 Kilos para esta talla Límite para obesidad (kg) = (Talla en metros) ² x 30 (ej.: 1,60 ² x30=58,8 kilos) Obesidad a partir de 58,8 kilos para esta talla						
Fuente: Grande Covián F. Nutrici3n y salud. Ed Temas de Hoy (2007)						

Visitas 2ª a 5ª

- Refuerzo de las intervenciones.
- Revisión de los objetivos pactados
- Establecimiento de nuevos objetivos
- Intervención grupal

6ª visita

Evaluación del proceso.

Resultados

La variación de parámetros antes y después del programa fue la siguiente (Figura 1): Ejercicio habitual (67,7 vs 86,2; $p < 0,05$); No fuma (84,2 vs 94,6; $p < 0,05$); PAS < 140 mmHg (70,2 vs 76,0; $p < 0,05$); PAD < 90 mmHg (93,0 vs 95,2 NS); Puntuación dieta mediterránea (9,7 vs 10,5; $p < 0,05$).

El número visitas anuales al centro disminuyó respecto al año previo anterior a la intervención un 37% (13,04 vs 8,06; $p < 0,05$) (Figura 2).

Discusión

Al comparar nuestros resultados con el estudio EUROSPIRE (16) que valora el grado de control en diferentes países de Europa (Figura 3) y otros realizados en España (17,18,19) se observa que se han obtenido mejores datos que los descritos en dicho estudio. Es decir, que sí es posible conseguir una mejora en el control de estos pacientes de alto riesgo con intervenciones multidisciplinares que incluyan a la Atención Primaria como núcleo fundamental del seguimiento del paciente. Otros estudios están en marcha, pendientes de presentar resultados, en la misma dirección (20,21).

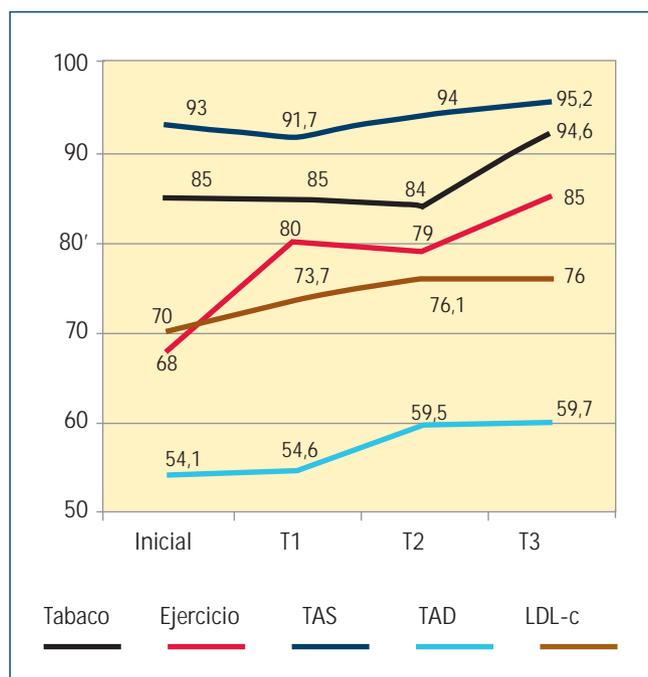


Figura 1. Evolución del grado de control a lo largo de los trimestres del año de seguimiento

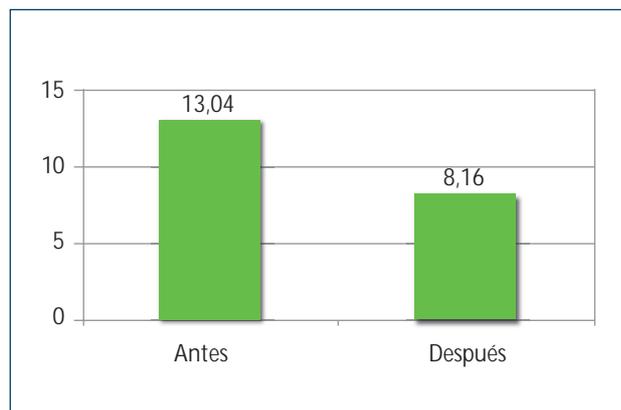


Figura 2. Evolución del número de visitas anuales/paciente antes y después de la intervención

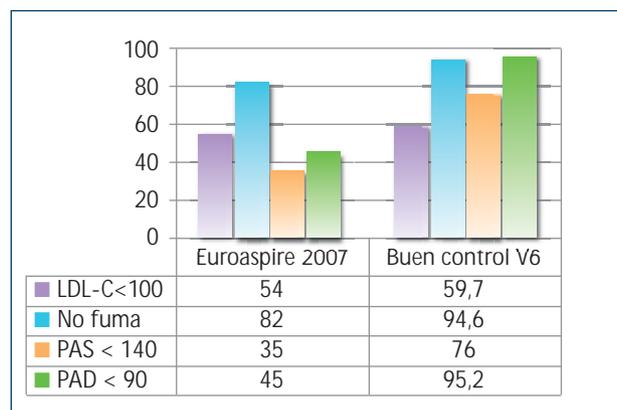


Figura 3. Comparativo del grado de control alcanzado en el estudio Euroaspire 2007 y el nuestro 2012

Conclusiones

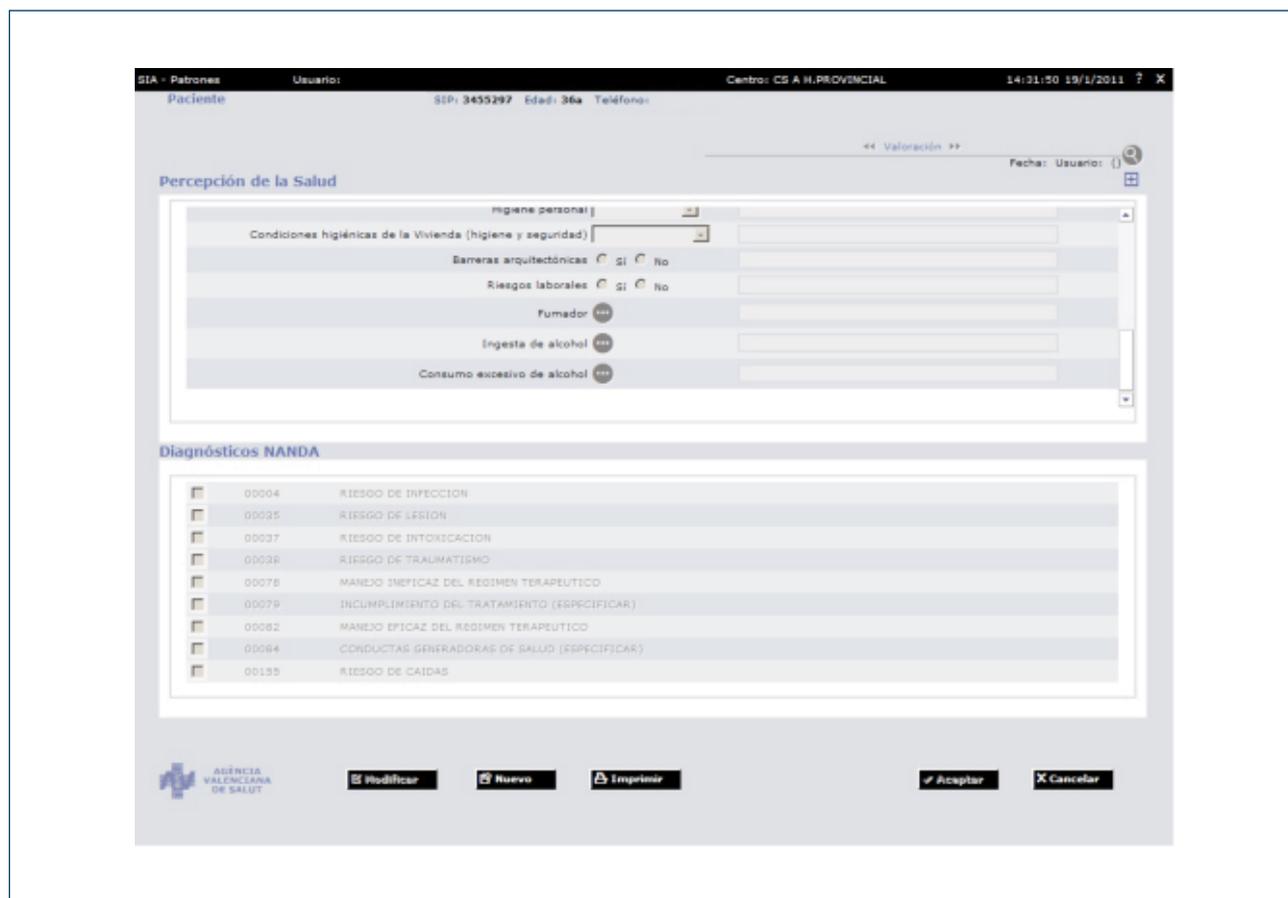
La intervención de enfermería mejora el control de la tensión arterial sistólica, el colesterol LDL, la realización de ejercicio, la dieta mediterránea y el abandono del tabaquismo en pacientes con cardiopatía isquémica.

