

RIDEC

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria



Número especial
experiencias comunitarias
en la pandemia COVID-19

SUMARIO

Editorial

Espacio AEC

- La AEC en el escenario de la pandemia COVID-19
- ¿Cómo es el EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria?
- De trabajar e investigar con virus a sentir su efecto en primera persona

Cartas a la dirección

- Consideraciones sobre el cierre de parques infantiles para frenar la transmisión de la COVID-19

Artículo especial

- Declaración de posicionamiento sobre el uso del metotrexato parenteral por parte de enfermeras de Atención Primaria

Originales

- Análisis del proceso formativo en residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria durante la pandemia COVID-19
- Enfermería Comunitaria y salud digital en tiempos de la COVID-19
- Intervención educativa con la comunidad escolar en relación a la pandemia por COVID-19
- Efectos adversos de la vacunación frente a enfermedad meningocócica por serogrupo B (4CMenB)
- Estrategias para impulsar la implementación de promoción de salud en Atención Primaria: dos grupos nominales
- Evolución histórica de la Enfermería y la especialidad Familiar y Comunitaria en España
- La responsabilidad en el ejercicio de la profesión enfermera. Una experiencia de formación

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)

Editor Dr. Vicente Gea Caballero

DAEeditorial
Grupo Paradigma

RIdEC

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

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

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

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

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

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

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

Esta publicación es miembro de:



red iberoamericana
DE EDITORACIÓN CIENTÍFICA
en enfermería

Esta publicación está incluida en:



Cuidatge

Dialnet



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: 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/revista-ridec/normas-de-publicacion-ridec/>
ISSN: 1988-5474

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR

Dr. Vicente Gea Caballero

EDITOR ASOCIADO

Dr. José Ramón Martínez Riera

EDITOR ASOCIADO

Francisco Javier Pastor Gallardo

CONSEJO DE REDACCIÓN Y REVISIÓN

Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza

Dra. Edurne Zabaleta del Olmo

Luis Carlos Redondo Castán

Dra. Maribel Mármol Lopez

Dra. M^a José Cabañero Martínez

Miguel Ángel Díaz Herrera

Mireia Ladios Martín

Dr. Raúl Juárez Vela

Dr. Jorge Casaña Mohedo

Dr. Antonio Ruíz Hontangas

Dr. Pablo Martínez Cánovas

Dra. Begoña Pellicer García

Dr. Jorge Mínguez Arias

Dr. Enrique Castro Sánchez

Dr. Juan José Suárez Sánchez

Dra. Marta Lima Serrano

Dra. Begoña Sánchez Gómez

Dra. María Ángeles de Juan Pardo

Dr. Enrique Oltra Rodríguez

D. Ramón Antonio Oliveira

CONSEJO ASESOR

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

RIdEC

Sumario • Summary

Vol. 13 - nº 2 diciembre 2020-mayo 2021

Editorial

Qué podemos ¡y debemos! estar aprendiendo de la COVID-19 (<i>Dr. Enrique Oltra Rodríguez</i>).....	4
--	---

Espacio AEC

La AEC en el escenario de la pandemia COVID-19 (<i>José Ramón Martínez Riera</i>).....	6
¿Cómo es el EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria? (<i>Francisco Javier Pastor Gallardo, Samuel Bobadilla Gómez, Jorge García García, María Hidalgo Castellano, Marta Reyes Vázquez</i>).....	8
De trabajar e investigar con virus a sentir su efecto en primera persona (<i>Albert Cortés Borra</i>)	11

Cartas a la dirección

Consideraciones sobre el cierre de parques infantiles para frenar la transmisión de la COVID-19 (<i>Dra. Azucena Santillán-García</i>)..	14
--	----

Artículo Especial

Declaración de posicionamiento sobre el uso del metotrexato parenteral por parte de enfermeras de Atención Primaria (<i>Jenny de la Torre-Aboki, Nieves Martínez Alberola, María Nieves Martínez Alcolea, Laura Barranco Oliver, Francisca Sivera, José Luis Andreu</i>).....	16
---	----

Originales

Análisis del proceso formativo en residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria durante la pandemia COVID-19 <i>An analysis of the training process in Family and Community Nursing residents during the COVID-19 pandemic</i>	25
<i>Cristina Cruz-Martí, Alejandro Huertas-Albaladejo, Alba Adiego-Laya, Idaira Lorenzo-Sauzedo, Marta Rodríguez-Romero, Noelia Aguado-García, María Palacio-Puente, Sofía Berlanga Fernández</i>	
Enfermería Comunitaria y salud digital en tiempos de la COVID-19 <i>Community Nursing and Digital Health in the time of COVID-19</i>	34
<i>Marta Lima-Serrano, Trinidad Carrión Robles, Antonia Herráiz Mallebrera, Ana Belén Arrabal Téllez</i>	
Intervención educativa con la comunidad escolar en relación a la pandemia por COVID-19 <i>Educational intervention with the school community regarding the COVID-19 pandemic</i>	43
<i>Beatriz Sánchez Hernando, Lucía Largo Sola, Natalia Fuertes Fernández, Mireya Díaz Cabanillas, Ana Mª Carrera Noguero</i>	
Efectos adversos de la vacunación frente a enfermedad meningocócica por serogrupo B (4CMenB) <i>Adverse effects of serogroup b meningococcal (4CMenB) immunization</i>	49
<i>Julia Pérez Alonso, Raquel Simón Macho, José Antonio López-Villalobos</i>	
Estrategias para impulsar la implementación de promoción de salud en Atención Primaria: dos grupos nominales <i>Fostering the implementation of health promotion in primary care: two nominal groups</i>	59
<i>Agurtzane Mujika, María Jesús Pumar Méndez, Elena Bermejo Martins, Naia Hernantes, Elena Antoñanzas Baztán, Olga López Dicastillo</i>	
Evolución histórica de la Enfermería y la especialidad Familiar y Comunitaria en España <i>Historical development of Nursing and Family and Community Nursing specialty in Spain</i>	71
<i>Julio Enrique García Olcina, Francisco Antonio Gil Medina, José Munsuri Rosado, Ángela Olmedo Salas, Carlos Saus Ortega, María Isabel Mármol López</i>	
La responsabilidad en el ejercicio de la profesión enfermera. Una experiencia de formación <i>Liability in the practice of nursing profession. A training experience</i>	82
<i>Anna Oliva Bru, Jesús Vergaz Cölliga, Lorena Sánchez Nacher, Mª Montserrat Sánchez Lorente</i>	

Editorial

QUÉ PODEMOS ¡Y DEBEMOS! ESTAR APRENDIENDO DE LA COVID-19

Dr. Enrique Oltra Rodríguez

Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Vicepresidente de AEC.

Hace ya unos meses, que parecen una eternidad, el coronavirus probablemente por una falta de armonía y respeto del ser humano hacia el ecosistema, ha venido a instalarse entre nosotros, y la pandemia de COVID-19 ha sembrado de sufrimiento e incertidumbre cada rincón del planeta.

Se podría decir que es un virus democrático porque no distingue entre sus víctimas, nos hace sentir vulnerables y mortales a todos, al menos a todos los que muestren una inteligencia y un raciocinio mínimos. Pero la enfermedad, la COVID-19, no se puede decir que sea equitativa, pues el dolor que produce, los recursos que exige su abordaje y el sufrimiento que provocan las necesarias medidas de contención no afectan a todos por igual, siendo los condicionantes sociales los que marcan la injusta desigualdad.

De toda situación de crisis se puede salir debilitado o reforzado, y para esto último es necesario que seamos capaces de ver y aceptar las enseñanzas que la propia crisis, en este caso la pandemia, nos aporta. Es necesario hacerse preguntas, reflexionar, incluso, o sobre todo, en tiempo de penurias.

No es fácil reflexionar sobre algo en lo que aún se está inmerso, pero al menos se tiene la experiencia de la primera ola de la pandemia. No entraremos en cuestionamientos de macrogestión o de decisiones políticas, excede la intencionalidad de este editorial. Tampoco abordaremos aquí el insustituible y durísimo papel desarrollado por las enfermeras hospitalarias, hagámonos algunas preguntas sobre el rol de las enfermeras comunitarias (EC).

Uno de los principios de la Enfermería Comunitaria es cuidar la salud de los sanos para que sigan siéndolo. Ha habido un confinamiento en el que toda la población, incluidos enfermos crónicos, se ha visto obligada a modificar sus estilos de vida (ejercicio, dieta, relaciones...) ¿Las EC hemos acompañado en la adaptación a los cambios necesarios para seguir manteniendo estilos de vida saludables?

Ateniéndonos al principio ético de justicia se debe facilitar a cada uno lo que precise. Habitualmente se cuida a toda la población y especialmente a las personas que sufren, que se encuentran inmovilizadas en sus domicilios o en el final de su vida... ¿Las EC hemos seguido cuidando a estos colectivos con los que siempre nos hemos comprometido?

Ha sido necesario hacer cumplir normas, hacer controles poblacionales, intervenir residencias geriátricas, orientar la seguridad de los centros educativos... ¿Las EC somos y se nos reconoce como agentes de salud con autoridad, al menos, científica y moral, si no legal? ¿Estamos ahí?

Los ciudadanos han tenido que aprender muchas cosas en poco tiempo, entender las duras y complejas medidas indicadas por los expertos, comprender su sentido, interpretar confusas y a veces malintencionadas estadísticas, adquirir habilidad en

las medidas de protección anti-contagio, cambiar costumbres, organizar sus vidas y sus espacios para confinarse o aislarse, distinguir síntomas, gestionar miedo y ansiedad... ¿No es esto a lo que se refiere el concepto de Educación para la Salud? Lo hemos visto en los medios de comunicación, lo hemos escuchado de boca de políticos y hasta de las fuerzas de seguridad. ¿Las EC participamos y nos hacemos referentes en esta Educación para la Salud?

En nuestros entornos existen colectivos frágiles, vulnerables, en riesgo de exclusión o de hecho excluidos, personas que han visto incrementadas sus dificultades habituales de vida con las que supone la pandemia y sus consecuencias, ¿tenemos localizados estos colectivos? ¿Estamos interviniendo con ellos?

Y no podemos olvidarnos de la comunidad, esa estructura que teje o no teje redes de autoayuda, que dispone o no dispone de activos de salud, que se responsabiliza o no del comportamiento de sus vecinos, que debe ser participe de todo aquello que afecte a la salud de sus miembros e involucrarse activamente en su defensa y no ser solamente un objeto pasivo receptor de órdenes. ¿Las EC participamos en estas redes?, ¿se nos reconoce en ellas?, ¿aprovechamos los recursos comunitarios para ponerlos al servicio de la lucha contra la pandemia?, ¿contamos con la comunidad como aliada?

Muchas de estas preguntas aún no tienen respuesta, el sistema sanitario en general y las enfermeras comunitarias en particular, aún estamos en medio del torbellino tratando de mantenernos a flote, pero pasará el epicentro de la crisis y tocará hacer revisión, y responder a estas preguntas y a otras muchas. No será tanto buscar culpables o hacer que alguien se sienta mal, como detectar causas que orienten los cambios imprescindibles para superar el actual modelo sanitario decimonónico, caduco e ineficiente, y entre otras medidas, sin duda, habrá que dotar a las EC de la formación, de los recursos y del espacio competencial necesario.

Todo lo que se ha planteado es sin duda la quintaesencia de la Enfermería Comunitaria, ya se sabía, consta en cualquier bibliografía básica que se consulte, en el programa de la especialidad viene explícitamente recogido y la pandemia ha venido a ponerlo aún más en valor.

Se puede temer que uno de los efectos secundarios de la vacuna anti-COVID, cuando esta esté disponible, podría ser la amnesia selectiva sobre lo que esta pandemia nos ha mostrado, demostrado y enseñado, de ser así lo que es seguro es que nos tocará repetir la historia, aunque no se sepa cuándo, caer en los mismos errores y padecer los mismos sufrimientos. Las enfermeras comunitarias, que tanto estamos dando en esta crisis y la AEC en el espacio científico que le es propio, estaremos ahí para recordar a quien corresponda la sabiduría que hemos extraído de esta pandemia.

ESPACIO AEC

La AEC en el escenario de la pandemia COVID-19

Es cierto que todas/os tenemos ganas de pasar página y retomar una actividad que se asemeje lo más posible a la normalidad conocida o, cuanto menos, a aquella que nos permita una convivencia sin tanta incertidumbre, alarma, miedo e incluso sufrimiento.

Para lograrlo necesitamos seguir trabajando en el afrontamiento de la pandemia y de manera casi simultánea en la construcción de escenarios de salud y saludables en los que podamos vivir y convivir.

Desde que en marzo se decretara el estado de alarma en España por la irrupción de la COVID-19, desde la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) se ha desarrollado una actividad tan intensa como productiva.

En los inicios de la pandemia participamos activamente, como sociedad científica, en la redacción de diferentes guías de actuación en diferentes ámbitos (Atención Primaria, Atención Domiciliaria...) impulsadas por el Ministerio de Sanidad.

La propia evolución de la pandemia llevó a posicionarnos sobre diferentes aspectos relacionados con la misma y que se trasladaron tanto al Ministerio de Sanidad como a las Consejerías de Salud de las comunidades autónomas. En particular nos posicionamos sobre la creación de medidas de prevención, durante el confinamiento, en supermercados y otros servicios esenciales, sobre la utilización de hoteles como zona de descanso de profesionales o para atención de personas en cuarentena, sobre la contratación de estudiantes de enfermería, sobre la carencia de equipos de protección individual, la contratación de especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria, etc.

Pero quisiéramos destacar la permanente argumentación que, desde el principio, trasladamos a todas las administraciones nacionales y autonómicas en torno al papel residual y subsidiario que se hizo de la Atención Primaria y de sus profesionales, así como la negación a desarrollar actividades de intervención comunitaria, lo que condujo a que la ciudadanía fuese considerada más un problema que una parte de la solución. Desde AEC se trasladaron medidas concretas a desarrollar en la línea de organizaciones internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), que señalan que las redes comunitarias son esenciales para el manejo de la crisis social y sanitaria de la COVID-19, sin que las mismas, lamentablemente, tuviesen mucho éxito al no ser ni tan siquiera contempladas como alternativa o complementariedad a las acciones medicalizadas desde las que se está llevando a cabo el afrontamiento de la pandemia.

La AEC, además, a través de diferentes grupos de trabajo elaboró guías y protocolos para profesionales y ciudadanía sobre medidas preventivas y de protección. Participó en la elaboración de documentos técnicos sobre actuación profesional o desescalada, junto a otras sociedades científicas multidisciplinarias. Elaboró notas de prensa, colaboró y apoyó la redacción de manifiestos, formó parte de comités de expertos en diferentes administraciones, etc.

Mención especial merece la participación de diferentes miembros de la AEC, como expertos, en los medios de comunicación (TV, radio y prensa virtual y escrita) tanto en el ámbito nacional como autonómico.

Formó parte de la Organización del I Congreso Nacional de COVID-19 junto a más de 65 sociedades científicas (SSCC) multiprofesionales, siendo uno de sus miembros portavoz, junto a otros siete profesionales, de todo el grupo de SSCC y pasando a formar parte de los comités científico y organizador del II Congreso COVID-19 a celebrar en mayo del próximo año.

La AEC estuvo presente mediante un representante en la ponencia para la Transformación del Sistema Nacional de Salud, junto a otros 19 expertos nacionales convocados por el Ministerio de Sanidad. Ponencia que en estos momentos se encuentra en fase de análisis para su implementación.

La actividad científica a través de artículos en revistas nacionales e internacionales o participando como ponentes en múltiples actividades científicas tanto en España como en Latinoamérica ha sido y sigue siendo una constante. Y por qué no decirlo,

el esfuerzo de editar este mismo número especial sobre Experiencias Comunitarias durante la pandemia de COVID-19 de la revista científica de la AEC, RiDEC, en el que se ha ofrecido la oportunidad a profesionales de la Atención Primaria de compartir conocimiento innovador en forma de artículos científicos.

Todo ello, sin duda, ha supuesto un gran esfuerzo a sumar al que ya muchas de las enfermeras vienen realizando en su actividad en centros de salud saturados y con una planificación que deja mucho que desear.

Nuestra presencia y visibilidad ha sido una constante que nos ha permitido situarnos como referentes indiscutibles de la salud comunitaria, aunque, paradójicamente, haya sido como consecuencia de una enfermedad.

Las enfermeras comunitarias estamos llamadas a ser líderes en un contexto de cuidados que será el escenario que dejará a su paso la COVID-19. Por eso ahora más que nunca, la AEC se configura como una pieza clave en el apoyo, coordinación, desarrollo e implementación de estrategias científicas que avalen la prestación de cuidados profesionales enfermeros. De igual manera la AEC debe estar presente en cuantos foros científicos y profesionales sean constituidos por las administraciones sanitarias, como voz cualificada en la salud de la comunidad desde su perspectiva enfermera.

Posiblemente nada sea igual a lo que conocíamos antes de la pandemia, pero precisamente por ello debemos ser conscientes de la importancia que adquiere una sociedad científica como la AEC avalada por más de 25 años de existencia y de trabajo continuado por, para y con las personas, las familias y la comunidad.

Desde AEC seguiremos trabajando para que la comunidad tenga la visibilidad y la importancia que le corresponde en la toma de decisiones sobre su salud, al tiempo que lo haremos para que las enfermeras comunitarias se incorporen como decisoras indispensables en cualquier ámbito en el que se planifiquen políticas de salud que contribuyan, desde planteamientos salutogénicos, a generar espacios saludables que contribuyan a mantener sanos a los sanos.

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

José Ramón Martínez Riera

Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

¿Cómo es el EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria?

(Entrevista publicada en *DIARIO MEDICO*)

¹ Francisco Javier Pastor Gallardo

² Samuel Bobadilla Gómez

³ Jorge García García

³ María Hidalgo Castellano

³ Marta Reyes Vázquez

¹ Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Tutor y Presidente de la Subcomisión de Enfermería de la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria del Área de Salud de Don Benito-Villanueva. Servicio Extremeño de Salud. Vicepresidente de la Comisión Nacional de la Especialidad.

² Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Tutor y Presidente de la Subcomisión de Enfermería de la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria del Área de Salud de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud.

³ Residente de segundo año de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria del Área de Salud de Don Benito-Villanueva. Servicio Extremeño de Salud.

Pregunta.- ¿Cuál es el perfil del especialista en EFYC?

Respuesta.- Graduada en Enfermería, mayoritariamente de sexo femenino con poca o ninguna experiencia laboral previa. Dedicar, como norma general, uno o dos años a preparar la prueba de acceso, principalmente en academia, una vez terminados los estudios de grado. Su calificación media de examen para la elección de plaza varía según preferencia de destino, en su comunidad o regiones limítrofes. Suelen optar a esta especialidad como primera opción cada vez con mayor frecuencia. En definitiva, enfermeras que compartimos las mismas ganas de progresar y aprender, que buscamos darle otro enfoque a la Atención Primaria, que entendemos el trabajo dirigido a todos los aspectos de la enfermería, en su faceta tanto intervencionista, como de promoción, prevención y rehabilitación y que luchamos para introducirnos poco a poco como una figura clave y referente en la educación y los cuidados de la salud del individuo, familia y comunidad.

P.- ¿Qué características personales ideales tendría una especialista?

R.- La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria es una rama de las ciencias de la salud muy amplia que abarca los cuidados durante toda las etapas y situaciones de salud-enfermedad de la vida, englobando la formación en tantos campos que se necesitan personas lo más versátiles posibles. Si tuviera que destacar alguna característica diría que el especialista debería ser una persona resolutiva, atenta, cercana, paciente y con mucha maña, dispuesta a desempeñar roles que la enfermera comunitaria debe de asumir: proveedora de cuidados directos, soporte, apoyo y escucha, defensora, promotora, líder y animadora, de enlace, coordinadora y facilitadora, educadora, consejera y asesora.

Es ideal que cuente con experiencia previa favorecedora hacia la enfermería comunitaria potenciada durante su formación en el grado de enfermería y en el periodo de prácticas. Destacaría dos características principales: interés por la salud comunitaria y disponibilidad para el trabajo con la familia y la comunidad.

P.- ¿Es difícil obtener plaza EIR?

R.- Es complicado obtener la plaza de residente para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, ya que actualmente no se dispone de plazas suficientes para poder especializarnos en todas las comunidades autónomas y hay que conseguir un puesto alto para poder elegir especialidad y unidad docente.

La situación laboral precaria de la enfermería en España, junto con la necesidad creciente de especializarse que sienten las enfermeras, hace que cada vez sean más las personas que se presentan para obtener una plaza EIR. Este aumento del número de participantes es directamente proporcional a la dificultad del examen de acceso a las plazas de especialistas. Sin duda el

EIR es una carrera de fondo y requiere una gran inversión de tiempo, esfuerzo y dinero que no todas las enfermeras están dispuestas a realizar.

Si lo comparamos con los MIR, la competencia por una plaza MIR se endurece. Hasta cinco veces menos de probabilidades tienen los aspirantes de enfermería de conseguir una plaza respecto a los médicos residentes. A esto se añade la dificultad del examen atribuida al incremento de número de preguntas y el tiempo asignado para su resolución. Se pone en cuestión además el contenido ambiguo de las preguntas de examen en relación al programa oficial de la especialidad.

P.- ¿Cuál es el horario habitual?

R.- El horario laboral de contratación es en jornada de mañana de lunes a viernes en casi su totalidad, aunque puede depender de varias cosas como del rotatorio del itinerario formativo, el área de salud, e incluso la comunidad autónoma. Principalmente las guardias y algunas rotaciones de su itinerario formativo suelen corresponderse con jornadas de tarde y/o noche.

P.- ¿Cuál es el número habitual de guardias? ¿Son duras, tranquilas...?

R.- Atendiendo a las recomendaciones del Programa Oficial de la Especialidad, y dependiendo de cada unidad docente, las guardias suelen ser de tres a cuatro guardias mensuales. Ampliadas en su segundo año, y dependiendo de los dispositivos disponibles para su actividad. En general, los EIR suelen estar sobre la plantilla habitual del personal de enfermería, siempre acompañados por un tutor durante las guardias, con diferentes niveles de supervisión según año de residencia. Las que tienen una mayor intensidad y carga de trabajo se localizan en las guardias de urgencias y emergencias, también suele haber una estrecha relación con la época del año que estemos atravesando, llegándose a producir mayor carga de trabajo durante los meses de otoño e invierno.

