

Contenidos

Prevalencia de la ingesta de fármacos y caídas en una residencia geriátrica del sector II de Zaragoza

Educación para la salud en primeros auxilios en escuelas e institutos. Metodología

Tareas de prescripción enfermera en España: diagnósticos de Enfermería y variables asociadas

Revisión de la literatura y actualización del conocimiento en "Evidencia de los programas de Promoción de la Salud en la comunidad"



ASOCIACIÓN
ENFERMERÍA COMUNITARIA

1994-2014

mae



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

REDACTOR

- Dr. Raúl Juárez Vela

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
 Luis Carlos Redondo Castán, Zaragoza
 Maribel Mármol Lopez, Valencia
 Miguel Ángel Díaz Herrera, Barcelona

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 Vilagrasa 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 Mendça (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 Stiepovich Beroni (Concepción-Chile) • Olga María Rivero González (Cuba) |
|--|--|



Sumario • Summary

Vol. 7 - nº 2 julio-diciembre 2014

Editorial

Veinte años sobre los que construir el futuro <i>José Ramón Martínez Riera</i>	4
---	---

Originales

Prevalencia de la ingesta de fármacos y caídas en una residencia geriátrica del sector II de Zaragoza <i>Prevalence of drug intake and falls in an elderly nursing home in sector II in Saragossa</i> <i>Begoña Pellicer García, Raúl Juárez Vela, David Delgado Sevilla, Luis Carlos Redondo Castán, Isabel Antón, Sandra Guerrero Portillo</i>	6
Tareas de prescripción enfermera en España: diagnósticos de Enfermería y variables asociadas <i>Nursing prescribing tasks in Spain: nursing diagnoses and associated variables</i> <i>Raúl Juárez Vela, Luis Carlos Redondo Castán, David Delgado Sevilla, Begoña Pellicer García, Sandra Guerrero Portillo, Loreto María García Moyano</i>	18
Educación para la salud en primeros auxilios en escuelas e institutos. Metodología <i>Health education on first aid at school and high-school. Methods</i> <i>Lorena Castro Trabanco</i>	26

Revisiones

Revisión de la literatura y actualización del conocimiento en "Evidencia de los programas de Promoción de la Salud en la Comunidad" <i>A literature review and update on "evidence on community-based health promotion programs"</i> <i>Elena Isabel Díaz Gallego, Trinidad Carrión Robles</i>	35
--	----

Noticias RIDEC

IX Congreso Nacional y III Internacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria	43
---	----

Relatos

De residente a especialista	44
-----------------------------------	----

Editorial

Veinte años sobre los que construir el futuro

Cuando la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) está a punto de celebrar su vigésimo aniversario, las noticias en torno al desarrollo y consolidación de la Enfermería comunitaria, tanto en el ámbito de la especialidad como en el de la atención generalista, y de la propia AEC se suceden.

La AEC alcanza su madurez y su mayoría de edad como sociedad científica en unos momentos enormemente difíciles para la sociedad española y europea, para la profesión enfermera y para las enfermeras. La crisis ha irrumpido con fuerza y ha sido utilizada como excusa para muchas decisiones oportunistas, interesadas y negativas para los intereses de la población en general, de la sanidad en particular y de las enfermeras de manera muy significativa. Y en este escenario de incertidumbre, inequidad, pérdida de derechos y logros, la AEC ha sabido no tan solo mantenerse, sino crecer y situarse como referente claro e indiscutible de la salud comunitaria. Tanto desde la propia AEC, como a través de SESPAS, en donde también hemos logrado reconocimiento y respeto a través de nuestros posicionamientos, opiniones y aportaciones, hemos sabido defender los intereses profesionales y científicos de la especialidad, de las enfermeras, del sistema sanitario y de las personas, las familias y la comunidad a las que nos debemos.

Ya han pasado los tiempos en los que lamentábamos nuestra ausencia de los principales foros de análisis y toma de decisiones a nivel tanto autonómico como estatal. Actualmente la AEC no solo participa de manera activa y decidida en todas y cuantas comisiones, grupos de trabajo y reuniones se convocan por parte de los principales organismos sociosanitarios, sino que además es escuchada cuando así lo solicita. La AEC es un interlocutor imprescindible, un asesor indispensable, un analista necesario y un avalista deseado. No se entiende ya que la AEC no esté presente en los principales foros de trabajo. No se comprende que no haga su aportación objetiva, serena, realista y sincera a cualquier estado de cuestión relacionada con la salud comunitaria y la salud pública que se plantee.

Pero además, la AEC ha conseguido también ser compañero de viaje deseado por múltiples organizaciones, sociedades, instituciones y empresas que ven en su fortaleza y posicionamiento científico-profesional y social una oportunidad en el logro de objetivos comunes. Nunca la AEC había establecido tantos convenios. Convenios que favorecen sinergias conjuntas, vertebran voluntades y desarrollan acciones tendentes a la mejora de múltiples acciones.

La AEC se ha abierto paso en la sociedad del conocimiento y de la ciencia y ha logrado el reconocimiento que su potencial merece a través de sus acciones y de sus recursos (web, grupos de trabajo, RIdEC...). Y todo ello ha sido logrado gracias al esfuerzo compartido, al trabajo constante, a la motivación permanente, a la implicación decidida de todas/os las socias/os que han participado intensamente en cuantas acciones y actividades se ha colaborado. Su posición de permanente escucha, diálogo, análisis, reflexión y debate han permitido que, actualmente, seamos vistos como un aliado necesario y no como un enemigo incómodo por parte de nuestros interlocutores naturales.

El crecimiento de la AEC en cuanto a socias/os e implantación en todo el territorio nacional ha sido progresivo, alcanzando presencia en la totalidad de comunidades autónomas. Y todo ello a pesar de la crisis, de los recortes, de las presiones y de la, en muchas ocasiones, lógica decepción de las enfermeras que tienen que asumir cada vez más carga de trabajo con una alta responsabilidad, a un mínimo coste y casi nulo reconocimiento.

Y a pesar de todo ello o precisamente por ello somos conscientes de lo mucho que nos queda por recorrer, de los objetivos que nos faltan alcanzar, de las expectativas que nos quedan por cubrir. Somos realistas y por eso vamos paso a paso, sin desfallecer. Con entusiasmo pero sin alegrías innecesarias, con valentía pero sin temeridad, con orgullo pero con humildad, con ambición pero sin prepotencia. En definitiva, con la fuerza que nos da el saber qué queremos y cómo, cuándo y de qué manera conseguirlo. El camino no será fácil, nunca lo ha sido, pero veinte años dan madurez y bagaje suficientes para continuar con espíritu de superación permanente.

Hay que superar viejos y atávicos temores que nos impidan avanzar y ver fantasmas que no hacen sino distraer nuestro verdadero sentido de existencia. Debemos enfrentar la realidad y desposeerla de viejos y arcaicos recuerdos, lo que no significa que tengamos olvidar lo vivido por doloroso que haya podido ser. Recordemos sin nostalgia y sin rencor para poder seguir avanzando y creciendo. Hay que darle sentido a lo que hacemos y perseguimos, aunque en muchas ocasiones parezca, precisamente, que carezca de sentido. Dejemos el odio que tan solo es muestra de falta de imaginación y pongámonos a trabajar en la construcción de una Enfermería comunitaria fuerte, dinámica, científica, cercana, reconocida y admirada por todos. Nuestros enemigos tan solo son nuestros propios miedos y éstos se vencen con la convicción de quien, como la AEC, sabe lo que quiere. No será por tanto la AEC la que impida el diálogo y el trabajo conjunto con quien así lo quiera en beneficio de la Enfermería comunitaria, siempre que se mantengan permanentemente vivos los principios y fines que nos identifican.

Preparémonos pues para celebrar nuestro 20 aniversario. Para disfrutarlo y compartirlo. Para gozar del presente, agradecer el pasado y afrontar el futuro. Con fuerzas renovadas y con la esperanza permanente de seguir avanzando. No depende de nadie más que de nosotros. Tenemos toda una vida por delante.

Felicidades AEC.

José Ramón Martínez Riera

Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)



Prevalencia de la ingesta de fármacos y caídas en una residencia geriátrica del sector II de Zaragoza

¹Begoña Pellicer García
¹Raúl Juárez Vela
¹David Delgado Sevilla
¹Luis Carlos Redondo Castán
¹Isabel Antón
¹Sandra Guerrero Portillo

¹Enfermero/a. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad San Jorge (Zaragoza). Dirección de contacto: bpellicer@usj.es

Resumen

Objetivo: estudiar la prevalencia de la ingesta de fármacos y caídas en ancianos válidos institucionalizados.

Material: estudio descriptivo trasversal o de prevalencia, muestreo aleatorio simple. Los instrumentos de medida validados que se emplearon: el MEC-35 (1979) y el cuestionario de la OMS (1989) para el estudio de las caídas en el anciano.

Resultados: el 43,14% de los ancianos de nuestro estudio consumía de cuatro a siete fármacos diarios, y el 31,37% consumían ocho o más fármacos al día.

Se produjeron 21 caídas en los últimos 12 meses desde el inicio del estudio, en los 51 adultos mayores que participaron, lo que implicó una prevalencia del 41,17%.

El 52,94% de los participantes tomaban fármacos sedantes, se pudo comprobar que la ingesta de ellos es considerable; a partir de los grupos de edades de 75-79 años su consumo se eleva. Se obtuvo que en la mayoría de las caídas, el fármaco sedante se encontraba presente en el 76,19%, en ambos sexos, sobre el total de caídas producidas. Los resultados apuntan que existe una fuerte relación entre ambas variables, es decir, el consumo de fármacos sedantes acrecienta la posibilidad a padecer una caída.

Conclusiones: la polifarmacia es un hecho presente en nuestra población geriátrica. El consumo elevado de fármacos está íntimamente relacionado con la aparición de caídas en el anciano. Los equipos de Atención Primaria son los que realmente realizan la prescripción de fármacos y deberían valorar si los efectos adversos son mayores al beneficio clínico. Como consecuencia a estos hechos, los profesionales sanitarios deben reflexionar sobre una correcta y cuidadosa prescripción. Es preciso realizar una valoración holística del paciente. Con ello, conseguiremos disminuir la prevalencia de caídas en la población geriátrica causada por la polifarmacología y mejorar la asistencia sanitaria de nuestros pacientes.

Palabras clave: ancianos; caídas; polifarmacología.

Abstract

Prevalence of drug intake and falls in an elderly nursing home in sector II in Saragossa

Purpose: To study the prevalence of drug intake and falls in institutionalized non-handicapped elderly people.

Methods: A descriptive cross-sectional or prevalence study, using a simple randomized sampling method. The following validated tools were used: MEC-35 (1979) and WHO's questionnaire (1989) to study falls in elderly people.

Results: Many participants (43.14%) were receiving daily doses of four to seven drugs, and 31.37% were taking eight or more drugs.

Overall, 21 falls had occurred in the last 12 months since the start of the study, in 51 participants, with prevalence rate being 41.17%.

A majority of participants (52.94%) were receiving sedatives; use of sedatives was high, especially in individuals older than 75-79 years. In most falls a sedative drug use intake could be found (76.19% of falls, for both sexes). Our findings show a strong correlation between sedative drugs use and probability of falls.

Conclusions: Polypharmacy is a common finding in our geriatric population.

A high drug intake is closely correlated with falls in the elderly. Primary care teams are mainly responsible for drug prescription and assess adverse effects versus clinical benefits from drug use. As a consequence, health care providers should be aware of the need for right and careful prescribing. A holistic evaluation of the patients is clearly needed. This will allow us to achieve a reduced prevalence of falls due to polypharmacy in the elderly and to improve health care for our patients.

Key words: elderly, falls, polypharmacy.

Introducción

España es uno de los países con la población más envejecida de Europa, experimenta el denominado "envejecimiento del envejecimiento", con uno de los índices de fecundidad más bajos del mundo y con una elevada esperanza de vida al nacer (1).

El envejecimiento es un proceso fisiológico normal al que están expuestos todos los organismos vivos desde el momento de su concepción. Predispone al individuo a la aparición de enfermedades y al consumo de medicamentos.

La farmacoterapia en la tercera edad abre un gran capítulo en la medicina moderna, constituyendo la "polifarmacia" o "polifarmacoterapia" uno de los llamados "problemas capitales de la geriatría", pues es una de las situaciones más frecuentes, con suficientes implicaciones relacionadas con la morbilidad y la mortalidad en el anciano (2).

Los ancianos poseen una elevada prevalencia de enfermedades y son valorados por diversos especialistas de la salud de forma simultánea. La comunicación entre los diversos profesionales es de calidad empobrecida, conduciendo a una elevada e inadecuada prescripción de fármacos, elevando las reacciones adversas y la duplicidad de estos en un mismo paciente. El consumo elevado de fármacos puede favorecer a una respuesta inadecuada sobre el anciano como, por ejemplo, desencadenar un elevado riesgo a sufrir caídas y aumentar el riesgo de padecer efectos adversos mayores al beneficio clínico.

Los ansiolíticos, antipsicóticos, relajantes musculares y fármacos para el insomnio sin buena vigilancia médica y periódica, aumentan el riesgo de caídas produciendo en el individuo confusión, temblores y deterioro cognitivo (3). Los profesionales sanitarios deben tener presente a la hora de prescribir un fármaco los fines terapéuticos, la calidad de vida y los potenciales efectos adversos del paciente. La incidencia de caídas y de otros efectos adversos aumenta con la toma de más de cuatro fármacos (4). Entre un 30 a 40% de los ancianos atendidos en los diferentes niveles de atención geriátrica están polimedificados (4).

Las caídas son la fuente más importante de morbilidad y mortalidad para los adultos mayores, convirtiéndose en un grave problema de salud pública. Uno de los síndromes geriátricos más importantes corresponde a las caídas de la población anciana, por su elevada incidencia y repercusión que se produce en la calidad de vida tanto del anciano como de su cuidador principal. Actualmente, el 30% de las personas mayores de 65 años, independientes o autónomas sufren al menos una caída anual (5,6). Este porcentaje aumenta de manera progresiva conforme se incrementa la edad de la población. En los mayores de 75 años asciende al 35%, y en personas mayores de 80 años se alcanzan cotas hasta del 50%.

Para conocer la etiología de las caídas, estas deben identificarse y no omitir detalles importantes para precisar el origen del problema. La etiología más frecuente es multifactorial:

- Factores intrínsecos: son cambios o trastornos propios del envejecimiento afectando al equilibrio corporal. Una caída constituye un factor de riesgo para volverse a caer. La elevada prevalencia de enfermedades agudas o crónicas que las personas ancianas padecen (5), las alteraciones visuales, auditivas y la aparición de determinadas patologías provocan alteraciones en la marcha aumentando la inestabilidad en el anciano.
- Factores extrínsecos: la plurifarmacología, las condiciones ambientales, el mobiliario, las condiciones meteorológicas, etc. (5).

Al producirse una caída se pueden ver afectadas todas las áreas del individuo y esto produce una elevada repercusión en el sistema sanitario, conllevando consecuencias físicas, psicológicas y sociales, generando un gran impacto socioeconómico para el sistema sanitario del país. No debemos obviar que las caídas constituyen la sexta causa de muerte en adultos mayores de 75 años (7,8).

La polifarmacía es un síndrome geriátrico que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la toma de tres o más fármacos diarios. Los estudios realizados por diversos autores afirman que las personas mayores de 65 años ingieren de dos a seis fármacos prescritos por los facultativos (3,4). En estudios previos realizados se ha observado que ancianos que toman dos fármacos tienen un riesgo del 13% de sufrir interacciones o efectos adversos. Este riesgo se incrementa a un 38% cuando se toman cuatro fármacos y a un 82% con siete o más fármacos.

La prevención de las caídas en instituciones sociosanitarias requiere la instauración y utilización de fichas de registro medicamentoso y protocolos de registro para las caídas de cada paciente. La existencia de estos registros constituirá uno de los indicadores de calidad habitualmente exigidos en hospitales e instituciones sociosanitarias (9). Todo ello favorecerá a la disminución notable de la incidencia del problema (10).

Objetivos

Objetivo general:

- Estimar el número de fármacos diarios que ingieren los ancianos relacionados con las caídas que sufren las personas válidas institucionalizadas mayores de 65 años en los últimos doce meses.

Objetivos específicos:

- Conocer el número de fármacos que ingieren los ancianos del estudio, en cuanto al sexo y edad.
- Establecer el número de caídas en mayores que consumen entre cero y tres fármacos al día, los que consumen de cuatro a siete fármacos/día y aquellos que consumen ocho o más fármacos diarios.
- Estimar la media y moda de fármacos que consumen en cuanto al sexo.
- Estimar la prevalencia de ancianos que consumen fármacos sedantes, y comprobar si existe o no relación con la variable "caída".

Método

Estudio descriptivo transversal mediante entrevista personal. La recogida de datos se realizó durante los meses de septiembre a diciembre de 2012, una vez obtenido el dictamen favorable por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA). Se realizó un muestreo aleatorio simple entre todas las residencias geriátricas del sector II de Zaragoza. Se obtuvo una residencia geriátrica privada de ancianos válidos, en la ciudad de Zaragoza (España). El objetivo de nuestro estudio fue conocer el número de fármacos diarios que consumen los ancianos válidos institucionalizados relacionado con las caídas sufridas en los últimos doce meses de la realización del estudio.