Bibliografía

- [1] Maiques-Galán A, Brotons-Cuixart C, Villar-Álvarez F, Navarro J, Lobos JM, Ortega R, Martín-Rioboó E, Banegas JR, Orozco-Beltrán D, Gil-Guillén V. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. *Aten Primaria* 2012; 44(1):3-15.
- [2] Gutiérrez-Fisac JL, López E, Banegas JR, Graciani A, Rodríguez-Artalejo F. Prevalence of overweight and obesity in elderly people in Spain. *Obes Res* 2004; 12:710-5.
- [3] Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005, 2007.
- [4] Instituto Nacional de Estadística, INEbase. [En línea] [fecha de acceso: 4 de diciembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.ine.es/inebase/>
- [5] Franz MJ, VanWormer JJ, Crain AL, Boucher JL, Histon T, Caplan W, Bowman JD, Pronk NP. Weight-loss outcomes: a systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. *J Am Diet Assoc* 2007; 107:1755-67.
- [6] Harrington M, Gibson S, Cottrell RC. A review and meta-analysis of the effect of weight loss on all-cause mortality risk. *Nutr Res Rev* 2009 Jun; 22(1):93-108.
- [7] Ismail I, Keating SE, Baker MK, Johnson NA. A systematic review and meta-analysis of the effect of aerobic vs. resistance exercise training on visceral fat. *Obes Rev* 2012; 13:68-91.
- [8] Kay SJ, Fatarone Singh MA. The influence of physical activity on abdominal fat: a systematic review of the literature. *Obes Rev* 2006; 7(2):183-200.
- [9] Lawler PR, Filion KB, Eisenberg MJ. Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am Heart J* 2011 Oct; 162(4):571-584.
- [10] Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (1):CD001561.
- [11] Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, Villar F, Herruzo R. Mortality attributable to cardiovascular risk factors in Spain. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57(1):S18-S21.
- [12] Muñoz MA, Vila J, Cabañero M, Rebato C, Subirana I, Sala J, Marrugat J, ICAR (Intervención en la Comunidad de Alto Riesgo cardiovascular). Efficacy of an intensive prevention program in coronary patients in primary care, a randomized clinical trial. *Int J Cardiol* 2007; 118:312-320.
- [13] Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European Society of Cardiology (ESC) committee for practice guidelines (CPG). European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice: executive summary: fourth joint task force of the european society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2007; 28:2375-414.
- [14] Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Álvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, Mauricio D, et al. y el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular: European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: CEIPC 2008 spanish adaptation. *Rev Clin Esp* 2009; 209(6):279-302.
- [15] Selby JV, Schmittiel JA, Fireman B, Jaffe M, Ransom LJ, Dyer W, et al. Improving treatment intensification to reduce cardiovascular disease risk: a cluster randomized trial. *BMC Health Serv Res* 2012; 12:183.
- [16] Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Backer D, Pyörälä K, Keil U, the EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet* 2009; 373:929-940.
- [17] Orozco-Beltrán D, Brotons C, Moral I, Soriano N, Del Valle MA, Rodríguez AI, Pepió JM, Pastor A, PREseAP study group. Factors affecting the control of blood pressure and lipid levels in patients with cardiovascular disease: the PREseAP study. *Rev Esp Cardiol* 2008; 61(3):317-321.
- [18] Brotons C, Soriano N, Moral I, Rodrigo MP, Kloppe P, Rodríguez AI, et al. PREseAP study research team. Randomized clinical Trial to assess the efficacy of a comprehensive programme of secondary prevention cardiovascular disease in general practice: the PREseAP study. *Rev Esp Cardiol* 2011; 64(1):13-20.
- [19] Muñoz MA, Rohlfis I, Masuet S, Rebato C, Cabañero M, Marrugat J, ICAR Study Group. Analysis of inequalities in secondary prevention of coronary heart disease in a universal coverage health care system. *Eur J Public Health* 2006; 16(4):361-367.
- [20] Orozco Beltrán D, Ruescas Escolano E, Navarro Palazón AI, Cordero A, Gaubert Tortosa M, Navarro Pérez J, et al. Effectiveness of a new health care organization model in primary care for chronic cardiovascular disease patients based on a multifactorial intervention: the PRO-PRESE randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2013; 13(1):293.

- [21] Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Redón J, Pita Fernández S, Navarro Pérez J, Pallarés V, et al. Rationale and methods of the cardiometabolic Valencian study (Escarval-Risk) for validation of risk scales in Mediterranean patients with hypertension, diabetes or dyslipidemia. BMC Public Health 2010; 10:717.
- [22] Salas Salvadó J, Fernández Ballart J, Ros E, Martínez González MA, Fitó M, Estruch R, et al. PREDIMED Study Investigators. Effect of a Mediterranean diet supplemented with nuts on metabolic syndrome status: one-year results of the PREDIMED randomized trial. Arch Intern Med 2008; 168(22):2449-58.

ANEXO I. Registro en la historia clínica electrónica de la percepción de salud



SIA - Escalas y Tablas Usuario Centro: CS A R-PROVINCIAL 14:32:09 19/1/2011

Paciente SIP: 3455297 Edad: 36a Teléfono:

Fecha: Usuario:

Test de Fagerström:

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo? []

¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde no está permitido, como el cine o una biblioteca? Sí No

¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar? []

¿Cuántos cigarrillos fuma cada día? []

¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día? Sí No

¿Fuma aunque está tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día? Sí No

[Obtener Resultado]

Resultado del Test

AGENCIJA VALENCIANA DE SALUT [Modificar] [Nuevo] [Interpretación] [Imprimir] [Aceptar] [Cancelar]

SIA - Patrones Usuario Centro: CS A R-PROVINCIAL 14:31:50 19/1/2011

Paciente SIP: 3455297 Edad: 36a Teléfono:

Fecha: Usuario:

Percepción de la Salud

ingena personal: []

Condiciones higiénicas de la vivienda (higiene y seguridad) []

Barreras arquitectónicas Sí No

Riesgos laborales Sí No

Fumador Sí No

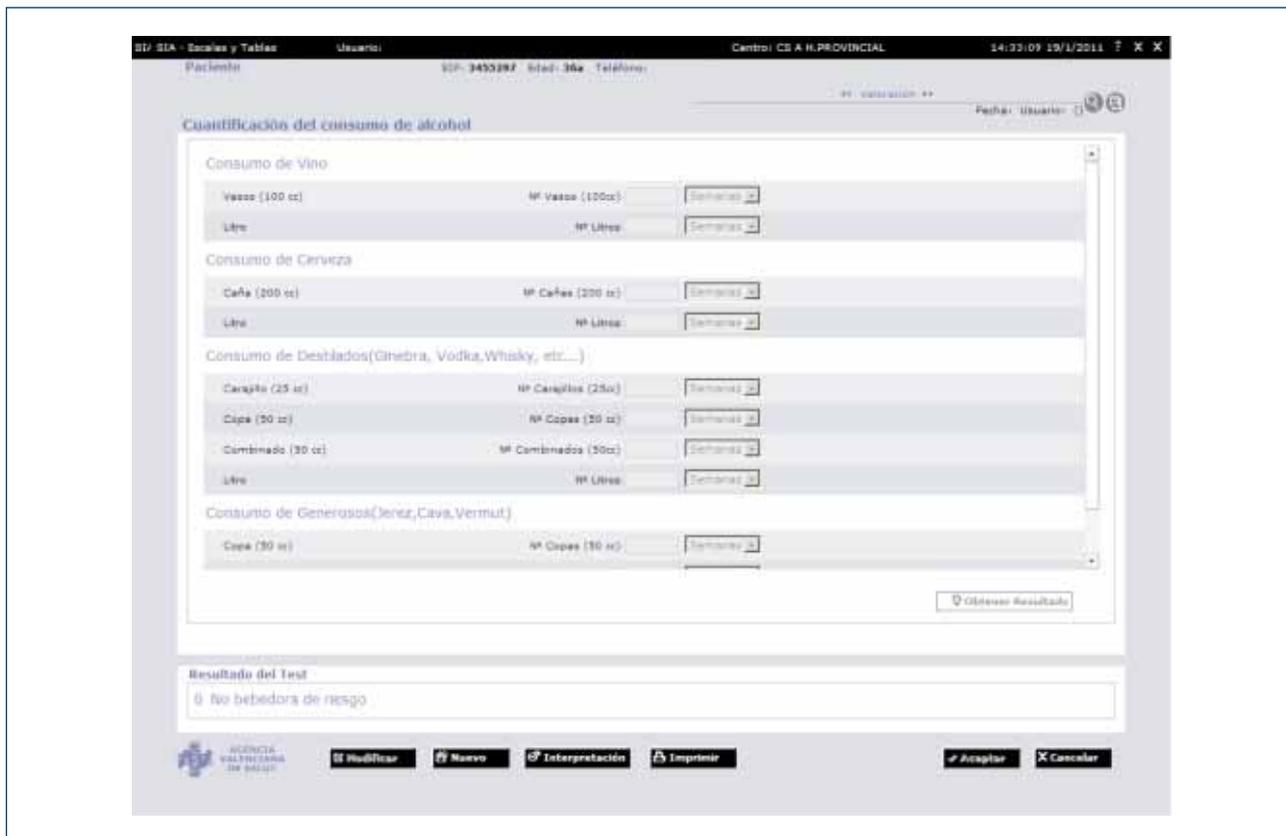
Ingesta de alcohol []

Consumo excesivo de alcohol []

Diagnósticos NANDA

<input type="checkbox"/>	00004	RIESGO DE INFECTIOIN
<input type="checkbox"/>	00002	ANSIEDAD DE LABOR
<input type="checkbox"/>	00003	RIESGO DE INTERFERENCIA
<input type="checkbox"/>	00005	RIESGO DE SOBREPESO
<input type="checkbox"/>	00079	RIESGO DEFICIAZ DEL RENDIM TERAPEUTICO
<input type="checkbox"/>	00078	INCIDEN (RISGO) DE EXPORCION (SPECIFICAS)
<input type="checkbox"/>	00080	RIESGO DEFICIAZ DEL RENDIM TERAPEUTICO
<input type="checkbox"/>	00084	CONDUCTAS RIESGOSAS DE SALUD (ESPECIFICAS)
<input type="checkbox"/>	00143	RIESGO DE CAIDAS