P.- ¿Cuáles son las principales rotaciones?

R.- El itinerario formativo de la especialidad que contempla el Programa Oficial de la Especialidad recoge un amplio abanico de competencias que el especialista debe de adquirir durante su periodo de formación, llegando a formarse en diversos campos y rotando por servicios tanto de Atención Primaria como Hospitalaria y otros dispositivos.

En esta especialidad uno de los aspectos formativos destacados recae fundamentalmente en los rotatorios de las Unidades de Apoyo de Atención Primaria: cuidados paliativos, unidad del dolor, planificación familiar, atención a la drogodependencia y conductas adictivas, atención en la adolescencia, salud escolar, equipo de salud mental, y las unidades especializadas en educación en diabetes y la salud pública entre otras. Además, son de trascendencia las rotaciones por la unidad de emergencias extrahospitalarias, así como la consulta de pediatría, con el trabajador social o la matrona del centro de salud.

P.- ¿Cómo es la actividad habitual del residente?

R.- La actividad habitual del residente durante el horario de trabajo es diversa, pues depende en gran medida de la persona o personas con la que trabajes durante el rotatorio. En un primer periodo los residentes están bajo supervisión directa del tutor en el centro de salud asignado, teniendo una participación práctica de aprendizaje. Las rotaciones suelen ser de una duración variable dependiendo de las competencias que deba adquirir el residente, variando de una semana a un mes. En una segunda etapa en su último año en el centro de salud, los EIR tienen una participación más activa y autónoma, desarrollando proyectos comunitarios, de educación para la salud o manejo más independiente en la consulta de enfermería.

Durante sus dos años de residencia realizan cursos y talleres que complementan su formación.

P.- ¿Qué tipo de pacientes trata?

R.- Personas que se circunscriben a la zona básica de un centro de salud, en un contexto del individuo, la familia y la comunidad, abordando todos los cuidados necesarios en las diversas etapas de la vida, desde la infancia a la edad senil. Una buena parte de su actividad asistencial se centra en la atención a la patología crónica: personas con hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, EPOC, obesidad o riesgo cardiovascular, entre otros. La enfermera comunitaria, y el EIR en Enfermería Familiar y Comunitaria, es, en definitiva, quien se encargan de educar, guiar, asesorar y dar soporte a los cuidados de estas personas con problemas de salud crónicos, así como a sus familiares y cuidadores contemplados en los planes integrales diseñados para abordar la cronicidad.

El especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria es el profesional que se encarga de planificar la intervención comunitaria en salud y educación sanitaria, creando grupos de trabajo y articulándose de manera coordinada con los diversos recursos de la comunidad (asociaciones, colegios, establecimientos públicos, etc.) o manteniendo una atención individualizada en determinados casos, liderando las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, identificando y captando las personas más vulnerables susceptibles de cuidados y fomentando un estilo de vida saludable en la población sana.

P.- ¿Cómo es la carga emocional?

R.- La carga emocional de la especialidad es alta pues es muy fácil empatizar con los pacientes. En la consulta de primaria se crea una relación especial con los pacientes, los escuchamos, les solucionamos problemas, nos preocupamos por su entorno social y familiar etc. Por todo esto, se genera un vínculo muy fuerte con el paciente por lo que es fácil que ante situaciones difíciles el profesional se vea involucrado emocionalmente. Sin embargo, considero que no tenemos que tomarlo como algo negativo sino todo lo contrario. El conectar emocionalmente mejora la confianza con la persona y puede ayudar a conseguir objetivos de salud. Por otro lado, desde el punto de vista del profesional sanitario considero que todas estas experiencias y vivencias te hacen mejor profesional y mejor persona.

Se trabaja diariamente con una población asignada, a los que hay que dar seguimiento en cuidados y prevención en salud. Muchos problemas de salud soportan una carga emocional derivada de situaciones familiares, sociales, laborales, educativas... que trasciende en la salud del paciente.

P.- ¿Cuál es la situación actual de la especialidad? ¿Cómo son las perspectivas laborales, tanto en la pública como en la privada? ¿Tiene alguna subespecialidad?

R.- La situación de la especialidad no es muy optimista a corto y medio plazo. Después de la formación sanitaria especializada no hay continuidad con proyección laboral. La competencia para el desarrollo de la especialidad es exclusiva de las comunidades autónomas y no hay un plan estratégico fijado para consolidarla en un futuro inmediato. Para ello se necesitan crear puestos específicos con funciones asignadas a los especialistas, crear bolsas de trabajo y oferta pública de empleo.

El retraso en la realización de la prueba de competencia por la vía excepcional para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria es uno de los mayores frenos que esta demorando la inclusión de los especialistas en el ámbito laboral.

En la actualidad algunas comunidades autónomas como Extremadura, la Comunidad Valenciana, región de Murcia, Madrid, Galicia, Andalucía, La Rioja, Aragón, Canarias, tienen creada la categoría profesional del especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria en sus respectivos servicios de salud, pero tan solo alguna de ellas como es el caso de la Comunidad Valenciana ha creado plazas para los especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria, y Galicia es la única que ha convocado una oferta pública de empleo específica para estos especialistas.

Es de vital importancia que esta situación pueda cambiar para que los especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria, ya formados durante las ocho primeras promociones puedan incorporarse en los diferentes servicios de salud y desempeñar sus cuidados avanzados en beneficio de la salud de la comunidad. En este sentido hay que destacar la encomiable labor que han desarrollado las sociedades científicas de Enfermería Familiar y Comunitaria, como en el caso de la Asociación de Enfermería Comunitaria AEC a través de sus vocalías territoriales contribuyendo y colaborando en la definición del perfil de los especialistas para su implementación en los servicios de salud.

De trabajar e investigar con virus a sentir su efecto en primera persona

Albert Cortés Borra

Enfermero. Máster en Gestión de Servicios de Enfermería.
Supervisor general de Enfermería en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona.
Director de HUGES – Humanizando la Gestión Sanitaria.
Codirector de J&C – Gestión Sanitaria.

La pandemia global por COVID-19 sin duda ha marcado muchas vidas, por muchos factores, en el ámbito laboral los profesionales sanitarios se enfrentan a uno de los mayores retos a los que se han enfrentado a lo largo de sus vidas como trabajadores sanitarios, por la presión asistencial, por las condiciones de trabajo, por la escasez de medidas de protección, por disponer de planillas ajustadas, por enfrentarse a un enemigo desconocido y mortal; con todos los miedos que surgen por ello, miedo a la propia infección o la infección de sus familias; y también marcados por la pérdida de familiares y amigos víctimas del coronavirus.

Soy enfermero desde 1984, a lo largo de estos años he desarrollado mi ejercicio profesional en un gran hospital de tercer nivel en la ciudad de Barcelona (España), y se puede decir que en mi *curriculum* profesional hay dos grandes pasiones: la virología y la gestión. Durante más de 13 años mi labor como enfermero la desarrollé en el Servicio de Microbiología, en concreto en el área de virus del Dr. Ignasi Calicó, uno de los pioneros de la virología en España, sin duda esta etapa profesional me hizo conocer y aprender mucho sobre virus y su comportamiento en la denominada virología clínica. Los virus han estado y estarán presentes en nuestras vidas, y seguirán dando batalla a los profesionales por su adaptabilidad al medio, su capacidad de mutación y, por supuesto, su infectividad y morbimortalidad. En nuestros cultivos celulares podíamos aislar: citomegalovirus, herpes simple, varicela-zóster, adenovirus, enterovirus (ECHO, polio y coxsackie), influenza y parainfluenza, rinovirus, reovirus, incluso realizamos hallazgos de *Toxoplasma gondii*, nos atrevimos al aislamiento de *Chlamydia trachomatis*, y también llegamos a aislar coronavirus.

Quién me iba a decir en esos tiempos que los virus, y en concreto el coronavirus, iban a marcar mi vida como lo ha hecho durante esta pandemia, quién me iba a decir que yo sería una segunda víctima, una víctima colateral, pero víctima al fin y al cabo del SARS-CoV-2. Nadie en su sano juicio sería capaz de imaginar la situación que nos está tocando vivir, esta gravísima situación mundial donde un virus de un tamaño ínfimo está poniendo en jaque a todos los sistemas sanitarios, a su dirigentes y por supuesto a los profesionales; si nos lo hubieran dicho, nuestra respuesta hubiera sido: "esto es imposible".

Actualmente soy supervisor general de enfermería en el área materno-infantil de mi hospital, he vivido el comienzo de la crisis sanitaria debido a mi puesto de responsabilidad: los primeros casos sospechosos de COVID-19; suministrar EPI a los profesionales: batas, mascarillas, guantes, gel hidroalcohólico; participar de las sesiones clínicas virtuales para estar al día de las últimas novedades; leer con avidez artículos científicos sobre el coronavirus; poder hablar con las enfermeras del turno que se mostraban preocupadas por ese desconocido virus que estaba siendo protagonista de nuestras vidas; y ver cómo se extendía desde China a Europa, llegando a España y a Barcelona.

El cambio en mi vida empezó a suceder a mediados de marzo, mi familia es una familia unida, que ante cualquier problema que pueda surgir se vuelca en buscar la solución y esta es la historia de cómo la COVID-19 entró de lleno en nuestras vidas, y en concreto en la mía. Recibir la llamada de tu suegra que te dice "el papa tiene fiebre", la primera respuesta que se te pasa por la cabeza es decirle "seguro que se ha resfriado", ya que mi suegro, Paco, a pesar de sus 87 años, era una persona

totalmente autónoma y activa, siendo el pilar de su casa y cuidador principal de su esposa con enfermedad de Parkinson con un grado de discapacidad superior al 75%. Ese día seguimos controlando la temperatura a distancia, con constantes llamadas telefónicas para saber si seguía con fiebre o no, al ver que la fiebre no desaparecía tomamos una doble decisión, ir a vivir a su casa para poder hacer un mejor seguimiento y al mismo tiempo acudir al centro de salud, para que su médico le explorase y valorase esa fiebre.

La respuesta del médico fue que la exploración respiratoria era normal, que no había signos de neumonía, y que debíamos seguir con la valoración de su temperatura controlándola con antitérmicos. Así hicimos, pero la fiebre seguía a pesar de lo que hacíamos para disminuirla. Volvimos a acudir al centro de salud, y nuevamente la respuesta de la doctora fue la misma: "la auscultación es normal, la saturación de O₂ también", vuelta a casa, control de temperatura y saturación de O₂ constantemente, y seguía manteniéndose con fiebre y saturaciones aceptables, sin disnea, sin una tos que sugiriera algo distinto. Hasta que una mañana antes de las 8, la saturación descendió a 88, recomprobada hasta cuatro veces, la fiebre mantenida, la decisión es clara: ambulancia y traslado al hospital, a mi hospital. Llegamos a urgencias y todo estaba en pleno caos, decenas de ambulancias llevando a pacientes con sospecha de infección respiratoria, los técnicos de transporte sanitario equipados con sus equipos de protección individual (EPI), las mascarillas de uso imprescindible para todos los que estamos allí... Por suerte el triaje en urgencias es rápido, no deja de ser mi hospital, y puede pasar ya a la zona de espera de pacientes sospechosos de COVID-19, por protocolo debe entrar solo, pero al identificarme como supervisor de enfermería puedo acompañarle.

La espera en urgencias se hace eterna, la palabra "desbordado" no es suficiente para describirlo, las enfermeras, auxiliares y médicos están trabajando de manera incesante, todos los boxes de ataque están llenos, con el cartel de "Aislamiento por infección respiratoria" colgado en las puertas siempre cerradas de las habitaciones. A mi manera intento calmar su ansiedad, la ansiedad lógica que cualquier paciente esperando diagnóstico tiene, pasan las horas y se le puede realizar el frotis nasofaríngeo para determinar por PCR si es portador del virus; y vuelta a esperar, sentado en la silla de ruedas, que cuando nuestro hijo David entra a trabajar, él es celador en el hospital, se la cambia por una más cómoda. Seguimos esperando. Paco está en ayunas, lógicamente nervioso, mi esposa con la que me comunico a través del teléfono móvil espera en el parking del hospital, la fiebre se mantiene y la saturación de O₂ parece mejor ya que el oxígeno hace su función. Por la tarde se le puede asignar un box y pasar a una situación más cómoda, dejar la silla de ruedas y poder acostarse en una camilla; allí ya es explorado por uno de los médicos de urgencias, se le practica una radiografía de tórax y prescribe antibióticos y paracetamol. Aún esperamos los resultados de la PCR, por fortuna puedo estar con él acompañándole en el box, con varias visitas de David, que se escapa de su labor profesional para estar con su abuelo.

Ya es de noche, y puede cenar, el enfermero que le atiende le sirve la cena, que más o menos come, esperando tener noticias, que llegan a través del médico que le ha visitado anteriormente: "la PCR es positiva y la placa muestra signos de neumonía", advirtiéndome del mal pronóstico de Paco, más tratándose de un paciente que a pesar de su muy buen estado general, tiene una edad crítica ante el coronavirus. Una vez diagnosticado no puedo ya estar con él, y únicamente puedo despedirme dándole ánimo y pidiéndole que sea fuerte y luche, y haga caso de todas las recomendaciones que le den: "Paco, sé fuerte y saldrás adelante", y con todo mi pesar debo salir de urgencias, dejándole solo allí, es la última vez que lo podré ver.

A partir de ese momento las emociones se desatan, debo comunicar a mi esposa que su padre es positivo, que su padre se queda ingresado a la espera de cama en una unidad de hospitalización. Su reacción es lógica y comprensible, rompe a llorar y no veo la manera de calmarla, por mi parte intento mantener la calma y ser optimista, pero en mi interior me corroe el miedo, el miedo a las devastadoras consecuencias del coronavirus en pacientes de edad avanzada.

Debemos aislarnos para prevenir infectarnos nosotros, y durante esos días (14) vamos a estar cada uno en una habitación, llevando en casa mascarilla y guantes, extremando las precauciones, ya que tanto mi esposa, mi suegra, mi hijo y yo hemos tenido contacto con el coronavirus, mientras Paco sigue en el hospital luchando contra su destino, solo en la habitación 409. Cada día somos informados telefónicamente por el médico responsable, pero las informaciones que recibimos no son para nada optimistas, a pesar del tratamiento y de la oxigenoterapia, la evolución no es favorable, puesto que sin oxígeno desatura a cifras muy bajas, y nos dice que debemos estar preparados para lo peor. Para evitar que mi esposa sea la interlocutora con el equipo médico llamo para que pongan mi número de teléfono y sea yo quien hable con ellos. Sigue con desaturaciones a pesar de la Monaghan y morfina para facilitar el trabajo respiratorio, mi papel es difícil, ya que debo mostrar ante mi familia la esperanza necesaria, pero soy consciente de la gravedad y el mal pronóstico. No poder estar con él, pensar en su soledad en la habitación es muy duro y cruel, no poder acompañar a alguien querido, que lucha contra el destino te hiere totalmente, en estos días interminables solo es visitado por el equipo del hospital, y Paula, la novia de

David, que también trabaja en el hospital puede entrar a saludarle y animarle diciéndole que todos estamos bien, sobre todo su esposa e hijas, esta visita nos reconforta, ya que al menos ha podido ver a alguien conocido aunque sea enfundada en su EPI.

Son las 5 de la mañana y recibo una llamada, es la médico de guardia, que me informa que hay empeoramiento clínico irreversible, que van a proceder a aplicar medidas de confort: midazolam y morfina. El fin está cerca, una persona fuerte, vital, autónoma e independiente va a sucumbir por la infección por coronavirus, y he de transmitir el mensaje a mi esposa, decirle que no hay nada a hacer. Es durísimo ver a tu mujer destrozada por la noticia, sin posibilidad de consuelo, sin poder abrazarla al estar en esta situación de aislamiento, sin poder hacer nada, desde la distancia y nuestro aislamiento no nos queda más que esperar la llamada final.

Yo no suelo llevar el timbre del teléfono con volumen activado, pero ese día llevo el volumen a tope, esperando que no suene... pero suena, y desgraciadamente el 22 de marzo a las 17:30 h recibo la llamada que nunca deseas recibir.

No puedo describir todo lo que siento y vivo en ese momento, es una sensación extraña, donde intentas mantener la calma, pero interiormente no puedes, no puedes por el solitario adiós de Paco, por la lógica reacción de mi esposa y de mi suegra, por no haber estado allí, por no haber hecho más, por no haber estado a la altura de las circunstancias, por no haber actuado antes, por todas estas cosas, me siento mal, pero no puedo demostrarlo, mi papel debe ser de ayuda, consuelo y soporte emocional, un soporte emocional a distancia, ya que estamos aislados y no podemos abrazarnos ni tan siquiera tocarnos. Es todo tan cruel, no poder consolar a tu esposa que acaba de perder a su padre, no poder demostrar que estás presente, no poder llorar abrazados por la durísima pérdida de una grandísima persona.

Soy una segunda víctima del coronavirus, como hay miles en todo el mundo, esta pandemia global nos ha sumido en una deshumanización brutal, ha roto todos los esquemas del sistema sanitario, impidiendo estar con los pacientes, impidiendo dar la mano a quién lo necesita, impidiendo estar al lado del que sufre en soledad la enfermedad. Es tan impactante que no te puedes recuperar de este impacto, por mucho que lo intentes no sales adelante, y los pensamientos te corroen por dentro, porque sientes que no has hecho bien las cosas, que no has actuado como tal vez se debería. No puedo concentrarme, no puedo dejar de pensar, no puedo dejar de tener ese nudo en el interior, sumado al sufrimiento y dolor de mi familia, a la que debo apoyar y ayudar, y no veo la manera de hacerlo. El coronavirus nos ha marcado para siempre, ahora mi único objetivo vital es estar con ellos, honrando la memoria de Paco, y aprendiendo de sus enseñanzas, tal como dije en su día: cuando se pueda salir a comer fuera de casa sin riesgos, me tomaré a su salud un "valenciano" de postre, que es un zumo de naranja natural con una bola de helado de vainilla, este será a partir de ahora mi humilde homenaje a una persona que me acogió en su familia con los brazos abiertos, a una persona con la que compartí horas y horas de charla, a pesar de nuestras divergencias tanto políticas como futbolísticas, siempre las zanjábamos con una sonrisa, una persona que me enseñó valores imprescindibles para crear una familia.

Mi vida ha cambiado, mis objetivos vitales también, ya que de alguna manera Paco está dentro de mí, y he de seguir su labor: cuidar de su esposa para que viva lo mejor posible, y querer mucho a su hija, mi esposa Sandra, no puedo ocupar su lugar, pero lucharé siempre porque a pesar de la tristeza y el dolor que nos acompaña, puedan recuperar parte de la felicidad perdida.

"Paco t'estimo, gràcies per tot!"

CARTAS a la DIRECCIÓN

AZUCENA SANTILLÁN-GARCÍA

Dra. Azucena Santillán-García

PhD. MSc Nurs. RN. Hospital Universitario de Burgos, España

ebevidencia@gmail.com

Consideraciones sobre el cierre de parques infantiles para frenar la transmisión de la COVID-19

Fecha de recepción: 10 de octubre de 2020.

Aceptada su publicación: 28 de octubre de 2020.

Estimado editor:

Desde el inicio de la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia del SARS-CoV-2, diversas han sido las medidas adoptadas para frenar su transmisión. En un primer momento la comunidad científica no tenía datos suficientes como para dar respuesta a algunas de las múltiples cuestiones cuya resolución urgía. Pero hemos avanzado en el conocimiento sobre la COVID-19 y entre los aspectos más investigados está la transmisión del coronavirus. Gracias a los resultados de las últimas investigaciones sabemos que la principal vía de transmisión es por el aire, a través de gotas y aerosoles (1).

Por tanto, los datos y el conocimiento con el que contamos meses después de iniciarse la crisis son diferentes a los que sustentaban la toma de decisiones en el inicio, con lo que el abordaje de las medidas para disminuir los contagios en oleadas consiguientes debería ser diferente.

Una de las medidas que se adoptó en marzo fue el cierre de los parques infantiles. Esta medida se fue eliminando paulatinamente durante la desescalada, aunque de manera heterogénea, llegando incluso a mantenerse en algunas zonas. Tras el verano y con los rebrotes, la situación epidemiológica ha vuelto a precisar medidas de contención, y de nuevo una de las decisiones adoptadas ha sido el cierre de parques infantiles. Este cierre se ha producido de manera desigual en el territorio español, y es difícil precisar el porcentaje de zonas afectadas, aunque a tenor de lo comentado en medios de comunicación y redes sociales (tal y como muestra por ejemplo el hashtag #QueCorraElAire) parece que se ha aplicado de manera extensiva por parte de las autoridades locales.

Esta medida pudo estar justificada en marzo, pero tras meses de investigación y ampliación del conocimiento científico deja de estarlo, ya que ha quedado demostrado que el contagio a través de fómites en circunstancias normales es bastante menor del que inicialmente se pensaba (2). Esto unido a que hay indicios para pensar que la luz solar inactiva al virus (3), teje un argumentario a favor de mantener los parques infantiles abiertos.

De hecho, lo lógico sería fomentar las actividades al aire libre dado que en espacios cerrados hay más riesgo de transmisión que en espacios abiertos (4).

Por tanto, que los niños utilicen los parques públicos no parece ser potencialmente más peligroso (en términos de contención de la propagación vírica) que el que los adultos utilicen terrazas u otros espacios de ocio, o que las familias acudan a parques de atracciones. Si lo que se pretende es reducir la interacción social de los padres, habría que acompañar esta de otras medidas orientadas al ocio, y en cualquier caso no se debe obviar que mantener la distancia de seguridad y el correcto uso de la mascarilla siguen siendo medidas necesarias (5).

La resolución de 30 de septiembre de 2020 de la Secretaría de Estado de Sanidad, en la que se publica el acuerdo del Consejo Interterritorial sobre las actuaciones coordinadas para responder a la transmisión del SARS-CoV-2, no incluye el cierre de parques infantiles en las ciudades españolas de más de 100.000 habitantes en las que concurren las condiciones de alta incidencia marcadas por Sanidad, aunque esta medida aparecía en el borrador de dicho documento. Pese a todo, el cierre de parques infantiles es una realidad injustificada en cientos de localidades.

En toda decisión debe haber una medición de costes y beneficios. En este caso el beneficio (la contención de la transmisión) es bajo y el coste elevado si tenemos en cuenta que se priva a los niños de un elemento esencial para su desarrollo físico, afectivo y social (6). Es necesario que las medidas de salud pública se hagan teniendo en cuenta tanto la evidencia científica como la situación epidemiológica para eludir consecuencias negativas evitables.