Ámbito del estudio: en un centro geriátrico con 69 habitaciones. Primeramente el instrumento de medida validado que se empleó en el estudio fue el MEC-35 (Lobo, 1979) (8) para valorar el nivel de cognición de los ancianos. A continuación el cuestionario de la OMS para el estudio de caídas en el anciano, mediante entrevista personal siendo informados previamente y participando de forma anónima, voluntaria y mediante consentimiento informado y respetando al máximo la intimidad y confidencialidad de los adultos mayores.

Todas las entrevistas del estudio se realizaron por un único investigador. Antes de proceder a la recogida de datos, el estudio se envió para ser evaluado por el CEICA, por el que nos dictaminó una resolución favorable. Las variables que se estudiaron fueron recogidas en la Tabla 1.

Variable	Definición	Escala de medida
SOCIODEMOGRÁFICAS		
Edad	Igual o > de 65 años	Cuantitativa-discreta
Sexo	Hombre/mujer	Cualitativa-dicotómica
VALORACIÓN CLÍNICA-FUNCIONAL		
Consumo de fármacos	Número total	Cuantitativa-discreta
Consumo de fármacos sedantes	Preguntas del cuestionario de la OMS	Cualitativa-discreta
Número de caídas en los últimos 12 meses	Preguntas del cuestionario de la OMS	Cualitativas y cuantitativas

Muestra: al comienzo del estudio el total del censo estaba compuesta por 60 ancianos, 21 varones (35%) y 39 mujeres (65%). De los 60 ancianos, dos de ellos se encontraban ingresados en un centro hospitalario en el momento del estudio, cuatro no dieron su consentimiento y tres obtuvieron un resultado inferior a 23 en el MEC-35. El total de participantes en el estudio fue de 51 ancianos por ambos sexos.

Criterios de inclusión: personas mayores o igual a 65 años, institucionalizados en una residencia geriátrica durante la realización del estudio. Ancianos válidos (exentos de dependencia para la realización tanto de actividades de la vida diaria (AVD) como las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)). Ambos sexos (hombres y mujeres). Consentimiento informado. Puntuación total en el MEC-35 entre 23 y 35 puntos.

Criterios de exclusión: adultos mayores con puntuación inferior a 23 en el MEC-35. Ancianos menores de 65 años. Revocaciones al consentimiento. Ancianos con enfermedades psiquiátricas graves.

Resultados

En este estudio se aplicó un nivel de confianza del 95% y un error del 5%, con un total de 51 ancianos/as participantes reales en nuestro estudio (Tabla 2).

En cuanto al número de fármacos que los ancianos válidos institucionalizados ingieren, obtenemos que de los 19 varones que participaron en el estudio la media de fármacos que ingerían era de 6,8 diariamente, correspondiendo a una moda de

Tabla 2. Resumen del censo y total de participantes

Censo	Pérdidas del estudio		Participantes reales-total
39 mujeres	Ingresados en hospitales	2	32 mujeres
21 varones	No consintieron	4	19 varones
60 ancianos/as	Resultados < 23 del MEC-35 Total de pérdidas	3 9	51 ancianos/as

10 fármacos/día. En el sexo femenino, participaron 32 mujeres y la media de fármacos se encontraba en 5,2 al día y una moda de dos fármacos. Es decir, si el total de la muestra correspondía a 51 participantes, la media del consumo se encontraba en 5,8 fármacos tomados diariamente entre ambos sexos.

En nuestro estudio la prevalencia sobre la ingesta de fármacos en adultos mayores válidos institucionalizados correspondía a un 98,04% (Tabla 3).

Tabla 3. Resumen de la ingesta de fármacos

	Participantes	Prevalencia	Media
Hombres	19	94,73%	6,8
Mujeres	32	100%	5,2
Ambos sexos	51	98,04%	5,8

Se establecieron diferentes rangos con respecto al número de fármacos/día que los ancianos participantes ingerían. Los investigadores del estudio establecieron cuatro rangos a analizar (cero fármacos/día, de uno a tres fármacos/día, de cuatro a siete fármacos/día y ocho o más fármacos/día).

Los resultados del geriátrico en estudio indicaron que no existían ancianos institucionalizados exentos en el consumo de fármacos diarios. Ancianos varones que consumían entre uno y tres fármacos/día se obtuvo un 3,92% (es decir, dos hombres), mientras que en el sexo femenino era del 21,57% (11 mujeres). Lo que corresponde a 25,49% entre ambos sexos, que consumían de uno a tres fármacos/día. En ancianos varones que consumían de cuatro a siete fármacos/día se obtuvo un 13,73%, mientras que en el sexo femenino un 29,41%. Por tanto, entre ambos sexos corresponde a un porcentaje del 43,14% (22 adultos mayores), que consumían entre cuatro y siete fármacos/día.

Se calculó cuántos ancianos varones tomaban ocho o más fármacos/día, y se obtuvo el 19,61% (diez varones) y en mujeres el 11,76% (seis mujeres), lo que corresponde a una prevalencia en ambos sexos del 31,37% (Gráfico 1).

Como se muestra en la Tabla 4, se aprecia que los ancianos que utilizaban de cuatro a siete fármacos diarios son 21 personas, seguidos de los que consumían entre ocho o más fármacos con 16 personas. Se comprueba que la polifarmacología se encuentra muy presente en la edad geriátrica.

Se estudiaron el total de caídas en ancianos durante los últimos 12 meses tras el comienzo del estudio y se produjeron un total de 21 caídas sobre los 51 ancianos que participaron en el estudio. Lo que implicó una prevalencia del 41,17%, el 38,09% (ocho caídas) en varones y el 61,91% (13 caídas) en mujeres.

De las 21 caídas producidas por ambos sexos, se pudo observar que los ancianos varones que consumieron menos de cuatro fármacos el número de caídas eran inferiores. En cuanto al sexo femenino se registraron cuatro caídas, lo que corres-

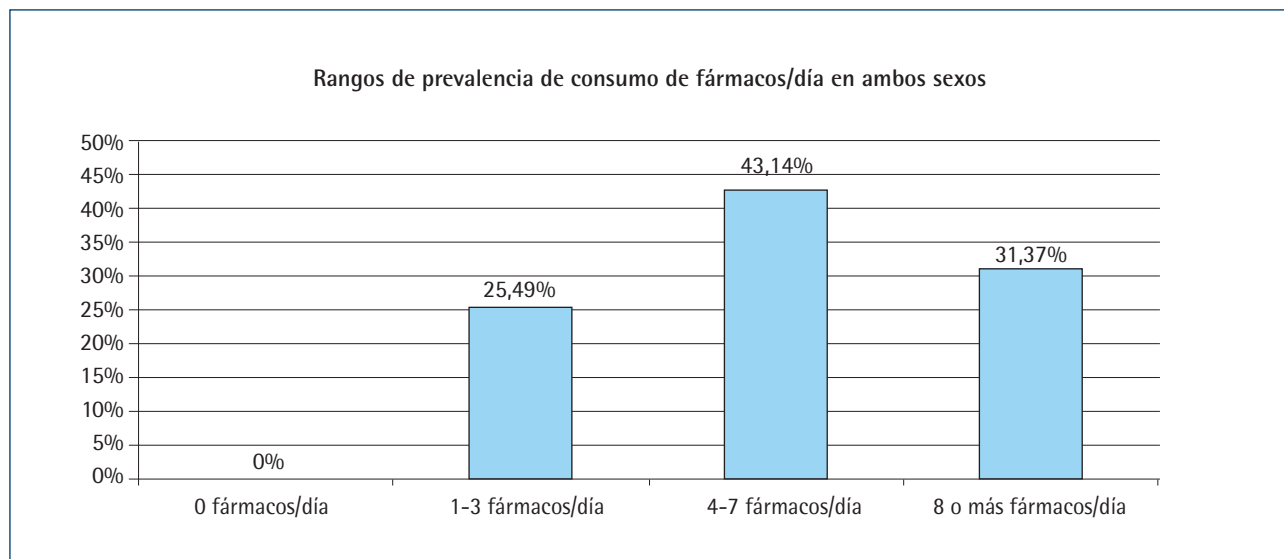


Gráfico 1. Prevalencia de la variable consumo de fármacos/día en ambos sexos

Tabla 4. Relación de la variable edad, polifarmacología y sexo

Relación de la edad con la polifarmacología en ambos sexos					
Grupos de edades	Nº de personas	Utilización de medicamentos			
		Ninguno	De 1 a 3	De 4 a 7	Más de 8
65-69 años	2		1	0	1
70-74 años	3		1	1	1
75-79 años	6		3	2	1
80-84 años	10		3	4	3
85-89 años	12		2	6	4
90-94 años	13		2	6	5
95-99 años	5		2	2	1
Total:	51		14	21	16

ponde al 19,05% de las caídas producidas en los últimos 12 meses entre ambos sexos. Los ancianos varones que consumían de cuatro a siete fármacos diarios obtuvieron una prevalencia de 4,76%, lo que corresponde a una caída. En el sexo femenino se pudo observar que estas aumentaban con respecto a su rango anterior, siendo su prevalencia del 28,57%, lo que equivale a seis caídas. En el consumo de ocho o más fármacos, se observó que en los varones se elevaban considerablemente, correspondiendo a una prevalencia del 33,33% (siete caídas), mientras que en el sexo femenino disminuyen con respecto al rango anteriormente mencionado, siendo del 19,05% (cuatro caídas).

Como se puede ver en el Gráfico 2, cuanto mayor es el número de fármacos que ingieren los adultos mayores al día, el número de caídas se acrecienta notablemente. Igual que aquellos ancianos que ingieren menos de tres fármacos/día tienen una menor probabilidad de sufrir caídas, reduciéndose su prevalencia hasta un 33,33%. Es evidente, que ambas variables se encuentran relacionadas.

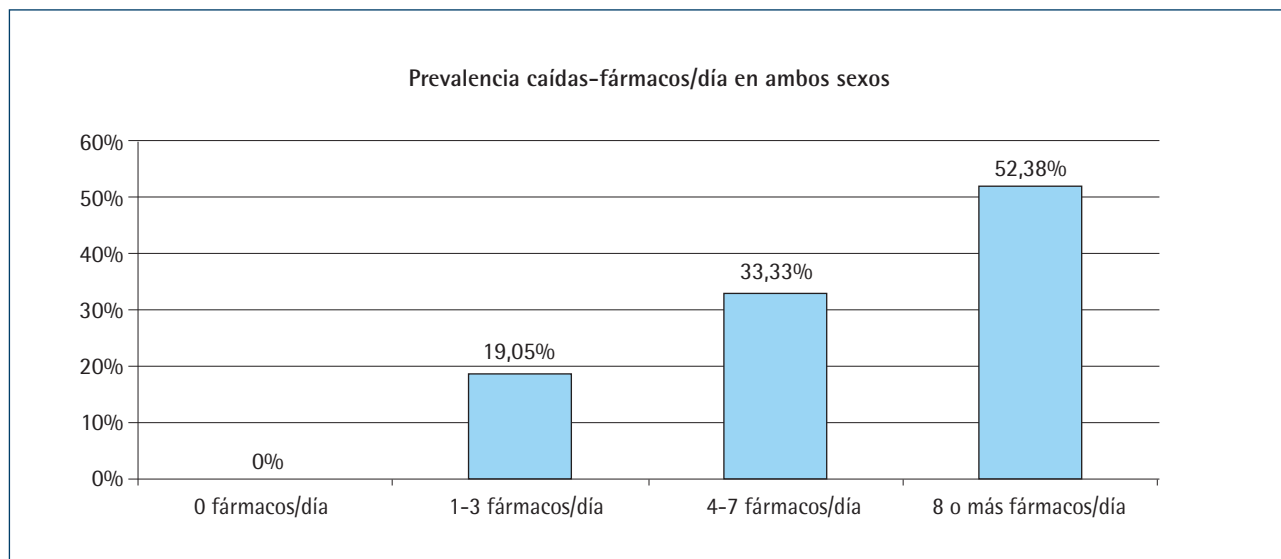


Gráfico 2. Prevalencia de la variable caída, consumo de fármacos/día y sexo

La media de fármacos/día ingeridos entre ambos sexos y que además sufrieron caídas se encontraba en 7,43, mientras que para aquellos/as que no las sufrieron era de 3,82 (Gráfico 3).

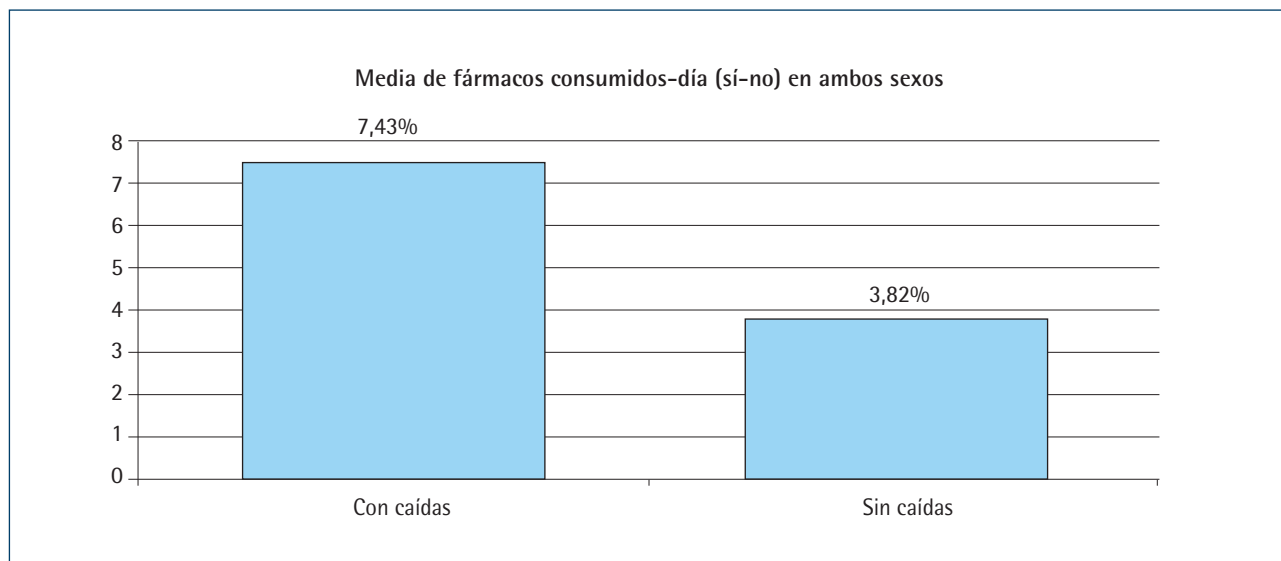


Gráfico 3. Resumen de la media del consumo de fármacos/día por ambos sexos

En cuanto a la ingesta de fármacos sedantes, en los que se podrían englobar los fármacos ansiolíticos y los utilizados para el insomnio, observamos que de los 51 ancianos que participaron en nuestro estudio 27 adultos mayores los tomaban, lo que evidencia que la prevalencia de la ingesta de fármacos sedantes se encontraba en un 52,94%, es decir, más de la mitad de la muestra los ingieren. De los 27 adultos mayores, nueve eran varones (33,33%) y 18 mujeres (66,67%). Por tanto, se puede observar que en el sexo femenino eran mayores consumidoras de este tipo de fármacos (Gráfico 4).

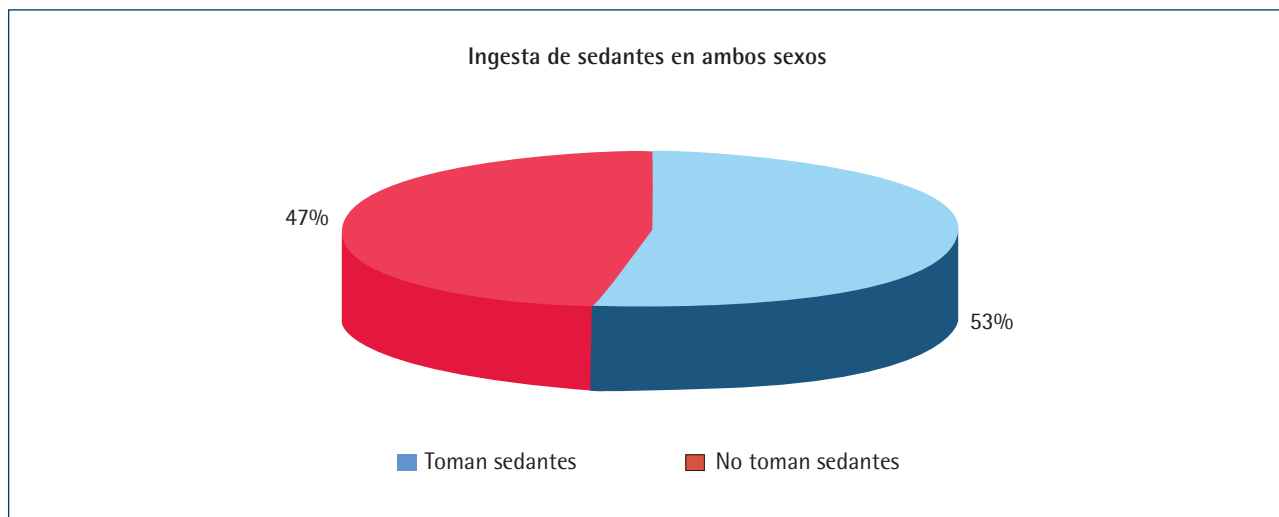


Gráfico 4. Prevalencia de la ingesta de fármacos sedantes y sexo

La relación entre la variable "edad" y "toma de fármacos sedantes", se observó que la ingesta de estos es considerable y que, a partir de los grupos de edades de 75-79 años, su consumo se elevaba de forma considerable (Tabla 5).