AGENCIJA VALENCIANA DE SALUT [Modificar] [Nuevo] [Imprimir] [Aceptar] [Cancelar]



ANEXO II. Registro de los aspectos nutricionales y metabólicos

ID SIA: Patrones Usuario: Centro: CS A EL PROVINCIAL 14:58:51 19/1/2011

Paciente ID: 3455287 Edad: 36a Teléfono:

+ Valoración + Fecha: Usuario:

Nutricional-Metabólico

Nº unidades/semana Huevos |

Nº raciones/semana Legumbres |

Nº raciones/semana Aros |

Nº raciones/semana Pastas |

Otro:

Preparación culinaria más habitual:

Preferencias alimentarias:

Aversiones alimentarias:

Diagnósticos NANDA

<input type="checkbox"/>	00001	DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO
<input type="checkbox"/>	00002	DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFICITO
<input type="checkbox"/>	00003	HIPOTERMIA
<input type="checkbox"/>	00004	RIESGO DE LESIONES DE LA PIEL
<input type="checkbox"/>	00005	RIESGO DE DEFICIENCIA DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA
<input type="checkbox"/>	00006	DEFICIENCIA DE LA DISTENSIÓN
<input type="checkbox"/>	00007	DEFICIENCIA DE LA PRODUCCIÓN
<input type="checkbox"/>	00008	SATURACIÓN INAPROPIADA DE OXÍGENO

AGÊNCIA VALENZUELA DE SAÚDE

ANEXO III. Registro del patrón de actividad-ejercicio físico

Actividad-Ejercicio

Esencia Ratio g No

Tiempo de dedicación

Frecuencia

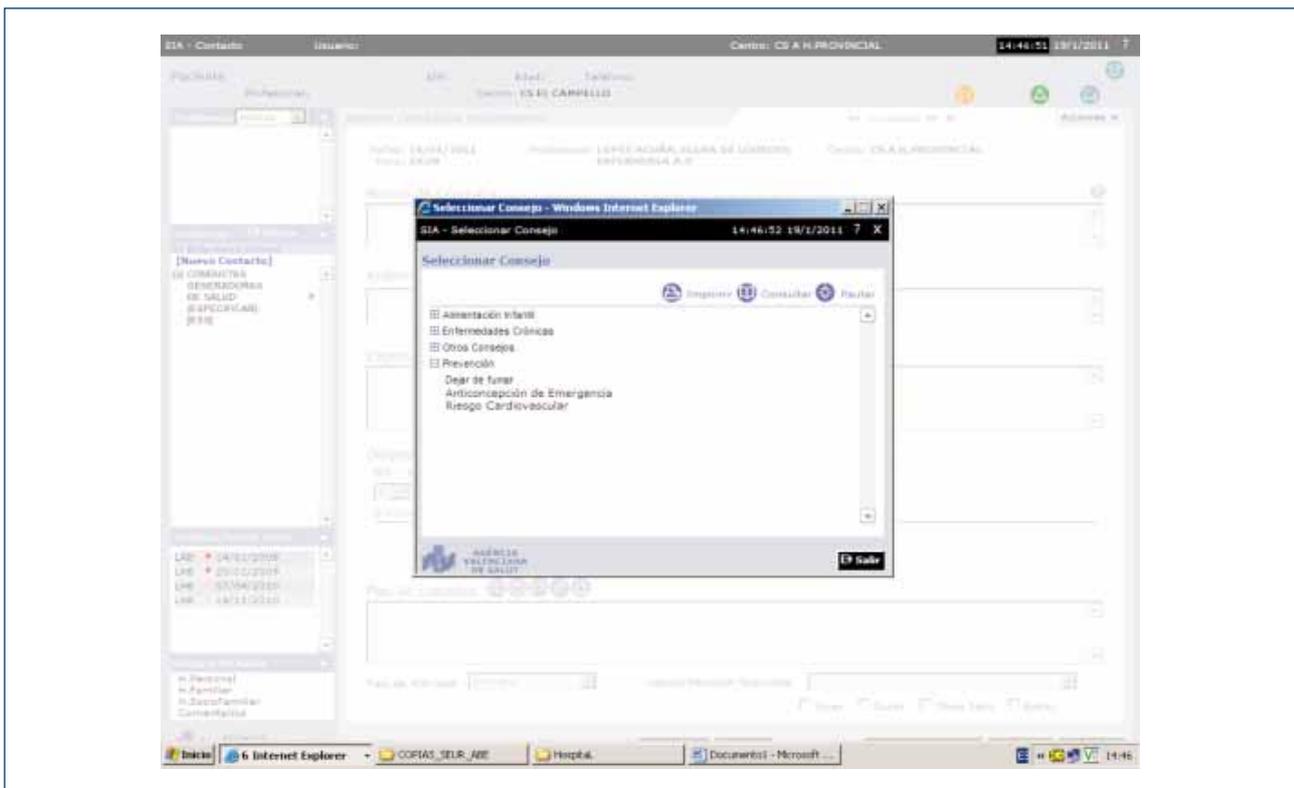
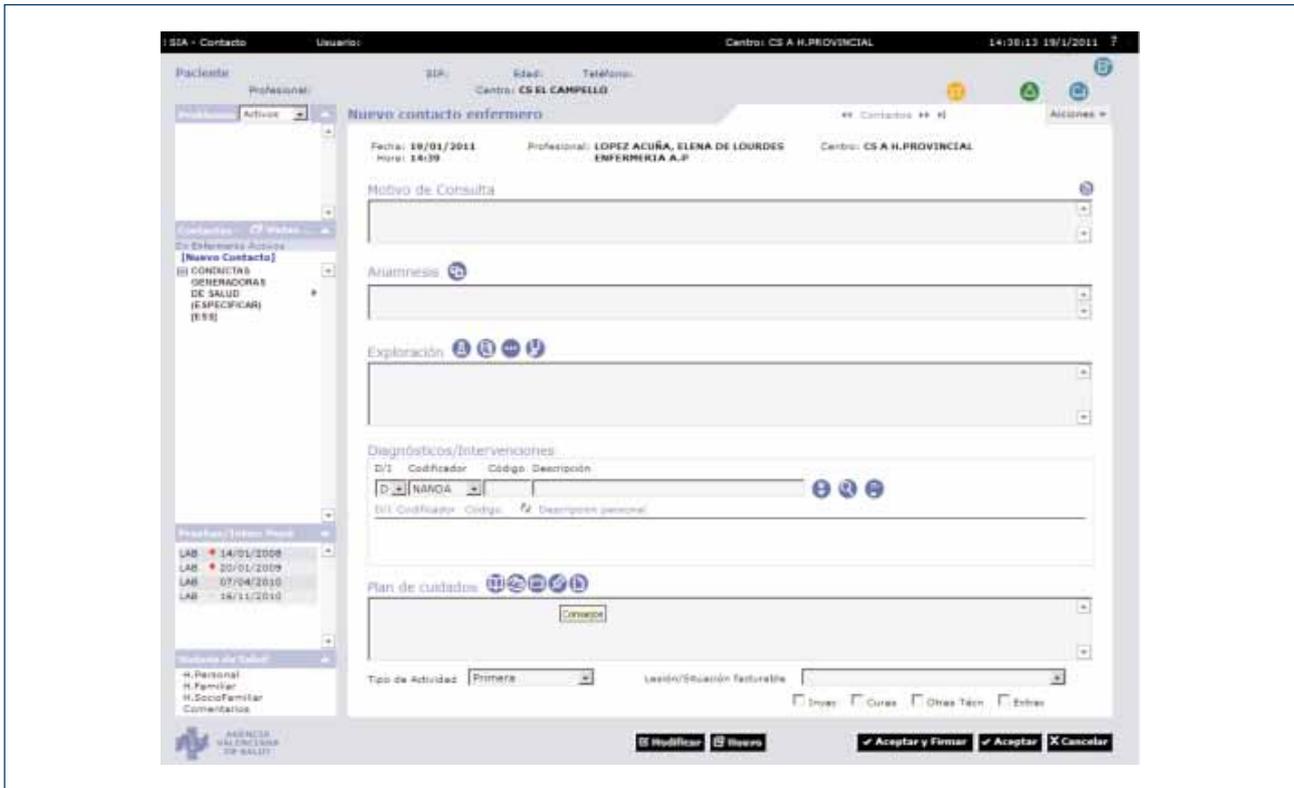
Lectura
 Tv Deporte
 Espectáculos
 Otras

Actividad laboral

Diagnósticos NANDA

<input type="checkbox"/>	00021	DEFICIT DE NIVEL DE LOS VÍAS AERIAS
<input type="checkbox"/>	00040	RIESGO DE CAIDAS DEL PACIENTE
<input type="checkbox"/>	00045	DEFICIT DE LA MOVILIDAD FISICA
<input type="checkbox"/>	00085	DEFICIT DE LA DISMELIACION
<input type="checkbox"/>	00089	DEFICIT DE LA MOVILIDAD EN SILLA DE RUEDAS
<input type="checkbox"/>	00090	DEFICIT DE LA VISION EN LA SITUACION
<input type="checkbox"/>	00091	DEFICIT DE LA MOVILIDAD DE LA CABA
<input type="checkbox"/>	00092	DEFICIT DE LA ACTIVIDAD
<input type="checkbox"/>	00097	DEFICIT DE ACTIVIDADES SOCIALES

ANEXO IV. Hoja de consulta y hoja de consejos de hábitos de vida saludables



Análisis de la situación actual en la formación del residente de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria desde la óptica del residente

¹Francisco Javier Pastor
Gallardo
¹Purificación Calero Esquivel
¹Elvira Gras Nieto

¹Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Dirección de contacto: eirfamilycomunitaria@gmail.com

Resumen

En el presente artículo se realiza un análisis de la situación actual en la formación del residente de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria desde la óptica del residente.