Los decisores tienen que comprender que cuando se aplican medidas de estas características deben ir acompañadas de argumentos que justifiquen su aplicación, en caso contrario la confianza de la población en las autoridades sanitarias disminuye y esto puede conducir al incumplimiento de otras medidas que sí están justificadas.

Bibliografía

- [1] Morawska L, Cao J. Airborne transmission of SARS-CoV-2: The world should face the reality. *Environ Int.* 2020 Jun;139:105730. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105730>
- [2] Mondelli MU, Colaneri M, Seminari EM, Baldanti F, Bruno R. Low risk of SARS-CoV-2 transmission by fomites in real-life conditions. *Lancet Infect Dis.* 2020 Sep 29:S1473-3099(20)30678-2. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30678-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30678-2)
- [3] Schuit M. Airborne SARS-CoV-2 Is Rapidly Inactivated by Simulated Sunlight. *J. Infect. Dis.* 2020. Doi: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa334>
- [4] Miller SL, Nazaroff WW, Jiménez JL, Boerstra A, Buonanno G, Dancer SJ, et al. Transmission of SARS-CoV-2 by inhalation of respiratory aerosol in the Skagit Valley Chorale superspreading event. *Indoor Air.* 2020 Sep 26. Doi: <https://doi.org/10.1111/ina.12751>
- [5] Leung CC, Cheng KK, Lam TH, Migliori GB. Mask wearing to complement social distancing and save lives during COVID-19. *Int J Tuberc Lung Dis.* Jun 1 2020; 24(6):556-8.
- [6] Buck C, Tkaczick T, Pitsiladis Y. Objective Measures of the Built Environment and Physical Activity in Children: From Walkability to Moveability. *J Urban Health* 2015; 92:24-38. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11524-014-9915-2>

DECLARACIÓN DE POSICIONAMIENTO SOBRE EL USO DEL METOTREXATO PARENTERAL POR PARTE DE ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

¹ Jenny de la Torre-Aboki

² Nieves Martínez Alberola

³ María Nieves Martínez Alcolea

⁴ Laura Barranco Oliver

⁵ Francisca Sivera

⁶ José Luis Andreu

¹ Doctora en Enfermería. Enfermera especialista en Reumatología. Hospital de Día. Hospital General Universitario de Alicante.

² Enfermera. Responsable Consulta enfermera de Reumatología Hospital General Universitario de Elda. Alicante.

³ Coordinadora de Enfermería. Centro de Salud Benalúa. Alicante.

⁴ Enfermera de Enfermería Familiar y Comunitaria. Referente Osteomuscular ABS Pubilla Cases. Asesora Osteomuscular SAP Delta. ABS Pubilla Cases, Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

⁵ Jefa de Sección de Reumatología. Hospital General Universitario del Elda. Alicante.

⁶ Jefe de Servicio. Servicio de Reumatología. H. U. Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

En representación del Grupo de Trabajo de posicionamiento de Metotrexato en Atención Primaria.

Dirección de contacto: delatorre_jen@gva.es

Cómo citar este artículo:

De la Torre-Aboki J, Martínez Alberola N, Martínez Alcolea MN, Barranco Oliver L, Sivera F, Andreu JL. Declaración de posicionamiento sobre el uso del metotrexato parenteral por parte de enfermeras de Atención Primaria. RIdEC 2020; 13(2):16-23.

Fecha de recepción: 1 de junio de 2020.

Aceptada su publicación: 7 de octubre de 2020.

Resumen

Introducción/objetivo: el metotrexato, fármaco utilizado inicialmente como citostático en el tratamiento de determinados tipos de neoplasias, se utiliza también a dosis bajas en el manejo de patologías autoinmunes (metotrexato de uso no oncológico). La posología parenteral suele ser administrada frecuentemente por enfermeras de Atención Primaria, existiendo una disparidad de actuaciones respecto a la correcta manipulación del mismo.

El objetivo de este documento de posicionamiento es unificar y establecer unas recomendaciones para la correcta manipulación del metotrexato de uso no oncológico con el fin de disminuir el riesgo de exposición por parte del personal de enfermería de Atención Primaria.

Método: un grupo de trabajo formado por un equipo multidisciplinar (enfermeras de reumatología y Atención Primaria, reumatólogos y farmacéuticos hospitalarios) desarrollaron las recomendaciones. Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura y posteriormente se presentaron los resultados de la misma. Las recomendaciones fueron formuladas en función de dichos resultados y a opinión de expertos.

Resultados: se han establecido unas recomendaciones en las cuales se detalla: el equipo de protección individual para la enfermera que administra metotrexato parenteral de uso no oncológico, la correcta administración del mismo por parte de la enfermera y por parte del paciente, así como la actuación en caso de exposición accidental y el manejo de residuos.

Conclusión: la administración por parte de enfermeras de Atención Primaria de metotrexato parenteral de uso no oncológico requiere de una determinada manipulación con el fin de reducir al máximo su exposición.

Palabras clave: metotrexato; Atención Primaria; enfermera; manipulación.

Abstract

A position statement on the use of parenteral methotrexate by primary care nurses

Introduction/purpose: methotrexate, a drug initially used as a cytostatic agent in the treatment of certain types of neoplasms, is also used at low doses in the management of autoimmune diseases (non-cancer-related use of methotrexate). Parenteral dosing is commonly administered by Primary Care nurses, and a variety of procedures exist for the correct drug handling.

The present position statement aims at unifying and establishing recommendations regarding the correct handling of methotrexate for non-cancer-related use in order to reduce the risk of exposure in Primary Care nursing staff.

Methods: recommendations were developed by a working group based on a multidisciplinary team (rheumatology and primary care nurses, rheumatologists, and hospital pharmacists).

A systematic literature search was carried out, and findings were presented. Based on such results and on expert opinion, a number of recommendations were written.

Results: recommendations have been developed for: personal protection equipment for nurses administering parenteral non-cancer-related methotrexate; correct administration of methotrexate by nurses and by patients; and actions to be implemented in the event of accidental exposure and for waste disposal.

Conclusion: administration of parenteral methotrexate for non-cancer-related use by Primary Care nurses requires specific handling to minimize potential exposure.

Key words: methotrexate; Primary Care; nurse; handling.

Introducción

El metotrexato es un fármaco que se utilizó inicialmente como citostático en el tratamiento de determinados tipos de neoplasias. Tras ver que dosis bajas (comparadas con las empleadas en neoplasias) eran eficaces en psoriasis cutánea, se ensayó para el tratamiento de la artritis reumatoide también a dosis bajas, donde se apreció una notable eficacia, debido a la reducción de la actividad del sistema inmunológico (1). Dentro del manejo de enfermedades reumáticas pertenece al grupo de fármacos denominados fármacos modificadores de la enfermedad (FAME), siendo muy eficaz para el control de enfermedades como la artritis reumatoide, la artritis psoriásica, así como otras enfermedades reumáticas autoinmunes. A las dosis empleadas en reumatología, entre 7,5-25 mg semanales, el metotrexato ejerce una acción inmunosupresora y antiinflamatoria. Su uso puede ser en monoterapia o combinado con otros FAME sintéticos o terapia biológica (2).

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) publicó en el año 2016 el documento "Medicamentos peligrosos: medidas de prevención para su preparación y administración" en el cual cambió la clasificación del metotrexato pasando a pertenecer al "Grupo 1: Medicamentos antineoplásicos" (3). Dicho cambio en la clasificación hace necesaria una actualización sobre el manejo correcto del metotrexato, puesto que su administración en Atención Primaria (AP) es muy frecuente en la actualidad. Sin embargo, dicho documento presenta al metotrexato como fármaco citostático sin diferenciación de las dosis utilizadas en reumatología/dermatología (MTX de uso no oncológico). Es necesario recalcar la gran diferencia de dosis entre el MTX de uso no oncológico, donde se administran dosis desde 7,5-25 mg en AP, frente al MTX oncológico, donde se puede llegar a dosis de hasta 5.000 mg en el ámbito hospitalario.

Las recomendaciones seguidas en la actualidad están, en su mayoría, basadas en la dosis de MTX oncológico. Por ese motivo, la elaboración de este documento de posicionamiento se hace con la intención de unificar y establecer unas recomendaciones basadas en evidencia y el consenso de expertos para la correcta manipulación del metotrexato en patologías reumáticas, disminuir el riesgo de exposición por parte del personal de enfermería de Atención Primaria, así como evitar la posible contaminación ambiental.

Procedimiento de actuación

Tipos de metotrexato de uso no oncológico

Dentro de los tipos de metotrexato de uso no oncológico se encuentran (Cuadro 1):

- Metotrexato solución inyectable en jeringa precargada: Bertanel®, Imeth®, Metoject®, Quinux®, Nordimet®, Glofer®, Methofill®.
- Metotrexato solución inyectable pluma: Metoject®, Nordimet®.
- Metotrexato 2,5 mg comprimidos: Metotrexato EFG.

Cuadro 1. Recomendaciones de preparación y administración para el personal que administra metotrexato. Medicamentos peligrosos. Medidas de prevención para su preparación y administración

Medicamento. Forma farmacéutica	Presentación	Recomendaciones de preparación	Recomendaciones de administración
Metotrexato solución inyectable	<ul style="list-style-type: none"> • Jeringa precargada • Pluma 	<ul style="list-style-type: none"> • No precisa preparación • No purgar la jeringa precargada ni la pluma 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar con doble guante y bata • Utilizar protección ocular cuando exista riesgo de salpicadura* y respiratoria si hay posibilidad de inhalación** (ver apartado "Equipos de protección individual") • Administrar mediante técnica de administración subcutánea (SC) o intramuscular (IM)

* Solo cuando exista riesgo de salpicadura, desconexión o el paciente no colabore
 ** Si hay riesgo de inhalación (cuando el paciente no colabore, existe riesgo de desconexión)
 Fuente: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Barcelona

Equipos de protección individual (EPI) para la enfermera que administra metotrexato (4)

- **Guantes:** se recomienda que los guantes sean sintéticos (nitrilo, poliuretano, neopreno) con un mínimo de 0,3 mm y un límite máximo de permeabilidad de 1 µg/cm² por minuto. Han de ser libres de polvo, puesto que el talco atrae posibles partículas aerosolizadas, aumentando el riesgo de absorción en caso de exposición.

La colocación de los guantes se realizará según la técnica aséptica: el primer par por debajo de la manga de la bata y el segundo por encima de estos.

Lavado de manos con jabón antimicrobiano (recomendado por el Servicio de Medicina Preventiva) en lugar de soluciones hidroalcohólicas, con objeto de facilitar el arrastre de posibles restos de fármaco que hayan podido permear el guante, sobre todo en el lavado de manos tras manipulación.

En condiciones normales de trabajo se cambiarán siempre que se contaminen, se rompan o al atender a otro paciente.

El personal no puede salir de la sala de administración con los guantes puestos. Llegado el momento, el orden de retirada será: guante, bata y guante. Se desecharán en el contenedor de desechos citostáticos G-IV.

- **Batas:** el material no debe desprender partículas ni fibras (recomendable material no tejido a base de poliolefinas) con abertura en la parte trasera, mangas largas y puños elásticos ajustados cerrados a la altura de la muñeca. Exigible como mínimo, que cumpla niveles tipo 6 (barrera frente a salpicaduras de intensidad limitada) y tipo 5 (barrera frente a partículas).

El vestuario de laboratorio, las batas quirúrgicas, la ropa de aislamiento y el vestuario de materiales absorbentes no son apropiados porque permiten la permeación de metotrexato.

Si no se dispone de información sobre el nivel de permeabilidad de las batas se recomienda cambiarse cada dos horas o inmediatamente después de un derrame o una salpicadura. El personal no puede salir del área de administración con la bata.

- **Mascarillas:** en caso de ser necesarias por riesgo de inhalación, la mascarilla tiene que ser tipo FFP3. Deberá ser utilizada en los procedimientos en los que haya riesgo de generación de aerosoles (limpieza de derrames y recogida de residuos) y siempre que haya riesgo de salpicaduras. El personal no saldrá del área con la mascarilla puesta.

La mascarilla ha de ajustarse herméticamente a la cara, comprobando la estanqueidad tapando la válvula de entrada de aire con la mano e inspirando para comprobar el colapso.

No se empleará con barba, dado que no permite asegurar la protección. Debe tirarse al contenedor de desechos citostáticos G-IV transcurrido el tiempo que indique el fabricante.

- **Gafas:** en caso de ser necesarias por riesgo de salpicaduras, las gafas deben ser de montura integral (tipo B) panorámicas, con campo de uso código 5 (protección frente a gas y partículas de polvo finas, < 5 micrómetros), que ofrecen protección estanca de la región orbital.

Tendrán que ser empleadas en los procedimientos en los que haya riesgo de generación de aerosoles (limpieza de derrames y recogida de residuos) y siempre que haya riesgo de salpicaduras.

El personal no podrá salir del área con las gafas puestas. La retirada de las gafas se hará de atrás a delante, evitando tocar la superficie externa que pudiera estar contaminada. Debe tirarse al contenedor de residuos químicos transcurrido el tiempo que indique el fabricante.

El orden de colocación y la retirada de EPI cuando se precisa utilizar dos pares de guantes (4) se recoge en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Orden de colocación de EPI y utilización de doble guante

Colocación	Retirada
1. Lavarse las manos	1. Par de guantes exterior
2. Primer par de guantes	2. Bata
3. Bata	3. Par de guantes interior
4. Par de guantes exterior (por encima del puño de la bata)	4. Protección ocular (si ha precisado)
5. Protección respiratoria (si precisa)	5. Protección respiratoria (si ha precisado)
6. Protección ocular (si precisa)	6. Lavarse las manos

Administración

Por parte de la enfermera

En los centros de AP no se debe preparar ningún antineoplásico debido al riesgo que supone la manipulación del producto y posible contaminación del ambiente y/o personal de enfermería.

La administración de metotrexato se ha de llevar a cabo por personal formado. No se recomienda el manejo ni la administración de metotrexato por parte de profesionales que estén embarazadas –particularmente durante el primer trimestre–, en periodo de lactancia materna, hayan recibido radiaciones ionizantes o tratamientos inmunosupresores y/o citostáticos.

La administración de metotrexato se puede realizar por vía SC o IM. Los lugares de inyección de metotrexato son los mismos que para la administración habitual de fármacos subcutáneos: abdomen, evitando la zona alrededor del ombligo; tercio medio de la cara externa del brazo; y muslos, cara anterior y lateral, siendo recomendable la rotación del lugar de inyección.

Tanto en posología oral como en posología parenteral la dosis administrada tiene que ser semanal. Se han reportado errores de dosificación en relación, mayormente, a la posología oral por ingesta diaria de metotrexato con consecuencias fatales

para el paciente (5). Es necesario enfatizar al sujeto la importancia de administrar el metotrexato un día a la semana, preferiblemente el mismo día para evitar confusiones, a la dosis exacta recomendada, así como la ingesta de ácido fólico/folínico según prescripción facultativa. La suplementación con ácido fólico/folínico reduce la tasa de eventos adversos y de suspensión del MTX sin comprometer la eficacia del tratamiento.

En la consulta, la enfermera tendrá que emplear material adecuado para la administración correcta del metotrexato (ver Cuadro 1 y apartado de EPI) siendo necesario: un paño desechable y encima de este otro paño desechable y absorbente (empapador), por si hay derrame accidental sobre la superficie de trabajo; gasas estériles; alcohol 70°; jeringa precargada con la medicación; apósito para zona de punción; contenedor de residuos para citostáticos para uso exclusivo de estos, de acuerdo a la normativa vigente en cada comunidad autónoma.

No es necesario realizar la limpieza de la zona de inyección con alcohol previo a la administración de metotrexato si el paciente presenta la piel limpia. En caso de limpiar la piel con alcohol se dejará pasar 30 segundos (o el tiempo recomendado según el antiséptico utilizado) antes de la inyección para que la piel seque (6,7).

No purgar la jeringa precargada ni la pluma. En caso de necesidad de ajuste de dosis en una jeringa precargada: no manipular el preparado mediante la expulsión del exceso de líquido o cualquier otra operación.

Inyectar el preparado dejando el sobrante de la dosis en la propia jeringa.

Si en algún caso, de manera excepcional, es necesario realizar un purgado fuera del servicio de farmacia, se empleará una gasa estéril empapada en alcohol de 70° para impedir la formación de aerosoles y la contaminación de superficies.

Las conexiones deben ser Luer-Lock, puesto que bloquean la sujeción de la jeringa y la aguja, impidiendo la desconexión accidental y evitan fugas del fármaco que contiene la jeringa. Se tiene que desechar al contenedor como una sola pieza.

Finalizada la inyección, la extracción se efectuará con una gasa impregnada en alcohol de 70° para evitar el reflujo de la medicación y el goteo.

Respecto a la adecuación del local y el horario para la administración de metotrexato se recomienda que las condiciones del local incluyan: ventilación natural o forzada, equipado con lavabo, con espacio suficiente para la preparación del campo de trabajo (8). Respecto al horario se recomienda citar el mismo día y franja horaria a todos los pacientes que van a recibir el tratamiento para facilitar la aplicación de medidas preventivas y disminuir la generación de residuos.

Parte del paciente: recomendaciones generales

El paciente que se administra metotrexato en el domicilio deberá seguir, en líneas generales, las mismas recomendaciones anteriormente indicadas.

No es necesario el uso de guantes ni ningún otro material de protección en el paciente que se autoinyecta, ni tampoco es necesario que la administración sea a la intemperie, porque si se siguen las normas correctas de manejo no produce contaminación ambiental; no obstante, sí se debe llevar a cabo la administración en un lugar limpio, por ejemplo, la habitación donde solo se encuentren las personas involucradas en la inyección, dejando el material necesario en una superficie limpia, y opcionalmente, sobre un papel absorbente por si hay algún derrame (2).

En caso de tener la piel limpia, no es necesario realizar la limpieza de la zona de inyección con alcohol previo a la administración de metotrexato. Si se limpia la piel con alcohol se dejará pasar 30 segundos antes de la inyección para que la piel seque (6,7).

Deberá desechar la medicación en el contenedor de productos punzantes entregado a tal fin. Las jeringas, junto con la aguja, se tienen que desechar en un contenedor adecuado, y no en otros dispositivos ni envases. Cuando dicho contenedor se llene deberá llevarlo al hospital o al centro de salud para su correcta eliminación (3) (ver apartado "Manejo de residuos").

En caso de derrame accidental en piel u ojos se llevará a cabo el mismo protocolo detallado a continuación. Si hay derrame en la ropa se procederá inmediatamente a su lavado por separado en un ciclo normal de lavadora.

Tratamiento de excretas

En la actualidad se carece de estudios que analicen las excretas de pacientes en tratamiento con metotrexato a dosis no-oncológicas para determinar si el tratamiento de excretas debería ser diferente. Por lo tanto, no se recomienda ninguna actuación específica en el grupo de paciente en el grupo de paciente con dosis de MTX a dosis no oncológica.

Controles analíticos: es precisa la realización de controles analíticos periódicos durante el tratamiento con el fin de detectar potenciales efectos adversos, hepatotoxicidad, mielosupresión. La frecuencia de dichos controles será determinada por el facultativo prescriptor.

Vacunación: durante el tratamiento con metotrexato se recomienda la administración de la vacuna contra la hepatitis B, el neumococo y de la gripe estacional. La idoneidad de recibir vacunas de microorganismos vivos atenuados (fiebre amarilla, fiebre tifoidea, BCG, sarampión, varicela, rubeola, herpes zóster, paperas, polio oral) deberá ser consultada con el facultativo prescriptor, ya que dependerá de la dosis de metotrexato y de los fármacos inmunosupresores concomitantes.

Metotrexato en embarazo y/o lactancia: está contraindicado el uso de metotrexato durante el embarazo y la lactancia por lo que se deben recomendar medidas de anticoncepción adecuadas. Se recomienda suspender el metotrexato al menos tres meses antes de la concepción exclusivamente en mujeres, no es necesario interrumpirlo en varones.

Cirugías y extracciones dentales: de manera general se recomienda mantener el tratamiento semanal de metotrexato. De manera opcional, se puede retirar el metotrexato durante la semana anterior y posterior a la fecha de la intervención, aunque esta práctica no se ha demostrado necesaria.

Consumo de alcohol: el consumo de alcohol durante el tratamiento con metotrexato está desaconsejado debido al potencial daño hepático.

Viajes y conservación de metotrexato: en caso de viaje se recomienda mantener el fármaco a una temperatura inferior a 25 °C, utilizando si fuera necesario neveras portátiles y, a ser posible, en su caja para proteger de la luz.

Actuación en caso de exposición accidental

Ante contaminación del personal expuesto (9)

En caso de derrame accidental sobre la piel, hay que recordar que el metotrexato no es un fármaco vesicante, pero sí irritante, por lo que se lavará la zona afectada con abundante agua y jabón durante 10 minutos.

En caso de salpicadura accidental en los ojos se procederá a la irrigación del ojo afectado con abundante agua templada durante 15 min y posteriormente se aplicará solución salina esteril al 0,9% y consultar con oftalmología.

Si se produce una salpicadura a mucosa (labios, boca o nariz) se procederá a lavar o enjuagar con abundante agua durante 15 min y no tragar.

En todos los casos anteriores, valorar la comunicación con el Equipo de Prevención de Riesgos Laborales según la normativa vigente en cada comunidad autónoma.

Ante derrames o roturas

En caso de derrame accidental sobre una superficie, cubrirlo con un empapador desechable que se humedecerá previamente con alcohol de 70°, con la parte absorbente encima del derrame. Una vez haya absorbido este, plegarlo de fuera para dentro y depositarlo en el contenedor de desechos citostáticos G-IV (9). Posteriormente, limpiar la superficie contaminada dos o tres veces con agua, jabón y/o hipoclorito sódico al 10%, aclarando con abundante agua, siempre desde las zonas menos contaminadas hacia las más contaminadas. Al finalizar, introducir todos los residuos en el contenedor de desechos citostáticos G-IV.

Los centros deberían disponer de un kit para derrames a utilizar en caso de exposiciones accidentales, ubicado en un lugar visible, accesible y señalizado, que deberá reponerse tras su empleo (9).

El personal que lleve a cabo la limpieza del derrame deberá ir equipado con equipos de protección individual (bata impermeable, guantes, mascarilla FFP3 y gafas).