Tabla 5. Relación de la edad con la ingesta de fármacos sedantes

Grupos de edades	nº de personas	Sedante: sí	Sedante: no
65-69 años	2	1	1
70-74 años	3	2	1
75-79 años	6	4	2
80-84 años	10	6	4
85-89 años	12	6	6
90-94 años	13	5	8
95-99 años	5	3	2
Total:	51	27	24

De las 21 caídas producidas, ocho se produjeron en varones de los cuales siete de ellos tomaban fármacos sedantes. Es decir, que el 87,5% de los varones que sufrieron caídas los ingerían. En el sexo femenino se registraron 13 caídas, nueve tomaban dicho fármaco, el 69,2%. Se obtiene que en la mayoría de las caídas el fármaco sedante se encontraba presente en el 76,19% en ambos sexos, sobre el total de caídas producidas (Tabla 6).

Se puede comprobar en los Gráficos 5 y 6 que en la mayoría de las caídas que se produjeron en el centro el fármaco sedante se encontraba presente, por lo que la variable "fármaco sedante" y "caída" estaban relacionadas estadísticamente.

A continuación se realizó un contraste de hipótesis por medio de la prueba chi-cuadrado. Se obtuvo un p-valor= 0,005384 < 0,05 que se fijó en el contraste. Se obtuvo que existían diferencias significativas en la proporción de caídas dependiendo de si se había consumido o no fármacos sedantes. Se completó este caso con un test de Fisher y resultó que la oportunidad de caerse era 5,32 veces mayor entre los que tomaban sedantes que entre los que no los tomaban.

Tabla 6. Relación del sexo con caída y fármaco sedante

Sexo	Caídas	%	Sedante: sí	%	Sedante: no	%
Hombres	8	38,1	7	43,75	1	20
Mujeres	13	61,9	9	56,25	4	80
Total:	21	100	16	100	5	100

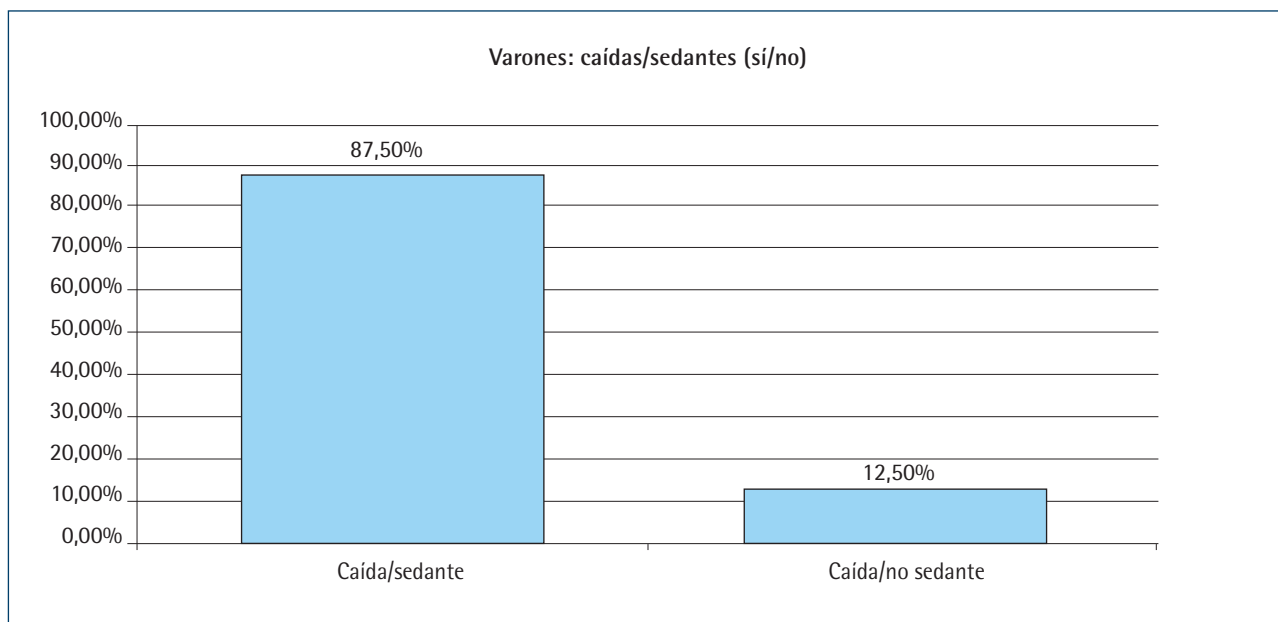


Gráfico 5. Prevalencia de la variable varón, caída y fármaco sedante

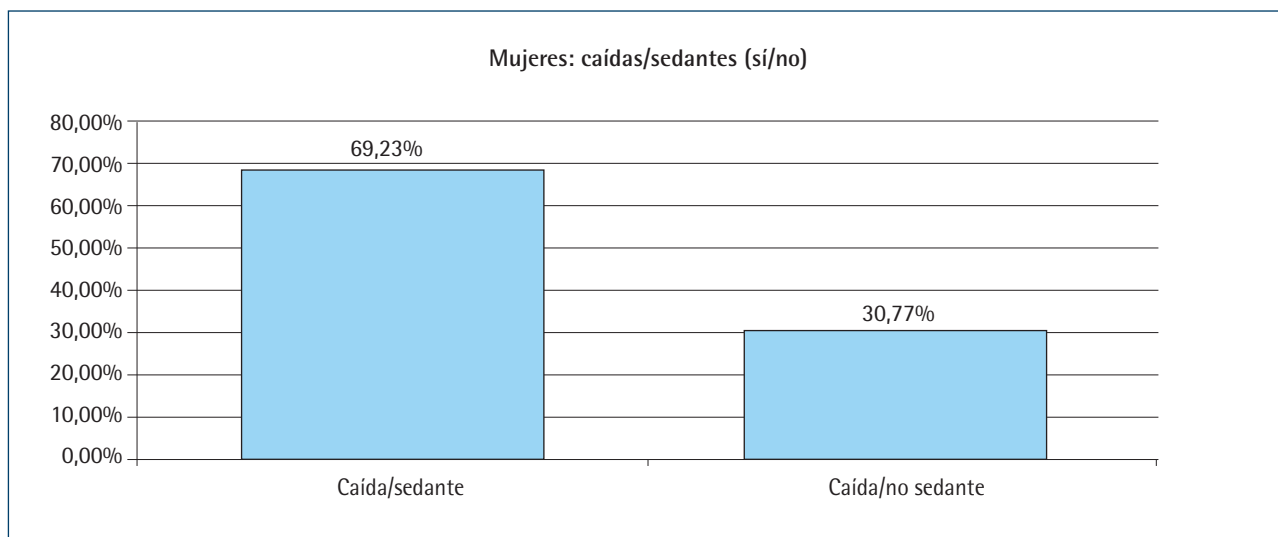


Gráfico 6. Prevalencia de la variable mujer, caída y fármaco sedante

La probabilidad de caerse tomando sedantes era del 84,19% (dicho test es útil para muestras pequeñas). Posteriormente, se desarrolló un estudio Anova entre sujetos unifactorial para analizar la relación entre sufrir una caída y el número de fármacos que toman. Un valor-p de 0,0076, este valor-p es menor que el nivel de significación de 0,05, por lo que concluyó que existían diferencias significativas del 5% entre las variables número de fármacos ingeridos y caídas. Se concluyó que existía una fuerte relación entre caerse e ingerir fármacos sedantes. Los resultados apuntan que existe una relevante relación entre ambas variables, es decir, el consumo de fármacos sedantes acrecienta la posibilidad a padecer una caída.

Discusión y conclusiones

En el estudio se puede comprobar que la polifarmacia es un hecho presente en la población geriátrica estudiada, aunque la limitación de nuestra muestra en estudio no permite establecer una validez externa. El consumo elevado de fármacos está íntimamente relacionado con la aparición de caídas. Cruz Toscano (3) afirma que ciertos fármacos como los ansiolíticos elevan el riesgo de caídas sobre la población anciana. En el estudio realizado el 76,19% corresponde a ancianos que sufrieron caídas y además ingerían este tipo de fármacos.

Arango (4), en sus estudios realizados, constata que los efectos adversos y el riesgo de caídas aumentan con la toma de más de cuatro fármacos/día, y que el 30-40% de la población geriátrica se encuentra polimedicada. Resultados acordes a los del presente estudio, puesto que cuando ingieren más de tres fármacos el número de caídas se eleva de forma considerable. Se observa que estos ancianos están altamente polimedicados, puesto que el 43,14% toman de cuatro a siete fármacos diarios. Los equipos de Atención Primaria son los que realizan la prescripción de fármacos y deberían valorar si los efectos adversos son mayores al beneficio clínico, especialmente con la prescripción de fármacos sedantes por su fuerte relación con la variable "caída".

Los profesionales de la salud deben reflexionar sobre una correcta y cuidadosa prescripción, mediante la realización de una valoración holística a los pacientes y un registro de todas las caídas que se producen en la población anciana, para posteriormente estudiarlas de forma detallada. Con ello conseguiremos disminuir la prevalencia de caídas sobre la población geriátrica relacionadas con la polifarmacología, además de mejorar la asistencia sanitaria y establecer medidas preventivas sobre la población anciana y aminorar los costes sanitarios y socioeconómicos que estas generan.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Bermejo García L. Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con mayores: guía de buenas prácticas. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
- [2] Serra Urra M, Germán Meliz JL. Polifarmacia en el adulto mayor. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2013; 12(1):142-151.
- [3] Cruz Toscano MM. Farmacología en Geriatria. México: Facultad de Medicina. [En línea] [fecha de acceso: 20 de marzo de 2014]. URL disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/anciano/15_Farmacologia.pdf
- [4] Arango Lopera VE. Polifarmacia en el anciano. Revista Universitas Médica 2002; 43(1). [En línea] [fecha de acceso: 20 de marzo de 2014]. URL disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v43n1/0025%20Polifarmacia.PDF>
- [5] Jasniewski J. Proteja a su paciente de las caídas. Nursing 2007; 25(25):48-49.
- [6] Díaz Grávalos GJ, Gil Vázquez C, Andrade Pereira V, Alonso Payo R, Álvarez Araújo S, Reinoso Hermida S. Factores asociados con la aparición de caídas en ancianos institucionalizados: un estudio de cohortes. Rev Esp Geriatr Gerontol 2009; 6(44):301-304.

- [7] García-Reyes Ramos M, Villena Ferrer A, Del Campo del Campo JM, López-Torres Hidalgo J, Maldonado del Arco N, Párraga Martínez I. Factores de riesgo de caídas en ancianos. *Rev Clín Med Fam* 2007; 2(1):20-24. [En línea] [fecha de acceso: 20 de marzo de 2014]. URL disponible en: <http://www.revclinmedfam.com/PDFs/4c56ff4ce4aaf9573aa5dff913df997a.pdf>
- [8] Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. [En línea] [fecha de acceso: 20 de marzo de 2014]. URL disponible en: <http://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>
- [9] Roqueta C, Vázquez O, De Jaime E, Sánchez C, Pastor M, Conill C, et al. Evolución de la incidencia de caídas en un centro hospitalario de media y larga estancia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009; 44(6):331-334.
- [10] Torres Egea P, Sánchez Castillo PD. Eficacia de las intervenciones de prevención de caídas en pacientes geriátricos institucionalizados. Revisión sistemática y metaanálisis. *Nursing* 2007; 25(2):56-64.
- [11] Organización Mundial de la Salud. Estudio de caídas (OMS, 1989). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993; 28:41-48.
- [12] World Health Organization. Ginebra: World Health Organization; 1994. [En línea] [fecha de acceso: 20 de marzo de 2014]. URL disponible en: <http://www.who.int/es/>

bibliotecadigital

Grupo Paradigma

Ya en tu Apple

Ahora, con la **nueva app** para iPad, Ipad Mini, iPhone y iPod Touch, podrás descargar 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**



DISPONIBLE EN **Google play**

Tareas de prescripción enfermera en España: diagnósticos de Enfermería y variables asociadas

¹ Raúl Juárez Vela
² Luis Carlos Redondo Castán
³ David Delgado Sevilla
³ Begoña Pellicer García
⁴ Sandra Guerrero Portillo
⁴ Loreto María García Moyano

¹ Research Fellow. Coordinador de Investigación. Grado en Enfermería Universidad San Jorge. Zaragoza, España.

Dirección de contacto: rjuarez@usj.es

² Vicedecano. Grado en Enfermería. Universidad San Jorge. Zaragoza, España.

³ Enfermeros por la Universidad San Jorge. Zaragoza, España.

⁴ Profesoras del Grado en Enfermería. Universidad San Jorge, Zaragoza.

Resumen

Objetivos: investigar los diagnósticos de Enfermería (NANDA) más usados en las tareas de prescripción de fármacos y productos sanitarios por parte de los enfermeros en los pacientes que acuden a Atención Primaria del Área de Salamanca. Comparar los diagnósticos de Enfermería (NANDA) más usados con las distintas variables con el objetivo de observar si existen relaciones estadísticamente significativas.

Material y método: para realizar el presente estudio se remitió un cuestionario de acuerdo al diseño del estudio a realizar, en un periodo de tiempo concreto. Se utiliza un estudio descriptivo transversal con un diseño de encuesta, mediante el cual se recoge, a través de un cuestionario elaborado al efecto y validado por un grupo de expertos, los principales diagnósticos NANDA frente a los cuales los enfermeros y enfermeras han realizado algún tipo de prescripción autónoma.

Resultados: se observa un registro muy alto del diagnóstico deterioro de la integridad tisular, y deterioro de la integridad cutánea. Este resultado podría deberse precisamente a que en la praxis diaria el enfermero se encuentra con estos procesos y utiliza para estos diagnósticos medicamentos o productos sanitarios guiado por su criterio de buena práctica profesional.

Conclusiones: teniendo en cuenta los resultados estudiados en este estudio, tratamos de apuntar algo nuevo al conocimiento de la Enfermería. Demostrar que la prescripción enfermera es una realidad y que este hecho nos abrirá nuevas posibilidades, nuevos avances e innovaciones.

Palabras clave: prescripción enfermera; diagnósticos de Enfermería; NANDA.

Abstract

Nursing prescribing tasks in Spain: nursing diagnoses and associated variables

Purpose: To find out most commonly used nursing diagnoses (NANDA) in drug and/or medical devices prescribing by nurses for primary care patients at the Area of Salamanca.

To compare most commonly used nursing diagnoses (NANDA) with various variables, in order to find statistically significant relationships.

Material and methods: A questionnaire based on the design of the study for a specific period of time was sent. Using a survey design, a descriptive cross-sectional study was carried out, by means of a specifically developed questionnaire that was validated by a group of experts. Main NANDA diagnoses leading to any autonomous nursing prescribing were recorded.

Results: Impaired tissue integrity and impaired skin integrity diagnoses were particularly common. Such findings could be due to the fact that such conditions are commonly encountered in daily nursing practice, and nurses use drugs or medical devices for such diagnoses based on their own professional judgment.

Conclusions: Based on the results of the study, we intend to provide new nursing knowledge. We have shown that nurse prescribing is a real fact and this will open new possibilities, advances, and innovations.

Key words: nurse prescribing, nursing diagnoses, NANDA.

Introducción

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de las medidas reguladoras para favorecer el uso racional de los medicamentos, estableció que se deberían de emitir licencias a distintos profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, paramédicos). El objetivo buscado con esta medida consistía en asegurar que todos sean lo suficientemente competentes para diagnosticar, recetar y dispensar en su ámbito competencial.

En España, la importancia del marco normativo constituido por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias; la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; y el Estatuto Profesional, aprobado por Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, han configurado a la Enfermería como una profesión con autonomía, funciones y responsabilidades propias.

Dentro de esta autonomía profesional, a través de su publicación en el Boletín Oficial del Estado del 31/12/2009 se ha modificado el apartado 1 del Artículo 77 de la Ley 29/2006, de 26 de julio (1), de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, quedando con la siguiente redacción: *"...Sin perjuicio de lo anterior, los enfermeros, de forma autónoma, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación..."*.

El profesional de Enfermería asume la dirección, evaluación y prestación de cuidados enfermeros orientados a promover, mantener y recuperar la salud, y prevenir enfermedades, accidentes y discapacidades, dirigidas a personas enfermas o sanas o a la comunidad, además de la asistencia, la rehabilitación y la reinserción social y la ayuda a una muerte digna. Es preciso optimizar la utilización de las competencias de las diferentes disciplinas, para poder desarrollar al máximo el potencial de todas las profesiones sanitarias, que intervienen en el proceso de atención al paciente. En este trabajo multidisciplinar, Enfermería tiene mucho que aportar

Por ello, los objetivos de este estudio han sido:

- Investigar los diagnósticos de Enfermería (NANDA) más usados en las tareas de prescripción de fármacos y productos sanitarios por parte de los enfermeros en los pacientes que acuden a Atención Primaria del Área de Salamanca.
- Comparar los diagnósticos de Enfermería (NANDA) más usados con las distintas variables con el objetivo de observar si existen relaciones estadísticamente significativas.

Material y método

Para realizar el presente estudio se remitió un cuestionario de acuerdo al diseño del estudio a desarrollar, en un periodo de tiempo concreto (2011).