Ya han pasado más de dos años desde la implantación vía EIR de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y, tras este tiempo, es necesario valorar qué aspectos débiles y fortalezas tenemos, para mejorar y orientarnos hacia el futuro. Se han recogido las opiniones de los residentes mediante técnica DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas, oportunidades).

Palabras clave: especialidad de enfermería; enfermería familiar y comunitaria; Enfermero Interno Residente (EIR).

Abstract

Analysis of current state of resident training in Family and Community Nursing from a resident point of view

An analysis of the current state of resident training in Family and Community Nursing from a resident point of view is reported.

More than two years after the implementation of the Family and Community Nursing specialist training by means of the EIR (intern and resident nurses) system, strengths and weaknesses of such a system should be assessed, so that improvements and future perspectives can be developed. A SWOT analysis (Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats) was carried out by collecting the opinions expressed by residents.

Key words: Nursing speciality; Family and Community Nursing; Intern and Resident Nurse (EIR).

Introducción

Al finalizar los estudios de enfermería todos los graduados son reconocidos como enfermeros generalistas, cada vez son más los que desean continuar su formación cursando una de las seis especialidades reguladas actualmente en España mediante el sistema de residencia.

El proceso para acceder a las especialidades como Enfermera/o Interna/o Residente (EIR) consiste en un examen de carácter estatal y anual. Las especialidades de enfermería están reguladas en nuestro país por el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm. 108, de 6 de mayo de 2005.

El 13 de mayo de 2011 comienzan su andadura como Enfermeros Internos Residentes la primera promoción de futuros especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria en las diferentes unidades docentes de la geografía española. Nos embarcábamos en un viaje que tenía un inicio muy deseado y en el que había costado mucho esfuerzo y tiempo de nuestros compañeros para que finalmente viera la luz, pero con un rumbo cargado de incertidumbre, desconocimiento, sin previa experiencia, con novedades para nosotros y para los que nos recibirían y con la esperanza de que al final del trayecto nos serviría para crecer como profesionales, optimizar nuestras oportunidades laborales y dignificar la profesión de enfermería.

Las Comunidades Autónomas con unidades docentes multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria que iniciaron la formación fueron: Asturias, Castilla y León (León y Valladolid), Cataluña (Gerona y Barcelona), Madrid, Extremadura (Badajoz) Castilla-La Mancha (Toledo, Albacete, Guadalajara) y Andalucía (Cádiz y Málaga). En mayo de 2012 debutaron nuevas comunidades y provincias: Galicia (A Coruña), Castilla y León (Palencia, Segovia, Soria, Burgos, Salamanca, Ávila) Aragón (Huesca y Zaragoza) Extremadura (Cáceres) Canarias (Las Palmas y Tenerife), Castilla-La Mancha (Ciudad Real y Cuenca), Región de Murcia, Islas Baleares (Mallorca), Comunidad Valenciana (Valencia, Alicante y Castellón), que se sumaban a las ya existentes. Las plazas de residentes para la primera promoción fueron 132 EIR y para la segunda 219 lo que denota un aumento considerable. En la penúltima convocatoria se han ofertado 214 plazas, cinco menos con respecto a la anterior y se incorporaron el 20 y 21 de mayo de 2013. Para el próximo año 2014 se han convocado 244 plazas, signo de que la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria está en un continuo desarrollo y progresión.

El 25 de abril 2012 se celebraron las elecciones para elegir a los vocales que representarían a los residentes en la Comisión Nacional de la Especialidad, los resultados fueron publicados el 16 de mayo de 2012 y al conocer que había sido uno de los dos seleccionados, se nos ocurrió la idea de realizar un estudio titulado "Análisis de la situación actual en la formación del residente de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria" desde la óptica del residente, para conocer las opiniones de estos, saber cómo se estaba desarrollando la formación del residente en las diversas unidades docentes y realizar una puesta en común para hacer balance de todo lo recorrido hasta el momento. Quién mejor que los propios residentes para opinar sobre cómo se encontraba la situación actual de la formación de especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria y qué oportunidades y amenazas veíamos de cara al futuro. Era un reto difícil, pues si ya era complicado coordinarse dentro de tu propia unidad docente, intentar agrupar las opiniones y la participación de los residentes a nivel nacional resultaría una tarea ardua y quizás bastante ambiciosa. Pero estábamos convencidos de que los resultados merecerían la pena y nos serían de gran ayuda a todos para mejorar. Esto nos llevo a arriesgar, y al final las ganas, la ilusión y la máxima colaboración de los residentes por mejorar, hizo que fuera posible. La respuesta de los residentes fue mucho más positiva de lo esperado y la disponibilidad de las partes implicadas: unidades docentes, tutores y residentes, fue muy colaboradora e imprescindible. También hemos encontrado dificultades y limitaciones. La principal dificultad ha sido contactar con todas las unidades docentes, para lo cual hemos tenido que realizar varias llamadas telefónicas y elaborar un directorio de contacto de las unidades docentes (e-mail, teléfono, personal: jefe de estudios, presidente de subcomisión de enfermería o técnico de salud y unidad a la que pertenece) todas estas llamadas se han realizado en el mes de julio 2012. Gran parte del personal se encontraba de vacaciones, teniendo que realizar sucesivas llamadas hasta lograr contactar finalmente. Una de las limitaciones que nos hemos encontrado ha sido no disponer de un contacto directo previo con todos los residentes (e-mail o teléfono), por ello pensamos que sería más operativo comunicárselo a las unidades docentes y que ellas trasladasen la rejilla del DAFO a sus residentes, reduciendo así el tiempo empleado en los contactos.

¿Por qué ahora? Ya han pasado más de dos años desde la implantación vía EIR de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y, tras este tiempo de rodaje del residente, hemos creído necesario hacer un alto en el camino y valorar qué aspectos débiles y fortalezas tenemos, para mejorar y orientarnos hacia el futuro. Sabemos que los comienzos suelen ser complejos y necesitan o requieren de una cohesión y comunicación continua por parte de todos los implicados en la formación del EIR para así debatir, llegar a una conclusión y poder progresar de una forma beneficiosa para todos.

Han participado residentes de todas las comunidades autónomas que poseen unidades docentes de Atención Familiar y Comunitaria acreditadas para la primera y segunda promoción (Figura 1), que son Galicia, Asturias, Castilla y León, Aragón, Cataluña, Madrid, Extremadura, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Islas Baleares, Andalucía, Región de Murcia y Canarias. Las comunidades que no han podido participar por no tener unidad docente acreditada en el momento del estudio fueron: Cantabria, País Vasco, Navarra, La Rioja, Ceuta y Melilla. Han participado 186 residentes, tanto de primer año de residencia como del segundo, lo que representa un 53% del total de residentes de las dos primeras promociones.



Figura 1. Comunidades Autónomas participantes que poseen unidades docentes de Atención Familiar y Comunitaria acreditadas para la primera y segunda promoción

Objetivo

Describir la situación actual en la formación del residente de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, a través de la recogida de las opiniones de los residentes de primer y segundo año, mediante la técnica DAFO.

Material y métodos

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Muestra: 186 residentes de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria de las promociones 2011-2013 y 2012-2014; lo que representa el 53% del total de residentes de las dos promociones.

Método: se contactó vía telefónica y correo electrónico con las diversas unidades docentes de cada Comunidad Autónoma que estaban formando residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria. Pertenecientes a la primera y segunda promoción, para enviarles la rejilla DAFO (Figura 2), solicitando que se la trasladasen a sus residentes para su cumplimentación, estos registran las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades que aprecian durante su formación como especialista en En-

ANÁLISIS SITUACIÓN ACTUAL ESPECIALIDAD ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA	
INTERNO	EXTERNO
DEBILIDADES: Aspectos flacos o deficientes Debilidades internas, dentro de la especialidad	AMENAZAS: Aspectos de riesgo o tensiones a las que puede estar sometida la especialidad, limitaciones que vengan del exterior
FORTALEZAS: Aspectos positivos y virtudes de la especialidad actualmente. Nos referimos a puntos internos, dentro de la especialidad	OPORTUNIDADES: Aspectos beneficiosos de los que nos podemos aprovechar para mejorar la especialidad, que ayudan al desarrollo en un futuro. Aspectos externos, fuera de la especialidad

Figura 2. Rejilla DAFO

fermería Familiar y Comunitaria. En la rejilla adjuntamos unas instrucciones para su correcto registro, explicando en qué consiste el método DAFO, pues entendíamos que dicho método podía ser desconocido para algunos residentes.

Una vez que los residentes reciben la rejilla DAFOs, la rellenan con sus opiniones y nos la reenvían al e-mail eirfamiliarcomunitaria@gmail.com

Con todos las opiniones en los DAFOs recibidos de los residentes, se seleccionan las que se repiten con mayor frecuencia en cada apartado y, de esta forma, se han obtenido los resultados del estudio. Se han desechado las opiniones que tienen una escasa frecuencia en los diferentes Dafos recibidos y que, por ello, consideramos no son representativas de la formación del residente.