La habitación destinada a la administración de metotrexato debe ser ventilada durante una o dos horas solo en caso de contaminación ambiental (derrame accidental).

Ante inoculación

Presionar la zona de punción hasta que salga sangre roja para eliminar la posible inoculación. Aclarar con abundante agua

templada y posteriormente lavar con agua y jabón. Valorar la comunicación con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales según la normativa vigente en cada comunidad autónoma.

Manejo de residuos

El manejo de residuos, en especial de desecho de jeringas de metotrexato catalogado como medicamento peligroso, es heterogéneo en el ámbito nacional debido a las diferentes normativas locales de cada comunidad autónoma. Por ejemplo, algunas comunidades recomiendan la provisión de contenedores para material punzante y su posterior depósito en un centro sanitario, mientras que otras comunidades recomiendan a los pacientes, desechar las plumas utilizadas en puntos SIGRE para desecho de citostáticos. Por tanto, el protocolo de manejo de residuos deberá ser consultado por la enfermera para conocer la legislación vigente en dicha comunidad.

Además de las normativas autonómicas, las normativas de aplicación vigente para el manejo de residuos de citotóxicos son:

- Real Decreto 300/1992, de 14 de noviembre, de ordenación de la gestión de los residuos sanitarios (10).
- Directiva comunitaria 2008/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 19 de noviembre de 2008, sobre los residuos (11).

En ellas se establece que:

- Se considera residuo a todo resto de medicamento citostático no apto para su uso terapéutico, así como todo material sanitario que haya estado en contacto con el medicamento.
- Todo el material usado en los procesos relacionados con los medicamentos citostáticos tendrá que retirarse y eliminarse según los procedimientos adecuados, separados del resto de residuos y en envases exclusivos.
- Los contenedores (contenedores desechos citostáticos G-IV) han de ser de un material que permita estanqueidad total, opacidad a la vista y la incineración completa (polietileno o poliestireno); estar identificados y etiquetados con el pictograma "Citostáticos", ser rígidos, de un solo uso, resistentes a agentes químicos y materiales perforantes y con cierre especial hermético.

Ante la existencia de estas normativas, la clasificación del MTX como medicamento peligroso y la heterogeneidad de normativas en las distintas comunidades autónomas se considera que sería necesaria una revisión que unificara los criterios de eliminación de plumas y jeringas de metotrexato y la necesidad de facilitar al paciente el contenedor adecuado, así como el circuito correcto de recogida en puntos SIGRE o centros sanitarios.

Conclusión

La administración de metotrexato en Atención Primaria ha supuesto un nuevo reto en la atención a pacientes por parte de enfermería. Respecto al metotrexato de uso no oncológico, las dosis recibidas en caso de exposición serían mínimas, el riesgo se podría considerar muy bajo. Con este documento de posicionamiento se espera haber respondido a las dudas más frecuentes con relación a la administración y manejo del metotrexato con el fin de reducir aún más ese posible riesgo.

Trabajo desarrollado por:

Grupo de Trabajo de posicionamiento de Metotrexato en Atención Primaria:

Jenny de la Torre-Aboki. Doctora en Enfermería. Enfermera especialista en Reumatología. Hospital de Día. Hospital General Universitario de Alicante.

Silvia García Díaz. Enfermera Clínica Reumatología. Hospital Moisés Broggi Sant Joan Despí-Hospital General Hospitalet Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

Nieves Martínez Alberola. Enfermera. Responsable de la Consulta enfermera de Reumatología. Hospital General Universitario de Elda. Alicante.

María Nieves Martínez Alcolea. Coordinadora de Enfermería. Centro de Salud Benalúa. Alicante.

Laura Barranco Oliver. Enfermera. Enfermería Familiar y Comunitaria. Referente Osteomuscular ABS Pubilla Cases. Asesora Osteomuscular SAP Delta. ABS Pubilla Cases. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Francisca Sivera. Jefe de Sección Reumatología. Hospital General Universitario de Elda. Alicante.

José Luis Andreu. Jefe de Servicio. Servicio de Reumatología. H. U. Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

Aránzazu Linares Alarcón. Farmacéutica especialista en farmacia hospitalaria. Responsable del área de atención farmacéutica a pacientes externos. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Marta Aparicio Cueva. Farmacéutica de Atención Primaria del Departamento de Salud de Alicante-Hospital General. Alicante.

Bibliografía

- [1] Martin U, O'Gradaig D, Nolan DF, Sheehy C. Development of a methotrexate educational guide/information/monitoring booklet for inflammatory arthritis. *Musculoskeletal Care*. 2019; 17(2): 234-41. Doi: <https://doi.org/10.1002/msc.1398>
- [2] Howie LK, Livermore P, Cornell P, Finney D, Parker L, Smith H. Administering subcutaneous methotrexate for inflammatory arthritis. RCN guidance. 3rd edition [internet]. London: Royal College of Nursing; 2016 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-005564>
- [3] Delgado-Sánchez O, Guardino-Solá X, Moreno-Centeno E, Cercós-Lleti AC, Alonso-Herreros JM, Gaspar-Carreño M, et al. Medicamentos peligrosos. Medidas de prevención para su preparación y administración [internet]. Barcelona: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT); 2016 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/medicamentos-peligrosos.-medidas-de-prevencion-para-su-preparacion-y-administracion>
- [4] Poveda JL. Monografías de Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria: Medicamentos peligrosos (nº6) [internet]. Barcelona: Bayer Hispania SL; 2016 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: https://www.sefh.es/fichadjuntos/Monografias_FH_Medicamentos_Peligrosos.pdf
- [5] European Medicines Agency. Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC) recommends new measures to avoid dosing errors with methotrexate [internet]. Ámsterdam: EMA; 2019 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/methotrexate-article-31-referral-new-measures-avoid-potentially-fatal-dosing-errors-methotrexate_en-0.pdf
- [6] Wong H, Moss C, Moss SM, Shah V, Halperin SA, Ito S, Mithal P, Qu A, Taddio, A. Effect of alcohol skin cleansing on vaccination-associated infections and local skin reactions: A randomized controlled trial. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2019; 15(4):995-1002. Doi: <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1553474>
- [7] Hutin Y, Hauri A, Chiarello L, Catlin M, Stilwell B, Ghebrehiwet T, Garner J. Best infection control practices for intradermal, subcutaneous, and intramuscular needle injections [internet]. Geneva: Bulletin of the World Health Organization, 10; 2003 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/81/7/Hutin0703.pdf>
- [8] Servicio Murciano de Salud. Normas de prevención de riesgos laborales en la manipulación de metotrexato precargado vía subcutánea en centros de atención primaria del Servicio Murciano de Salud [internet]. 2017 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: http://www.ffis.es/ups/prl/NORMA_PRL_MANIP_METOTREXATO_AP.pdf
- [9] Gracia AT, Benavent AB, Briz AV, Mirapeix AC, Moreno MAO, Lloret JIG, et al. Guía para la adaptación de las buenas prácticas en la preparación y manipulación de medicamentos en la Comunidad Valenciana. Equipamiento. [internet] 2018 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/152919/6641297/GUIA+-+EQUIPAMIENTO+-+enero+2018.pdf>
- [10] NTP 372: Tratamiento de residuos sanitarios. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo: Madrid; 1995. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/326827/ntp_372.pdf/e756793c-413f-450a-88a8-24c9d3cae076
- [11] Directiva 2008/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo sobre los residuos y por la que se derogan determinadas Directivas. 19 de

LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA



Cursos online

Amplio catálogo de cursos

- Cursos de Humanización
- Cursos de Traumatología
- Cursos de Atención Primaria
- Cursos de Nutrición y Diabetes
- Cursos de Úlceras y Heridas
- Cursos de Gestión
- Cursos de Quirófano
- Cursos de Urgencias
- Cursos de Salud Laboral
- Cursos de Farmacología
- Cursos de Oncología
- Cursos de Cuidados Intensivos
- Curso de RCP
- Otros cursos de Enfermería



aulaDAE
Grupo Paradigma

www.auladae.com

¹ Residentes Enfermería Familiar y Comunitaria Costa Ponent

^{1,2} Sofía Berlanga Fernández

Análisis del proceso formativo en residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria durante la pandemia COVID-19

¹ Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Costa de Ponent. Cornellà de Llobregat. Institut Català de la Salut. Barcelona..

Dirección de contacto: sberlanga.cp.ics@gencat.cat

² Enfermera.

Cómo citar este artículo:

Residentes Enfermería Familiar y Comunitaria Costa Ponent, Berlanga Fernández S. Análisis del proceso formativo en residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria durante la pandemia COVID-19. *RIdEC* 2020; 13(2):25-33.

Fecha de recepción: 23 de mayo de 2020. **Aceptada su publicación:** 2 de octubre de 2020.

Resumen

Introducción: analizar la repercusión en la formación sanitaria especializada de la declaración del estado de alarma por la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la COVID-19.

Ámbito de estudio: residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente Multiprofesional Costa de Ponent.

Metodología: grupo focal utilizando como herramienta estratégica el análisis DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades).

Resultados: se identifican seis debilidades, entre ellas: proceso de tutorización modificado, desincronización de expectativas y realidades asistenciales y resistencias profesionales. Ocho fortalezas, como el trabajo en equipo, la buena relación entre residentes y la adaptación a los cambios. Nueve amenazas, incluyendo interrupción del proceso formativo, planes de contingencia e inquietud profesional, por lo que comporta una pandemia y su exposición. Y siete oportunidades, entre ellas, reorganización de la Atención Primaria, empoderamiento de la ciudadanía y la visión integral e integrada del sistema sanitario.

Conclusiones: se ha utilizado la herramienta DAFO para analizar la situación vivida por los/las EIR de Atención Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente Multiprofesional Costa Ponent, identificando aquellas debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades con repercusión en el proceso formativo, enmarcado en un contexto de pandemia COVID-19. Se propone ir re-evaluando la situación ante un contexto epidemiológico cambiante y expectante. En este sentido son clave todos los agentes implicados en el proceso.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; infecciones por coronavirus; enfermería; Enfermería en Salud Comunitaria; pandemia; Salud Pública.

Abstract

An analysis of the training process in Family and Community Nursing residents during the COVID-19 pandemic

Purpose: to analyze the impact of the declaration of the state of alarm for the public health emergency caused by COVID-19 on specialized healthcare training.

Study settings: Family and Community Nursing residents at the multi-professional training unit Costa de Ponent.

Methods: a SWOT analysis (strengths, weaknesses, opportunities, and threats) was used as a strategic tool for a focus group.

Results: six weaknesses were identified, including: modified mentoring process, desynchronization of expectations and care realities, and professional resistances. Eight strengths were found, including team work, a good relationship among residents, and adjustment to changes. Nine threats, such as interruption of the training process, contingency plans, and professional concerns due to the impact of a pandemic were also reported. And seven opportunities, i.e., reorganization of Primary Care, people empowerment, and a comprehensive and integrated overview of the health system.

Conclusions: SWOT method was used as a tool to analyze experiences lived by nursing interns and residents in Family and Community Care at the multi-professional training unit Costa de Ponent. Weaknesses, strengths, threats, and opportunities having an impact on the training process within the framework of the COVID-19 pandemic were identified. A regular re-assessment is suggested in a changing and expectant epidemiological context. All the agents involved in the process are key for this.

Key words: Primary Health Care; infections by coronavirus; nursing; Community Health Nursing; pandemic; Public Health.

Introducción

En junio de 2010 se publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC), con el propósito de desarrollar un proceso de aprendizaje que permita al/a la residente adquirir las competencias propias de su especialidad durante los dos años de su formación (1). En este sentido, las unidades docentes son las responsables de velar por el cumplimiento del programa formativo, estableciendo rotaciones adaptadas a los dispositivos y características territoriales (2).

El/la enfermero/a interna residente (EIR), en su periodo de aprendizaje, da respuesta a las demandas que la sociedad presenta, a través de cuidados de calidad basados en una serie de valores profesionales y compromisos: con las personas, familias, comunidad y sociedad; con la calidad y ética profesional, así como con el desarrollo profesional (1).

Entre las competencias clínicas avanzadas en el ámbito familiar y comunitario que los/las EIR de EFyC han de adquirir se encuentra la de atención ante urgencias, emergencias y catástrofes. El desarrollo de esta competencia implica el actuar individualmente y/o en equipo ante situaciones de urgencia, manejando eficazmente los recursos de soporte vital y técnicas de atención en la urgencia, garantizando la seguridad del paciente y colaborando con distintos dispositivos de actuación (1).

El 14 de marzo de 2020 se declara el estado de alarma al elevar la Organización Mundial de la Salud (OMS) a pandemia internacional la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la COVID-19. Este estado pretende dar respuesta a una crisis sanitaria que repercute de manera grave en la normalidad de la ciudadanía, con los objetivos de proteger la salud de ciudadanos, contener el avance de la enfermedad y reforzar el sistema de salud pública (3).

A partir de aquí se publica una serie de Órdenes Ministeriales (4-7) que afectan a la formación sanitaria especializada y que implican medidas relacionadas con la distribución de recursos en el territorio. Para ello suspende las rotaciones en curso o programadas de los residentes con el objetivo de adaptar los itinerarios formativos para poder adquirir las competencias relacionadas con situaciones de emergencia y control de las enfermedades.

En este sentido, la formación sanitaria especializada se ve afectada en: suspensión de rotaciones planificadas en el programa formativo inicial, duración de estancias en la competencia de control de enfermedades y situaciones de emergencias, designación de nuevos colaboradores docentes, grados de autonomía y niveles de supervisión de los residentes, prórrogas de contratos formativos y retribuciones.

Es por este motivo que tras dos meses y medio de la declaración del estado de alarma, por la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la COVID-19, se pretende analizar su repercusión en la formación sanitaria especializada en una unidad docente.

Material y método

Diseño estudio. Estudio cualitativo, que se centra en la experiencia de residentes de EFyC de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria (UDM AFyC) Costa Ponent sobre su formación en la situación de alarma sanitaria tras la declaración de la pandemia COVID-19.

Participantes. Muestreo intencional. Declarado el estado de alarma, siete residentes de EFyC se encuentran en activo prestando sus servicios en distintos dispositivos.

- Unidad Básica de Prevención (UBP) o Unidad de Salud Laboral. Colaboración con otros/as especialistas y profesionales en el cribado y seguimiento de profesionales afectados de COVID-19.
- Unidad de Vigilancia Epidemiológica (UVE). Colaboración en esta unidad, junto con otros/as especialistas y profesionales en el estudio de casos y contactos en personas afectas de COVID-19.
- Hotel Salud. Colaboración en este dispositivo en la prestación de cuidados a aquellos ciudadanos con COVID-19 positivo que por diferentes motivos no disponen de domicilio propio o este no recoge las condiciones básicas para mantener el aislamiento; o bien aquellas personas que, tras estabilizar su enfermedad en el hospital, son trasladados al hotel para proseguir con el aislamiento en entorno no hospitalario.
- Centro de Atención Primaria (CAP). Colaboración en centros de salud en los que la demanda poblacional va cambiando y el sistema de respuesta también, estableciéndose desde visitas presenciales de carácter urgente (ya sean respiratorias o no respiratorias), sistemas de triaje, teletrabajo y gestión de atención domiciliaria.

- Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP). Colaboración con dispositivos de urgencias específicos, entre la atención primaria y hospitalaria, cuya demanda asistencial se ve desbordada dada la situación de pandemia.
- Centros residenciales de personas mayores. Soporte en la detección de casos COVID-19 positivos en ciudadanos que pertenecen a estos centros y dispensación de cuidados requeridos.

Recogida de datos. Para la recogida de datos se realizó un grupo focal que parte de una pregunta principal: ¿cómo ha repercutido en la formación sanitaria especializada la declaración del estado de alarma por la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la COVID-19?

Se utiliza para la recogida de información la herramienta DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades), basándose en un análisis interno y externo de la situación que permite obtener información sobre acciones y proyectos de mejora dentro de la organización (8,9).

El análisis interno consta de debilidades y fortalezas. Las primeras la constituyen las capacidades propias, recursos y posicionamientos que limitan las oportunidades. Las segundas recogen las capacidades propias, recursos y posicionamientos que permiten superar las amenazas y aprovechar las oportunidades (8,9).

El análisis externo incluye amenazas y oportunidades. Las primeras integran las fuerzas del entorno que presentan dificultades. Las segundas las fuerzas de la organización para aprovechar la situación (8,9).

Una vez realizado el grupo focal se categorizan las respuestas dadas y se remiten a los/las participantes para que den su consentimiento a la validez de los datos extraídos. Posteriormente los resultados obtenidos del grupo focal son remitidos a tres residentes de la misma unidad docente para realizar aportaciones y verificar la información obtenida. Los resultados definitivos con esta metodología son aceptados por la totalidad de los/las participantes.

Temporalidad. Este análisis se efectúa a finales de mayo de 2020 con el objetivo de incluir a residentes de segundo año, a punto de finalizar su formación en la unidad docente.

Consideraciones éticas. Todos los/las participantes fueron informados sobre el estudio y objetivo de este, aceptando explícitamente la participación en el mismo. Se ha tener presente, como posible factor confusional, la relación de los entrevistados con los entrevistadores.

Resultados

El grupo focal estaba compuesto por dos residentes de primer año de la especialidad de EFyC y dos de segundo. La revisión posterior de la información y complementación de la misma la realizaron dos residentes de primer año y una de segundo de dicha especialidad, en la UDM AFyC Costa Ponent.

Los resultados indican la categorización de las respuestas dadas por los participantes a la pregunta ¿cómo ha repercutido en la formación sanitaria especializada la declaración del estado de alarma por la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la COVID-19?, clasificándolas en función del tipo de análisis: el interno, con sus fortalezas y debilidades, y el externo, con sus oportunidades y amenazas.

Análisis interno. Fortalezas

1. **Trabajo en equipo.** Las circunstancias propician el compromiso con los compañeros de los servicios en los que se presenta atención. Estas circunstancias fortalecen el trabajo de equipo tanto de la misma disciplina como de diferentes: médicos, Técnicos/as Cuidados Auxiliares Enfermería (TCAE), personal de administración y servicios, limpieza.
2. **Buena relación entre residentes.** Se produce un apoyo mutuo y conjunto entre residentes de enfermería y medicina familiar y comunitaria, lo que permite un trabajo de colaboración y ayuda mutua.
3. **Soporte de tutoras.** Comunicación, seguimiento y acompañamiento de las tutoras hacia los/las residentes.
4. **Adaptación a los cambios.** La situación de alerta sanitaria implica una adaptación continua a una situación cambiante.
5. **Adquisición de conocimientos y habilidades específicas en materia de vigilancia epidemiológica (Salud Pública).** El control, seguimiento, tratamiento y estudios de contactos de pacientes COVID-19 positivo, así como de su entorno,

permiten integrar las competencias en materia de vigilancia epidemiológica sirviendo de enlace entre la Atención Primaria y Salud Pública.

6. **Adquisición de conocimientos y habilidades específicas en materia de salud laboral.** El control, seguimiento, tratamiento y estudios de contactos de profesionales COVID-19 (positivo), así como de su entorno, permiten integrar las competencias en materia de salud laboral.
7. **Visión coordinada del sistema sanitario.** La situación actual permite ver la importancia del trabajo conjunto y coordinado desde los distintos dispositivos en los/las que residentes prestan su servicio. La creación de Hotel Salud, la importancia de la atención domiciliar, el soporte en la atención de las residencias y los servicios de atención continuada, el papel que presta el sistema hospitalario y los servicios de urgencias extrahospitalarias, así como las necesidades sociales de la población en coordinación con servicios sociales.
8. **Ética y compromiso con la profesión enfermera.** Ante una situación de tal magnitud emerge el compromiso ético y profesional de dar respuesta a la demanda de la población.

Análisis interno. Debilidades

1. **Comunicación entre los residentes y la unidad docente.** La situación de inestabilidad conduce a información poco precisa dados los cambios constantes de órdenes ministeriales.
2. **Proceso de tutorización modificado.** En una situación de alarma sanitaria, los residentes pasan excepcionalmente a trabajar en el equipo, disminuyendo el grado de supervisión y aumentando el grado de responsabilidad para dar respuesta a una demanda asistencial que se desborda.
3. **Reubicación en el mundo laboral.** Situación de estrés en el que existe incertidumbre en incorporarse a centros de trabajo en contexto de una pandemia. Planes de contingencia que repercuten en la reordenación y cierre de centros de Atención Primaria, servicios mínimos, nuevos escenarios, etc.
4. **Recursos humanos limitados debido a bajas de profesionales.** El personal sanitario expuesto a COVID-19 enferma, o está en situación de baja, al estar en contacto estrecho con una persona que ha dado positivo. La limitación de recursos humanos repercute en la actividad asistencial, así como en la distribución de tareas.
5. **Desincronización de expectativas y realidades asistenciales.** Las expectativas sobre la formación especializada son bruscamente interrumpidas por la realidad asistencial a la que se ha de hacer frente.
6. **Resistencias profesionales.** Se plantea la reubicación de profesionales y residentes en distintos dispositivos (posibilidad de apertura de Fira salud, urgencias hospitalarias, hoteles salud, centros de urgencias de Atención Primaria, etc.) que suscitan resistencias iniciales.

Análisis externo. Oportunidades

1. **Reorganización de la Atención Primaria.** Implica la creación de nuevos dispositivos (Hotel Salud), de equipos que atienden a residencias, refuerzo de la atención domiciliar, generación de puntos de triaje y gestión de la demanda y potenciar la atención telefónica y vía telemática.
2. **Empoderamiento de la ciudadanía.** Se otorga otro tipo de asistencia que permite educar a los pacientes en el autocuidado, facilitando su empoderamiento en la toma de decisiones sobre su salud.
3. **Visión integral e integrada del sistema sanitario.** La situación actual permite visualizar la importancia y la necesidad de un sistema sanitario integral e integrado para dar respuesta a la pandemia.
4. **Reconocimiento y visibilidad de la enfermera.** El trabajo que realiza los profesionales enfermeros visibilizado en diferentes medios de comunicación.
5. **Crecimiento profesional.** Los/las residentes perciben que se produzca un crecimiento profesional debido al aumento de autonomía en la toma de decisiones.
6. **La utilización de TIC (Tecnología de la Información y Comunicación) para la comunicación con el usuario.** Activación de recursos digitales que permiten una comunicación rápida y directa de los usuarios con los profesionales sanitarios de referencia.