En este estudio se utiliza una metodología descriptiva, observacional, prospectiva y transversal donde se detalla el estado de la prescripción de Enfermería en Atención Primaria de Salamanca. Analiza la frecuencia, así como los productos sanitarios, y fármacos más usados.

Se trata de un estudio con un diseño de encuesta elaborada *ad hoc*, mediante la cual se recoge, los fármacos y productos sanitarios prescritos autónomamente por los enfermeros que forman el universo del estudio en la descripción de los procesos habitualmente observados en su práctica diaria. Para conseguir los objetivos de la investigación, se conformó un grupo de expertos encargados de validar el cuestionario diseñado.

La selección del grupo de expertos la realizó el investigador del estudio, cuyo principal criterio fue la selección de la competencia en el área del conocimiento sobre prescripción enfermera. La validez de contenido fue realizada a través de un panel de cuatro expertos y para la validez de criterio se utilizó la correlación de Pearson, arrojando un valor global de 0,89.

El cuestionario consta de dos partes:

- Datos generales y laborales: en el apartado de datos generales se recoge el centro de salud, el ámbito de este, las iniciales del participante y la edad en franjas. El apartado de datos laborales recoge la siguiente información:
 - Año de terminación de los estudios.
 - Años de experiencia laboral.
 - Tiempo en el puesto actual.

- Tipo de contrato: fijo-plaza propia, temporal-interino, sustitución.
 - Formación en metodología enfermera.
 - Años que lleva prescribiendo productos sanitarios o fármacos de forma autónoma.
 - Formación continua: sí, no.
 - Satisfacción con el puesto de trabajo: escala numérica de 0 a 10.
- Datos de prescripción de fármacos y productos: esta parte del cuestionario se estructura en dos secciones:
 - Descripción del proceso (CIAP).
 - Sección de indicación de la prescripción de fármacos.
 - Diagnóstico NANDA.

La recogida de datos se hizo en las zonas geográficas de Salamanca: Béjar, Ciudad Rodrigo, y todas las Zonas Básicas de Salud rurales de la provincia (Salamanca, España).

El cuestionario se aplicó de forma sistemática siguiendo el mismo procedimiento en todos los casos. Para ello se mantuvo un contacto con todos los coordinadores de Enfermería de las ZBS de la provincia de Salamanca. Se explicó el motivo del trabajo y se pidió la máxima colaboración. Antes se obtuvo el permiso necesario desde la gerencia de Atención Primaria, para realizar el estudio y se informó a los participantes de la voluntariedad del mismo.

El entrevistador ha sido neutral en todos los centros de salud intentando evitar cualquier aspecto que pudieran contaminar la muestra. Los enfermeros interesados en participar en el estudio firman el consentimiento informado donde se le notifica por escrito de los objetivos del estudio y de los procedimientos utilizados. Los enfermeros o enfermeras que no firmen el consentimiento informado son excluidos de la muestra.

El análisis de los datos se realiza con el *software* estadístico IBM SPSS Statistic 20 para Windows. En primer lugar, se aplica un análisis descriptivo de las variables de estudio: media y desviación típica de las variables numéricas; frecuencia y porcentaje de las variables cualitativas. En segundo lugar, se realizan las pruebas para establecer relaciones entre las variables del estudio. Para estudiar la relación entre el tipo de producto prescrito y las variables independientes cualitativas se aplicará la prueba Ji-cuadrado de Pearson. Su relación con las variables independientes numéricas se estudia mediante la prueba F de ANOVA. La relación del coste del producto con las variables independientes cualitativas se estudia mediante la prueba t de *Student* para dos muestras independientes, en el caso de las variables independientes dicotómicas y la prueba F de ANOVA para las variables independientes con más de dos categorías.

Previamente a la aplicación de las pruebas t de *Student* y F de ANOVA se analiza el cumplimiento de los supuestos de normalidad y homogeneidad, con el fin de comprobar la adecuación de las técnicas paramétricas.

Para el cálculo del tamaño muestral se ha utilizado el procedimiento de estimación de la media mediante intervalo de confianza del programa Epidat 3.1. Se ha fijado un nivel de confianza del 95%. Se ha obtenido un tamaño muestral de 80 sujetos, sobre una población finita de 302. Se ha añadido un 15% de sujetos a la muestra en previsión de posibles pérdidas, por lo que se ha estimado un tamaño muestral de 92 sujetos.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron ser enfermero en las Zonas Básicas de Salud del Área de Salamanca, tener una antigüedad mínima de un año en la plaza y una labor asistencial en las actividades que se realicen por lo menos de más del 50 % de la jornada total.

Los criterios de exclusión fueron: profesionales de Enfermería con exclusiva dedicación a la docencia y enfermeros de los servicios de urgencias en Atención Primaria (SUAP).

Resultados

La prescripción destaca especialmente en el ámbito rural (55,4% de los enfermeros pertenecen a este ámbito de adscripción). Así mismo, el intervalo de edad más amplio es el comprendido entre los 41 y 50 años con un porcentaje del 34,4% (Tabla 1 y 2).

El personal propietario de la plaza representa el 46,7% de los encuestados, mientras que el personal que no dispone de plaza alcanza un 53,2%, teniendo en cuenta entre estos últimos el personal interino y de sustitución. El 82,6% de los enfermeros, recibió formación en metodología enfermera, mientras que el 77,2 % y el 81,5 % recibieron formación en farmacología y formación continua respectivamente (Tabla 1 y 2).

La formación desempeña un papel importante. Distintos estudios (2-5) identifican a la prescripción como una práctica clínica avanzada. En el Reino Unido, solamente las enfermeras registradas de primer nivel que reciben una preparación de 28 días más dos días para la prescripción suplementaria pueden prescribir (2) (Tabla 1 y 2).

El uso del lenguaje enfermero estandarizado comenzó a gestarse en 1973 con el desarrollo de la clasificación diagnóstica de la NANDA. Un diagnóstico enfermero (2) es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales. Asimismo, proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras que pretenden conseguir los resultados de los que el profesional es responsable para desarrollar el proceso enfermero (PE).

Entre los diagnósticos NANDA, más identificados por el personal de Enfermería destacan (Gráfico 1 y Tabla 3):

1. Deterioro de la integridad tisular (44) con un 24,78%.
2. Deterioro de la integridad cutánea (46) con un 8,62%.
3. Estreñimiento (11) con un 7,33%.
4. Dolor agudo (132) con un 6,90%.
5. Hipertermia (7) con un 6,25%.
6. Deterioro de la movilidad (85) con un 4,74%.
7. Deterioro de la deambulación (88) con un 3,45%.
8. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (47) con un 3,45%.
9. Retención urinaria (13) con un 2,80%.
10. Intolerancia a la actividad (92) con un 2,5%.
11. Dolor crónico (133) con un 2,37%.
12. Riesgo de infección (4) , con un 1,51%

Se observa un registro muy alto del diagnóstico **Deterioro de la integridad tisular**, y **Deterioro de la integridad cutánea**. Este resultado podría deberse precisamente a que en la praxis diaria el enfermero se encuentra con estos procesos y utiliza para estos diagnósticos medicamentos o productos sanitarios guiado por su criterio de buena práctica profesional. No se suele realizar en la práctica habitual una prescripción médica para estos dos diagnósticos de Enfermería. Es el enfermero quien realiza la prescripción en la mayoría de casos. Sin embargo, la realidad legal constata que no se dispone de un reconocimiento de la competencia enfermera para la prescripción. Si el enfermero usa un fármaco o producto sanitario ante una úlcera por presión, solamente existirá una aquiescencia tácita de la administración. Circunstancia que sería conve-

Tabla 1. Datos generales y laborales

Ámbito	n	Porcentaje
Salamanca capital	31	33,7
Rural	51	55,4
Béjar	6	6,5
Ciudad Rodrigo	4	4,3
Edad		
21-30	12	13,3
31-40	21	23,3
41-50	31	34,4
51-60	19	21,1
>60	7	7,8
Contrato		
Fijo/plaza propia	43	46,7
Temporal/interino	21	22,8
Sustitución	28	30,4
Formación ME (sí)	76	82,6
Formación F/PE (sí)	71	77,2
Formación continua (sí)	75	81,5

Tabla 1. Datos generales y laborales

	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Experiencia laboral (años)	19,75	9,21	5	39
Años en puesto actual	79,4	84,73	2	372
Experiencia prescripción (años)	8,93	8,89	0	32
Satisfacción laboral	7,63	2,047	1	10

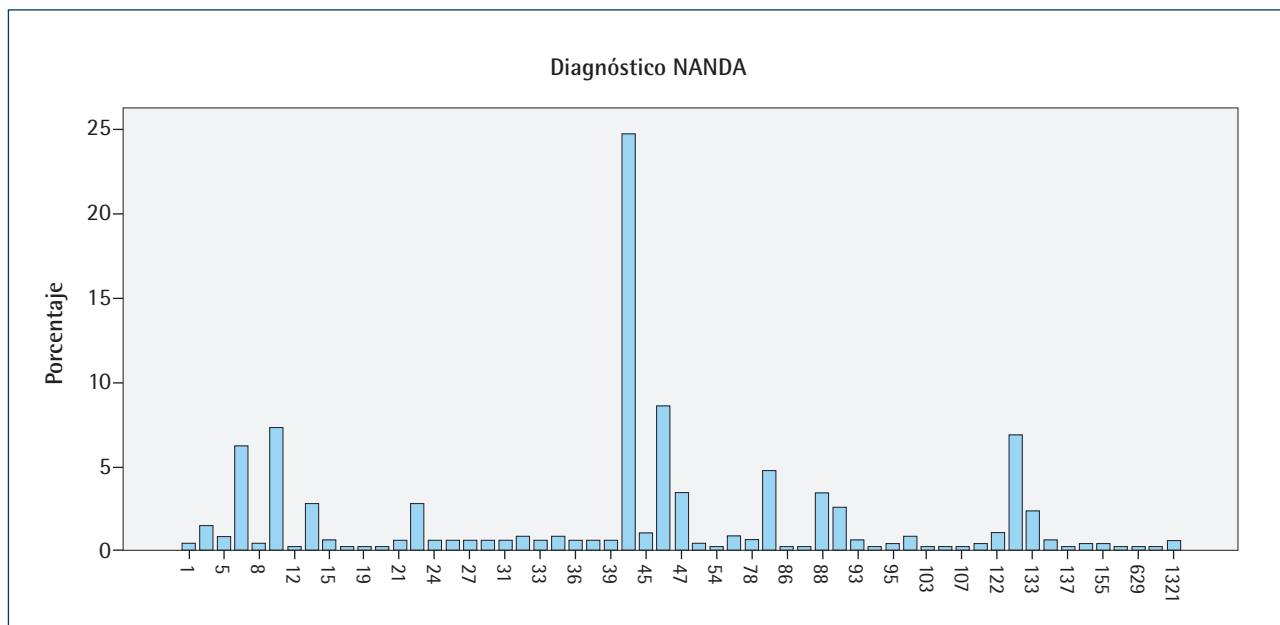


Gráfico 1. Diagnósticos de Enfermería (NANDA) y porcentaje

Tabla 3. Diagnósticos de Enfermería (NANDA) y porcentaje

Código	Diagnóstico NANDA	Porcentaje
1	Desequilibrio nutricional por exceso	0,43
5	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	0,86
8	Termorregulación ineficaz	0,43
12	Estreñimiento subjetivo	0,22
15	Riesgo de estreñimiento	0,65
19	Incontinencia urinaria: de urgencia	0,22
21	Incontinencia urinaria: total	0,65
24	Alteración de la perfusión tisular	0,65
27	Déficit de volumen de líquidos	0,65
31	Limpieza ineficaz de las vías aéreas	0,65
33	Deterioro de la respiración espontánea	0,65
36	Riesgo de asfixia	0,65
39	Riesgo de aspiración	0,65
45	Deterioro de la mucosa oral	1,08
47	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	3,45
54	Riesgo de soledad	0,22
78	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	0,65
86	Riesgo de disfunción neurovascular periférica	0,22
88	Deterioro de la deambulación	3,45

Tabla 3. Diagnósticos de Enfermería (NANDA) y porcentaje (*continuación*)

Código	Diagnóstico NANDA	Porcentaje
93	Fatiga	0,65
95	Deterioro del patrón de sueño	0,43
103	Deterioro de la deglución	0,22
107	Patrón de alimentación ineficaz del lactante.	0,22
122	Trastorno de la percepción sensorial	1,08
133	Dolor crónico	2,37
137	Aflicción crónica	0,22
155	Riesgo de caídas	0,43

niente eliminar para evitar la inseguridad; tanto el ámbito de los derechos del paciente como de la delimitación de los diferentes ámbitos de actuación de los diversos profesionales sanitarios. Es ilustrativa la relación estadística significativa entre el diagnóstico y la formación en farmacología y prescripción enfermera ya que los enfermeros y enfermeras sin formación en farmacología y prescripción enfermera tienden a diagnosticar más la etiqueta diagnóstica 46 (deterioro de la integridad cutánea) y menos en las etiquetas 7 (hipertermia), 11 (estreñimiento), 44 (deterioro de la integridad tisular) y 132 (dolor agudo). Realmente estos últimos procesos son muy prevalentes en atención primaria de salud. Los enfermeros con formación en prescripción identifican y prescriben de manera autónoma los fármacos más adecuados.

Discusión

Teniendo en cuenta los resultados estudiados en este estudio, tratamos de apuntar algo nuevo al conocimiento de la Enfermería. Demostrar que la prescripción enfermera es una realidad y que este hecho nos abrirá nuevas posibilidades, nuevos avances e innovaciones.

El conocimiento enfermero plasmado en la prescripción enfermera a través del ámbito competencial propio de la Enfermería, hace (y hará tras su reconocimiento reglamentario en España) que la prescripción sea parte integrante del Sistema Nacional de Salud. En la actualidad se está viviendo una escasez crónica de profesionales sanitarios. Más que nunca, hoy en día es necesario desarrollar políticas sustentadas en el principio de subsidiariedad y eficiencia de los recursos públicos, y basándose en estos principios, los enfermeros en el ámbito de la prescripción son los profesionales más cercanos a la realidad del paciente.

La prescripción enfermera es una parte del proceso que, valora, diagnostica, plantea resultados, interviene sobre problemas y necesidades y evalúa dichos resultados. El manejo de conocimientos y método científico, confiere a la Enfermería actual un potencial enorme de desarrollo de su propia autonomía dentro del proceso asistencial y de los planes de cuidados.

Bibliografía

- [1] Garantía y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Ley 28/2009 de 30 de diciembre, de modificación de la ley 29/2006 de 26 de julio. (Boletín Oficial del Estado, nº 315, de 31 de diciembre de 2009).
- [2] Hales A, Dignam D. Nurse prescribing: lessons from the US. *Nurs N Z* 2002; 8(10):12-15.
- [3] Phillips Sj. A comprehensive look at the legislative issues affecting advanced nursing practice. *Nurse Pract* 2005; 30(1):14-47.

-
- [4] Plonczynski D, Oldenburg N, Buck M. The past, presente and future of nurse prescribing in the United States. *Nurse prescribing* 2003; 1(4):170-174.
 - [5] Mullally S, Froggatt J. The progress of nurse prescribing in the United Kingdom. *Nurse Prescribing* 2003; 1(3):104-106.
 - [6] Wilhelmsson S, Foldevi M. Exploring views on Swedish district nurses' prescribing a focus group study in primary health care. *J Clin Nurs* 2003; 12(5):643-650.
 - [7] Luker KA, Austin L, Willock J, Ferguson B, Smith K. Nurses' and GP's' views of the nurse prescribers' formulary. *Nurs Stand* 1997; 11(22):33-38.
 - [8] McCloskey JC, Bulechek GM. Standardizing the language for nursing treatments: an overview of the issues. *Nurs Outlook* 1994; 42(2):56-63.

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

Educación para la salud en primeros auxilios en escuelas e institutos. Metodología

Lorena Castro Trabanco

Enfermera. Experta en Urgencias y Emergencias.

Dirección de contacto: loreinnurse@hotmail.com

Resumen

Objetivo: con este trabajo se ha revisado la bibliografía existente en la materia con el fin de desarrollar un programa de Educación para la Salud en centros escolares. Se ha elaborado una lista de los contenidos mínimos a incluir dentro del programa, así como de la metodología para llevar a cabo este proyecto, sin olvidarse del sujeto a la que va dirigida, donde el método instructor-maniquí (aprendizaje técnica RCP) ha demostrado ser el más utilizado y aceptado con resultados positivos.

Método: la realización de este trabajo se ha hecho basándose en una búsqueda bibliográfica exhaustiva y una recesión de los resultados obtenidos. La búsqueda se ha realizado en las bases de datos Cochrane, Embase, Teseo, Cuiden, Pubmed e Ibecs, limitándola a los idiomas inglés y español y a los últimos cinco años, con alguna excepción para documentos de especial interés. La búsqueda se completó mediante el método "bola de nieve" haciendo seguimiento de la bibliografía referenciada en los artículos.

Resultados: según datos de los estudios analizados solamente un 15% de las PCR extrahospitalarias son atendidas por los presentes. En cambio estas cifras pueden incrementarse notablemente con la educación sanitaria de la población.

Conclusiones: la enfermera comunitaria ocupa un lugar muy importante dentro de los centros escolares como educadora en salud, promocionando hábitos saludables y previniendo los accidentes y sus secuelas.

Palabras clave: primeros auxilios; salud escolar; educación en salud; metodología.