Resultados

Debilidades

Las debilidades a destacar son:

- Disparidad en la formación del residente en las diferentes unidades docentes.
- Falta el Libro del Residente común a nivel nacional.
- Necesidad de formación continuada en tutorización para los tutores.
- Falta de un profesional experto en intervención comunitaria.
- No existencia de Subcomisión de Enfermería con funciones definidas.
- Falta de un marco teórico, bien en forma de sesiones, cursos, seminarios, y de una bibliografía en Comunitaria.
- Falta de tutores colaboradores en algunas rotaciones hospitalarias, principalmente en los servicios de urgencias.

Fortalezas

Destaca como fortalezas:

- Aceptación y colaboración por parte de los profesionales de Atención Primaria.
- Adquisición de competencias idóneas para la investigación, así como de una formación cualificada y específica que nos permite desarrollar actividades comunitarias.
- Creación de la página web www.eirfamiliarcomunitaria.net para los residentes.
- Alta motivación de residentes, tutores y unidades docentes.
- Formación de los residentes por parte de tutores con una amplia experiencia en Atención Primaria.
- Conocimiento por parte de la Atención Especializada (rotatorios fuera de Atención Primaria) de la existencia de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Amenazas

Las amenazas detectadas son:

- Que los servicios de salud no consideren como una necesidad inmediata la creación de la categoría profesional.
- Que la crisis económica dificulte la evolución de la especialidad.
- La no acreditación de unidades docentes nuevas, por una falta de red de tutores voluntarios.

Oportunidades

Las oportunidades expuestas son:

- Aprovechar las redes sociales para difundir la entidad enfermera comunitaria.

- Participar en eventos como enfermera comunitaria.
- Homologación del título especialista a nivel internacional para ampliar el mercado laboral.
- Cooperación internacional (ONGs, Cruz Roja).
- Necesidad sentida de la comunidad de contar con cuidados avanzados a través de especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Creación de bolsas de trabajo para Enfermería Familiar y Comunitaria.

Discusión

La sensación recogida en las opiniones de los residentes y tutores, como en todo periplo que comienza, es que hay debilidades que necesitan ser resueltas con premura: tales como la elaboración del libro del residente común a nivel nacional, que ayudaría como guía tanto a tutores y residentes en su formación. Destaca como fortalezas la buena acogida del residente en los rotatorios de Atención Primaria, sobre los de Atención Especializada, donde todavía, según los datos recabados, es bastante desconocida la labor de la Enfermería Familiar y Comunitaria y al residente se le ve como una figura desconocida, posiblemente por su reciente incorporación. Se menciona que el paso del residente por la Atención Especializada optimizará las relaciones de confianza y la coordinación entre ambos niveles asistenciales. Las amenazas es el apartado en el cual hemos recibido menos opiniones, quizás porque al residente le cueste ver a priori, pero las aportadas son de una gran importancia y afectarían directamente al desarrollo futuro de la especialidad: como es la necesidad inmediata de creación de la categoría profesional. Por último la oportunidad más resaltada es la creación de bolsas de trabajo para especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, lo que supondría un notable avance y un necesario desenlace para todos aquellos que terminan su formación especializada.

Conclusión

Como conclusión final decir que la falta de comunicación y coordinación entre todas las partes implicadas en la formación del EIR (residentes, tutores y Unidad Docente) continúa presente. Tras dos años de la implantación de la especialidad seguimos sin establecer canales y redes eficientes de comunicación y coordinación; resultando este aspecto fundamental para mejorar y progresar.

Bibliografía

- Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (Boletín Oficial del Estado, núm. 157, de 29 de junio de 2010).
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada (Boletín Oficial del Estado, núm. 45, de 21 de febrero de 2008).
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería (Boletín Oficial del Estado, núm. 108, de 6 de mayo de 2005).

La AEC, ante el derecho a un envejecimiento más digno, saludable y feliz, como contribución ética y social al desarrollo armonioso de la sociedad, comparte este:

DECÁLOGO ENFERMERO PARA EL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES

1. Favorecer y fomentar la autoestima a través de la aceptación de los cambios relacionados con la edad.
2. Apoyar el mantenimiento de una adecuada salud física y mental.
3. Contribuir a la adopción/mantenimiento de un estilo de vida saludable con una participación activa en el entorno comunitario en el que viven.
4. Proveer una atención enfermera respetuosa con las creencias y valores de la persona, fomentando su autonomía, respetando su libertad y ayudándole en la toma de decisiones.
5. Fomentar un entorno seguro y acogedor, identificando medidas que eviten peligros y prevengan riesgos.
6. Proteger y cuidar la intimidad de las personas mayores defendiendo activamente su dignidad y privacidad.
7. Ayudar a proteger a la persona mayor de cualquier forma de abuso y maltrato.
8. Favorecer una actitud de compromiso con la vida, fomentando la vitalidad emocional y el optimismo para afrontar dificultades.
9. Animar a mantener una sexualidad saludable.
10. Proporcionar cuidados que garanticen una muerte digna.

Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/grupos-de-trabajo/97-cuidados-al-anciano/806-decalogo-enfermero-para-el-cuidado-de-las-personas-mayores.html>

Entrevista

LA NANDA APRUEBA LA INCLUSIÓN EN LA TAXONOMÍA DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO: "RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR"



Mª Begoña Sánchez Gómez, profesora en la Escuela de Enfermería Nª Sª de Candelaria. Máster en Calidad, Doctorando en la Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife). Enfermera con 24 años de experiencia en atención primaria, atención especializada, gestión e investigación.

Gonzalo Duarte Clíments, responsable de las Subunidades docentes de Enfermería Familiar y Comunitaria Tenerife I y II. Máster en Economía de la Salud, y Ciencias de la Enfermería. Doctorando en la Universidad de La Laguna. (Santa Cruz de Tenerife). Enfermero con 24 años de experiencia en atención primaria, atención especializada, gestión e investigación.



Ambos acaban de recibir la aprobación de la NANDA para la inclusión en la taxonomía de un nuevo diagnóstico: "Riesgo de deterioro de la función cardiovascular".

La enfermería está en un proceso de "cambio silencioso", en los últimos años se ha normalizado el grado, el acceso al doctorado, el desarrollo de las especialidades... ¿Qué interpretación hacen de todo esto?, ¿hacia dónde evoluciona nuestro papel?

Efectivamente se trata de un cambio silencioso que aún no tiene un reflejo en el papel que juega la enfermería en los servicios sanitarios, ni de cara a la sociedad. Esto tiene dos lecturas: una, la del avance y el reconocimiento y otra, la de las tareas pendientes, la necesidad de consolidar y desarrollar plenamente nuestras capacidades y nuestras competencias. Nuestro papel debe hacerse cada vez más visible, es muy importante que la población nos identifique.

El acceso de las enfermeras a la investigación parece un reto pendiente, ¿qué opinan al respecto?

Las enfermeras debemos acostumbrarnos a dar un paso adelante y competir por los recursos de investigación, que son pocos, y aún así los hay. Todo el avance que experimentamos en formación en estos últimos años nos debe servir para integrarnos en equipos multiprofesionales, para impulsar proyectos propios y para publicar. Sobre todo hemos de hacer un esfuerzo por publicar aquellos conocimientos que generamos.

En la última década se han implantado masivamente los sistemas de lenguaje enfermero en las historias clínicas electrónicas, ¿significa eso que el reto de incorporar este lenguaje a la práctica se ha conseguido?

Nuestra opinión sobre esto es dual, por un lado, si comparamos la situación en Atención Primaria hace diez o quince años con la actual, nadie podría pensar en una historia clínica sin el método enfermero y los lenguajes. Sin embargo, por otra parte creemos que tenemos dos cuestiones pendientes: el uso preciso del lenguaje y el análisis y explotación de esta información. Tenemos miles de pacientes historiadados con estos lenguajes y no se ha utilizado esta información para generar conocimiento y mejorar la asistencia.

Sobre el nuevo diagnóstico que acaban de incorporar en la NANDA, ¿cómo surgió?

El diagnóstico se llama "Riesgo de deterioro de la función cardiovascular". Hay que comenzar desde el principio, y este fue un problema en el trabajo, que hizo que el pensamiento inductivo se pusiese en marcha en busca de una solución. La cuestión es que los pacientes con problemas crónicos tienen una lista interminable de diagnósticos, objetivos e intervenciones. Muchos de los objetivos son comunes y lo mismo ocurre con las intervenciones, sobre todo aquellas que se refieren a la prevención de eventos cardiovasculares. En ocasiones, la revisión completa del plan de cuidados se hace complicada y la lista de tareas para el paciente sale de varios diagnósticos. Además, al emitir un informe y explicarle al paciente cuál es su situación de salud y lo que se espera, hace más complicado el plan de cuidados.

La solución pasaba por definir un diagnóstico que simplificase el proceso y fuese de uso intuitivo para el profesional y de fácil explicación al paciente. Como un modo de acercar la ciencia al lenguaje del paciente y, de esta forma, facilitar su implicación en el autocuidado.

Hemos recibido muchas manifestaciones de compañeros agradeciéndonos que el diagnóstico sea tan intuitivo y de fácil uso. Esa es la intención: que se vea la utilidad y que sea de uso sencillo. Agradecemos el gesto de reconocimiento, sobre todo teniendo en cuenta que todavía no está publicado.

¿Cuál fue el camino hasta su inclusión?