7. Nuevas líneas estratégicas relacionadas con un desconfinamiento y una reorientación de la Atención Primaria.

Análisis externo. Amenazas

1. **Interrupción del proceso formativo.** Los documentos ministeriales afectan al itinerario formativo de los residentes en relación con sus rotaciones.
2. **Falta de concreción en cuanto a los objetivos de aprendizaje de esta situación.** Desde el primer momento se actúa sin tener claros los objetivos a alcanzar. A medida que se va controlando la situación de brote se establecen nuevos objetivos por parte del Departament de Salut, en una rotación denominada COVID-19, que valora:
 - La participación y tratamiento en enfermedades infecciosas con altas tasas de transmisión.
 - El trabajo en equipos multidisciplinares en situaciones de crisis.
 - La gestión del estrés, favoreciendo el autocuidado de la propia salud.
 - La solicitud de ayuda a otros profesionales cuando sea necesario.
 - La identificación y conocimiento de recursos propios del individuo, familia y comunidad.
 - El reconocer y saber actuar ante situaciones de urgencia.
3. **Exceso de presión asistencial.** La Atención Primaria se encuentra en la primera línea de contención de la pandemia, con un exceso de demanda asistencial y de respuestas por parte de la población en comparación con el escaso número de profesionales.
4. **Inquietud profesional por lo que comporta una pandemia y su exposición.** El comportamiento del virus y su propagación provoca inquietud profesional en relación con las consecuencias de su exposición, tanto en el contagio propio, como hacia la familia, otros profesionales y la comunidad.
5. **Recursos de protección (seguridad).** Los equipos de protección individual son escasos y en muchas ocasiones incompletos, además de llegar tarde.
6. **Protocolos COVID-19 cambiantes.** Los protocolos son actualizados constantemente y requieren de adecuación de servicios y actualización por parte de los profesionales que prestan atención en diferentes ámbitos asistenciales.
7. **Planes de contingencia.** Estos planes implican cierre de centros de Atención Primaria y centralización de dispositivos. Esta medida de actuación permite optimizar recursos humanos para atender la demanda poblacional.
8. **Contexto político.** Las órdenes que se aprueban desde el Ministerio son cambiantes y afectan directamente a los residentes en periodo de formación tanto en las directrices que han de seguir, reubicación de puestos de trabajo como retribuciones.
9. **Falta de reconocimiento al esfuerzo y a la labor de los residentes ante esta situación.** No se percibe, por parte de los residentes, el reconocimiento específico en el ámbito estatal.

El análisis DAFO es un punto de partida para conocer el presente y desarrollar estrategias que potencien oportunidades y fortalezas contrarrestando las debilidades y las amenazas (Tabla 1).

Discusión

La técnica DAFO ha demostrado ser de utilidad en la recogida de información en diferentes tipos de estudios (9-12). En este caso, se ha llevado a cabo para analizar la repercusión en la formación sanitaria especializada de la declaración del estado de alarma por la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la COVID-19.

Entre las fortalezas detectadas se encuentra la adquisición de conocimientos y de habilidades específicas en materia de salud laboral y vigilancia epidemiológica, las cuales permiten adquirir las competencias en salud pública y comunitaria recogidas en el programa formativo de la especialidad (1). No obstante, estas competencias han sido analizadas con anterioridad y consideradas como "novedosas, complejas y transversales" (13) de la especialidad, con la necesidad de un reforzamiento para su consecución (13-15), que durante la pandemia se ha realizado. En este sentido se han desarrollado y consolidado desde los distintos dispositivos en los que ha prestado asistencia el/la EIR, permitiendo una visión integral e

Tabla 1. DAFO

Análisis interno	
Debilidades	Fortalezas
1. Comunicación entre residentes y unidad docente 2. Proceso de tutorización modificado 3. Reubicación en el mundo laboral 4. Recursos humanos limitados 5. Desincronización de expectativas y realidades asistenciales 6. Resistencias profesionales	1. Trabajo en equipo 2. Buena relación entre residentes 3. Soporte de tutoras 4. Adaptación a los cambios 5. Adquisición de conocimientos y habilidades específicas en materia de vigilancia epidemiológica 6. Adquisición de conocimientos y habilidades específicas en materia de salud laboral 7. Visión coordinada del sistema sanitario 8. Ética y compromiso con la profesión enfermera
Análisis externo	
Amenazas	Oportunidades
1. Interrupción del proceso formativo 2. Falta de concreción de objetivos 3. Exceso de presión asistencial 4. Inquietud profesional por lo que comporta una pandemia y su exposición 5. Recursos de protección (seguridad) 6. Protocolos COVID cambiantes 7. Planes de contingencia 8. Contexto político 9. Falta de reconocimiento a los residentes	1. Reorganización de la Atención Primaria 2. Empoderamiento de la ciudadanía 3. Visión integral e integrada del sistema sanitario 4. Reconocimiento y visibilidad de la enfermera 5. Autonomía profesional 6. Utilización de TIC 7. Nuevas líneas estratégicas

integrada del sistema sanitario, aspecto reflejado entre las respuestas como oportunidad, y un enfoque hacia el contexto y evolución profesional, contemplando posibilidades de influencia en el cambio sanitario y social (16).

Esta situación pone de manifiesto otra oportunidad: el crecimiento profesional. Esto deriva en un aumento de la autonomía en la toma de decisiones dentro del grado de responsabilidad del/de la EIR, tanto en visitas presenciales como no presenciales, y una mayor capacidad resolutoria, aspecto estudiado previamente y considerado como competencia avanzada en la atención clínica de la formación sanitaria especializada (17).

No obstante, a la luz de los resultados obtenidos, el estado de alerta sanitaria ha afectado a los itinerarios formativos de cada residente, como ha sucedido en otras unidades docentes. Resta adaptarlos a la realidad asistencial, en la que se produce una reorganización de la Atención Primaria, teniendo en cuenta una concreción en cuanto a los objetivos de aprendizaje y una coordinación entre los agentes implicados en este proceso: la propia unidad docente, los servicios clínicos de los hospitales y otros dispositivos, entre los distintos niveles jerárquicos dentro del sistema de salud (18).

Además, la experiencia vivida ha repercutido en el proceso de tutorización, así como en una desincronización entre las expectativas iniciales puestas en la formación sanitaria especializada y una realidad asistencial a la que se ha tenido que dar respuesta en esta crisis sanitaria, encontrando resistencias profesionales y reubicación en el mundo laboral, aspectos relacionados con debilidades halladas. A pesar de esto, surge entre las fortalezas la buena relación entre residentes y tutoras

y entre las oportunidades, una realidad asistencial que ha permitido constatar cómo el sistema sanitario se reorganiza y se adapta a través de sus planes de contingencia. Estos planes han de tener presentes la seguridad de residentes, pero también el trabajo en equipo (interdisciplinar, multidisciplinar), la necesidad de una formación continuada, la adaptación a cambios (19-22) y la visión coordinada del sistema sanitario, aspectos también identificados en el DAFO realizado.

En un mes aproximadamente, dentro del contexto político, se aprobaron cinco órdenes ministeriales (3-7) que afectaron a la formación sanitaria especializada. Paralelamente se publicaban protocolos de actuación que requerían de una actualización constante de conocimientos y procedimientos que debían ser adaptados a las realidades de cada dispositivo en el que se prestaba atención (23-25), al amparo de nuevos descubrimientos *versus* a las incertidumbres sobre cómo se manifiesta, comporta y evoluciona la enfermedad de COVID-19 (26). Estos aspectos mostrados como amenazas se relacionaron con la debilidad de situación de inestabilidad que conducía a una comunicación, poco precisa, entre residentes y unidad docente.

A pesar de esto, la experiencia ha servido para ser partícipes en el desarrollo y puesta en marcha de diferentes formas de atender a la población: atención telefónica, videollamada, econsulta, correo electrónico, etc. Las TIC pasan a ser oportunidades en el proceso de atención a las personas, familias y comunidad (27, 28).

Además, se ha detectado, como oportunidad, la necesidad de contribuir a empoderar a la ciudadanía. En esta línea se visualiza el trabajo comunitario como eje vertebrador de este empoderamiento, teniendo en cuenta comportamientos, estilos de vida, interacciones sociales y características sociodemográficas; resultando aspectos a considerar en la pandemia en el proceso salud-enfermedad, teniendo presentes a grupos vulnerables y desigualdades sociales que pueden agravarse (29-30).

Es por todo lo expuesto que esta pandemia ofrece la oportunidad de reflexionar sobre nuevas líneas estratégicas vinculadas al desconfinamiento y a la reorientación de la Atención Primaria, pero también sobre "el estado de nuestra profesión, el sistema sociosanitario y la constelación de las estructuras asociadas que lo articulan y de los valores sociales que lo apuntalan" (31). Así los/las residentes ven en esta situación una oportunidad, que lejos del "renacimiento profesional" (31), constituya un "crecimiento profesional", motivo por el que se insta a impulsar el reconocimiento de los/las residentes y de la visibilidad de la especialidad tal y como se viene solicitando desde diferentes contextos, como modelo que permite hacer sostenible el sistema sanitario (32-33).

Como limitación importante del estudio es que se circunscribe a una sola especialidad en una unidad docente con lo que no son extrapolables los datos obtenidos. Se propone ir reevaluando la situación ante un contexto epidemiológico cambiante y expectante que aún no ha finalizado.

Conclusión

Se ha empleado la herramienta DAFO para analizar la situación vivida por los/las EIR de Atención Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente Multiprofesional Costa Ponent, identificando aquellas debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades con repercusión en el proceso formativo, enmarcado en un contexto de pandemia COVID-19. Se propone ir reevaluando la situación ante un contexto epidemiológico cambiante y expectante. En este sentido son claves todos los agentes implicados en el proceso.

Trabajo desarrollado por:

Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Costa de Ponent:

Cristina Cruz-Martí, Alejandro Huertas-Albaladejo, Alba Adiego-Laya, Idaira Lorenzo-Sauzedo, Marta Rodríguez-Romero, Noelia Aguado-García, María Palacio-Puente, Sofía Berlanga Fernández.

Bibliografía

- [1] Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 157, de 29 de junio de 2010.
- [2] Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 45, de 21 de febrero de 2008.

- [3] Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 67, de 14 de marzo de 2020.
- [4] Orden SND/232/2020, de 15 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 68, de 15 de marzo de 2020.
- [5] Orden SND/299/2020, de 27 de marzo, por la que se modifica la Orden SND/232/2020, de 15 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 88, de 30 de marzo de 2020.
- [6] Orden SND/319/2020, de 1 de abril, por la que se modifica la Orden SND/ 232/2020, de 15 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 93, de 3 de abril de 2020.
- [7] Orden SND/346/2020, de 15 de abril, por la que se acuerda el inicio de plazos para realizar las evaluaciones y la fecha final de residencia o de año formativo de los profesionales sanitarios de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm.106, de 16 de abril de 2020.
- [8] Pérez J. Óbito y resurrección del análisis DAFO. *Avanzada Científica* [internet] 2011 [citado 8 nov 2020]; 14(2):1-11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3701384>
- [9] Lumillo I, Sánchez B, Garzón M, Gallardo C, Salvadó MC. Análisis CAME-DAFO del primer semestre como residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria. *Metas Enferm.* 2013; 16:62-6.
- [10] Pons-Vigués M, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Violán C, Mahtani-Chugani V. La participación ciudadana en la investigación desde la perspectiva de investigadores de atención primaria. *Gac Sanit.* 2019; 33(6):536-46. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.05.011>
- [11] Nebot C, Pasarín M, Canela J, Sala C, Escosa A. La salud comunitaria en los equipos de Atención Primaria: objetivo de dirección. *Aten Primaria.* 2016; 48(10):642-8. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.009>
- [12] Camarells F, Fernández C, Galindo G. Aunando esfuerzos en Prevención y Promoción de la Salud con el PAPPs. *Aten Primaria.* 2019; 51(4):195-7. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.03.001>
- [13] Oltra-Rodríguez E, Martínez-Riera JR, Mármol-López MI, Pastor-Gallardo FJ, Gras-Nieto E, Holgado-Fernández A. La formación de especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria según las responsables de las unidades docentes. *Enferm Clin.* 2017; 27(3):179-85. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.02.004>
- [14] García-Martínez P, Lozano-Vidal R, Herraiz-Ortiz MC, Collado-Boira. E. Competencias adquiridas en investigación y Salud Pública en la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en la Comunidad Valenciana. *Enferm Clin.* 2017; 27(5):303-7. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.07.007>
- [15] Pérez-Vico Díaz de Rada L, Sánchez-Gómez MB, Duarte-Climents G, Brito-Brito R, Rufino Delgado T. Competencias enfermeras de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: una revisión sistemática. *Ene* [internet] 2013 [citado 8 nov 2020]; 7(2):1335. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/277>
- [16] Sánchez Gómez MB, Novo Muñoz MM, Rodríguez Gómez JA, Sierra López A, Aguirre Jaime A, Duarte-Climents G. Competencias de enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria. Análisis para su desarrollo actual y futuro. *Ene* [internet] 2019 [citado 8 nov 2020]; 13(3):1335. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000300005&lng=es
- [17] Brugués A, Cubells I, Flores G. Implantación de la gestión de la demanda en las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria de Salud de Cataluña. *Aten Primaria.* 2017; 49(9):518-24. Doi: <http://doi.org/1016/j.aprim.2016.11.012>
- [18] Sánchez Martínez DA, Madrigal Laguía P, Serrano Porta S, Guardiola Olmos JA, Cañadilla Ferreira M. Análisis de la actividad laboral de los profesionales sanitarios en formación de la Región de Murcia ante la pandemia por COVID-19. *Rev Esp Edu Med* [internet] 2020 [citado 8 nov 2020]; 1(1):11-3. Disponible en: <https://revistas.um.es/edumed/article/view/422531>
- [19] Solera Albero J, Tárraga López PJ. La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca en la crisis del coronavirus. *JONNPR.* 2020; 5(5):468-72. Doi: <http://doi.org/10.19230/jonnpr.3655>
- [20] Benavides FG. La salud de los trabajadores y la COVID-190 Arch Prev Riesgos Labor.2020; 23(2):154-8. Doi: <http://doi.org/10.12961/apr.2020.23.02.02>
- [21] Trilla A. Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19. *Med Clin (Barc).* 2020; 154(5):175-7. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.02.002>
- [22] Cassiani SHB, Munar Jiménez EF, Umpiérrez Ferreira A, Peduzzi M, Leija Hernández C. La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Rev Panam Salud Publica.* 2020; 44:64-5. Doi: <http://doi.org/10.26633/RPSP.2020.6>

- [23] Guia d'actuació enfront de casos d'infecció del nou coronavirus SARS-CoV-2 a l'atenció primària i a la comunitat [internet]. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2020. [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4772>
- [24] Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2 a les residències [internet]. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2020. [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4778>
- [25] Proposta d'ús d'hotels per a l'atenció sanitària en el context de l'emergència sanitària COVID-19. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2020.
- [26] Llor C, Moragas A. Coronavirus y atención primaria. *Aten Primaria*. 2020; 52(5):194-296. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.03.002>
- [27] Brito R. En los límites de lo cotidiano: a propósito del COVID-19 en Atención Primaria. *Ene* [internet] 2020 [citado 8 nov 2020]; 14(1). Disponible en: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1151/coronavirus_ap
- [28] Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ* [internet] 2020 [citado 8 nov 2020]; 368:1182. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32213507>
- [29] Machado I, Rodríguez D. Aporte desde el trabajo comunitario en Cuba para enfrentar la COVID-19. *INFODIR* [internet]. 2020 [citado 8 nov 2020]; 32. Disponible en: <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/812>
- [30] Douglas M, Katikireddi SV, Taulbut M, McKee M, McCartney G. Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic. *BMJ*. 2020; 369. Doi: <http://doi.org/10.1136/bmj.m1557>
- [31] Castro-Sánchez. Pandemia por SARS-COV-2, el primer reto para la enfermería planetaria. *Ridec* [internet]. 2020 [citado 8 nov 2020]; 13(1):4-5. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27180/pandemia-por-sars-cov-2-el-primer-reto-para-la-enfermeria-planetaria/>
- [32] Pisano MM, González AC, Abad A. Enfermería Familiar y Comunitaria: claves de presente, retos de futuro. *Enferm Clin*. 2019; 29(6):365-36. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.005>
- [33] Martínez-Riera JR, Carrasco Rodríguez FJ. Enfermería familiar y comunitaria, cronología de una especialidad. *Enferm Clin*. 2019; 29(6):352-6. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.09.011>

Enfermería Comunitaria y salud digital en tiempos de la COVID-19

¹ Marta Lima-Serrano
² Trinidad Carrión Robles
³ Antonia Herráiz Mallebrera
⁴ Ana Belén Arrabal Téllez

¹ Enfermera. Antropóloga Social y Cultural. Profesora Titular del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Responsable del Grupo PAIDI CTS-969 "Innovación en Cuidados y Determinantes Sociales en Salud".

² Enfermera y profesora jubilada del Departamento de Enfermería de la Universidad de Málaga. Licenciada en Antropología Social y diplomada en Enfermería por la Universidad de Sevilla.

³ Enfermera jubilada de Atención Primaria. Licenciada en Documentación por la Universidad Oberta de Catalunya.

⁴ Enfermera de Atención Primaria, Centro de Salud de Nerja (Málaga). Investigadora colaboradora en el Proyecto de Investigación e Innovación en el ámbito de la Atención Primaria de Salud del SAS AP-0157-2018.

Dirección de contacto: mlima@us.es

Cómo citar este artículo:

Lima-Serrano M, Carrión Robles T, Herráiz Mallebrera A, Arrabal Téllez AB. Enfermería Comunitaria y salud digital en tiempos de la COVID-19. *RIdEC* 2020; 13(2):34-42.

Fecha de recepción: 3 de noviembre de 2020 **Aceptada su publicación:** 19 de noviembre de 2020.

Resumen

Objetivo: actualizar y ampliar conocimientos de salud digital en el ámbito de la Enfermería Comunitaria y la Atención Primaria de Salud durante la pandemia de la COVID-19.

Método: revisión narrativa. Descripción de las competencias y herramientas de salud digital más utilizadas en la pandemia y de estudios relacionados con su uso en Atención Primaria de Salud por las enfermeras comunitarias; incluyendo el análisis de la experiencia llevada a cabo por las enfermeras del Centro de Salud de Nerja (Málaga).

Resultados: organizaciones internacionales de la salud y otras fuentes aportan valiosa bibliografía sobre el potencial de las herramientas digitales, bajo el marco de la pandemia por COVID-19, recomendando su utilización a las enfermeras en la aplicación del cuidado. Los estudios consultados muestran la utilidad de la salud digital para la enfermera comunitaria en el mantenimiento de la atención domiciliaria a las personas en situación de aislamiento, así como el análisis de la experiencia llevada a cabo por las enfermeras.

Conclusiones: la salud digital representa un escenario ideal en situaciones de aislamiento, como el producido por una pandemia, en este caso por el virus SARS CoV-2, y las enfermeras observan que es un buen recurso en situaciones de aislamiento, al tiempo que se muestra capacidad de adaptación a los cambios estructurales que la pandemia por COVID-19 exige. Ante el colapso vivido en Atención Primaria, las intervenciones de salud digital podrían facilitar los cuidados enfermeros por medios virtuales siempre que se acelere la innovación digital en el Sistema Nacional de Salud. El impacto de la COVID-19 exige, como enfermeras comunitarias implicación en la transformación hacia la salud digital.

Palabras clave: Enfermería Comunitaria; Atención Primaria de Salud; salud digital; pandemia por el nuevo coronavirus 2019; alfabetización digital.

Abstract

Community Nursing and Digital Health in the time of COVID-19

Purpose: to update and expand knowledge about digital health in the field of Community Nursing and Primary Health Care during the COVID-19 pandemic.

Methods: a narrative review. A description of digital health competences and tools most commonly used during the pandemic and studies on their use in Primary Health Care by community nurses, including a review of the experiences lived by nurses working at Institución de Salud de Nerja (Málaga, Spain).

Results: international health organizations and other sources provide literature on the potential of digital tools, within the framework of the COVID-19 pandemic, and recommend their use by nurses when implementing nursing care. Reviewed studies show the usefulness of digital health for community nurses to maintain home care for people in solitary confinement, as well as an analysis of experiences lived by nurses.

Conclusions: digital health represents an ideal scenario in situations of isolation, such as those caused by a pandemic, in this case by the SARS CoV-2 virus; and nurses report this is a good resource in situations of isolation, while showing capacity to adapt to the structural changes required by the COVID-19 pandemic. In order to cope with the collapse experienced in Primary Care, digital health interventions could facilitate nursing care through virtual means, as long as digital innovation in the National Health System is accelerated. The impact of COVID-19 requires community nurses to be involved in the transformation towards digital health.

Key words: Community Nursing; Primary Health Care; digital health; new coronavirus 2019 pandemic; digital literacy.

Introducción

La rápida propagación y gravedad de la enfermedad COVID-19, desde la aparición de los primeros casos confirmados en diciembre, hizo que el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declarara como una pandemia (1). Esta enfermedad está influyendo en la forma de vivir, por su fácil propagación, por ser la vía respiratoria el principal medio de transmisión confirmado, a través del contacto directo o indirecto con secreciones bucales y nasales que se producen al toser, estornudar, hablar o cantar, ya sean pacientes sintomáticos o asintomáticos (2,3). Sus principales medidas de prevención son las denominadas tres M: distanciamiento social (un metro o más de distancia), uso de mascarilla y lavado de manos. Desde inicios de 2020, la pandemia ha sometido a la población mundial a cuarentenas sucesivas; en España supuso la paralización de la actividad humana tras la declaración del estado de alarma el 14 de marzo de 2020 (4), reanudándose progresivamente hasta que el 21 de junio el país pasó a lo que se ha denominado como "nueva normalidad" (5), en la que se tiene un mayor conocimiento sobre la transmisión y tratamiento, pero se desconoce cuándo habrá un control sobre la pandemia. Este conjunto de circunstancias ha hecho cambiar los estilos de vida y la organización de las instituciones y administraciones públicas y privadas a un ritmo acelerado, posiblemente casi frenético, por lo que muchos de estos cambios y actuaciones han pasado por acelerar la digitalización de las administraciones, y se han multiplicado las capacidades sanitarias a través de las nuevas tecnologías, tal como expresó la vicepresidenta tercera del Gobierno y ministra de Asuntos Económicos y Transformación Digital, Nadia Calviño, en el pasado 34 Congreso de AMETIC (6).

La aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) a la salud se ha venido denominando "Salud electrónica (eSalud/eHealth)", y más recientemente, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), "Salud Digital (SD/DH)", entendida como un paraguas que incluye la eSalud y la "Salud Móvil (mSalud/mHealth)" y otras áreas emergentes, tales como la ciencia avanzada de minería de datos (Big-data), la genómica y la inteligencia artificial (7).

La 71ª Asamblea Mundial de la Salud (8) reconoce el potencial de las tecnologías digitales para promover los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y en particular, para respaldar los sistemas de salud en todos los países en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, y mediante la mejora de la accesibilidad, calidad y asequibilidad de los servicios de salud. Por otro lado, subraya la necesidad de velar para que las soluciones de salud digital complementen y mejoren los modelos actuales de prestación de servicios de salud, fortalezcan los servicios de salud integrados y centrados en la persona y contribuyan a la mejora de la salud de las poblaciones y la equidad sanitaria, incluida la igualdad de género, y a subsanar la falta de datos científicos sobre las repercusiones de la salud digital en esos ámbitos. Además, insta a los estados a que evalúen, examinen y promuevan su uso, que capaciten a profesionales y usuarios, que desarrollen legislación y/o políticas de protección de datos y alianzas eficaces con las partes interesadas en salud digital.

Recientemente, tras la Declaración de Riad, formulada durante la última Cumbre Mundial de Salud Digital que tuvo lugar en Riad, del 11 al 12 de agosto de 2020, se destaca la importancia de la tecnología digital, los datos y la innovación para sistemas de atención y salud globales resilientes; un grupo de expertos ha identificado las prioridades claves y recomendaciones que deben ser adoptadas por la comunidad de salud global para abordar los desafíos de la pandemia COVID-19 y las pandemias futuras (9).

La Guía de la Organización Mundial de la Salud (7) sobre recomendaciones de intervenciones digitales para reforzar los sistemas de salud categoriza los diferentes modos por los que la tecnología digital está siendo usada para superar los retos del sistema de salud, y define una intervención de salud como una funcionalidad de la tecnología digital que es aplicada para mejorar objetivos de salud y es implementada dentro de las aplicaciones de los sistemas de salud digital y de las TIC. Esta guía clasifica las intervenciones en aquellas dirigidas a los sistemas de salud y a los profesionales y gestores sanitarios (como los sistemas de notificación y registro, la telesalud, sistemas de soporte a la toma de decisiones y provisión de entrenamiento a los profesionales sanitarios) y aquellas dirigidas a los usuarios (como el uso de la tecnología eSalud, mSalud o el internet de las cosas, para la promoción, prevención o seguimiento terapéutico).

Por otro lado, la enfermera comunitaria desarrolla su labor en el primer nivel de contacto con el Sistema Nacional de Salud (SNS), la Atención Primaria de Salud (APS), poniendo los cuidados lo más cerca posible de los lugares donde las personas viven y trabajan, y apoyada en cuatro principios: cuidados de salud equitativos y accesibles para todos, participación de la comunidad, coordinación intersectorial y tecnología adecuada (10). Ha de contar, para ello, con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos. Así mismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece servicios, los recursos disponibles o las diferentes maneras de interactuar entre sus miembros (11), y entre estos, en la era en la actual, se destacan aquellos relacionados con la salud digital.

Las competencias enfermeras en salud digital podrían resumirse en (12):

- Información: se relaciona con habilidades de alfabetización de la información, para realizar búsquedas de información acreditada y ser capaces de gestionar documentos para su posterior recuperación, mejorando no solo la alfabetización de las enfermeras, sino también de los usuarios/as.
- Comunicación: interacción mediante el uso de las TIC para transformar la atención a la salud, mediante el establecimiento de nuevos canales de comunicación con otros profesionales y con los usuarios, incluyendo la creación de una identidad digital y la comunicación para la salud.
- Creación de contenidos: elaboración de contenidos personales como blogs o colaborativos con recursos específicos: materiales multimedia, infografías, etc., orientados a la propia comunidad enfermera, otros grupos profesionales y usuarios. En este sentido es necesario adquirir conocimientos sobre las diferentes formas de publicación, derechos de autor, utilización de diferentes licencias de publicación y herramientas para valorar los requisitos de calidad, accesibilidad, usabilidad y seguridad.
- Seguridad: protección de datos personales y otros aspectos éticos y legales aplicables.
- Resolución de problemas e identificación de necesidades para abordar los avances tecnológicos, así como desarrollar una actitud cultural innovadora y el uso creativo de la tecnología con la identificación de las brechas digitales en el entorno.

Todo ello lleva a actualizar y ampliar conocimientos de salud digital para potenciarla en el ámbito que ocupa, concretamente la Atención Primaria de Salud (APS) y la Enfermería Comunitaria en tiempos de la COVID-19.

Método

Revisión narrativa realizada durante el mes de septiembre de 2020, con una estrategia de búsqueda basada en la combinación de las palabras claves: Enfermería Comunitaria, Atención Primaria de Salud, salud digital, pandemia por el nuevo coronavirus 2019 y alfabetización digital. De la bibliografía encontrada se priorizaron los documentos guías de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y los estudios relacionados con el uso y valoración de la salud digital por profesionales sanitarios y aplicables a la Enfermería Comunitaria. La participación de una de las autoras en la experiencia llevada a cabo por las enfermeras del Centro de Salud de Nerja (Málaga) para modificar la accesibilidad al Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA) en tiempos del coronavirus ha permitido analizar su impacto.

Resultados

Documentos Guías de la OPS

En el actual contexto, la OPS, a través de una serie de hojas informativas desarrolladas por el Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud, enfatiza la utilidad de cuatro herramientas en la gestión de la pandemia, estas son: los sistemas de información (13), los registros electrónicos de salud (14), la teleconsulta (15) y las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) de uso frecuente (16) que, en el contexto de la epidemia COVID-19, son utilizadas tanto los profesionales y gestores sanitarios como los ciudadanos y usuarios en relación con los siguientes aspectos (Tabla 1): información (aclarar dudas, aportar conocimientos, acceder a datos e información confiable, comprobar la veracidad de la información), continuar aprendiendo), relación (mantener las relaciones interpersonales, participar en las redes sociales), teletrabajo y tele-asistencia (monitoreo y seguimiento de pacientes, teleconsulta, ayuda terapéutica, interactuar con profesionales y servicios de salud, segunda opinión entre profesionales de todo el mundo, apoyo al autodiagnóstico, prevención). Otras herramientas que destacan durante la pandemia de la COVID-19 son: la mSalud (17) u otros sistemas de telemonitorización como los *wearables* o sensores (18), la inteligencia artificial como algoritmos para predecir el avance de la epidemia, o la domótica y la robótica tanto para la monitorización de la enfermedad, como para el apoyo, monitorización y comunicación con los usuarios (19). Por último, hay que destacar las herramientas de aprendizaje en línea, dirigidos a profesionales, gestores y usuarios y familias, especialmente las herramientas de aprendizaje en abierto (Massive Open Online Course-MOOC) (19).

Experiencias en salud digital aplicables a la Enfermería Comunitaria

Se han encontrado los siguientes estudios en salud digital que pueden ser útiles para la Enfermería Comunitaria: análisis de un sistema de telesalud para diferentes áreas desarrollada por un equipo de la Universidad Médica de Carolina del Sur (20); valoración de los profesionales sanitarios de un sistema de teleconsulta implantado en Cataluña, cuyo uso se expandió tras la irrupción de la COVID-19 (21) y encuesta a personas mayores con deterioro cognitivo leve o demencia, que participaban en un ensayo clínico en el que se testa una herramienta de telesalud (22). Asimismo, se destaca una experiencia llevada a cabo por las enfermeras comunitarias del Área Sanitaria Este Málaga-Axarquía de la Unidad de Gestión Clínica de Nerja para modificar la accesibilidad al Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA) en tiempos del coronavirus.

Discusión

A continuación se reflejan las implicaciones de los estudios localizados, primero de las herramientas destacadas en los documentos guías, y segundo de las experiencias analizadas.

Un **sistema de información** (13) es un conjunto de tecnologías, aplicaciones o *software* que permite el intercambio y gestión de datos sanitarios. Los sistemas de información de datos juegan un papel fundamental en la pandemia, para manejar y analizar los datos con la velocidad que se requiere. La difusión de la información recogida permite disponer de evidencia para la acción, tomar decisiones lo más informadas posibles y adecuar políticas que permitan una mejor inteligencia en acciones de salud. La OPS destaca la importancia de la gestión de datos desagregados, por sexo, edad, etnia u otras fuentes de vulnerabilidad, de tal manera que se puedan planificar acciones que reduzcan posibles inequidades en salud. Dentro de las áreas prioritarias, en cuanto a los sistemas de información, destaca: (1) la gobernanza y gestión intersectorial para un uso efectivo por parte de los sistemas de salud de las TIC en la producción, gestión y procesamiento de datos, infraestructura, interoperabilidad y accesibilidad, así como cumplimiento de normas, estándares de calidad (normas ISO

Tabla 1. Tecnologías de Salud digital de uso frecuente. Adaptada de la Organización Panamericana de Salud (16)

Tema	Posibles herramientas	Ejemplos de tecnologías*
Información general sobre COVID-19	Webs oficiales, Mapas interactivos, <i>apps</i> , chatbots, foros, SMS, <i>call centers</i>	OMS: Web COVID19, Tablero interactivo, Chatbot OPS: Web COVID19, Mapa interactivo EE.UU.: Web COVID19 CDC, Tablero interactivo JH Europa: Web COVID19 CDC España: Web MS COVID19, Web ISCIII COVID19
Apoyo al autodiagnóstico	Sitios web, <i>apps</i> , chatbots, <i>call centers</i>	OMS: Chatbot OPS: Web EE.UU.: CDC & Apple screening tool Europa: PEPP-PT España: App AsistenciaCOVID19, App RadarCOVID
Promoción de la salud y prevención	Sitios web, <i>apps</i> , <i>call centers</i>	España: Web de Estilos Saludables MS, Envejecimiento en Red
Teleconsulta y seguimiento de pacientes	<i>Apps</i> , <i>call centers</i> , herramientas de video conferencia, <i>wearables</i>	Europa: Emergencias 112 España: Teleasistencia, <i>app</i> Salud Responde-Andalucía
Aprendizaje y capacitación	Sitios web con evidencia, sitios especializados de interacción con científicos, campos virtuales, conferencias web, revistas científicas, wikis	OMS/OPS: Repositorio COVID, Campus Virtual, Revista Panamericana de Salud Pública Biblioteca Cochrane sobre COVID-19 Lancet: Centro de recursos EEUU: Biblioteca Nacional de Medicina Centro de Información ELSEVIER Europa: eLearning courses & training material CDC España: Campus virtual y Biblioteca Virtual en Salud ISCIII, GuíaSalud.es, EASP-COVID19, COVIviendo, CORONAPEDIA, CuidadosenelhogarCOVID19, Kiosco AEC-COVID19
Interacción social	Redes sociales, foros, plataformas de interacción	LinkedIn official update on COVID Foro Iberoamericano COVID Foro-reflexiones ecosociales COVID Zoom, Webex, Teams, Skype, Hangouts, Adobe connect

* AEC: Asociación de Enfermería Comunitaria; CDC: Center for Disease Control and Prevention; EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública; ISCIII: Instituto de Salud Carlos III; JH: Johns Hopkins; MS: Ministerio de Sanidad; OMS: Organización Mundial de la Salud; OPS: Organización Panamericana de Salud; JH: Johns Hopkins; MS: Ministerio de Sanidad; PEPP-PT: Pan-European Privacy-Preserving Proximity Tracing

27001, 27002 y 27799) y legislación sobre protección de datos; (2) la involucración de todos los agentes claves en la gestión e intercambio de conocimiento desde una colaboración intersectorial de la comunidad científica, académica y sociedad civil a través de diversos mecanismos (foro, sitio web de intercambio de conocimientos, listas de distribución, etc.); la innovación en el desarrollo de herramientas y aplicaciones que permitan alcanzar estas prioridades (internet de las cosas, computación en la nube, minería de datos, el aprendizaje automático y la inteligencia artificial, entre otros) (13,23). Dentro de esta categoría destacan los sistemas de información geográfica que permiten el mapeo móvil u *online*, facilitando la trazabilidad de la pandemia (19).

Los **registros electrónicos de salud** (14) desarrollan un papel fundamental para los sistemas de salud al facilitar la recopilación, almacenamiento y análisis de los datos de pacientes, para la comunicación entre profesionales y pacientes, como para la toma de decisiones a través de distintas herramientas y algoritmo, siendo para ello necesario mejorar la interoperabilidad de los distintos sistemas: regionales, nacionales e internacionales, así como entre diferentes unidades y servicios sociosanitarios, lo que permitiría un mejor seguimiento y trazabilidad de la situación de salud de la ciudadanía, especialmente de la población con mayor vulnerabilidad (24).

La **teleconsulta** (15) consiste en la interacción entre el profesional y el usuario a través de la TIC para proporcionar asesoramiento diagnóstico o terapéutico. Esta herramienta resulta también esencial durante la pandemia, ayudando a gestionar la atención no solo de los pacientes con COVID-19, sino también del resto de usuarios, permitiendo mantener los servicios y luchando con la carga asistencial, así como minimizando el riesgo de transmisión, siempre que se realice una gestión eficiente de las mismas. Para ello, es necesario que los actores (profesional, usuario) de la teleconsulta tengan la infraestructura adecuada y las competencias digitales necesarias para su uso, que el profesional tenga conocimientos suficientes de las limitaciones inherentes a la teleconsulta y saber cuándo es adecuado utilizar esta herramienta en vez de una intervención presencial. Las herramientas empleadas para la teleconsulta son aquellas dirigidas a la teleconferencia, como por ejemplo Webex, Skype, Zoom, Elluminate, MS Teams y FaceTime, Google Meet, entre otras, siendo requisito tener un proveedor de Internet que ofrezca un servicio con la calidad mínima requerida.

Teniendo en cuenta otras herramientas, la mSalud, a diferencia de la teleconsulta tradicional, puede añadir ventajas como la accesibilidad, la posibilidad de acceso a la cámara y grabación y la navegación GPS, entre otros aspectos. Así, entre los modos de comunicación de la mSalud se pueden dividir entre plataformas de vídeo (Zoom, Skype, Facetime, Teams, Hangouts), plataformas de audio (llamadas telefónicas individuales o grupales a través de la línea tradicional o plataformas como Whatsapp) o plataforma de texto (sms, Whatsapp, Telegram). Destacan las *apps* dirigidas a la comunicación electrónica de resultados de un paciente (EPRO systems) o sensores móviles que pueden ayudar al seguimiento y *app* para el seguimiento de contactos y trazabilidad de los pacientes COVID-19 como la *app* Radar Covid. La mSalud, por otro lado, también puede ser útil para el seguimiento del resto de usuarios de los sistemas de salud, tanto en los ámbitos de la promoción, prevención, atención, o rehabilitación (25).

Todas estas herramientas pueden ser utilizadas para seguir desarrollando las funciones de la APS en el marco de la pandemia por COVID-19, como son: la atención centrada en la respuesta a la COVID-19, y el mantenimiento de la continuidad de los servicios esenciales y la atención a usuarios no COVID-19. Mediante los sistemas de información, el registro electrónico, el uso de plataformas de teleconsulta y otras TIC de uso frecuente, la APS puede mejorar su capacidad para la identificación, notificación, contención, manejo (monitoreo remoto y seguimiento domiciliario) y derivación de los nuevos casos, así como para el manejo de la salud de la comunidad (13).

La experiencia desarrollada en la Universidad Médica de Carolina del Sur, consistente en un sistema de telesalud para las áreas de atención virtual urgente, monitorización remota de pacientes, monitorización virtual continua y transformación de la atención domiciliaria, redujo la exposición de los profesionales de salud y el uso de equipos de protección individual (EPI) al sustituir las visitas presenciales por virtuales. También la infraestructura informática biomédica para el registro en la Historia de Salud Electrónica de pacientes con COVID-19 potencial y/o confirmada incluyó un portal para el seguimiento telemático de los pacientes, una *app* con sensores y métodos de inteligencia artificial, también de seguimiento y recolección de datos (20).

En Cataluña, el estudio para conocer la valoración de los profesionales sanitarios de un sistema de teleconsulta durante la pandemia COVID-19 arrojó los siguientes resultados: la teleconsulta podría evitar visitas presenciales en el 79,6% de los casos y en un 35% anotaron que en caso de no existir la teleconsulta, los usuarios no hubieran realizado una visita virtual, siendo los tipos de consulta más frecuentes: la gestión de pruebas diagnósticas, prescripciones y, en tercer lugar, consultas sobre el proceso de salud (21).

Otra utilidad de la salud digital para la enfermera comunitaria es el mantenimiento de la atención domiciliaria a las personas en situación de discapacidad y/o dependencia, y que puede servirse de las herramientas digitales (26). En este sentido, en España se realizó una encuesta a personas mayores con deterioro cognitivo leve o demencia, que participaban en un ensayo clínico en el que se testa una herramienta de telesalud, consistente en la administración de apoyo social y sanitario a través de una tecnología integrada en la televisión, para conocer cómo habían mantenido sus rutinas durante el confinamiento, concluyendo que el sistema de salud había permitido al grupo de intervención a mantener sus rutinas, actividades de ocio e interacción social (22).

Por último, en el Centro de Salud de Nerja (Málaga), donde las enfermeras comunitarias vieron como a raíz de la COVID-19 se paralizaban los Programas de Salud decidieron experimentar con uno de ellos, el Programa del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA), a fin de modificar su accesibilidad. En el Programa PITA la promoción de la salud juega un papel muy importante para minimizar los riesgos con respecto a la afectación que el tabaco supone a nivel pulmonar: cáncer, enfisemas y otras patologías asociadas al empeoramiento de personas que hayan sido contagiadas por COVID-19, con una tasa muy elevada de mortalidad.

Con la pandemia se ha reestructurado el programa cerrando las consultas presenciales y abriendo consultas telefónicas individuales, siguiendo un circuito y un protocolo, aprobado en enero de 2020 por el Ministerio de Sanidad, de la financiación de medicamentos no nicotínicos para facilitar el abandono al tabaco de todas esas personas que cumpliera con los requisitos de Test de Fargerstrom mayor de 7 y, al menos, haber intentado dejar de fumar y no conseguirlo. Se anularon las pruebas diagnósticas, espirometría y cooximetría, por el elevado flujo de partículas en el aire que podría propagar el virus. A pesar del cambio, el programa continúa atendiendo a las personas que habían iniciado la deshabituación tabáquica y algunas de ellas acogidas a la financiación del tratamiento farmacológico no nicotínico. Las sesiones del programa se hacen mediante seguimiento telefónico individual realizando actividades de apoyo psicológico, de educación en hábitos de vida saludable, prescripciones vía telefónica coordinadas por las enfermeras referentes del programa pita y de ese modo, el usuario/a no tiene que acudir al centro de Salud y el Programa continúa a través de la App Salud Responde. Todo ello ayuda a entrar en el Programa PITA a todas las personas que quieran dejar de fumar en situación de aislamiento y demuestra que las enfermeras están capacitadas para readaptarse a los cambios estructurales que la pandemia por COVID-19 exige sin abandonar las actividades de Atención y Promoción de la Salud.

Conclusiones

Las TIC, en general, y la salud digital, en particular, son cada vez más utilizadas por las personas en la vida cotidiana, por lo que representan un escenario ideal para la situación de pandemia por COVID-19. Desde el 15 de marzo de 2020, el uso de la tecnología digital en salud ha crecido exponencialmente por su accesibilidad y bajo coste (21).

En estos momentos la salud digital es un buen recurso en situaciones de aislamiento, como la provocada por la pandemia de la COVID-19. Ante el colapso vivido en la Atención Primaria durante la pandemia, las intervenciones de salud digital podrían facilitar, siempre que sea factible y con una toma de decisiones basada en la evidencia, la atención sanitaria, en general, y los cuidados enfermeros por medios virtuales. Para ello, es fundamental que se acelere la innovación digital en el Sistema Nacional de Salud y se desarrollen guías sobre el buen uso de las TIC en la consulta, en la atención domiciliaria y en la intervención comunitaria enfermera.

El impacto de la COVID-19 en la población y en los sistemas de salud exige como enfermeras comunitarias implicación en la transformación hacia la salud digital.

Entre los desafíos que presenta la salud digital se encuentran la accesibilidad, la adecuada gestión de la información, evitando la infodemia y la infoxicación (24), el exceso de tecnologías disponibles, la adecuación de cada una de las soluciones tecnológicas en combinación con la asistencia presencial y aspectos relacionados con la ciberseguridad, la ética, la privacidad y la confidencialidad, tales como (13,16):

- Gestión del cambio en los profesionales de salud para la adaptación de su trabajo a la salud digital.
- Alfabetización digital de profesionales y pacientes atendiendo a los ejes de vulnerabilidad e inequidad en salud.
- Conectividad e infraestructura tecnológica adecuadas y estables, que permitan un adecuado intercambio de datos.
- Involucración a la ciudadanía en el diseño y adaptación de las herramientas digitales.
- Garantía de acceso a las tecnologías considerando los distintos segmentos de la población.