Abstract

Health education on first aid at school and high-school. Methods

Purpose: A literature review has been performed on the topic, aimed at developing a health education program at school. A list of minimally required topics for a program has been developed, along with methods to implement such a program. Targeted participants have been specifically considered, with instructor-dummy (CPR learning technique) being the most used and accepted method showing positive results.

Methods: The work was based on a comprehensive literature search and data extraction. The following databases were used: Cochrane, Embase, Teseo, Cuiden, Pubmed, and Ibecs. Searches were restricted to English and Spanish languages and to the last five years, with a few exceptions for particularly relevant documents. Searches were supplemented through the "snow-ball" method to track references in articles.

Results: According to the studies being reviewed, only 15% of out-of-hospital CPRs are carried out by bystanders. On the other hand, such figures may be substantially increased through population health education.

Conclusions: Community nurses play a very important role at schools as health educators, both by promoting a healthy lifestyle and by preventing accidents and resulting sequelae.

Key words: first aid, health at school, health education, methods.

Introducción

Los accidentes son una de las principales causas de muerte en los países desarrollados y no responden a edad, cualquiera los puede sufrir y en cualquier momento, son de carácter fortuito. Pero hay que tratar de disminuir su incidencia: con herramientas adecuadas como la educación para la salud (EpS) y una formación orientada a la prevención.

Piqué Prado et al (1) mencionan que los jóvenes entre 15 y 24 años son el segundo grupo que con más frecuencia sufren accidentes, por lo que la educación para la salud puede ser una herramienta muy útil para prevenirlos.

Por otro lado, y en cuanto a una de las principales técnicas que se lleva a cabo en la formación de primeros auxilios: la reanimación cardiopulmonar (RCP) básica (tratamiento primario de la parada cardiorrespiratoria); según Marchiori (2) solamente en España ocurren más de 50.000 paradas cardiorrespiratorias (PCR) cada año, de las cuales alrededor del 80% son fuera del medio hospitalario y únicamente a un 15% se les realiza la RCP por los testigos presentes. El hecho de efectuar una RCP temprana por alguno de los presentes en una PCR multiplica por dos, en incluso por tres, la supervivencia del afectado y no solo eso, también se evitan o se reducen las secuelas que pudieran darse a causa de la parada.

Por ello, es importante analizar la importancia de formar y mantener formada a toda la población, para que cualquier ciudadano pueda tener unas nociones mínimas y saber cómo actuar rápidamente ante alguna situación de urgencia, para resolverla o para disminuir los daños a la espera de los servicios sanitarios.

¿Cuándo comenzar con esta formación? En los centros educativos. Estos son un medio perfecto porque niños y adolescentes aprenden rápido, son fáciles de motivar y transmiten los conocimientos a sus allegados. Además, se trata de un ámbito obligatorio (escuelas e institutos) donde el aprendizaje es universal y llega a todas las clases sin discriminación.

Sin embargo, todo esto no forma parte de una nueva idea. Como refiere Miró (3), desde hace años América y algunos países de Europa forman en primeros auxilios a los alumnos de sus centros. En los años 60, Noruega fue uno de los primeros países en implantar RCP en sus escuelas. Posteriormente, la AHA (*American Heart Association*) y la ERC (*European Resuscitation Council*) lo recomiendan en sus comunicados.

En España se ha realizado alguna experiencia piloto, con buenos resultados. Pero ahora es el momento de dar un paso más e integrar los primeros auxilios en el sistema educativo, llevar la educación para la salud a los colegios e institutos de una forma más reglada, que la enfermera comunitaria sea una figura cercana y familiar para alumnos y profesores.

Metodología y estrategia de búsqueda

La realización de este trabajo se ha hecho basándose en una búsqueda bibliográfica exhaustiva y una revisión de los resultados obtenidos. Se ha tratado de recoger información actual, útil y de calidad en cuanto a: proyectos de primeros auxilios y RCP básica ya realizados, metodología y su eficiencia, método a seguir trabajando con niños y adolescentes, función de la enfermera comunitaria en estos centros y la legislación actual referente al tema.

La búsqueda se ha realizado en las bases de datos Cochrane, Embase, Teseo, Cuiden, Pubmed e Ibecs, limitándola a los idiomas inglés y español y a los últimos cinco años, con alguna excepción para documentos de especial interés.

Tras la localización de los artículos se ha realizado una segunda selección basándose en el análisis de la información reflejada en el resumen y las conclusiones.

La búsqueda se completó mediante el método "bola de nieve" haciendo seguimiento de la bibliografía referenciada en los artículos.

Se rastreó en internet a través de buscadores generales, de organizaciones dedicadas a este tema y de eventos científicos en los que se ha tratado.

Exposición del tema

Objetivos que debe perseguir el programa (4):

- Hacer responsable al niño/adolescente de su seguridad y de la de los demás.
- Sensibilizar a padres, profesores y autoridades de la necesidad de promocionar la salud y la prevención de accidentes.

- Conseguir una disminución del número de accidentes.
- Lograr una disminución de la mortalidad a causa de los accidentes en la infancia/adolescencia.
- Llevar a cabo la formación y reciclaje.

Estrategia del programa

Hasta ahora, la práctica habitual ha sido la realización de talleres, cursos, jornadas sobre primeros auxilios y RCP básica/DEA. Estas experiencias son eficaces para valorar la aceptación de la población y el posible efecto positivo que se busca con ellas. Hasta el momento los estudios demuestran que es así, que estos talleres son bien aceptados y beneficiosos, pero no dejan de ser experiencias puntuales y aisladas, donde los sanitarios se acercan a los centros, dan una charla o taller y se van.

Cerdà Vila et al (5,6) proponen un método continuo, incluido en el currículo de los estudiantes, donde la enseñanza del soporte vital básico comienza en Educación Infantil (con niños de tan solo 3 años de edad), pasando por Educación Primaria y terminando por Educación Secundaria. El planteamiento de este proyecto es que los conocimientos se adquieran de una manera progresiva y se consoliden año tras año.

En cuanto a quién debería de impartir esta formación, se plantean dos opciones:

- La primera, en la que la enfermera comunitaria sería la encargada de formar y reciclar a los profesores del centro que posteriormente formarían a sus alumnos.
- La segunda, la enfermera comunitaria como responsable de esta educación, con una presencia regulada y continuada en los centros, y con ello no solamente poder desarrollar su función docente, sino también realizar asistencia en los centros educativos, gestionar proyectos e investigar eficacia y eficiencia de los mismos, entre otras cosas.

Inclusión en el currículo de los alumnos

El director general de Evaluación y Cooperación Territorial del Ministerio de Educación, Alfonso González Hermoso de Medoza, se comprometió a mediados del mes de marzo de 2013 a introducir los PA entre otros contenidos que propuso EdCivEmerg (7) (asociación cuyo propósito es dinamizar y catalizar la idea de formar en los centros educativos acerca de protección civil, primeros auxilios, emergencias y seguridad vial) dentro del temario de primaria y secundaria. Con el objetivo de que *"todos los ciudadanos adquieran conocimientos básicos en materia de protección civil, que les permitan autoprotegerse y saber desenvolverse ante una situación crítica mientras esperan la llegada de los servicios de emergencia a los que habrán alertado previamente"*.

Es un año después, con el Real Decreto 126/2014 de 28 de febrero (8), cuando esta asociación, EdCivEmerg, ve impulsada su iniciativa con la inclusión de los primeros auxilios, entre otros contenidos, en el currículo de Educación Primaria. Dicho temario se reconoce ya dentro de la asignatura de Ciencias de la Naturaleza y comenzará a darse en las aulas para el próximo curso 2014/15.

Obstáculos del aprendizaje

En cuanto a la formación de la RCP (siendo la práctica quizá más complicada de aprender), según López Messa et al (9), el objetivo es adquirir unos conocimientos en cuanto a la PCR y conseguir una serie de habilidades psicomotoras para la realización de una buena técnica. Para ello hay que tener en cuenta una serie de aspectos:

- Vencer barreras en cuanto al reconocimiento de la PCR y la realización de la técnica con presencia de testigos (se trata de una técnica de mínimo riesgo tanto para reanimador como para víctima).
- Conocer nuestras propias limitaciones (gran esfuerzo en la realización, agotamiento del reanimador).
- Vencer barreras en cuanto al uso del DEA (seguro y eficaz).

En el caso de los niños, se ha comprobado que a partir de los 13 años y con un peso de unos 50 kg tienen las condiciones físicas adecuadas y un desarrollo cognitivo suficiente para llevar a cabo estas técnicas de RCP. Antes de esta edad son capaces de asumir actuaciones de identificación de situaciones y búsqueda de auxilio.

Trabajar con niños y adolescentes

Es necesario tener en cuenta el sujeto al que va dirigida la formación: niños y adolescentes, y adaptar el método al rango de edad con el que se va a trabajar. Según Bravo (10) y refiriéndose a niños de entre 5 y 12 años, la clave está en la conjugación de acción, diversión y retos (uso del juego). De esta manera se desarrolla el aprendizaje experiencial, el cual es el idóneo para que los niños, sobre todo los más pequeños, aprendan. Estos, desde muy temprana edad, son capaces de enfrentarse y actuar ante una situación de emergencia. También confirma que *"las situaciones de estrés controlado ayudan al niño a desarrollarse y aprender a actuar en situaciones de riesgo"*.

La citada autora señala las consideraciones evolutivas según edad ante una situación de emergencia:

- Entre 5-7 años: capaces de interpretar y analizar el significado de una situación y con ello crear conductas dirigidas a una meta (se debe reforzar esfuerzos del afrontamiento).
- Entre 10-12 años: capaces de manejar representaciones sobre uno mismo y su entorno (reforzar el deber de recordar).
- Entre 14-16 años: desarrollan su autonomía, identidad y sus valores personales (dar apoyo al adolescente).

Es importante tener en cuenta al niño como un sujeto que puede llevar un rol activo y participativo, no es un "objeto pasivo".

Estructura de la enseñanza

- Preparación del entorno y de los contenidos.
- Desarrollo de los contenidos según el método elegido.
- Conclusión y evaluación de la formación.

Contenidos formativos a incorporar dentro del programa de PA

Según Lozano (11), Piqué (1) y Hazinski (12) dentro del programa de primeros auxilios a desarrollar en escuelas e institutos sería imprescindible introducir los siguientes puntos:

- Medidas de seguridad y prevención de accidentes. Higiene postural.
- Control de sangrado/hemorragias. Tipos y actuación.
- Pérdida de conocimiento y convulsiones. Saber reconocerlo y actuación.
- Traumatismos: contusiones, heridas, luxaciones y fracturas.
- Inmovilizaciones. Práctica de vendajes y transporte de accidentados.
- Mordeduras y picaduras.
- Quemaduras. Tipos y actuación.
- Lesiones derivadas de la temperatura: golpe de calor e hipotermia.
- Cuerpos extraños y atragantamientos. Actuación.
- Vómitos y diarrea.
- RCP básica y DEA.
- Conocimiento y utilización del botiquín.
- Conocer el plan de evacuación del centro. Simulacros.
- Conocimiento y buena utilización de los servicios sanitarios.
- Obligación de prestación de primeros auxilios. Delito de omisión de socorro.

Métodos formativos en RCP/DEA

A continuación se detallan los siete métodos formativos que se pueden llevar a cabo según López Messa et al (9):

1. Talleres y reuniones de educación continuada con instructores:

Se trata del método mayoritariamente utilizado aunque con los avances tecnológicos se está viendo cada vez más modificado. Cursos, conferencias, charlas, talleres, seminarios y simposios son alguna de sus variantes.

Forsethlund et al (13), en su revisión sobre este método, donde incluyen un total de 81 ensayos, obtienen los siguientes resultados: la educación interactiva y la didáctica mixta combinadas son más eficaces que la educación interactiva en solitario o utilizar solamente la educación didáctica, la cual en la revisión anterior había dado un resultado de poco o ningún efecto sobre la práctica.

Este método se puede utilizar solo o en combinación con otras intervenciones, pero en el caso de conductas complejas, las reuniones educativas solas no tienen probabilidad de ser eficaces por ellas mismas.

2. Formación presencial con maniqués e instructor:

Método habitual para la formación de RCP, y en el que se ha demostrado, según el autor anteriormente citado, ser muy útil, con las ventajas de tener contacto directo con los instructores y la transmisión de las habilidades prácticas necesarias a través de los maniqués. Entre los inconvenientes estarían la falta de realismo y la necesidad física continuada del instructor. A pesar de esto sigue siendo el más extendido y con buenos resultados.

3. Autoformación con maniqués y videoinstrucción:

Sistema utilizado fundamentalmente en los países nórdicos, mediante un maniquí y un vídeo de 24 minutos de duración. Según López Messa et al (9) está demostrado que este método mejora los conocimientos y habilidades de los alumnos que se forman en RCP, pero no es aplicable a la formación en relación al DEA.

Un estudio (prospectivo, aleatorizado y controlado) llevado a cabo en Hong Kong por Chung et al (14), en el que se compara la eficacia entre la formación mediante este método frente al modelo clásico de instructor, demuestra que los resultados obtenidos en la formación con el vídeo eran tan buenos como los resultados con la clase tradicional. Incluso el 23% de los alumnos incluidos en el grupo experimental había enseñado las técnicas aprendidas a sus amigos y familiares.

4. Formación *online* o *e-learning*:

Los jóvenes, que están en continuo contacto con la informática, internet y nuevas tecnologías, en general, suelen aceptarlo muy bien. Posiblemente en el futuro la enseñanza de estas técnicas se base en este método y desaparezca la figura del instructor. Por el contrario tiene como inconvenientes que no está demostrado que mediante este método mejore el desempeño de los alumnos, ni los resultados de recuperación de paradas cardiorrespiratorias, ni el manejo de las técnicas.

5. Revisión del desempeño:

Se trata de una técnica novedosa, pero que está demostrando ser de gran utilidad. Se puede llevar a cabo mediante diferentes sistemas: simulacros, análisis de desempeño tras los episodios de PCR, vídeos recogidos durante la realización de RCP o listas de comprobación.

6. Simulación:

Es una herramienta fundamental en la formación en resucitación. Puede ser de alto nivel o fidelidad o de bajo nivel o fidelidad según los equipos utilizados. Es un método utilizado sobre todo para la formación de los profesionales sanitarios, debido al realismo que se puede alcanzar, el poder representar diferentes situaciones con casos posibles.

7. Fuentes de formación no estandarizada:

A través de internet, teléfonos móviles, empleo de juegos o música.

En el estudio llevado a cabo en Aragón por Marchiori et al (2) se trabaja con un total de 344 alumnos de entre 12 y 14 años. Se dividen estos entre grupo control (participación en una clase teórico-práctica con instructor de 45 minutos) y grupo experimental (uso de videojuego durante el mismo tiempo en aula aparte y sin supervisión) para determinar la capacidad del videojuego para enseñar RCP en los institutos.

Como resultados se obtuvieron que con el uso del videojuego sí que se incrementan los conocimientos, pero de una menor forma que con el instructor. A pesar de ello, tiene la ventaja de que tiene un coste menor, no necesita supervisión y se puede utilizar de una manera ilimitada.

Papel de la enfermera comunitaria

La EpS es *“una herramienta primordial para conseguir la «Salud para todos»*”. Así la define la OMS en su Manual sobre Educación Sanitaria en Atención Primaria de Salud (15). Debe ser dirigida fundamentalmente por profesionales de atención primaria. Estos han de orientar su acción hacia el total de la población, desde los más pequeños, en los centros escolares, hasta los más mayores. Todo ello con el fin de promocionar la salud, prevenir enfermedades y evitar complicaciones mediante un buen uso del sistema sanitario.

La enfermera comunitaria debe trabajar como agente de salud en los centros escolares y poner en práctica la educación sanitaria. Todos los profesionales enfermeros *“tienen numerosas oportunidades de practicar la educación sanitaria mientras tratan a los pacientes”*. Pero es la enfermera comunitaria, como especialista, y dado su adiestramiento específico, la principal responsable de esta herramienta.

De esta manera, y según el Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (16), una de las competencias prioritarias, recogida en el punto 3.3 del programa, es identificar necesidades de salud y proporcionar los cuidados derivados de esas necesidades dentro de la escuela.

En cuanto a competencias clínicas avanzadas en la atención en la infancia (punto 5.2 del presente programa) se incluye: promocionar la salud de niños, con la creación de programas en la escuela; potenciar su autorresponsabilidad; prevenir accidentes, prestar cuidados en la escuela o intervenir como docente en forma de talleres o sesiones teóricas; sin olvidarse de las familias y la escuela como comunidad, y todo con el apoyo del sistema educativo, trabajando en equipo con profesionales y especialistas.

Por último, y en relación a la atención en la adolescencia (punto 5.3 del presente programa), una de las capacidades con las que debe contar la enfermera familiar y comunitaria es la de dirigir programas de EpS encaminados a prevenir accidentes y promover conductas responsables, así como intervenir dentro de los centros educativos como formadora o prestadora de cuidados.

Conclusiones

Según datos de los estudios analizados solamente un 15% de las PCR extrahospitalarias son atendidas por los presentes. En cambio estas cifras pueden incrementarse notablemente con la educación sanitaria de la población.

La inclusión de los primeros auxilios dentro del currículo de los alumnos de primaria y secundaria es un tema actual en el que están trabajando hoy en día muchos profesionales, y parece que estos esfuerzos están dando su fruto. Con el nuevo RD del currículo básico de Educación Primaria, a partir del curso 2014/15, estos contenidos comenzarán a formar parte de la materia a impartirse en los centros educativos de primaria de España.