El proceso se inició en 2012 y ha durado casi dos años. Comenzamos por hacer una búsqueda bibliográfica inicial, tanto de diagnósticos enfermeros, objetivos de resultado, intervenciones y patología médica. La mayoría de la bibliografía tenía que ver con la prevención, por esto se decidió que fuese un diagnóstico de riesgo. Después se definieron los factores de riesgo relacionados y se justificaron con una revisión bibliográfica más exhaustiva y lo mismo se hizo con las intervenciones.

La definición del diagnóstico fue el paso más delicado, ya que tenía que responder a unas características clinimétricas en cuanto a que debía tener el mismo significado en inglés y en castellano, servir para el fin que se persigue, es decir, que tenga significado para el conjunto y sea representativo de lo que se quiere expresar, no incluir el diagnóstico en la definición y ser completa en sus términos, de forma que no deje lugar a la ambigüedad.

La NANDA contactó con nosotros en cuatro ocasiones para las sucesivas revisiones; las instrucciones fueron siempre claras y concretas en términos de "necesitamos que nos explique esta intervención y que la justifique en la bibliografía...". Nos sugirieron diferentes títulos para el diagnóstico hasta llegar a un acuerdo, siempre justificando el porqué de cada paso que dábamos.

En el campo específico de la enfermería familiar y comunitaria ¿cómo puede ayudar este nuevo diagnóstico?

Nos encontramos ante un cambio epidemiológico, la sociedad envejece y enferma de procesos crónicos, que son en su mayoría problemas cardiovasculares. Nuestro esfuerzo como enfermeros comunitarios debe encaminarse a la prevención. Ahí es donde radica el potencial del diagnóstico que proponemos porque, tras el diagnóstico, la enfermera debe poner

en marcha un plan de cuidados preventivo. A continuación, es necesario trabajar con la información producida con el diagnóstico, su uso y su representatividad en la población de riesgo cardiovascular.

¿Es este el siguiente paso en la investigación con diagnósticos?

El siguiente paso es trabajar hacia la validación clínica de los diagnósticos y realizar ensayos clínicos para probar el efecto de las intervenciones. A partir de la información podremos asegurarnos del correcto funcionamiento de la taxonomía y la corrección de posibles imprecisiones diagnósticas.

¿En qué manera influye la investigación en la precisión diagnóstica?

Los aspectos de imprecisión tienen que ver con el uso del diagnóstico, y de la pericia clínica: a menos uso menos precisión diagnóstica. Las enfermeras, cada colectivo en su entorno, deben trabajar para definir el grupo de diagnósticos que tienen más uso y explotar la información de ellos y de los resultados en los pacientes. Por ello nos parece una investigación necesaria.

7ª REUNIÓN DE INVIERNO ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)

Alicante, 10 y 11 de octubre de 2013

CONCLUSIONES

"GRUPOS DE TRABAJO. TRABAJO DE GRUPOS"

El lema de la VII Reunión de Invierno de la Asociación de Enfermería Comunitaria, **"Grupos de trabajo. Trabajo de grupos"** fue el eje vertebrador del acto, significando el punto de partida para algunos de los grupos de trabajo y, a la vez, la consolidación para otros.

Durante la reunión se presentaron diez grupos de trabajo temáticos de composición abierta, que abordaron e hicieron crecer el conocimiento sobre diferentes situaciones de salud, todas ellas de gran relevancia y trascendencia para la sociedad actual como son: las personas con problemas de salud crónicos, el envejecimiento activo y saludable, los cuidadores informales, las personas que requieren una atención sanitaria compleja, la multimorbilidad o el consumo de tabaco.

Los grupos creados también se centraron en avanzar en el diseño y la evaluación de herramientas de valoración clínica, en la promoción de la práctica basada en la evidencia, en la mejora de nuestras habilidades de comunicación, así como en conocer su impacto en resultados en salud, en el impulso de la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación como recursos fundamentales para la práctica, en la necesidad de incluir una perspectiva transcultural en los planes de cuidados y en la importancia de la práctica de la enfermería comunitaria en escenarios de atención sanitaria como el medio penitenciario donde la promoción de la salud física, mental y social es fundamental. El enfoque de la atención centrada en la persona y el soporte a la tutorización de las enfermeras residentes también son aspectos abordados por estos grupos.

205 asistentes trabajaron de forma activa en nueve de estos diez grupos donde se realizaron sesiones de trabajo grupal para difundir y compartir con los asistentes sus objetivos y metas. Las principales aportaciones fueron:

1. ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

30 asistentes. Aula GB/0001.

Coordinador del grupo: Miguel Ángel Núñez.

Líneas generales:

- Trabajar la educación para la salud desde las edades tempranas.
- Prestar atención a los medios de comunicación.
- Realizar talleres educativos en el ambiente hospitalario.
- Fomentar la salud en la comunidad, colegios, etc., de forma continua y a lo largo de las etapas de la vida. Participación comunitaria.
- Recoger novedades en relación a la cronicidad a nivel nacional e internacional.

EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

- Fomentar la educación individual y grupal de forma igualitaria.

Noticias RIdeC

- Usar escalas validadas para detectar a las personas con riesgos de patología crónica.
- Formar en técnicas de comunicación para dirigir grupos.
- Incluir en el título "Educación Terapéutica en la Cronicidad" además aspectos de promoción de la salud.

HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN, EXPLORACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CRONICIDAD.

- Crear una base de herramientas de valoración, exploración y evaluación, guías, vías clínicas, protocolos...
- Fomentar una valoración holística de la enfermera.

CRONICIDAD EN ATENCIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADORES FAMILIARES.

- Fomentar la formación de los cuidadores familiares.
- Detección precoz de los problemas del cuidador familiar.
- Desarrollar estrategias de formación.

CRONICIDAD Y TICS

- Crear una lista de páginas de interés profesional procedentes de Internet (webs, blogosfera, aplicaciones, programas, etc.).
- Utilizar las redes sociales en relación a la cronicidad.
- Fomento de promoción de la salud/educación terapéutica a través de TICS.

2. COMUNICACIÓN EN SALUD

25 asistentes. Aula GB/1002.

Coordinadora del grupo: M^a Eugenia Suárez.

El trabajo grupal se centró en cómo promover y desarrollar la Comunicación Eficaz en Salud en el entorno profesional de la Enfermería Comunitaria y de la Especialidad de la Enfermería Familiar y Comunitaria.

3. CUIDADOS TRANSCULTURALES

28 asistentes. Aula GB/1003.

Coordinadora del grupo: Juana de la Cruz González.

El trabajo grupal se centró en cómo promover y desarrollar los cuidados transculturales en el seno del entorno profesional de la Enfermería Comunitaria y de la Especialidad de la Enfermería Familiar y Comunitaria.

4. VALORACIÓN DE CASOS COMPLEJOS: ¿ENTENDEMOS TODOS LO MISMO SI HABLAMOS DE CASO COMPLEJO?

18 asistentes. Aula GB/1014.

Coordinadoras del grupo: Pepa Soler y M^a Luisa Ruiz.

El trabajo grupal giró en torno a cómo conocer la complejidad de manejo clínico/comunitario y estratificación de las necesidades en función de la población mediante el modelo integrado de casos complejos.

El trabajo grupal giró en torno a cómo seleccionar los casos de alta complejidad estratificando el riesgo según el modelo de Káiser, centrándose en la población que requiere gestión de los mismos (población con enfermedades

crónicas avanzadas, alto nivel de comorbilidad, que necesita seguimiento individualizado, intensivo y continuado (gestión de casos), teniendo en cuenta tanto el manejo clínico como el comunitario, siendo paciente-cuidador y el entorno los componentes del caso.

Los participantes valoraron la complejidad global de casos concretos utilizando una nueva herramienta: el índice de complejidad, en proceso de validación.

5. ENFERMERÍA COMUNITARIA 2.0.

21 asistentes. Aula de Informática.

Coordinadora del grupo, Trinidad Carrión, y la miembro del mismo, Antonia Herráiz.

Se comenzó con la autopresentación de cada uno de los participantes resaltando su perfil en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para continuar trabajando en pequeños grupos la consecución de los dos objetivos propuestos para la Sesión:

1. Consensuar y definir el concepto de Enfermería Comunitaria 2.0
2. Identificar las competencias necesarias en Enfermería Comunitaria 2.0.

Tras la presentación de cada uno de los participantes se constató el nivel avanzado de los mismos en la utilización de las TIC tanto a nivel personal como profesional reflejado en los siguientes datos:

- Acceso a Internet en casa y en el trabajo: 100%
- Uso del correo electrónico a nivel personal: 100%
- Uso del correo electrónico a nivel profesional: 94,73%
- Utilización del correo electrónico en la comunicación con las/os compañeras/os: 100%
- Utilización del correo electrónico en la comunicación con los/as usuarios/as: 26,31%
- Utilización de las redes sociales online: 89,47%
- Perfil en Facebook: 52,63%
- Seguidores de blogs profesionales: 21,05%
- Autor/a de blog propio: 5,26%
- Autor/a de web propia: 15,79%

El avanzado nivel de conocimientos y experiencias demostrado por los participantes enriqueció la sesión de trabajo al compartir las iniciativas 2.0 que están llevando a cabo en sus lugares de trabajo y permitió cumplir el primer objetivo de la sesión con creces, dado que además de consensuar el concepto de Enfermería Comunitaria 2.0 se identificaron sus características definitorias:

- ENFERMERÍA COMUNITARIA 2.0. Modo de ejercer la enfermería comunitaria según el cual se interacciona con las personas, familias y grupos en la comunidad utilizando las tecnologías de la información y la comunicación con el fin de aplicar el cuidado de enfermería y promover el autocuidado a las personas que así lo deseen.
- CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS. Participativa e interactiva. Promueve la autonomía. Bidireccional. Trabajo en grupo. Comunicación integradora y eficiente. Homogeniza conocimientos y experiencias. Trabajo en red. Mayor repercusión e impacto en el cuidado. Más información. Potencia la relación enfermera-ciudadano. Promueve el autocuidado. Trabajo colaborativo. Guía de búsqueda de información acreditada. Contacto continuo, ubicuo y asíncrono. Multidireccional. Interacción entre usuarios.