Bibliografía

- [1] Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Bio Med*; 91(1):157-60. Doi: <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>
- [2] Organización Mundial de la Salud (OMS). Preguntas y respuestas sobre la transmisión de la COVID-19 [internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/q-a-how-is-covid-19-transmitted>

- [3] Riediker M, Tsai D-H. Estimation of Viral Aerosol Emissions from Simulated Individuals with Asymptomatic to Moderate Coronavirus Disease 2019. *JAMA Net-Open*. 2020; 3(7): e2013807. Doi: <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.13807>
- [4] Consejo de Ministros. Coronavirus COVID-19. El Gobierno decreta el estado de alarma para hacer frente a la expansión de coronavirus COVID-19 [internet]. Madrid: Gobierno de España; 2020 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeminstros/resumenes/Paginas/2020/14032020_alarma.aspx
- [5] Plan para la transición hacia una nueva normalidad [internet]. Madrid: Gobierno de España; 2020 [citado 8 nov 2020]. Disponible en <https://www.lamoncloa.gob.es/covid-19/Paginas/plan-transicion.aspx>
- [6] ComputerWorld. Nadia Calviño: "El COVID-19 ha acelerado la digitalización de España". *ComputerWorld* [internet] 2 sep 2020 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.computerworld.es/tecnologia/nadia-calvino-el-covid19-ha-acelerado-la-digitalizacion-de-espana>
- [7] World Health Organization. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening [internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/>
- [8] Organización Mundial de la Salud (OMS). 71ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA71.7) [internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R7-sp.pdf
- [9] Al Knawy B, Adil M, Crooks G, Rhee K, Bates D, Jokhdar H, et al. The Riyadh Declaration: the role of digital health in fighting pandemics. *The Lancet*. 2020; 396(10262). Doi: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31978-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31978-4)
- [10] Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Servir a la comunidad y garantizar la calidad: Las enfermeras al frente de la atención primaria de salud [internet]. Ginebra: CIE; 2008. [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Actividades%20de%20Seapa/2008/DIE%202008.pdf>
- [11] Rodríguez F. Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. *Revista de enfermería de CyL*. [internet] 2020 [citado 8 nov 2020]; 2(2):43-68. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/51/39>
- [12] Carrión T, Carrión E, Herráiz A, Moreno L, Pastor FJ, Saavedra D. Salud digital y Enfermería Comunitaria. *Rev ROL Enferm*. 2019; 42(10):20-6.
- [13] Organización Panamericana de Salud (OPS). COVID-19 y el rol de los sistemas de información y las tecnologías en el primer nivel de atención. Hoja informativa N.7 [internet]. Washington: OPS. Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud. Oficina del subdirector; 2020 [citado 8 nov 2020]. Disponible: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52205/COVID-19FactsheetPNA%20_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- [14] Organización Panamericana de Salud (OPS). Registros electrónicos de salud e interoperabilidad: dos conceptos fundamentales para mejorar la respuesta de salud pública. Hoja informativa N.2 [internet]. Washington: OPS. Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud. Oficina del subdirector; 2020 [citado 8 nov 2020]. Disponible: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52004/Factsheets-Digital_Health-EHR-Interoperability-spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- [15] Organización Panamericana de Salud (OPS). Teleconsulta durante una Pandemia [internet]. Washington: OPS. Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud. Oficina del Subdirector; 2020 [citado 8 nov 2020]. Disponible: <https://www.paho.org/ish/images/docs/covid-19-teleconsultas-es.pdf>
- [16] Organización Panamericana de Salud (OPS). El potencial de las tecnologías de la información de uso frecuente durante la pandemia. Hoja informativa N.4. Washington, DC: OPS. Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud. Oficina del Subdirector; 2020 [citado 8 nov 2020]. Disponible: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52022/Factsheet-TICs_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y
- [17] Adans-Dester C, Bamberg S, Bertacchi F, Caulfield B, Chappie K, Demarchi D, et al. Can mHealth Technology Help Mitigate the Effects of the COVID-19 Pandemic? *IEEE Open J Eng Med Biol*. 2020. PP(99):1-1. Doi: <http://doi.org/10.1109/OJEMB.2020.3015141>
- [18] Vidal-Alaball J, Acosta-Roja R, Pastor Hernández N, et al. Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic. *Aten Primaria*. 2020; 52(6):418-22. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.003>
- [19] Quispe-Juli C, Vela-Anton P, Meza-Rodríguez M, Moquillaza-Alcántara V. COVID-19: Una pandemia en la era de la salud digital. *SciELO preprints*. [internet] 2020 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/164/195>
- [20] Ford D, Harvey JB, JMcElligot J, Simpson KN, Valenta S, Warr EH, et al. Leveraging Health System Telehealth and Informatics Infrastructure to Create a Continuum of Services for COVID-19 Screening, Testing and Treatment. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2020. Doi: <http://doi.org/10.1093/jamia/ocaa157>

- [21] López Seguí F, Walsh S, Solans O, Adroher Mas C, Ferraro G, García-Altés A, et al. Teleconsultation Between Patients and Healthcare Professionals in the Catalan Primary Care Service: Descriptive Analysis through Message Annotation in a Retrospective Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res.* preprint 2020:19149 (forthcoming/in press). Doi: <http://doi.org/10.2196/19149>
- [22] Goodman-Casanova JM, Durá-Pérez E, Guzmán-Parra J, Cuesta-Vargas A, Mayoral-Cleries F. Telehealth home support during COVID-19 confinement: Survey study among community-dwelling older adults with mild cognitive impairment or mild dementia. *J Med Internet Res.* preprint 2020:19434 (forthcoming/in press). Doi: <http://doi.org/10.2196/19434>
- [23] Organización Panamericana de Salud (OPS). Los sistemas de información y la salud digital en la pandemia de covid-19: examen posterior a la acción de los 100 primeros días de cuarentena. Hoja informativa N.9. Washington: OPS. Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud. Oficina del Subdirector; 2020 [citado 8 nov 2020]. Disponible: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1104269/op-seihiscovid-19200009_spa.pdf
- [24] Porcel-Gálvez AM, Badanta-Romero B, Barrientos-Trigo S, Lima-Serrano M. Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria. *Enferm Clin.* preprint. Spanish. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.004>
- [25] Iyengar K, Upadhyaya GK, Vaishya R, Jain V. COVID-19 and applications of smartphone technology in the current pandemic. *Diabetes Metab Syndr.* 2020; 14(5):733-7. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.033>
- [26] Martínez-Riera JR, Gras-Nieto E. Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma. *Enferm Clin.* preprint 2020. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.003>

¹ Beatriz Sánchez Hernando
² Lucía Largo Sola
³ Natalia Fuertes Fernández
⁴ Mireya Díaz Cabanillas
⁵ Ana M^a Carrera Noguero

Intervención educativa con la comunidad escolar en relación a la pandemia por COVID-19

¹ Miembro del Grupo Enfermero de Investigación en Atención Primaria de Aragón (GENIAPA). Centro de Salud Amparo Poch (Zaragoza).

² Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Amparo Poch (Zaragoza).

³ Enfermera. Centro de Salud Amparo Poch (Zaragoza).

⁴ Trabajadora Social. Centro de Salud Amparo Poch (Zaragoza).

⁵ Médica Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Amparo Poch (Zaragoza).

Dirección de contacto: beasanhern@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Sánchez Hernando B, Largo Sola L, Fuertes Fernández N, Díaz Cabanillas M, Carrera Noguero AM. Intervención educativa con la comunidad escolar en relación a la pandemia por COVID-19. *RIdEC* 2020; 13(2):43-8.

Fecha de recepción: 1 de noviembre de 2020. **Aceptada su publicación:** 12 de noviembre de 2020.

Resumen

Objetivo: el objetivo principal de la intervención fue dar a conocer y facilitar la lectura de los documentos oficiales disponibles sobre los protocolos de actuación frente a la COVID-19. El objetivo secundario fue resolver las dudas respecto a la actividad diaria de los centros educativos.

Metodología: se hizo un estudio cualitativo basado en el método de investigación-acción participativa, en el que participaron representantes de los centros educativos del territorio y miembros del equipo de vigilancia epidemiológica del centro de salud, para lo cual se realizó una sesión de 90 minutos de duración. Se transcribieron todas las intervenciones y se llevó a cabo la posterior categorización de los datos. Se solicitó el consentimiento de todos los participantes y se trataron los datos de forma anónima, siguiendo la Ley Oficial de Protección de Datos (LOPD).

Resultados: los datos que se obtuvieron se dividieron en las siguientes categorías: uso de la mascarilla, estudiante con síntomas, aula COVID, definición de contacto estrecho, personal que trabaja en el centro, responsabilidad de los padres, estudiantes en situaciones especiales (colegios de educación especial y transporte escolar).

Conclusiones: esta sesión ha permitido comenzar a crear redes con la comunidad educativa. Dado que la participación comunitaria es clave en el control de la pandemia es imprescindible reorganizar la actividad de los equipos de salud, para dar respuesta a las necesidades sentidas por la comunidad.

Palabras clave: infecciones por coronavirus; promoción de la salud; Educación para la Salud; estudiantes; COVID-19.

Abstract

Educational intervention with the school community regarding the COVID-19 pandemic

Purpose: the main aim of the present intervention was to disseminate and facilitate the reading of the official documents available on the protocols of action against COVID-19. A secondary aim was to solve the doubts regarding daily activity at the educational centers.

Methods: a qualitative study was performed, based on the participatory action research method, with representatives of the territory's educational centers and members of the health center's epidemiological surveillance team being involved, by means of a 90-minute session. All interventions were transcribed and the subsequent categorization of data was carried out. The consent of all participants was requested and the data were treated anonymously, in accordance with the Official Data Protection Law (LOPD, Ley Oficial de Protección de Datos).

Results: collected data were divided into the following categories: mask use, student with symptoms, COVID classroom, definition of close contact, staff working in the center, parental responsibility, students in special situations (special education schools and school transportation).

Conclusions: this session has allowed us to start networking with the educational community. Since community participation is key to the control of the pandemic, it is essential to reorganize the activity of health teams to respond to the needs felt by the community.

Key words: coronavirus infections; health promotion; Education for Health; students; COVID-19.

Introducción

Los coronavirus son una familia de virus muy extensa. Algunos de ellos pueden ser causa de enfermedades en seres humanos, causando desde leves resfriados hasta síndromes respiratorios agudos severos, estos virus también pueden causar enfermedades en animales. El año 2020 ha sido testigo de la detección de una nueva cepa de virus, denominado SARS-CoV-2, nunca antes identificado en humanos, de ahí que haya tan poca información al respecto (1). La infección producida por este virus se ha denominado COVID-19.

A comienzos de este año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la COVID-19 emergencia global (2). Esta crisis sanitaria ha paralizado el mundo, afectando a todos los sectores de la vida, incluyendo tanto a la educación como al sistema sanitario.

Es importante señalar que, según la OMS, la COVID-19 tiene un impacto limitado en la salud de los niños. Además, multitud de organizaciones internacionales, entre ellas la OCDE, UNESCO, UNICEF y la OMS, señalan un riesgo sin precedentes para la educación, la protección y el bienestar de la niñez, reclamando la importancia de que los menores vuelvan a poder acceder a la educación con las medidas de seguridad adecuadas (3).

En lo que respecta al sector sanitario, el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha sufrido cambios diversos en cada uno de sus departamentos, incluyendo la Atención Primaria de Salud (APS) (4).

Así, en este escenario pandémico resulta crucial reflexionar sobre qué, cómo, cuánto y cuál es el alcance de acción sobre la promoción de la salud desde la APS. La participación comunitaria y la promoción de la salud son esenciales en la respuesta a la COVID-19 y, desde la APS, la atención comunitaria es un servicio básico que se debería de desarrollar con el enfoque adecuado a cada territorio (5,6). Además, es necesario tener en cuenta que la comunicación efectiva y el apoyo de la comunidad sanitaria son muy importantes en toda la población, pero en la infancia y adolescencia resultan clave (7).

La promoción de la salud en la época de la COVID-19 es fundamental para procurar el empoderamiento de las personas, en lo que respecta a la toma de decisiones correctas y al acceso a los recursos para prevenir la propagación del virus, también puede aumentar las habilidades personales y ayudar a las organizaciones comunitarias a disminuir los niveles de transmisión comunitaria, permite que las personas se apoyen y protejan (8).

La situación pandémica junto con las características de la globalización que vivimos derivan en una transmisión deficiente o incorrecta de información sobre este tema. De ahí nace la necesidad de crear una fuente fiable de información que se base en información científica. Por todo ello se llegó a la conclusión de que era necesario realizar una sesión con los diferentes centros escolares con el fin de que tuvieran información de cómo llevar a cabo de forma adecuada un seguimiento y detección de casos COVID-19 correcto en los centros escolares (9).

El objetivo principal de la sesión fue dar a conocer y facilitar la lectura de los documentos oficiales disponibles (10-14). El objetivo secundario fue la resolución de las dudas que pudieran surgir de la experiencia diaria en torno a la pandemia por COVID-19 en los centros educativos, basándonos en los protocolos y guías oficiales (10-14).

Método

Diseño: se realizó un estudio cualitativo descriptivo, basado en un diseño de investigación-acción participativa, durante los meses de septiembre y octubre de 2020 en la zona de salud Actur Oeste, de Zaragoza.

Población y muestra: para el estudio se contó con la presencia de una enfermera familiar y comunitaria y una trabajadora social, que forman parte del equipo de vigilancia epidemiológica del centro de salud, y un representante de cada uno de los siete centros educativos de la zona básica de salud, con actividad en el equipo COVID asignado en el mismo centro. El tipo de muestreo elegido fue por conveniencia.

Procedimiento: se realizó una intervención presencial en el centro de salud que duró 90 minutos. Se cumplieron de manera estricta todas las medidas de seguridad respecto a los protocolos de prevención establecidos para la COVID-19.

Se utilizó la metodología de investigación-acción-participativa. Se comenzó con la presentación de los asistentes y, tras la enumeración de las últimas versiones de protocolos y guías de actuación, se pasó a una ronda de preguntas y posterior discusión grupal por parte de los representantes de los centros, relacionadas con la práctica diaria de la comunidad educativa en torno a la pandemia. La sesión fue dinamizada por una especialista en enfermería familiar y comunitaria.

Recogida y análisis de los datos: se procedió a la toma de notas en tiempo real recogiendo las diferentes intervenciones, asignando a cada asistente un número. Posteriormente se realizó la categorización de los datos.

Variables: se agruparon los datos en las siguientes categorías: uso de la mascarilla, estudiante con síntomas, aula COVID, definición de contacto estrecho, personal que trabaja en el centro, responsabilidad de los padres, estudiantes en situaciones especiales.

Aspectos éticos: se solicitó el consentimiento de todos los participantes. Se garantizó el anonimato de todos los asistentes por lo que no se solicitaron datos personales. Los datos fueron tratados según la Ley Orgánica de Protección de Datos 3/2018 del 25 de diciembre.

Resultados

Uso de la mascarilla

Se explicó el uso correcto de la mascarilla, así como los diferentes tipos y usos de las que se encuentran disponibles en el mercado, tanto las reutilizables como las no reutilizables y su conservación.

Por otro lado, se insistió, especialmente, en el uso correcto de la misma para garantizar un bajo riesgo de contagio. Además, se incidió en la explicación del uso en las diferentes franjas de edad, quedando de la siguiente forma: de 0 a 6 años no es obligatorio el uso de mascarilla; de 6 a 11 años (educación primaria) aunque es obligatorio, no se considera como uso correcto; y de 12 años en adelante (educación secundaria, bachillerato, formación profesional, etc.) el uso de mascarilla se considera obligatorio y con un uso correcto.

Estudiante con síntomas

En el caso de que un estudiante comience a encontrarse mal (muestre cualquier síntoma compatible con COVID-19), este pasa a ser un caso sospechoso. De esta forma es necesario proceder a avisar a la familia o tutor legal de la situación para que acuda a recogerle.

Mientras llega la persona responsable se ofrecerá una mascarilla higiénica al estudiante y se le acompañará a un aula preparada para tal fin (aula COVID).

A la persona responsable se le recomendará que se ponga en contacto con su médico habitual (médico de familia o pediatra), quien decidirá realizar la prueba diagnóstica pertinente, si procede.

Cuando el estudiante obtenga un resultado negativo de su prueba diagnóstica pasará a ser un caso descartado y podrá incorporarse al centro educativo con normalidad.

Cuando el estudiante obtenga un resultado positivo de su prueba diagnóstica pasará a ser considerado caso confirmado y tendrá que hacer aislamiento hasta que se lo indique su médico habitual. En este escenario, la enfermera responsable de vigilancia epidemiológica del centro de salud se pondrá en contacto con el servicio de vigilancia epidemiológica de Salud Pública, quien, a su vez, contactará con el centro educativo para tomar las medidas pertinentes. Salud Pública no dará datos identificativos del alumno, respetando la LOPD.

Aula COVID

En todo centro educativo debe existir un espacio habilitado para aislar a los casos sospechosos mientras acude una persona responsable a recogerles.

Este espacio podrá acoger a varios estudiantes si fuera necesario, facilitando una separación física entre ellos, de al menos 2 metros, ya que ambos serían casos sospechosos.

Por otro lado, el personal que acompañe a estos alumnos al aula COVID19 deberá llevar el equipo de protección individual (EPI) indicado por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL), que también se encargará de proveer a cada centro con los EPI necesarios.

Definición de contacto estrecho

Se define como contacto estrecho a aquellas personas que hayan estado con un caso positivo a menos de 2 metros, durante más de 15 minutos sin hacer un uso correcto de la mascarilla.

Aquellas personas que se hayan identificado como contactos estrechos deberán cumplir un periodo de cuarentena según lo indicado en el protocolo vigente. Actualmente tiene una duración de 10 días a contar desde el último contacto con el caso.

Además, se explicó la definición de grupo estable de convivencia (GEC) como aquel formado por el alumnado de una clase o grupo-aula y su equipo docente. De esta forma se garantiza la posibilidad de la socialización y el juego entre los miembros del grupo estable. Es importante mencionar que el CEG debe estar aislado del resto de grupos del centro educativo, en la medida de lo posible.

Teniendo en cuenta esta definición se identificarán como contacto estrecho a todos los miembros del GEC. No obstante, si se determina un caso positivo que no forma parte de un GEC se tendrá en cuenta la definición principal de contacto estrecho para la delimitación de estos.

Personal que trabaja en el centro

Los profesionales de los centros educativos son considerados personal esencial, por lo que, en caso de contacto estrecho y tras la obtención de un resultado negativo en la prueba diagnóstica, deberán continuar su jornada laboral con las debidas precauciones.

Tanto el personal docente como el no docente hará un uso correcto de la mascarilla. De esta manera no serán considerados como contacto estrecho en el caso de que un estudiante (perteneciente o no a un GEC) resultara infectado.

Si algún profesional del centro resultase contagiado por el virus SARS-CoV2 se le aplicaría el mismo protocolo que a la población general, indicando aislamiento domiciliario e incapacidad laboral temporal por esta causa.

Responsabilidad de los padres

Los tutores legales del alumno tienen la obligación de firmar un documento en el que asumen la responsabilidad de que su hijo se incorpora al ámbito escolar sano. En caso de que no lo firmen se tendrán que poner el centro en contacto con Salud Pública.

Estudiantes con situaciones especiales

Colegios de Educación Especial

En muchas ocasiones, en este tipo de colegios es más complejo llevar a cabo las medidas higiénicas de forma estricta. Por ello, es de vital importancia que el personal de los Centros Educativos de Educación Especial haga un uso correcto del EPI, ya que, con ello, minimizan o evitan el riesgo de contagio ante acciones naturales como tos, estornudos o esputos. De esta forma no llegaría a ser un contacto estrecho ante los ejemplos expuestos en este párrafo.

Aún existe un vacío en cuanto a las medidas a tomar con alumnos con hipoacusia, con quienes la lectura de labios es una parte esencial de la comunicación. En este caso, Salud Pública debe ser la encargada de plantear medidas adecuadas para este escenario.

Transporte escolar

Aunque dentro de un vehículo escolar todos los alumnos deberían llevar la mascarilla y hacer un uso correcto de esta, se entiende que los y las alumnas de Centros de Educación Especial pueden no hacerlo, debido a su diversidad funcional. De esta forma, si se detecta que un caso positivo ha compartido el vehículo y el resto de tripulantes no llevaban la mascarilla de forma correcta, todos pasarían a ser contacto estrecho y a guardar la correspondiente cuarentena.

Discusión

El diálogo con los centros educativos ha permitido identificar las necesidades sentidas por la comunidad educativa y poner en común los diferentes puntos de vista tanto personales como profesionales entorno a la pandemia.

Dada esta situación en la que las guías de actuación y los protocolos son cambiantes, la única constante es la incertidumbre. Por ello, es necesario garantizar actuaciones organizadas que den respuesta a las necesidades expresadas por los centros educativos que se integran en la comunidad.

Las preguntas de los centros educativos en relación a sus respectivas actuaciones en las aulas han sido: uso de la mascarilla, estudiante con síntomas, aula COVID, definición de contacto estrecho, personal que trabaja en el centro, responsabilidad de los padres y estudiantes en situaciones especiales.

Respecto al uso de las mascarillas, es necesario que los centros educativos interioricen el efecto protector de las mismas, pero más importante aún es que aprendan cómo deben utilizarse de forma adecuada, ya que de no hacerlo se podría favorecer el avance de la infección (15).

Aunque se ha podido observar que la transmisión en niños y adolescentes es baja y la clínica de la infección es más leve, es necesario cumplir las recomendaciones establecidas para limitar el alcance de la transmisión (16).

Se ha intentado responder a las dudas que planteaban siempre con arreglo a las guías de actuación y protocolos oficiales y, aunque no siempre se ha podido ofrecer una respuesta, la sesión ha cumplido de manera parcial los objetivos planteados y ha generado un mayor clima de tranquilidad y confianza en los centros educativos.

Este clima de tranquilidad permitirá minimizar el impacto educativo que haya podido generar la pandemia en la comunidad educativa del territorio, disminuyendo las desigualdades generadas (17). La implementación de estas buenas prácticas de higiene y seguridad en los centros educativos dificultará el cierre de las aulas y de los centros, lo cual volvería a producir una gran desigualdad de oportunidades educativas en los estudiantes (18). No se puede ignorar las consecuencias negativas que el cierre de los colegios tendría en los estudiantes, tales como el aumento del sedentarismo, la reducción de las interacciones sociales, el aumento de trastornos psiquiátricos y también alteraciones en la nutrición (16).

A pesar de la gran satisfacción mostrada por los centros participantes, la actividad inicial es insuficiente. Sería necesario crear redes con los centros educativos, así como canales digitales que permitan un flujo de información para mantener actualizada a toda la comunidad educativa. La dinamización de las relaciones y redes pueden contribuir a disminuir la transmisión del virus al fomentar la comunicación, haciendo accesible el conocimiento, detectando necesidades y promoviendo mecanismos de cooperación (19).

Aunque los roles de los equipos hayan cambiado, no debemos olvidar las bases de la APS para frenar la propagación de la enfermedad (20). En este sentido, cobra especial importancia la promoción de la salud y la atención comunitaria para empoderar a la comunidad y mantenerla correctamente informada. Solo de esta manera serán capaces de tomar decisiones adecuadas.

Tras la revisión bibliográfica de los trabajos publicados por numerosos autores en los últimos meses se puede concluir que la participación comunitaria es clave en la resolución de problemas durante la pandemia (5,6,8,19).