En cuanto a la estrategia de esta formación existen dos variantes: la primera, en la que la enfermera comunitaria se encarga de la formación y el reciclaje de los profesores de los centros educativos, los cuales con posterioridad, serían los formadores de los niños y adolescentes; y la segunda, en la que la enfermera, como especialista y agente de salud transmite directamente estos conocimientos a los alumnos.

Por otro lado, en cuanto a la metodología, esta debe centrarse en el sujeto hacia el que va dirigida: niños y adolescentes. Adecuarse a la edad. Todos los estudios analizados están de acuerdo en que al niño hay que motivarlo y hacerlo partícipe,

usando el juego como principal herramienta. Es por esta razón por la que los responsables de la formación tienen que ser no únicamente concededores de la materia a impartir sino también de metodología docente y de recursos didácticos.

Los conocimientos tienen que impartirse paso a paso, de una forma continuada, ampliando la materia cada año y sin olvidarse del reciclaje de los mismos.

En cuanto a la técnica de RCP y DEA, mencionar que el método instructor-maniquí sigue siendo el más extendido y con buenos resultados según los estudios analizados, aunque existen otros que a causa del avance de las nuevas tecnologías cada vez se están desarrollando más. Es el caso de la autoformación con maniqués y videoinstrucción, la formación *online* o el uso de aplicaciones y videojuegos.

Por último y para terminar, apuntar que la enfermera comunitaria tiene en su mano, mediante la EpS, la herramienta necesaria para llevar a cabo este proyecto, con el fin de disminuir la incidencia de los accidentes y sus posibles secuelas.

Bibliografía

- [1] Piqué Prado W, Valdivielso Fernández de Valderrama B. Taller de prevención de accidentes y primeros auxilios. Una experiencia grupal con adolescentes. *Metas Enferm* 2002; 5(8):10-12.
- [2] Marchiori EJ, Ferrer G, Fernández-Manjón B, Povar-Marco J, Giménez-Valverde A, Suberviola JF. Instrucción en maniobras de soporte vital básico mediante videojuegos a escolares: comparación de resultados frente a un grupo control. *Emergencias* 2012; 24(6): 433-437. [En línea] [fecha de acceso: 28 de abril de 2014]. URL disponible en: http://www.semes.org/revista/vol24_6/4.pdf
- [3] Miró O, Escalada X, Jiménez-Fábrega X, Díaz N, Sanclemente G, Gómez X, et al. Programa de Reanimación Cardiopulmonar Orientado a Centros de Enseñanza Secundaria (PROCES): conclusiones tras 5 años de experiencia. *Emergencias* 2008; 20(4):229-236. [En línea] [fecha de acceso: 28 de abril de 2014]. URL disponible en: http://www.semes.org/revista/vol20_4/3.pdf
- [4] García Soidán JL. Elaboración y evaluación de un programa de innovación para la formación inicial de maestros especialistas en educación física: la formación inicial en primeros auxilios en educación primaria. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2000.
- [5] Cerdà Vila M, Chanovas Borrás MR, Espuny Vidal C, Escalada Roig X. Plan Piloto de formación en soporte vital básico en las escuelas. Formación en espiral [cartas al director]. *Emergencias* 2009; 21(1):73-80. [En línea] [fecha de acceso: 28 de abril de 2014]. URL disponible en: http://www.semes.org/revista/vol21_1/17.pdf#page=4
- [6] Cerdà Vila M, Chanovas Borrás M, Escalada Roig X, Espuny Vidal C. Plan piloto de formación en soporte vital y RCP en las escuelas. *Med Intensiva* 2012; 36(2):158-159. [En línea] [fecha de acceso: 28 de abril de 2014]. URL disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90096883&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=64&ty=61&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=64v36n02a90096883pdf001.pdf
- [7] Edcivemerg.com. [En línea] [fecha de acceso: 28 de abril de 2014]. URL disponible en: <http://edcivemerg.com/>
- [8] Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de Educación Primaria. (Boletín Oficial del Estado núm. 52, de 1 de marzo de 2014).
- [9] López Messa JB, Martín Hernández H, Pérez Vela JL, Molina Latorre R, Herrero Ansola P. Novedades en métodos formativos en resucitación. *Med Intensiva* 2011; 35(7):433-441. [En línea] [fecha de acceso: 28 de abril de 2014]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000700006&lng=pt
- [10] Bravo Arteaga A. Escuchando a los niños y niñas: ¿están preparados para afrontar situaciones de emergencia? En: IX Jornadas ABA. Educar para las emergencias y seguridad en el ámbito socioeducativo. Gijón: Asociación de Bomberos de Asturias; 2013.
- [11] Lozano Lázaro D, Rivera Sanz F, Rodríguez Alonso M, Rodríguez Herce C, Palacios Marín G. Primeros auxilios, una experiencia de Educación Sanitaria. *CiberRevista* 2003; 18. [En línea] [fecha de acceso: 28 de abril de 2014]. URL disponible en: http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2003/diciembre/primeros.htm
- [12] Hazinski MF, Markenson D, Neish S, Gerardi M, Hootman J, Nichol G et al. Response to cardiac arrest and selected life-threatening medical emergencies: the medical emergency response plan for schools. A statement for healthcare providers, policymakers, school administrators, and community leaders. *Pediatrics* 2004; 113(1):155-168. [En línea] [fecha de acceso: 28 de abril de 2014]. URL disponible en: <http://pediatrics.aapublications.org/content/113/1/155.full.pdf+html?sid=44c3fbed-6c36-454f-8d3b-17d5e6ff9be7>

- [13] Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F et al. Talleres y reuniones de educación continua: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus 2009; 3.
- [14] Chung CH, Siu AYC, Po LLK, Lam CY, Wong PCY. Comparing the effectiveness of video self-instruction versus traditional classroom instruction targeted at cardiopulmonary resuscitation skills for laypersons: a prospective randomised controlled trial. Hong Kong Med J 2010; 16(3):165-170. [En línea] [fecha de acceso: 28 de abril de 2014]. URL disponible en: http://www.hkmj.org/article_pdfs/hkm1006p165.pdf
- [15] OMS. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra: OMS; 1989.
- [16] 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).

El mayor buscador de contenidos científicos actualizados específicos de enfermería de la red. Una herramienta esencial de apoyo a tu aprendizaje. La respuesta fiable a todas tus necesidades académicas y profesionales.



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

- **MÁS DE 75.000 DOCUMENTOS**
a texto completo, revisados y actualizados.
- **124.000 GRÁFICOS E ILUSTRACIONES**
de ENFERMERÍA en español.
- **MÁS DE 75.000 DOCUMENTOS**
de todos los términos relacionados
con Ciencias de la Salud.
- **TODAS LAS MATERIAS**

TODO ELLO ACTUALIZADO PERMANENTEMENTE POR NUESTRO EQUIPO CIENTÍFICO Y EDITORIAL

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

PODRÁS COPIAR, PEGAR E IMPRIMIR

a partir de fuentes fiables, actualizadas y reseñables, cualquiera de los contenidos consultados.

¹Elena Isabel Díaz Gallego
²Trinidad Carrión Robles

Revisión de la literatura y actualización del conocimiento en "Evidencia de los programas de Promoción de la Salud en la Comunidad"

¹Enfermera por la Universidad de Málaga. Enfermera en Wexham Park Hospital, Slough, UK.

Dirección de contacto: elena_dg12@hotmail.com

²Profesora titular. Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga.

Resumen

Introducción: la importancia de conocer la evidencia que existe sobre la eficacia de los programas de promoción de la salud que se llevan a cabo a fin de mejorar los futuros, nos lleva a preguntar ¿cuál es la evidencia, a nivel internacional, de los programas de promoción? ¿Funcionan los programas de promoción de la salud?

Objetivo: revisar la literatura y actualizar el conocimiento en evidencia de los programas de promoción de la salud llevados a cabo en cada una de las etapas del ciclo de vida del ser humano.

Metodología: se realizó búsqueda, revisión y evaluación de la literatura en revisiones sistemáticas seleccionadas tras cumplir con los criterios establecidos.

Resultados: se han seleccionado seis revisiones sistemáticas de las 121 encontradas. 110 fueron descartadas por no cumplir los criterios establecidos y otras cinco por tener un nivel bajo en la evaluación crítica CASPe.

Conclusiones: la revisión realizada ha permitido identificar la gran evidencia científica existente sobre los programas de promoción de la salud, aunque son pocas las revisiones sistemáticas capaces de demostrar la eficacia de los mismos.

Palabras clave: búsqueda bibliográfica; evidencia; promoción de la salud; revisión sistemática; programas.

Abstract

A literature review and update on "evidence on community-based health promotion programs"

Introduction: It is important to know existing evidence on the efficacy of health promotion programs, so that the efficacy of future programs can be improved. This has led us to the following questions: Which is the existing evidence, at an international level, on health promotion programs? Are health promotion programs useful?

Purpose: To perform a literature review and update on the existing evidence on health promotion programs implemented in various life stages in humans.

Methods: A literature search, review, and evaluation were carried out through systematic reviews that were selected using established criteria.

Results: Among 121 initially selected papers, six systematic reviews were found. 110 were excluded because they did not meet established criteria and five because of a low level at critical CASPe assessment.

Conclusions: Our review identified substantial existing scientific evidence on health promotion programs, although only a few systematic reviews have been able to show that they are effective.

Key words: literature search, evidence, health promotion, systematic review, programs.

Introducción

La promoción de la salud, entendida como "el proceso de capacitación de las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla" (1), pretende conseguir cambios en las personas y en los entornos para favorecer la salud, y trata de provocar procesos de desarrollo individual, comunitarios, de organizaciones y de políticas como bien dicen Colomer y Álvarez-Dardet (2).

En España, y desde 1986, coincidiendo con la celebración de la 1ª Conferencia Global de Promoción de la Salud celebrada en la ciudad de Ottawa, según la Ley General de Sanidad "el desarrollo de actividades de promoción de la salud y de actuaciones preventivas es uno de los pilares sobre los que se fundamentan la organización y el trabajo de los equipos de atención primaria" (3).

De este modo, la promoción de la salud es una función de primer orden en el ámbito de actuación de la Enfermería familiar y comunitaria que las enfermeras desempeñamos en el cuidado a las personas, tanto a nivel individual como a nivel comunitario. Las actividades de promoción de la salud que implican a la población en su conjunto se realizan de manera planificada y financiada, junto a otros profesionales sociosanitarios y con la participación de diferentes sectores sociales.

Desde la 1ª Conferencia de Ottawa en 1986 hasta la 8ª celebrada en Helsinki el pasado junio de 2013, todas las conferencias mundiales declaran recomendaciones que se integran en los programas desarrollados de acuerdo a las características y necesidades de la población.

Este proceso que desarrollamos mediante los programas de promoción de la salud comunitarios es bien complejo y requiere de muchos esfuerzos y recursos que merecen ser evaluados de manera continua en aras de su efectividad. Evaluar los resultados de los programas de promoción de salud nos ayuda a conocer la eficacia de estos y a su vez la evidencia que existe al respecto.

La Asociación Internacional para la Promoción y la Educación para la Salud (IUHPE), tras el estudio "La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud: configurando la salud pública en una nueva Europa", concluyó que una promoción de la salud eficaz fortalece las habilidades y capacidades individuales para emprender una acción, así como la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud cuando se combinan métodos y estrategias que incluyan a la educación para la salud, la abogacía y la movilización social. La promoción de la salud eficaz produce cambios en los determinantes de la salud, tanto en aquellos que las personas pueden controlar (como las conductas orientadas a la salud y el uso de servicios sanitarios), como en aquellos que están fuera de su control directo, como las condiciones sociales, económicas y del entorno (4).

Conocer la evidencia que hay sobre la eficacia de los programas de promoción de la salud que se llevan a cabo resulta de gran valor y nos ofrece la posibilidad de mejorar dichos programas.

Por tanto, nos planteamos las preguntas: ¿cuál es la evidencia, a nivel internacional, de los programas de promoción de la salud? y ¿funcionan los programas de promoción de la salud?

Al ser preguntas tan genéricas enfocaremos nuestro trabajo en los programas según la etapa del ciclo vital en la que se llevan a cabo.

Para ello, nos planteamos los siguientes objetivos:

- Seleccionar artículos de revisiones sistemáticas sobre programas de promoción de la salud en cada una de las etapas del ciclo de vida del ser humano.
- Analizar y realizar sinopsis de las revisiones seleccionadas.

Metodología

El primer criterio de selección utilizado se ha basado en contemplar las diferentes etapas del ciclo de vida del ser humano para analizar las revisiones sistemáticas. Se ha seleccionado una revisión sistemática sobre programas de promoción de salud llevados a cabo en cada una de las etapas del ciclo vital. En la población prenatal, en lactantes, en la población infantil, en la adolescencia y juventud, en la etapa adulta, y por último en la vejez.

Se han seleccionado estudios sobre los programas de promoción de salud más característicos y comunes en cada etapa de la vida y que más se llevan a cabo en la sociedad y los más actuales en el tiempo, publicados en los últimos cinco años, es decir descartando todas aquellas que no se encuentren comprendidas entre los años 2008 y 2013.

El tipo de programas de promoción de la salud que se ha elegido finalmente para estudiar la evidencia de estos en cada etapa, son los siguientes:

Etapas pregestacional: programas de promoción de la salud durante el embarazo.

Es importante estudiar la evidencia de estos programas, ya que se conoce que existen varios factores de riesgo potencialmente modificables que se asocian con resultados deficientes del embarazo. Estos incluyen el hábito de fumar, el consumo excesivo de alcohol y la nutrición deficiente. Se ha propuesto la promoción sistemática de la salud (que incluye educación, asesoramiento y evaluación general de la salud) en el periodo pregestacional para mejorar los resultados del embarazo al estimular el cambio conductual o permitir la identificación temprana de los factores de riesgo. Aunque los resultados de los estudios observacionales han sido alentadores, esta revisión examina las pruebas de los ensayos controlados aleatorios de promoción de la salud pregestacional (5).

Lactante: programas de promoción de la salud mediante masajes para lactantes.

El masaje infantil se usa cada vez más en la comunidad para los lactantes de bajo riesgo y sus cuidadores primarios. Afirmaciones anecdóticas sugieren beneficios para el reposo, la respiración, la eliminación y reducción de cólicos y retención de aire. También se cree que el masaje infantil reduce el estrés del lactante y promueve la interacción positiva padres-lactante. Por ello, se considera importante estudiar acerca de la evidencia que hay al respecto (6).

Infancia: programas de promoción de la salud para prevención de trastornos alimentarios en niños.

Los trastornos de la alimentación son una condición bastante difícil de tratar y los pacientes consumen una enorme cantidad de recursos y de esfuerzos en el área de la salud mental. Algunos de los factores de riesgo que se han relacionado con el desarrollo de los trastornos de la alimentación incluyen el hecho de ser joven, ser mujer y estar a dieta. Se han desarrollado y evaluado varios programas para prevenir los trastornos de la alimentación en niños y adolescentes. Por ello se quiere estudiar la evidencia que existe sobre la efectividad de los programas de prevención de los trastornos de la alimentación en niños y adolescentes en la población general y en poblaciones en riesgo (7).

Adolescencia: programas de promoción de la salud para prevención de embarazos no deseados en adolescentes.

Se quiere estudiar la evidencia que existe de estos programas, ya que el embarazo no deseado en adolescentes representa un importante reto para la salud pública, tanto en países desarrollados como en desarrollo. Para abordar este problema, se han empleado numerosas estrategias de prevención en diferentes países del mundo, como la educación sanitaria, el desarrollo de habilidades y la mejora de la accesibilidad a métodos anticonceptivos. Sin embargo, existe incertidumbre con respecto a los efectos de estas intervenciones, y por lo tanto, se necesita examinar su base de pruebas (8).

Etapas adulta: programas de promoción de la salud para prevención del tabaquismo en adultos.

Como el tabaquismo está determinado por el contexto social, la mejor manera de reducir la prevalencia del mismo puede residir en el uso de programas comunitarios que brinden refuerzo, apoyo y normas para no fumar a través de múltiples canales. Considerándolo un tema de importancia como para estudiar la evidencia que existe de ello (9).

Anciana: programas de promoción de la salud dirigidos a la prevención de caídas en personas de la tercera edad.

Se considera de gran importancia el estudio de estos programas ya que es un problema de salud que cada vez tiene más importancia en esta población, aproximadamente, un 30% de las personas de más de 65 años de edad que residen en la comunidad sufren caídas cada año (10).

Una vez realizada la selección de las revisiones sistemáticas según las etapas del ciclo vital descritas, se definió como criterio de inclusión en el análisis bibliográfico, la evaluación crítica de mayor nivel de calidad mediante la herramienta de análisis de revisiones sistemáticas CASPe (11). Esta herramienta consta de diez preguntas que ayudan a entender una revisión, siendo las dos primeras de eliminación y solamente si estas se contestan como afirmativas se podrá continuar con las siguientes preguntas, aunque hay un grado de solapamiento entre algunas preguntas.

En la estrategia de búsqueda se han utilizado las bases de datos: PubMed, Cochrane Plus y resúmenes Cochrane. Tras la infructuosa búsqueda en PubMed, ninguna de las 37 revisiones sistemáticas halladas se han ajustado a los criterios de selec-

ción e inclusión mencionados anteriormente por lo que se ha continuado la búsqueda en los buscadores, Cochrane Plus y resúmenes Cochrane hasta obtener las revisiones sistemáticas incluidas en el estudio.