La falta de tiempo no permitió abordar el segundo objetivo propuesto. Esta actividad la continuarán los miembros del grupo en la dinámica de trabajo habitual.

6. DESHABITUACIÓN TABÁQUICA: CONSEJO BREVE.

33 asistentes. Aula GB/0001.

Coordinadores del grupo: Luis Mendiolagoitia y Marta Gamarra.

Entre las principales conclusiones cabe destacar la necesidad de:

- Empoderamiento de la Enfermera Comunitaria en el "Consejo Breve" sobre la ayuda al fumador en Atención Primaria.
- Proyecto de trabajo a nivel nacional desde AEC, sobre presente y futuro del "Consejo Breve" en la consulta de Enfermería.
- Presentación del proyecto piloto inicial para las socias, desde la WEB de AEC de ayuda para dejar de fumar, de forma metodológica.
- Que el trabajo quede reflejado, por lo que es necesario que todas las comunidades insistan en la necesidad de apuntar si nuestros pacientes fuman y en qué etapa se encuentran.

7. BUENAS PRÁCTICAS EN ENFERMERÍA COMUNITARIA.

30 asistentes. Aula GB/1002.

Coordinadora del grupo: Francesca Ábate.

El trabajo grupal giró en torno a:

- Cómo reducir las desigualdades en salud entre los ciudadanos.
- Cómo homogeneizar los circuitos de prácticas de Enfermería Comunitaria.

8. LA ENFERMERÍA EN EL MEDIO PENITENCIARIO.

44 asistentes. Aula GB/1003.

Coordinador del grupo: José Vidal.

Principales conclusiones:

- La enfermería en el medio penitenciario continua siendo desconocida. A ello sin duda contribuye entre otros factores:
 - Motivaciones de tipo político que los cambios sociales y políticos han conseguido neutralizar.
 - El hecho de que la sanidad penitenciaria no haya sido transferida a los sistemas de salud periféricos (contra lo que recoge la distinta normativa legal en vigor), condiciona la desconexión del circuito comunitario que aísla todavía más a la sanidad penitenciaria.
 - La sanidad penitenciaria está organizada desde un modelo fuertemente medicalizado más propio de otros paradigmas discutidos en la actualidad. En este contexto, el rol de la enfermera que trabaja en prisión queda relegado a tareas delegadas por el médico con escaso reconocimiento al trabajo independiente y mucho menos al abordaje en el que predomine el eje horizontal (como sucede en los equipos de salud comunitaria) en la relación interprofesional.
- El grupo debe orientar su trabajo hacia:
 - La enfermera que trabaja en el medio penitenciario ES UNA ENFERMERA COMUNITARIA.
 - Fomentar la creación de foros (jornadas, reuniones de coordinación...) que periódicamente pongan en contacto a la enfermería del medio penitenciario con la enfermería comunitaria, con el fin de elaborar protocolos y algoritmos que mejoren la comunicación y permitan de forma correcta mantener la continuidad de cuidados del paciente excarcelado.

- Fomentar el asociacionismo de las enfermeras que trabajan en el medio penitenciario, como fórmula que garantice el intercambio de experiencias, contacto con la comunidad e investigación.
- Dotar de contenido el espacio web que nos ofrece la AEC, para que sirva como punto de consulta tanto de proyectos o trabajos de investigación de las enfermeras penitenciarias, como foro para la interacción entre comunidad y medio penitenciario.
- Fomentar la publicación de trabajos de análisis e investigación sobre el trabajo de las enfermeras penitenciarias.
- Contactar con las estructuras directivas de Instituciones Penitenciarias para tratar aspectos relacionados con el rol de la enfermera penitenciaria.
- Potenciar la interacción entre la universidad y el medio penitenciario como catalizador del cambio necesario en la estructura y los profesionales de Instituciones penitenciarias.

9. TUTORES DE ESTUDIANTES EN FORMACIÓN PRÁCTICA.

10 asistentes. Aula GB/1014.

Coordinadores de grupo: José Ramón Martínez Riera y Ángela Sanjuán Quiles.

Principales conclusiones:

- La labor del tutor de práctica clínica trasciende a la del profesional asistencial para imbricarse en la de docente.
- Es imprescindible que el tutor sea formado y esté al día de todo lo que ocurre en el desarrollo curricular/formativo de estudiantes/residentes.
- Es muy importante que el tutor tenga una formación sólida de base para asumir la tutorización.
- La comunicación entre la universidad y los centros de prácticas es fundamental.
- La tutorización debe ser reconocida curricularmente.

En el grupo de CUIDADOS A LA PERSONA ANCIANA se presentó el *Decálogo enfermero para el cuidado de las Personas Ancianas* a través de la coordinadora del grupo Engracia Navalcornera.

Por tanto, el espectro de temas abarcado por los grupos fue muy amplio como le corresponde a la Enfermería Comunitaria: la persona en todas las etapas de la vida, la familia y la comunidad.

En la mayoría de los temas tratados el conocimiento científico es aún escaso y dado que los grupos representan una de las estructuras más eficaces para avanzar en investigación, sin lugar a dudas, contribuirán a su crecimiento.

Paralelamente, y de forma transversal, la reunión ofreció la posibilidad de disfrutar y compartir conocimientos con ponentes únicos como el profesor Jaume Llacuna, la profesora Rosario Sádaba y el profesor Miguel Richart cuyas participaciones marcaron un punto de inflexión en nuestras habilidades de comunicación, la dinámica de grupos, la metodología de trabajo grupal y la interacción con el público joven, elementos básicos en la educación para la salud, así como, en el inicio y desarrollo de líneas de investigación dentro de los diferentes grupos de trabajo.

En total se defendieron 51 comunicaciones, de las que un 40% fueron comunicaciones orales. Aproximadamente la mitad correspondieron a comunicados de investigación y el resto, a experiencias. Un 80% de los trabajos fueron realizados por profesionales, un 15% por residentes y un 5% por estudiantes.

La promoción de la salud y la educación para la salud han sido los temas fundamentales. También destacaron los temas relacionados con el manejo de problemas de salud crónicos muy prevalentes, como la diabetes y la hipertensión, y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

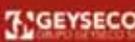
Los diseños metodológicos más frecuentes fueron los estudios transversales, los estudios antes-después no controlados y las revisiones bibliográficas.

Noticias RIdeEC

La 7ª Reunión de Invierno ha cumplido su principal objetivo: ser un punto de encuentro e intercambio de experiencias dirigido a potenciar el nivel científico, la gestión y la práctica de la Enfermería Comunitaria en los diversos entornos y ámbitos enmarcados en los grupos, con la finalidad de promocionar la salud de la población general y de los pacientes.



VII Reunión de Invierno de la AEC
GRUPOS DE TRABAJO. TRABAJO DE GRUPOS
Alicante, 10 y 11 de octubre **2013**

**GEYSECO**
SECRETARÍA TÉCNICA. Tel. 34 932212242 - Fax. 34 932217005 - 7reuniondeinvierno@enfermeriacomunitaria.org

www.enfermeriacomunitaria.org

**AEC**
Asociación de Enfermería Comunitaria

7ª REUNIÓN DE INVIERNO ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)

Alicante, 10 y 11 de octubre de 2013

PREMIOS

"GRUPOS DE TRABAJO. TRABAJO DE GRUPOS"

1. Premio a la mejor comunicación.

Dotación económica: 400 euros. Patrocinado por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). Beca CTO formación EIR.

DESARROLLO DE UN TALLER DE HIGIENE Y SALUD PARA PROMOTORES DE SALUD DE ZONAS RURALES DE GUATEMALA. Autores/as: María Ángeles de Juan Pardo, Júlia Granadell Estapé, Gemma Aregay Tusquellas.

2. Premio al mejor póster.

Dotación económica: 300 euros. Patrocinado por el Colegio de Enfermería de Valencia. Lote de libros CTO formación EIR.

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA A PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. Autores/as: Miguel Ángel Núñez Martínez, Elena López Acuña, Loreto Cruz Bonmatí, Gemma Gallego Triviño, Concepción Carratalá Munuera, Antoni Pastor Monerris.

3. Premio accésit a la mejor comunicación.

Dotación económica: 200 euros. Patrocinado por el Colegio de Enfermería de Alicante. Lote de libros de Enfermería Comunitaria DAE-Paradigma.

ESPORTSALUD: PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL EXCESO DE PESO EN LA EDAD PEDIÁTRICA. Autores/as: Ángela González Candela, Isabel Busquiel Guilabert, Jessica Pastor Pérez, Rosa María Soler Gadea, Susana Bonet Abella, Antonio Puig Ferrández.

4. Premio a la mejor comunicación de residentes.

Dotación económica: 100 euros. Patrocinado por Ribera Salud. Lote de libros de Enfermería Comunitaria DAE-Paradigma.

LA MUSICOTERAPIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. Autora: Beatriz Yañez Amorós.

5. Premio a la mejor comunicación de estudiantes.

Inscripción gratuita a la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) durante un año. Lote de libros de Enfermería Comunitaria DAE-Paradigma.