En la Tabla 1 puede verse de forma esquemática la estrategia de búsqueda utilizada y en la Figura 1 el diagrama de flujo de las revisiones sistemáticas encontradas.

Tabla 1. Búsqueda bibliográfica

Fuente	Palabras clave	Filtros	Resultados	Título	Año
PubMed	<i>Evidence, health, promotion programe</i>	-	Obtenidos: 37 Seleccionados: 0 Incluidos: 0	-	-
Resúmenes Cochrane	Evidencia, promoción salud, prenatales	Embarazo y parto, atención básica durante embarazo	Obtenidos: 10 Seleccionados: 2 Incluidos: 1	"Promoción de la salud antes del embarazo para mejorar los resultados de las madres y los recién nacidos"	2009
Resúmenes Cochrane	Programas, promoción salud, lactantes, adultos	Salud infantil	Obtenidos: 25 Seleccionados: 2 Incluidos: 1	<i>"Massage for promoting mental and physical health in typically developing infants under the age of six months"</i>	2013
Resúmenes Cochrane	Evidencia, promoción salud, niños	Salud infantil	Obtenidos: 2 Seleccionados: 1 Incluidos: 1	"Intervenciones para prevenir los trastornos de la alimentación en niños y adolescentes"	2008
Cochrane Plus	Evidencia, promoción salud, adolescente	No ha sido necesario	Obtenidos: 26 Seleccionados: 2 Incluidos: 1	"Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes"	2009
Resúmenes Cochrane	Evidencia, promoción salud, adultos	Dependencia al tabaco, drogas y alcohol, tabaco	Obtenidos: 2 Seleccionados: 1 Incluidos: 1	"Intervenciones comunitarias para reducir el tabaquismo en adultos"	2008
Resúmenes Cochrane	Evidencia, promoción salud, ancianos	Ortopedia y traumatología	Obtenidos: 19 Seleccionados: 3 Incluidos: 1	<i>"Interventions for preventing falls in older people living in the community"</i>	2013

Resultados

Una vez evaluadas las revisiones sistemáticas, se procede a la descripción y análisis de los resultados obtenidos. También se incluye la bibliografía excluida por no haber superado la evaluación crítica CASPe.

1ª Revisión: promoción de la salud antes del embarazo para mejorar los resultados de las madres y los recién nacidos.

Dicho estudio tiene como objetivo evaluar la efectividad de la promoción sistemática de la salud pregestacional para mejorar los resultados del embarazo comparada con ninguna atención o la atención pregestacional habitual.

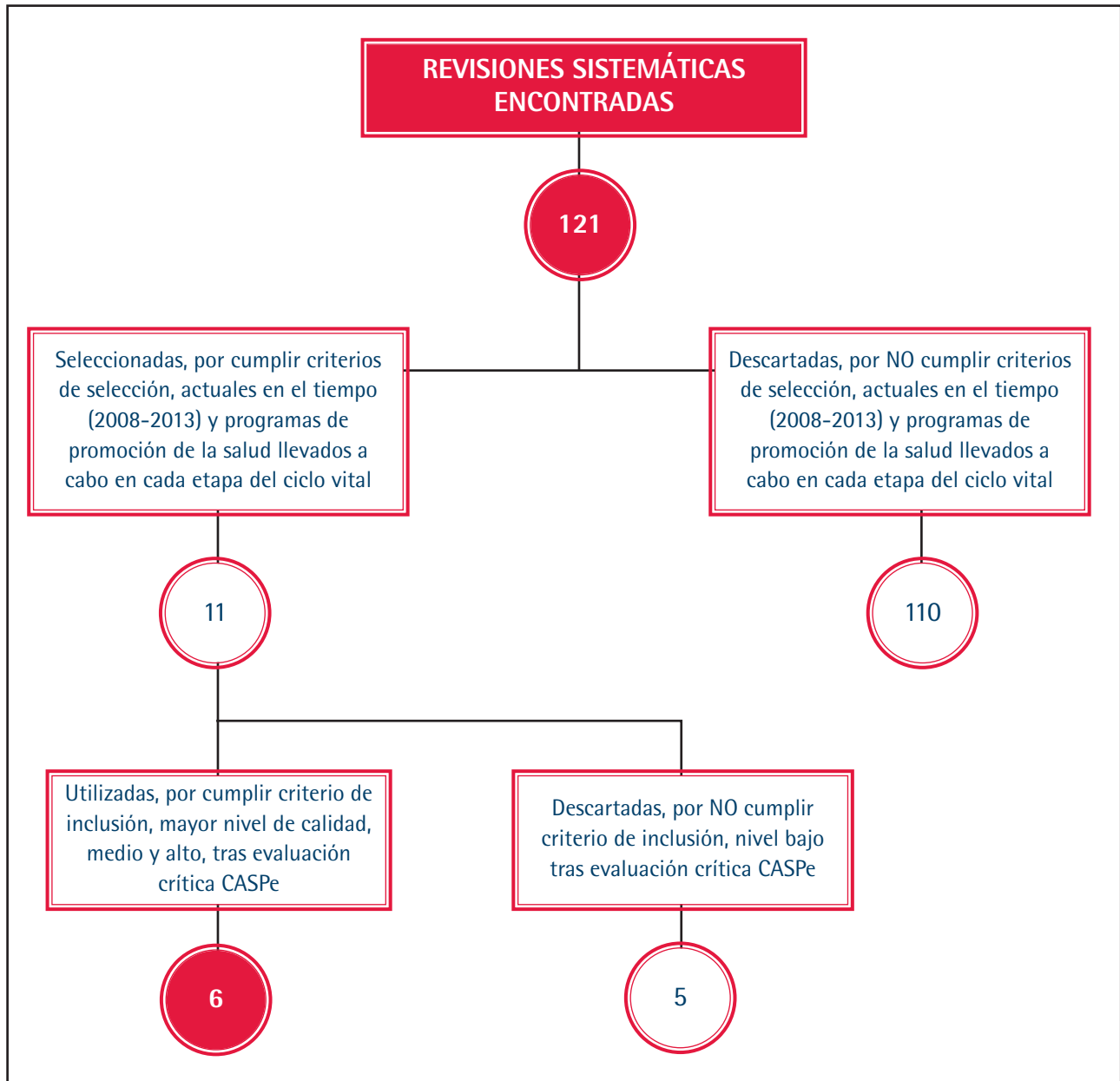


Figura 1. Diagrama de flujo de las revisiones sistemáticas

Se incluyeron cuatro ensayos (2.300 mujeres). Las intervenciones variaron desde asesoramiento breve hasta educación sobre la salud y el estilo de vida durante varias sesiones. Para la mayoría de los resultados solamente hubo datos disponibles de estudios individuales. Únicamente un estudio tuvo un seguimiento durante todo el embarazo y no hubo pruebas sólidas de diferencias entre los grupos para el parto prematuro, las malformaciones congénitas ni para el peso para la edad gestacional. Hubo algunas pruebas de que las intervenciones de promoción de la salud se asociaron con un cambio conductual materno positivo, incluidas las tasas más bajas de bebida de forma compulsiva.

Los autores de dicho artículo concluyeron que hay pocas pruebas de los efectos de la promoción de la salud pregestacional y se necesita mucha más investigación en esta área. Actualmente no hay pruebas suficientes para recomendar la implementación generalizada de la promoción sistemática de la salud pregestacional para las mujeres en edad fértil, en la población general o entre los embarazos.

2ª Revisión: intervenciones con masajes para la promoción de la salud mental y física en lactantes menores de seis meses de vida.

Se trata de un estudio que se dirigió a evaluar el impacto del masaje infantil en las medidas de resultado físicas y mentales para lactantes sanos en sus primeros seis meses de vida. Para ello incluyeron 23 ensayos controlados aleatorios. Trece de estos ensayos presentaron un alto riesgo de sesgo y se analizaron por separado.

A las conclusiones que llegan los autores de dicho estudio es que las únicas pruebas de un impacto significativo del masaje sobre el crecimiento se obtuvieron de un grupo de estudios considerados de alto riesgo de sesgo, pero, sin embargo, hubo algunas pruebas de beneficios en la interacción madre-lactante, el reposo y el llanto y las hormonas que afectan los niveles de estrés. En ausencia de pruebas de daño, estos hallazgos pueden ser suficientes para apoyar el uso del masaje infantil en la comunidad, en particular en contextos donde la estimulación del lactante es deficiente. Sin embargo, se necesita investigación adicional, antes de recomendar la provisión universal.

3ª Revisión: intervenciones para prevenir los trastornos de la alimentación en niños y adolescentes.

Dicho estudio trata de determinar si los programas para prevenir los trastornos de la alimentación son efectivos en la promoción de actitudes saludables hacia la alimentación en niños y adolescentes, si dichos programas son efectivos para promover los factores psicológicos que protegen a estos del desarrollo de estos trastornos, si tienen un impacto positivo, sostenible y a largo plazo sobre la salud mental y física de niños y adolescentes y determinar la seguridad de los programas para prevenir los trastornos de la alimentación en términos de posibles efectos nocivos sobre la salud mental o física.

Incluye 13 estudios que reportaron el uso de un ensayo controlado aleatorio, los cuales fueron objeto de apreciación crítica por parte de dos revisores independientes. De los cuales se excluyeron cinco estudios porque los datos no fueron reportados de una manera útil. Solo ocho estudios cumplieron los criterios de selección.

Los autores de dicho artículo concluyen que el efecto significativo combinado que se encontró en esta revisión no permite plantear conclusiones firmes acerca del impacto de los programas de prevención para los trastornos de alimentación en niños y adolescentes, aunque ninguna de las comparaciones combinadas evidenciaron la existencia de efectos nocivos. Desde una perspectiva clínica, el desarrollo y refinamiento de programas de prevención es complicado por la falta de conocimiento acerca de los factores de riesgo asociados a los trastornos de la alimentación y por la necesidad de lograr un equilibrio entre el suministro de intervenciones de prevención para los trastornos de alimentación, y la posibilidad de que estas tengan efectos nocivos. Desde una perspectiva de investigación, se ha planteado la idea de que hay "puntos de corte" para identificar sujetos jóvenes en riesgo de desarrollar dichos trastornos, lo cual es otro elemento que complica la identificación precoz de la sintomatología de los trastornos de la alimentación. Se necesita hacer un seguimiento en el desarrollo de los efectos a largo plazo que tienen las intervenciones con el fin de demostrar una reducción en la incidencia de estos trastornos y en los factores de riesgo asociados.

4ª Revisión: intervención para prevención de embarazos no deseados en adolescentes.

Se trata de un estudio que tiene como fin evaluar los efectos de las intervenciones de prevención primaria (realizadas en la escuela, la comunidad/el hogar, de carácter clínico y de carácter religioso) sobre los embarazos no deseados en adolescentes.

Se incluyeron 41 ensayos controlados aleatorios (ECAs) que reclutaron a 95.662 adolescentes. Los participantes eran de diversas etnias. Un total de 11 estudios asignaron al azar a individuos, 27 asignaron a grupos (escuelas: 19, aulas: 5 y comunidades/vecindarios: 3. Tres estudios eran mixtos (asignaban al azar individuos y grupos). La duración del seguimiento varió de tres meses a 4,5 años. Solo fue posible agrupar los datos de un número de estudios (15) debido a las variaciones en el informe de las medidas de resultado.

Según las conclusiones a las que llegan los autores de dicho estudio, la combinación de las intervenciones educacionales y anticonceptivas parece reducir el embarazo no deseado en adolescentes. La evidencia sobre los efectos del programa en las medidas biológicas es limitada. La variabilidad en las poblaciones de estudio, intervenciones y resultados de los ensayos incluidos, y la escasez de estudios que comparan diferentes intervenciones directamente excluyen una conclusión definitiva con respecto a qué tipo de intervención es más eficaz.

5ª Revisión: intervenciones para reducir el tabaquismo en adultos.

Dicho estudio trata de evaluar la efectividad de las intervenciones comunitarias para disminuir la prevalencia de tabaquismo.

Incluye 32 estudios, de los cuales 17 incluyeron una sola intervención y una comunidad de comparación. Solo cuatro estudios utilizaron asignación al azar de las comunidades al grupo de intervención o de comparación. El cambio de la prevalencia de tabaquismo se midió con datos de seguimiento transversal en 27 estudios. Únicamente en un reducido número de estudios se informó el consumo de cigarrillos y las tasas de abandono. Los dos estudios con mayor solidez no pudieron mostrar evidencia suficiente de un efecto sobre la prevalencia. En el estudio COMMIT de EE.UU. no hubo diferencia en la disminución de la prevalencia en las comunidades de control y de intervención; tampoco hubo una diferencia significativa en las tasas de abandono de los grandes fumadores, que fue el grupo objetivo de la intervención. En el estudio CART australiano, la tasa de abandono fue significativamente mayor en los hombres, pero no en las mujeres.

Según los autores, los estudios de mayor tamaño y mejor diseño han sido incapaces de detectar un efecto sobre la prevalencia de tabaquismo. Si bien el enfoque comunitario constituye una parte importante de las actividades de promoción de la salud, el diseño de programas futuros deberá considerar este limitado efecto en la determinación de la escala de los proyectos y los recursos dedicados a los mismos.

6ª Revisión: intervenciones basadas en la población para la prevención de lesiones relacionadas con caídas en personas ancianas.

Este estudio tiene como objetivo evaluar la efectividad de las intervenciones basadas en la población, definidas como iniciativas coordinadas, de estrategia múltiple y en la comunidad para la reducción de las lesiones relacionadas con caídas en personas ancianas.

De 23 estudios identificados, cinco cumplieron los criterios para la inclusión. No se identificaron ensayos controlados aleatorios. En los cinco estudios incluidos, se informaron disminuciones significativas o tendencias decrecientes en las lesiones relacionadas con caídas, con una reducción relativa en las lesiones provocadas por caídas que oscilaba entre el 6% y el 33%.

Los autores concluyeron que a pesar de las limitaciones metodológicas de los estudios de evaluación incluidos, la coherencia de las reducciones informadas sobre lesiones relacionadas con caídas en todos los programas apoyan la afirmación preliminar de que el abordaje basado en la población para la prevención de lesiones relacionadas con caídas resulta efectivo y puede formar la base de la práctica de salud pública. Los ensayos aleatorios, en múltiples comunidades, acerca de intervenciones basadas en la población indican un incremento en el nivel de pruebas que apoyan el abordaje basado en la población. También se necesita investigación para dilucidar los elementos que obstaculizan y facilitan las intervenciones basadas en la población que influyen en el alcance de la efectividad de los programas basados en la misma.

Conclusiones

De los seis estudios elegidos para analizar la evidencia de programas de promoción de la salud, solo dos de ellas son capaces de constatar la eficacia de estos.

En la revisión sistemática sobre los programas de promoción de la salud dirigidos a los adolescentes, para la prevención de embarazos no deseados, se obtienen unos resultados favorables, según concluyen los autores, como ya se ha mencionado anteriormente, las intervenciones mediante educación sexual y métodos anticonceptivos han reducido la tasa de embarazos no deseados en adolescentes, por lo que nos permite poder aplicar los resultados a nuestro medio y llevar a cabo programas educativos sobre sexo y anticoncepción en esta población.

La revisión sistemática que estudia la eficacia de programas dirigidos para la prevención de caídas en la población anciana, muestra que las intervenciones de ejercicios reducen el riesgo y la tasa de caídas en ancianos, por lo que se puede decir que sí existe evidencia sobre los programas de prevención llevados a cabo en esta población, al igual que concluyen los autores como ya se ha mencionado en el apartado anterior, pudiéndose aplicar al medio estos resultados y ayudando también a la creación de futuros programas.

El resto de las revisiones sistemáticas estudiadas en las demás etapas del ciclo vital (pregestacional, lactancia, infancia y adultez), no son capaces de demostrar la eficacia de estos. Según concluyen los autores no se han podido obtener unos resul-

tados claros, debido a la falta de investigación y de pruebas. No se demuestran suficientes estudios como para poder recomendar la aplicación de estos programas en la comunidad.

Por tanto, se debe incidir más en este tema y dedicar más tiempo a hacer investigaciones más precisas que obtengan resultados más claros en relación a la efectividad de los programas que se llevan a cabo, tal como recomienda la IUHPE. De este modo, podríamos realizar cambios en los futuros programas de promoción de salud.

Por último, tras estas consideraciones, se da respuesta a las preguntas planteadas al inicio de este trabajo. **¿Cuál es la evidencia a nivel internacional de los programas de promoción de la salud?, ¿funcionan los programas de promoción de la salud?**

A pesar de que la evidencia de los programas de salud en la comunidad es muy amplia, ya que son muchos los resultados que se han obtenido tras las búsquedas realizadas, son pocas las revisiones sistemáticas capaces de demostrar la eficacia de estos y, por tanto, llegar a un resultado claro, debido a insuficiencia de estudios, datos y pruebas. Podemos decir que **la investigación sobre la eficacia de los programas de promoción de la salud es muy alta, aunque no se puede demostrar la eficacia de estos.**

Bibliografía

- [1] World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association; 1986.
- [2] Colomer C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la Salud y Cambio social. Barcelona: Masson; 2000.
- [3] Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril. (Boletín Oficial del Estado, nº 102, de 29 de abril de 1986).
- [4] Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud: configurando la salud pública en una nueva Europa. Parte uno. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000. [En línea] [fecha de acceso: 28 de abril de 2014]. URL disponible en: http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/EHP_part1_ESP.pdf
- [5] Whitworth M, Dowswell T. Promoción sistemática de la salud pregestacional para mejorar los resultados de los embarazos (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [En línea] [fecha de acceso: 28 de abril de 2014]. URL disponible en: <http://summaries.cochrane.org/es/CD007536/promocion-de-la-salud-antes-del-embarazo-para-mejorar-los-resultados-de-las-madres-y-los-recien-nacidos>
- [6] Bennet C, Underdown A, Barlow J. Massage for promoting mental and physical health in typically developing infants under the age of six months. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD005038. [En línea] [fecha de acceso: 28 de abril de 2014]. URL disponible en: <http://summaries.cochrane.org/CD005038/massage-for-promoting-mental-and-physical-health-in-infants-under-the-age-of-six-months>
- [7] Pratt BM, Woolfenden SR. Intervenciones para prevenir los trastornos de la alimentación en niños y adolescentes. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 nº 4. Oxford: Update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [En línea] [fecha de acceso: 28 de abril de 2014]. URL disponible en: <http://summaries.cochrane.org/es/CD002891/intervenciones-para-prevenir-los-trastornos-de-la-alimentacion-en-ninos-y-adolescentes>
- [8] Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes. En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 4. Oxford/ Update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 4 Art no.CD005215. Chichester, UK/ John Wiley & Sons, Ltd.). [En línea] [fecha de acceso: 28 de abril de 2014]. URL disponible en: <http://apps.who.int/rhl/adolescent/cd005215/es/index.html>
- [9] Secker-Walker RH, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Intervenciones comunitarias para reducir el tabaquismo en adultos. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [En línea] [fecha de acceso: 28 de abril de 2014]. URL disponible en: <http://summaries.cochrane.org/es/CD001745/intervenciones-comunitarias-para-reducir-el-tabaquismo-en-adultos>
- [10] Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 9. Art. No.: CD007146. [En línea] [fecha de acceso: 28 de abril de 2014]. URL disponible en: <http://summaries.cochrane.org/es/CD007146/intervenciones-para-la-prevencion-de-caidas-en-las-personas-de-edad-avanzada-que-residen-en-la-comunidad>
- [11] Cabello JB. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una revisión sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-17.

IX CONGRESO NACIONAL Y III INTERNACIONAL DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

En el próximo mes de octubre, del 8 al 10, tendrá lugar en las Palmas de Gran Canaria el IX Congreso Nacional y III Internacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria. La sede del encuentro será el Palacio de Congresos de Canarias / Auditorio Alfredo Kraus.

El congreso ofrece una amplia oferta científica con tres mesas temáticas que abordan los tres temas centrales de nuestro lema **Cronicidad, Familia y Comunidad**, donde diferentes expertos en la materia compartirán conocimientos del ámbito de la Enfermería Comunitaria.

Asimismo, tendrán lugar diversos talleres durante el primer día del congreso. Entre los temas que se tratarán destacan los siguientes:

- Herramientas docentes para el tutor de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- La sexualidad dentro de las competencias de la enfermera comunitaria.
- Competencia cultural.
- *Coaching*.
- Enfermería en práctica avanzada. La mirada internacional.
- Manejo de los inhaladores en Atención Primaria.
- Atención enfermera al politraumatismo en Atención Primaria.
- Cuidadoras crónicos 2.0.

Para más información actualizada sobre el congreso: <http://congreso2014.enfermeriacomunitaria.org/>



Relatos

DE RESIDENTE A ESPECIALISTA

Francisco Javier Pastor Gallardo
Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria

El 13 de mayo de 2011 los residentes de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria tomábamos posesión como EIR (enfermero interno residente), ahora sí, ya era una realidad, aún me costaba asimilar que tras meses de esfuerzo e incertidumbre formase parte de la primera promoción de especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria. 132 residentes iniciábamos esta andadura a nivel nacional, por toda la geografía española, y aunque con muchas ganas e ilusión, ya que abríamos un nuevo capítulo en la historia de las especialidades enfermeras, también tenía miedo, pues empezábamos sin ninguna referencia y esto nos obligaría a tener que estar doblemente motivados para avanzar. Éramos los pioneros y teníamos la responsabilidad de que todo fuera bien, y que nuestra experiencia con el paso del tiempo sirviese de referencia para las próximas promociones.

Cuando supe que formaría parte de los futuros residentes de esta especialidad, y ya que iba a ser el primer año de la residencia de la misma, se me ocurrió en el viaje de vuelta a casa, tras la elección de la plaza en el ministerio, la idea de crear una web para los residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria (www.eirfamiliarcomunitaria.net).

Iniciaríamos una nueva etapa en el campo de las especialidades enfermeras y esto merecía quedar plasmado en algún sitio y qué mejor lugar que en la red para darle visibilidad y difusión, pues pensaba que sería importante que los residentes compartiésemos todo el camino que nos quedaba por recorrer y que pudiéramos estar conectados para conocer cómo les iba a nuestros compañeros en otras unidades docentes.

Diseñé la web con el objetivo de que fuese un punto de encuentro para los residentes de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, así como de todos los futuros residentes de las siguientes promociones. Estar conectados nos permitiría aprender y ayudarnos unos a otros, de esta forma todos los residentes podrían tener un espacio común en la red a través del foro de la web, para comentar su día a día como enfermero interno residente, experiencias y anécdotas durante la formación, impresiones en las diferentes unidades docentes, dificultades... y que estos comentarios nos sirviesen para mejorar y adoptar las cosas positivas que en otras unidades se estuviesen llevando a cabo.

En la Unidad Docente de Badajoz, a nuestra llegada, programaron unas visitas a los diversos centros de Atención Primaria para que los residentes conociéramos a los tutores y poder elegirlos como responsables directos de nuestra formación, las ganas e ilusión de los tutores por recibirnos y darnos la bienvenida me hacía sentir que no estaríamos solos en esta aventura, era consciente de que no sería fácil y que había mucho trabajo por hacer, pero una vez que conocí a los tutores, supe que estábamos en buenas manos, profesionales con una amplia trayectoria nos abrían las puertas de sus consultas para hacernos verdaderos especialistas.

Los rotatorios en Badajoz están estructurados en un 70% Atención Primaria y un 30% Atención Especializada y dispositivos externos (unidades de apoyo de Atención Primaria). Las rotaciones son muy diversas, consulta nutrición y diabetológica, unidades de emergencias extrahospitalarias, paritorio, unidades de apoyo de salud mental, centro de drogodependencia, centro de orientación y planificación familiar, unidad de apoyo de cuidados paliativos, urgencias adulto y pediátrica hospitalarias, servicio vascular, salud pública, gerencias de Atención Primaria, etc. Todas ellas abarcando un amplio abanico de competencias recogidas en el programa formativo de la especialidad.

Dos rotatorios que destacaría como experiencia personal son la unidad de cuidados paliativos, por el impacto emocional que supone tratar al paciente terminal, en el que la técnica y la comunicación con el paciente necesitan ser un binomio equilibrado, y la unidad de emergencias extrahospitalarias, donde la premura en la asistencia y la imprevisibili-

dad de la demanda, te mantienen la adrenalina alerta, en el primero con una duración de un mes pude adquirir conocimientos en el manejo de la vía subcutánea, preparación de infusores, habilidades de comunicación en el duelo, farmacología más utilizada junto con sus indicaciones y acciones terapéuticas, valoración y registro en la historia del paciente con enfermedad avanzada, elaborar informes y planes de cuidados, manejo y familiarización con las escalas usadas de forma asidua por el personal de Enfermería en paliativos (Ramsay, Papscore, Karnofsky...), etc. Considero que cuidados paliativos es un servicio que aporta mucho al residente de Enfermería Familiar y Comunitaria, enriqueciendo su formación, la cual suele ser escasa, y necesaria para la mayoría de los profesionales del Equipo de Atención Primaria, y que permite al residente aprovechar esta rotación para potenciar y mejorar en este arte de cuidar que es los cuidados paliativos.

Un día que recuerdo especialmente importante fue el 16 de mayo de 2012 cuando me comunicaron que había sido seleccionado como vocal de los residentes, para formar parte como miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad, tras las elecciones celebradas el 25 de abril de 2012, en ese momento me encontraba en Barcelona, en el I Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria organizado por la Asociación de Enfermería Comunitaria AEC, allí pude compartirlo con el resto de compañeros, fue una experiencia muy emocionante. Durante los encuentros en la Comisión Nacional he podido conocer qué miembros la componen, cuáles son sus funciones, cómo nació y se elaboró el programa formativo de la especialidad y a grandes compañeros de los que he podido aprender mucho.

En el segundo año de residencia tuve la oportunidad de realizar una rotación externa por la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias con el objetivo de adquirir competencias en salud pública como contempla nuestro programa formativo. En esta rotación pude ver los programas de salud que se estaban llevando a cabo, su coordinación con los diferentes niveles asistenciales, visitar los diversos recursos, organizaciones y tejido asociativo con los que trabaja la consejería, y el movimiento comunitario de esta región que me sorprendió especialmente. Tras mi paso, pude entender que una rotación externa puede llegar a ser muy beneficiosa y productiva, no solo por la formación que recibes como residente, sino por la posibilidad de crear conexiones entre las unidades docentes y trasladar tu experiencia a tus compañeros de origen, esta personalmente pienso es una tarea pendiente que podría aportar mucho a la especialidad, si las diferentes unidades contaran con un canal de comunicación común intercomunitario, en el cual incluso poder mostrar sus mejores virtudes y rotatorios para que cualquier residente pueda conocerlo y solicitar una rotación externa.

El ritmo de trabajo durante estos dos años de residencia es frenético y pasa volando, los rotatorios, guardias, asistencia a cursos de formación, preparación de sesiones clínicas rutinarias, redacción y publicación de artículos, comunicaciones orales, póster, asistencia a congresos y jornadas, elaboración de un proyecto final de investigación, hacen del residente un auténtico experto en cuadrar horarios y poder llegar a tiempo con la agenda saturada. Todo ello hace que la experiencia de ser residente se convierta en un reto y un desafío, no solo por el esfuerzo y el cambio radical que supone en tu vida laboral, sino también en tu vida personal; es por esto que la satisfacción al final de este periplo supone mucho más que la culminación de un periodo en formación.

Ahora, como especialista y con un horizonte laboral por delante, comienza una nueva etapa, la integración laboral de los especialistas en los servicios autonómicos sanitarios, y de esta forma poder trasladar los cuidados y todo lo aprendido a la comunidad, familia...

Elvira Gras Nieto
Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria

Recuerdo el día que supe que tenía que ir a Madrid a la elección de plaza como EIR (enfermera interna residente). Tras acabar la carrera de enfermera en 2008 seguí formándome en la Universidad de Alicante y fue durante el segundo curso del Máster de Ciencias en Enfermería cuando recibí la grata noticia que comenzaba una nueva etapa de formación, esta vez como EIR en Barcelona, en la Unidad Docente Clínic-Maternitat, en el Centro de Salud de Les Corts. En ese preciso momento yo me encontraba trabajando como enfermera sustituta en Atención Primaria, pero mi alegría era inmensa, iba a formar parte de la primera promoción de especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, una profesión que desde muy pequeña me acompañaba, por mis padres y mi abuelo que siempre han trabajado en el ámbito comunitario como profesionales sanitarios.

Tras esta gran noticia toca enfrentarte a otras, dependiendo del punto de vista no tan buenas, porque durante los dos años que dura el periodo de formación, tienes que dejar tu casa, tu familia, tus amigos, tus colegas y, en definitiva, el lugar de confort en el que te encontrabas. El sueldo como EIR, aunque varía mucho entre comunidades autónomas y sus diferentes centros, llega a ser muy inferior al de enfermera y aunque supone dos años de ingresos fijos y contratación, muchas de las residentes lo veíamos como una inversión de tiempo y en muchos casos de dinero.

Lo primero que recuerdo al inicio de la residencia es cuando conocí a mis otras tres compañeras residentes: Raquel, Laura y Ana. Con ellas tres comenzaba esta nueva aventura, seríamos *coachs*, colegas y sobre todo amigas. Lo siguiente es la presentación de tu centro de Atención Primaria y de todas las demás unidades en las que iría rotando durante la residencia y la persona que más me iba a guiar en mi formación, mi tutora, María Teresa Muntalà Roca.

El cambio de enfermera a enfermera residente no fue fácil, me sentía cuestionada y examinada por colegas, era una sensación que en definitiva me hacía sentir insegura. Pero pronto te das cuenta que si cambias de prisma y utilizas todas estas explicaciones y confrontaciones aprendes y sales reforzada. Comencé a contrastar con evidencia mis actuaciones y las de mis compañeros y a utilizar toda su experiencia en pro de mi aprendizaje convirtiéndome en lo que podría llamar "una esponja en el sistema sanitario". Reforcé aptitudes y prácticas a la par que sumaba nuevo conocimiento sobre creación, puesta en marcha y evaluación de programas en Atención Primaria, investigación y sobre la práctica asistencial como enfermera en Atención Primaria y otros servicios de atención integrada y comunitaria.

En todas las rotaciones actualizas conocimientos, aprendes nuevos, pero en mi opinión la gran diferencia y la aportación de la residencia es la puesta en práctica de forma autónoma a la vez que evaluada de los conocimientos relacionados con la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Tuve el enorme privilegio de hacer una rotación de tres meses en la Agencia de Salud Pública de Barcelona, allí aprendí sobre todo los programas de vacunación, de promoción y educación para la salud, así como programas de prevención, vigilancia y control de enfermedades. Puede poner en práctica y participar en la planificación de nuevos proyectos, como la salubilización del Ayuntamiento de Barcelona, realización de indicadores para su evaluación y, además, participar en la intervención y evaluación de los programas activos en la agencia como: el programa *Activa't als parcs* de Barcelona (programa de ejercicio físico en espacios verdes), *Baixem al carrer* (prevención del aislamiento en ancianos con problemas de movilidad) o el SIRIAN (Promoción de la anticoncepción y salud reproductiva) entre otros.

También rotamos por unidades hospitalarias especializadas en oncoginecología, paliativos, obesidad, diabetes, salud mental infantil y de adultos, urgencias extrahospitalarias, urgencias ginecológicas y maternas, valoración de la dependencia, hospitalización a domicilio, enfermera de enlace que completaba nuestra formación en Atención Primaria. Indirectamente aprendías todo el funcionamiento, estructura y organización del sistema sanitario.

Destacar que para mí uno de los puntos fuertes de mi residencia en la Ciudad Condal fue su plan de formación desde el Instituto de Estudios de la Salud cuyos dos responsables, Albert Gerrero y Alba Brugues, no únicamente se encargaron de nuestra formación, sino que se encargaron de trasladar nuestras valoraciones a las distintas unidades docentes de la comunidad. Además fue un punto de unión de las 18 especialistas de Cataluña, lugar de intercambio de opiniones y experiencias.

Una vez terminan ultrarrápidos estos dos años de formación te encuentras ante la incertidumbre laboral. La crisis afecta a las enfermeras y a las enfermeras especialistas. En mi caso fue acabar y quedarme sin empleo, con unas malas expectativas de trabajo. Desde la unidad docente del Clinic-Maternitat se nos dio la oportunidad de optar a un premio fin de residencia para poder llevar a cabo nuestros proyectos de investigación. Tuve la inmensa suerte de recibir el premio y en estos momentos, con el apoyo de mis colegas y el Hospital Clínic, lo estoy llevando a cabo en el mismo centro donde me formé como residente.

Para terminar, añadir que han sido dos años de formación como especialista excelentes, la unidades docentes junto a sus residentes tendrán que seguir mejorando y actualizando los programas de formación, hemos sido el primer año y no ha sido fácil, pero sé que somos unas grandes especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria y, lo más importante, tenemos que poder ejercer como tal, exigir la creación de la categoría profesional y los puestos de trabajo pertinentes al mismo tiempo que se nos tengan en consideración nuestra formación. Crear enfermeras especialistas en comunitaria para que las contraten este verano en urgencias o en medicina interna no es la mejor de las opciones. Necesitamos estar unidas para conseguir metas propuestas, solo así la sociedad se beneficiará de haber formado enfermeras especialistas en Familia y Comunidad. Y desde la vocalía de especialistas y residentes de la Asociación de Enfermería Comunitaria os invitamos a seguir cooperando en pro de la consecución de las metas.



conecta con la enfermería

www.facebook.com/ComunidadMetas



al alcance de tu mano



Me gusta

Ya somos casi
1.800 seguidores



¡únete a nosotros

Y síguenos también en **twitter!**

www.twitter.com/ComunidadMetas



Conecta con la Enfermería y descubre **Comunidad Metas**, el espacio enfermero en la red creado por **Grupo Paradigma**, con el objetivo de que estés al día de las últimas noticias y novedades del mundo de la Enfermería.



Síguenos y serás el primero en conocer las principales noticias que afectan a tu profesión, las últimas **novedades editoriales** y nuestras **exclusivas ofertas** en libros, revistas y formación online.



Además, podrás darnos tu **opinión**, hacernos llegar tus **sugerencias** y **preguntas** e intervenir en los debates en los que ya participan nuestros casi **1800 seguidores**.



Y si decides convertirte en seguidor de la Comunidad Metas en Facebook, podrás participar en los **sorteos** y **concursos** que realizaremos de forma periódica entre todos nuestros seguidores.