ANÁLISIS EXHAUSTIVO PARA LA ACTUALIZACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE UNA GUÍA ENFERMERA DE FORMACIÓN EN CUIDADOS PARA LAS PERSONAS CUIDADORAS NO PROFESIONALES. Autora: Maribel de Dios Pérez.

Normas de publicación

REVISTA IBEROAMERICANA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

Información para los autores

La Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdEC) considerará para su publicación aquellos trabajos relacionados directamente con la Enfermería Comunitaria y la Atención Primaria de Salud que no hayan sido publicados en otros medios y puedan encuadrarse en las diferentes secciones de la revista. Es una publicación científica que publicará sus artículos mediante el arbitraje de expertos.

Presentación de los trabajos

Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de RIdEC y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la misma. No se aceptarán trabajos publicados o presentados simultáneamente en otra revista, circunstancia que el autor deberá declarar en la carta de presentación del artículo.

Se remitirá a la revista una carta de presentación en la que sus autores declaren que:

- Es un trabajo original.
- No ha sido previamente publicado en otro medio.
- No ha sido remitido simultáneamente a otra publicación.
- Todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración.
- Realicen una declaración de posibles conflictos de intereses en la redacción del artículo o en la realización de la investigación.
- Todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito remitido.
- En caso de ser publicado el artículo transfieren todos los derechos de autor al editor para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir el trabajo en índices nacionales e internacionales o bases de datos.

En general, la extensión máxima de los trabajos no deberá superar las 4.500 palabras (originales, revisión, gestión de cuidados, comunidades) y 1.000 para las cartas. Se admite un máximo de cuatro ilustraciones y un máximo de seis firmantes (cuatro para las cartas a la directora). Se podrán mandar artículos en español y portugués. Adicionalmente, será posible enviar una versión en inglés del artículo.

El procesado del texto se hará por ordenador utilizando el programa Microsoft Word o compatible.

Se enviará un archivo que incluya la redacción del artículo. Cada parte del manuscrito empezará una página en el siguiente orden:

1. En la primera página del artículo se indicará el título del artículo. Este se traducirá al menos a uno de los siguientes idiomas: portugués, inglés o francés. No se debe incluir en este archivo el nombre de ningún autor.
2. En las siguientes páginas se incluirá el texto del artículo, dividiendo claramente los apartados del mismo y además, en el caso de artículos originales, artículos de revisión, gestión de cuidados y comunidades deberá contar con un resumen de 150 palabras máximo y las palabras clave. El resumen y las palabras clave se redactarán obligatoriamente en español o portugués y al menos en otro de los siguientes idiomas: inglés o francés.
3. Referencias bibliográficas. Se presentarán siguiendo las normas de la APA o las Normas de Vancouver. En caso de abreviar los nombres de las revistas se hará utilizando el estilo usado en Index Medicus y en Index de Enfermería, para aquellas revistas incluidas en ambos repertorios. El formateado del texto se realizará en letra tipo Arial Narrow, de tamaño 12 y justificado. Los nombres de los apartados del artículo se formatearán en letra tipo Arial Narrow, negrita, tamaño 14 y alineación centrada.
4. Ilustraciones
 - a) Las fotografías, gráficos, dibujos y esquemas se enviarán en un archivo por separado. Se incluirán en formato JPG a una resolución mínima de 300 dpi y todas comprimidas en un archivo ZIP. Serán fotografías originales, indicando la autoría de la misma. El autor deberá ceder su uso para poder publicarlas en Internet.

Se incluirá una fotografía, gráfico, dibujo o esquema por archivo, indicando el número y título de la figura. Adicionalmente, si el título es muy largo y son varias figuras, se podrá adjuntar una relación en formato Word indicando: nombre del archivo y número y título de la figura a la que corresponde. La responsabilidad sobre la autoría y originalidad de la ilustración corresponde a los autores.
 - b) Las tablas se enviarán en un archivo por separado. Se presentarán en formato Word, en cuerpo Arial a un tamaño de 10 puntos, incluyendo una tabla por página. Además se adjuntará numeración de la tabla con números arábigos, enunciando el título correspondiente.

El Comité Editorial acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación. Para facilitar los contactos con los autores durante el proceso de edición, estos deberán indicar, de forma obligatoria, una dirección de correo electrónico.

Los trabajos se remitirán a RIdEC a la siguiente dirección de correo electrónico: ridec@grupo-paradigma.com. El envío de un artículo supone asumir que se trata de un trabajo original, no publicado ni enviado a revisión a otras revistas. Ello implica que el autor autoriza a la Editorial DAE a publicar todo el material remitido, incluidas las fotos, que deberán ser originales en caso de ser aceptado para su publicación.

Descripción de las secciones

Artículos originales

Trabajos que tengan como objetivo describir una actividad de investigación en cuidados enfermeros o atención comunitaria que aporten o demuestren

nuevos conocimientos y que necesariamente deberán respetar la estructura de un trabajo científico aceptada por la comunidad científica internacional. Los trabajos de investigación deberán incluir:

Parte preliminar

- Título: será explicativo, conciso y claro.
- Resumen: debe especificar el objetivo, metodología empleada (sujetos de estudio, métodos, observaciones y análisis), resultados y conclusiones.
- Introducción: donde se expondrán la finalidad del estudio, los fundamentos que justifican su pertinencia así como los elementos fundamentales o el marco conceptual, si procede, para la comprensión del trabajo. Se indicará el método de búsqueda bibliográfica empleada.

Parte del cuerpo

- Sujetos y métodos: se detalla cómo se ha llevado a cabo el estudio; es el manual que permite la reproductibilidad del estudio a cualquier investigador. En este apartado deberán constar los criterios de selección de los sujetos de estudio, tipo de investigación, existencia de sesgos, identificación de técnicas, procedimientos e instrumentos. Se explicitarán las referencias bibliográficas de los métodos empleados, incluyendo los estadísticos.
- Resultados: en esta sección se expondrán los resultados obtenidos y se valorará el equilibrio entre texto, tablas y figuras. Se pondrán de manifiesto los datos más relevantes, tanto positivos como negativos.
- Discusión: en esta sección se comentarán las inferencias de los propios hallazgos y las limitaciones que el estudio tiene. En caso de investigaciones de carácter cualitativo el apartado Resultados y Discusión se podrá redactar de forma conjunta.

Parte final

- Agradecimientos: se podrá expresar el agradecimiento de los autores a las diversas personas o instituciones que han colaborado de una u otra forma en el estudio.
- Referencias bibliográficas: incluirá la bibliografía empleada como documentación. Las normas aceptadas para la publicación son las de la APA y Vancouver.

Revisiones

Trabajos realizados basándose en el análisis, comparación, interpretación y adaptación a una situación concreta de la bibliografía existente sobre un tema determinado en el que el autor o autores puedan aportar su experiencia personal.

En las revisiones los autores deberán estructurar sus trabajos con una introducción, la metodología y estrategia de búsqueda, la exposición del tema analizado, las conclusiones de los elementos más importantes de dicha exposición y la bibliografía utilizada. Estos artículos serán fundamentalmente encargados por el Consejo Editorial al autor. Si los autores desean realizar una revisión deberán ponerse en contacto con el Comité Editorial.

Gestión clínica de cuidados

Trabajos relacionados con la práctica asistencial de los profesionales enfermeros en el ámbito de actuación comunitaria, en los que a partir de una situación determinada se describa la metodología de cuidados encaminada a la prestación de todo tipo de cuidados desde el punto de vista de la atención de Enfermería.

La estructura de estos trabajos debe incluir los siguientes apartados:

- Sinopsis (breve descripción del caso), valoración, diagnóstico/ problema, plan de cuidados (resultados esperados, intervenciones), evolución, discusión y bibliografía. En la discusión se deberán exponer aquellos aspectos más relevantes de los casos expuestos, la evidencia científica disponible así como la bibliografía utilizada por los autores.

Cartas a la directora

Este apartado incluye las comunicaciones que los lectores quieran realizar con RIdEC en relación con trabajos previamente publicados así como aquellos trabajos de investigación, casos clínicos, trabajos de revisión o aportaciones a algún tema de interés para la Enfermería que puedan ser resumidos en un texto de corta extensión. Dentro de este apartado los autores podrán poner en conocimiento de los lectores de RIdEC aquellas reflexiones, comentarios o hallazgos que puedan aportar información sobre algún tema relacionado con los cuidados de salud.

Trabajo con la comunidad

Se considerará para su publicación experiencias, protocolos de sistematización de cuidados y proyectos desarrollados en comunidades que supongan una actuación de carácter comunitario. Para la publicación de estos artículos se considerará la originalidad de las experiencias, protocolos o proyectos comunitarios y su capacidad para generar ideas, innovaciones e investigación en la atención comunitaria.

Recordatorio de archivos que debe enviar a la revista para que se someta a revisión un artículo:

- Carta de presentación (en formato Word).
- Redacción del artículo (en formato Word).
- Ilustraciones y figuras (una figura por archivo y en formato JPG, todos los archivos comprimidos en un único archivo ZIP).
- Tablas (en formato DOC).



enfermeria21
Grupo Paradigma

NUEVO
PORTAL

Portal líder en información para estudiantes y
profesionales en enfermería



Biblioteca Digital Textos y documentos encuentr@
Test de enfermería aulaeir Pack de revistas
Apuntes **Comunidad Metas** Tienda on line
auladae Información de estudiantes aulaope
Diario Dicen Ofertas de empleo Congresos



www.enfermeria21.com