Conclusiones

Se hace necesario modificar la organización del equipo de APS para dar respuestas a las necesidades sentidas por la comunidad. La orientación comunitaria y la participación de la comunidad ayudan a contener el avance de la pandemia.

La comunidad educativa debe ser tenida en cuenta como un activo en salud.

La creación de redes con los centros escolares del territorio permitirá garantizar las medidas de vigilancia de la pandemia, facilitando los entornos seguros y protegiendo a todas las personas que forman parte de la comunidad educativa.

Bibliografía

- [1] Infecciones por Coronavirus. Organización Mundial de la Salud (OMS) [internet] 2020 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: https://www.who.int/topics/coronavirus_infections/es/
- [2] Organización Mundial de la Salud (OMS). Alocución de apertura del director general de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. OMS [internet] 2020 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

- [3] UNICEF España "Covid-19: Proteger la Salud en las Aulas". UNICEF [internet] mayo 2020 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.es/educa/biblioteca/covid-19-proteger-salud-aulas-apertura-centros-educativos>
- [4] Vázquez LM, Pujol A. Los pilares de la Atención Primaria en tiempos de la COVID-19. AMF [internet] 2020 [citado 8 nov 2020]; 16(7). Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2663
- [5] Núñez-Jiménez C, Hernán-García M. Infancia, adolescencia, salud comunitaria y COVID-19. Revista Comunidad. [internet] 2020 [citado 8 nov 2020]; 22(2):1 Disponible en: <https://comunidadsemfyc.es/infancia-adolescencia-salud-comunitaria-y-covid-19/>
- [6] Pola M, Domínguez M, Escartín P, Peyman-Fard N, Martínez M, Benedé CB. Aproximación a la respuesta comunitaria a la pandemia por COVID-19 de los equipos de Atención Primaria de Salud aragoneses. Revista Comunidad [internet] 2020 [citado 8 nov 2020]; 22(2):3-13. Disponible en: <https://comunidadsemfyc.es/aproximacion-a-la-respuesta-comunitaria-a-la-pandemia-por-covid-19-de-los-equipos-de-atencion-primaria-de-salud-aragoneses/>
- [7] Molero MM, Herrera-Peco I, Pérez-Fuentes MC, Gázquez JJ. Análisis de la amenaza percibida por la COVID-19 en población española. Atención Primaria [internet] 2020 [citado 8 nov 2020]; 52(7):515-6 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7229958/>
- [8] Laverack G. La promoción de la salud en la época de la COVID-19. Comunidad SEMFYC [internet] noviembre 2020 [citado 8 nov 2020]; 22(3):1. Disponible en: <https://comunidadsemfyc.es/la-promocion-de-la-salud-en-la-epoca-de-la-covid-19/>
- [9] Lázaro-Rodríguez P, Herrera-Viedma E. Noticias sobre Covid-19 y 2019-nCoV en medios de comunicación de España: el papel de los medios digitales en tiempos de confinamiento. El profesional de la información. 2020; 29(3): e290302. Doi: <https://doi.org/10.3145/epi.2020.may.02>
- [10] Protocolo de actuaciones entre el Departamento de Educación, Cultura y Deporte y el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón para el desarrollo de acciones conjuntas para la vigilancia del COVID-19 en los centros docentes sostenidos con fondos públicos del Gobierno de Aragón. Zaragoza. Educa Aragón [internet] 4 septiembre 2020 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://educa.aragon.es/documents/20126/680999/20200904-Protocolo+educaci%C3%B3n+sanidad+COVID-19+en+cneten.pdf/898ee696-4ee7-39d3-e828-9d2da32c0539?t=1599216185439>
- [11] Procedimiento general de atención sanitaria al COVID-19 en Aragón. Versión 11 de septiembre 2020. Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón.
- [12] Preguntas y respuestas sobre la vuelta al cole. Versión 11 de septiembre de 2020. Madrid: Ministerio de Sanidad. Gobierno de España; 2020. [internet] [citado 8 nov 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/ciudadania/docs/20_09_11_Preguntas_y_respuestas_vuelta_al_cole.pdf
- [13] Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. Actualización del 10 de septiembre de 2020. Madrid: Ministerio de Sanidad. Gobierno de España; 2020.
- [14] Identificación, notificación y seguimiento de casos en el ámbito escolar: intervención desde el ámbito sanitario. Versión septiembre 2020. Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón.
- [15] Olry de Labry-Lima A, Bermúdez-Tamayo C, Martínez-Olmos J, Martín-Ruiz E. El uso de las mascarillas en la protección de las infecciones respiratorias: una revisión de revisiones. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.07.008>
- [16] Guimarães AC, Mau LB, Maunsell R. COVID-19 in children: considerations for returning to school. Braz J Otorhinolaryngol. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2020.09.005>
- [17] Reimers FM, Schleicher A. Un marco para guiar una respuesta educativa a la pandemia del 2020 del COVID-19. OCDE. [internet] 2020 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.oei.es/Ciencia/Noticia/la-oei-difunde-un-informe-de-la-universidad-de-harvard>
- [18] Cabrera L. Efectos del coronavirus en el sistema de enseñanza: aumenta la desigualdad de oportunidades educativas en España. Revista de Sociología de la Educación (RASE) [internet] 2020 [citado 8 nov 2020]; 13(2):114-39. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7384620>
- [19] Hernán-García M, Cubillo-Llanes J, García-Blanco D, Cofiño R. Epidemias, virus y activos para la salud del barrio. Gaceta Sanitaria. 2020; 22(6):533-55. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.010>
- [20] Cardo A, Valls B, Lara PA, Alguacil C, Serrano L, Ferrer V, et al. Respuesta de un centro de salud ante la pandemia COVID-19: percepciones de la plantilla médica. Revista Comunidad. [internet] 2020 [citado 8 nov 2020]; 22(3):2 Disponible en: <https://comunidadsemfyc.es/respuesta-de-un-centro-de-salud-ante-la-pandemia-covid-19-percepciones-de-la-plantilla-medica/>

¹ Julia Pérez Alonso
² Raquel Simón Macho
³ José Antonio López-Villalobos

Efectos adversos de la vacunación frente a enfermedad meningocócica por serogrupo B (4CMenB)

¹ Enfermera de Pediatría. Centro de Salud Pintor Oliva. Palencia.

³ Psicólogo clínico. Salud Mental. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

² Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Palencia.

Dirección de contacto: jperezalo@saludcastillayleon.es

Cómo citar este artículo:

Pérez Alonso J, Simón Macho R, López-Villalobos JA. Efectos adversos de la vacunación frente a enfermedad meningocócica por serogrupo B (4CMenB). *RIdEC* 2020; 13(2):49-57.

Fecha de recepción: 1 de abril de 2020. Aceptada su publicación: 5 de agosto de 2020.

Resumen

Introducción: la meningitis es una inflamación de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal. Puede producir enfermedad meningocócica invasiva. El meningococo del serogrupo B produjo las tasas de incidencia más elevadas en la temporada 2017-2018. En 2013 se comercializa una vacuna para el meningococo B. En 2017 se comienza a vacunar en el Área de Salud de Palencia con dicha vacuna.

Objetivos: el estudio presentado se centra en analizar los posibles efectos adversos de la vacunación para prevenir la meningitis B en una población pediátrica en el área de salud de Palencia y el efecto del paracetamol administrado de forma preventiva para reducir efectos secundarios.

Metodología: estudio observacional, descriptivo, analítico. Se utilizaron estadísticos descriptivos y exploratorios. Para estudiar la asociación se consideró un nivel de significación $\alpha < 0,05$.

Resultados: el efecto adverso más frecuente fue el dolor agudo local que apareció en el 40,6%, seguido de irritabilidad en el 32,1%, fiebre un 29,1% y llanto inusual un 20,6 %. Se observó asociación estadísticamente significativa entre la administración de paracetamol preventivo y tener fiebre, articulaciones dolorosas, irritabilidad o llanto inusual.

Conclusión: existen efectos adversos en la vacunación para prevenir la meningitis B. La administración de paracetamol preventivo no parece disminuir la aparición de fiebre y sí estar relacionado con la frecuencia de aparición de la misma y de otros efectos adversos.

Palabras clave: vacunación; meningitis meningocócica; efectos colaterales; reacciones adversas relacionados con medicamentos.

Abstract

Adverse effects of serogroup b meningococcal (4CMenB) immunization

Introduction: meningitis is an inflammation of membranes covering the brain and spinal cord, and can result in an invasive meningococcal disease. Serogroup B meningococci showed the highest incidence rates in the 2017-2018 season. A serogroup B meningococcal vaccine has been marketed since 2013. Its use was started in 2017 in the Health Area of Palencia, Spain.

Purpose: we aimed at studying potential adverse effects of immunization to prevent meningitis B in a pediatric population in the Health Area of Palencia, and the effect of prophylactic acetaminophen (paracetamol) administration to reduce side effects.

Methods: an observational, descriptive, analytical study. Descriptive and exploratory statistics were used. A significance α level < 0.05 was used to analyze associations.

Results: the most common adverse effect was acute local pain (40.6%) followed by irritability (32.1%), fever (29.1%), and unusual crying (20.6%). A statistically significant association was found between prophylactic acetaminophen use and fever, painful joints, irritability, and unusual crying.

Conclusion: immunization against meningitis B is associated to adverse effects. Prophylactic use of acetaminophen does not seem to reduce fever and is associated to a higher rate of fever and other adverse effects.

Key words: immunization; meningococcal meningitis; side effects; drug-related adverse reactions.

Introducción

Definición

La meningitis es una inflamación de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal. Se puede manifestar con fiebre, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, rigidez de nuca y disminución del nivel de consciencia. Principalmente es producida por un virus pero también puede producirse por bacterias (1).

Epidemiología

Las bacterias que producen meningitis varían dependiendo de la edad. Así, en recién nacidos y lactantes se produce por estreptococo grupo B, neumococo y *Listeria monocytogenes*; en la población infantil por neumococo, meningococo y *H. influenzae* tipo b. En adolescentes y adultos jóvenes por meningococo y neumococo y en adultos por neumococo, meningococo y *H. influenzae* tipo b. *Neisseria meningitidis* no solo provoca meningitis, sino que también puede producir sepsis o menos frecuentemente neumonía, artritis u otras infecciones. Todo esto en su conjunto se conoce como enfermedad meningocócica invasiva (EMI) (1).

El meningococo se clasifica en 13 serogrupos, siendo cinco de ellos los responsables de la mayoría de los casos de EMI (A, B, C, W-135 e Y). Se transmite por contagio directo a través de las gotas de Plügge y por los núcleos goticulares de Wells. La colonización de las superficies mucosas respiratorias superiores es el primer paso en el establecimiento de un estado de portador humano y de EMI (1).

La EMI es de declaración obligatoria en España. La incidencia presentó una tendencia decreciente desde la temporada 1999-2000 hasta la temporada 2013-2014 y un ligero aumento desde entonces hasta 2017-2018. En la temporada 2017-2018 se notificaron un total de 372 casos, de los que se confirmaron 346 (93%).

El serogrupo B (MenB) produjo las tasas de incidencia más elevadas, si bien sigue una tendencia descendente desde el año 2001. En la temporada 2017-2018 se notificaron 142 casos (41% del total de casos confirmados) y la tasa fue de 0,30 casos por 100.000 habitantes. En segundo lugar se situó la incidencia por serogrupo W y en tercer lugar el serogrupo C (1).

En la Unión Europea, 26 países han declarado datos de los serogrupos en el periodo 2012-2016, observándose un descenso en la incidencia de MenB y un mayor aumento MenW (2). En Estados Unidos aproximadamente un tercio de los casos de EMI son producidos por meningococo B (3).

Vacuna para la meningitis

La primera vacuna conjugada fue introducida en el Reino Unido en 1999 contra el meningococo C, en el año 2000 se creó la tetravalente para los serogrupos A, C, Y y W y en el 2010 se introdujo para el serogrupo A, esta última exclusiva para los países que conforman el llamado cinturón africano.

Vacuna para prevenir la meningitis B

En 2012 se consiguió la licencia de la Unión Europea, y posteriormente de Australia y Canadá, para comercializar una vacuna de cuatro componentes frente a la enfermedad meningocócica por serogrupo B (4CMen B) (4). Está constituida por tres proteínas recombinantes de *Neisseria meningitidis* del grupo B (NHBA, NadA, fHbp), producidas en células de *Escherichia coli* mediante tecnología de ADN recombinante. Asimismo, incluye vesículas de la membrana externa (OMV) de *Neisseria meningitidis* del grupo B cepa NZ98/254 (antígeno Por A P1.4). Los cuatro antígenos están adsorbidos en hidróxido de aluminio y se presenta como una suspensión líquida blanca opalescente (5).

En España, en junio de 2015 la Comisión de Salud Pública (CSP) aprobó las recomendaciones de utilización de la vacuna en personas con riesgo alto de padecer EMI y a casos y contactos con brotes (6). En julio de 2018, el CSP amplía las recomendaciones a las personas con déficit de complemento y a aquellas que hayan sufrido trasplante de progenitores hematopoyéticos (7).

Justificación

A finales de 2017 se presenta la vacuna para la meningitis B a pediatras, enfermeros de pediatría y profesionales de microbiología del Área de salud de Palencia.

Se acordó la vacunación para la meningitis B estableciendo el siguiente protocolo: recomendación e información sobre dosis e indicación de dicha vacuna, presentación de receta en farmacia, firma del consentimiento informado de los padres, administración separada de vacunas del Calendario Oficial, pertenencia o no a grupo de riesgo y libertad de prescripción por parte de los pediatras al resto de población.

En posteriores reuniones de las enfermeras de pediatría del Área de Palencia se observó que el número de citas en las Consultas de Enfermería había aumentado coincidiendo con el inicio de esta actividad vacunal, que se percibió como un problema por sobrecarga de trabajo. Confluyeron varias circunstancias que pudieron estar relacionadas con dicha sobrecarga y llevó a plantearse la necesidad de evaluar la actividad. Se destaca la elevada demanda de vacunaciones para prevenir la meningitis B a cualquier edad pediátrica hasta el punto de provocar un desabastecimiento temporal en farmacias de la vacuna. Por otro lado, la recomendación de administrar la vacuna separada de las del Calendario Oficial de Vacunaciones (8) impedía la coadministración de la misma en un mismo acto vacunal. Por último, se generaron numerosas consultas relacionadas con el desabastecimiento de la vacuna y la aparición de efectos adversos.

El objetivo principal de este estudio es identificar los efectos adversos de la vacunación para prevenir la meningitis B en la población pediátrica en el área de salud de Palencia.

Como objetivo secundario, conocer el efecto del paracetamol administrado de forma preventiva en relación a dichos efectos.

Método

Diseño

Para realizar este trabajo se llevó a cabo un estudio descriptivo y analítico observacional.

Población y muestra

Se realizó un muestreo consecutivo de niños que acudieron con sus padres para la administración de cualquier dosis de la vacuna para prevenir la meningitis B. Los participantes son niños de 2 meses a 14 años de edad que acudieron a consulta para administración de cualquier dosis para prevenir la meningitis B de cualquiera de los centros de salud (CS) del Área de Palencia que disponen de enfermera pediátrica, siendo ocho en total, dividiéndose en cuatro urbanos y cuatro rurales, durante el periodo comprendido entre mayo y septiembre de 2018.

Los investigadores permanecieron ciegos a la población diana y al tratamiento de datos.

Instrumentos de medida y variables

Como principal herramienta se ha utilizado un cuestionario *ad-hoc* que consta de 14 ítems con respuesta cerrada que incluye las variables objeto de investigación. En este cuestionario se adjunta la hoja de información al paciente y el consentimiento informado.

Los padres respondieron al cuestionario, que incluye las variables de investigación. Se ofreció en la consulta de enfermería, indicando que lo entregarán en el CS una vez cumplimentado y en el plazo de una semana.

A cada cuestionario se le asignó un código que coincide con el número de Historia en Atención Primaria del niño y su número de teléfono. Para posibilitar un rescate de pérdidas, cada enfermero disponía de una hoja de vaciado con dichos códigos. El código fue modificado en la base de datos para garantizar mayor confidencialidad.

A través del programa de historia clínica informatizada utilizado en Atención Primaria (AP) de Castilla y León, Medora, se realizó el recuento de dosis administradas, pertenencia a grupo de riesgo de los vacunados y emisión de receta de la vacuna para prevenir la meningitis B en los CS participantes desde el comienzo de la actividad vacunal hasta mayo de 2018.

Se recogieron las siguientes variables:

- Datos epidemiológicos: edad y sexo.
- Datos generales: CS, persona que recomienda la vacuna, proporción de información desde el CS y de qué profesional, firma de consentimiento informado al vacunar, presentación de receta en la farmacia, dosis administrada, momento de la vacuna respecto a otras del calendario y administración preventiva de paracetamol.
- Efectos adversos (EA): tipos de EA, tiempo de aparición y duración de los mismos.

Análisis de datos

Se utilizaron estadísticos descriptivos y exploratorios. Siempre que fue necesario estudiar asociación o diferencias entre medidas de las diferentes variables se considerará un nivel de significación $\alpha < 0,05$. Por las características de los datos en las comparaciones se utilizaron estadísticos no paramétricos. En algunos apartados se han empleado modelos univariable de regresión logística para observar asociación entre variables.

Consideraciones éticas

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética Asistencial del Área Sanitaria de Palencia.

Resultados

Se recogieron 165 cuestionarios.

Del total de vacunados ninguno pertenecía a grupos de riesgo. El mayor porcentaje de vacunados pertenecen al grupo de edad agrupada de 2 meses a 2 años, siendo casi la mitad menores de 1 año. Resultados recogidos en Tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos

Variabes	Dimensiones	N	%
Sexo	Masculino	81	49,1
	Femenino	84	50,9
	Total	165	100
Procedencia	Rural	38	23
	Urbano	127	77
	Total	165	100
Edad	≤1	80	48,5
	1	27	16,4
	2	12	7,3
	≥ 3	46	27,8
	Total	165	100
Edad agrupada	0-2 años	119	72,1
	3 años o mayores	46	27,9

El efecto adverso más frecuente fue el dolor agudo local, seguido de irritabilidad, fiebre y llanto inusual. Los efectos adversos aparecieron en su mayoría en las primeras 24 horas. Se administró paracetamol de forma preventiva casi en la mitad de los casos. Resultados recogidos en Tabla 2.

Tras dejar constancia de los efectos adversos de la vacuna para prevenir la meningitis B se decide observar si esos efectos eran diferentes cuando se consideraron las variables "tener 2 años o menos" comparado con "tener 3 o más años". Para ello se lleva a cabo un análisis univariable de regresión logística donde solo se ha dejado constancia de resultados significativos. En la tabla se muestran los resultados del análisis de regresión logística considerando "individualmente" (análisis univariable) cada uno de los efectos adversos de la vacuna para prevenir la meningitis B como variables predictoras; y la presencia/ausencia de la edad de 2 años o menos como variable criterio. Los resultados se presentan en la siguiente Tabla 3.

Considerando variables significativas ($p < ,05$) se observa que tener fiebre, pérdida de apetito, somnolencia, irritabilidad, llanto inusual, así como no tener dolor agudo o articulaciones dolorosas influyen significativamente la probabilidad (log de odds) de tener 0-2 años, en mayor o menor medida según se puede observar en las odds ratio (ExpB) de la tabla.

Tabla 2. Resultados del cuestionario y efectos adversos

Pregunta	Opciones de respuesta	N	%
Quién recomendó la vacuna	Pediatra	110	66,7
	Enfermera	36	21,8
	Matrona	3	1,8
	Farmacéutico	5	3,0
	Amigo	38	23
Quién informa sobre la vacuna	Pediatra	120	72,7
	Enfermera	61	37
	Matrona	2	1,2
Receta	Sí	89	53,9
	No	76	46,1
Paracetamol	Sí	72	43,6
	No	93	59,4
Fiebre	Sí	48	29,1
	No	117	70,9
Pérdida de apetito	Sí	40	24,2
	No	125	75,8
Dolor agudo local	Sí	67	40,6
	No	98	59,4
Erupción	Sí	15	9,1
	No	150	90,9
Somnolencia	Sí	24	14,5
	No	141	85,5
Irritabilidad	Sí	53	32,1
	No	112	67,9
Llanto inusual	Sí	34	20,6
	No	131	79,4
Vómitos	Sí	8	4,8
	No	157	95,2
Diarrea	Sí	7	4,2
	No	158	95,8
Cefalea	Sí	3	1,8
	No	162	98,2
Convulsiones	Sí	1	0,6
	No	164	99,4
Tiempo duración efectos adversos	24 horas	126	76,4
	48 horas	9	5,5

Tabla 3. Regresión logística individualizada (análisis univariable) de cada efecto adverso de la vacuna para prevenir la meningitis B sobre la edad agrupada en 0-2 años contrastada con la edad de 3 o más años

Pregunta	B	ET	Wald	gl	Sign.	Exp(B)	IC 95 % EXP(B)	
							Inf.	Sup
Fiebre	,878	,435	4,075	1	,044*	2,405	1,026	5,638
Pérdida de apetito	1,229	,515	5,700	1	,017*	3,417	1,246	9,369
Dolor agudo	-1,702	,378	20,239	1	,000***	,182	,087	,383
Articulaciones dolorosas	-3,613	1,062	11,574	1	,001**	,027	,003	,216
Somnolencia	1,607	,761	4,466	1	,035*	4,990	1,124	22,156
Irritabilidad	1,713	,509	11,312	1	,001**	5,544	2,043	15,040
Llanto inusual	1,619	,633	6,551	1	,010*	5,049	1,461	17,447

Nota: B= coeficiente logístico; Wald= test de Wald; gl= grados de libertad; ET= error típico; Sign.= significación; Exp (B)= odds ratio; IC= intervalo de confianza; * p< ,05; **p< ,01; *** p< ,001; Inf.= inferior; Sup.= superior

Se observa asociación entre tener fiebre, pérdida de apetito, somnolencia, irritabilidad y llanto inusual, con tener 2 años o menos. También se observa asociación entre tener dolor agudo o articulaciones dolorosas y tener 3 o más años.

En la tabla no se han incluido las asociaciones no significativas que se han observado en las variables tener erupciones, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, convulsiones o palidez.

En este apartado de resultados se deja constancia de que no se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre dosis administradas de la vacuna para prevenir la meningitis B y tener efectos secundarios, así como tampoco se observaron diferencias en función del sexo.

En relación al objetivo secundario se observa la asociación entre los efectos adversos y haber tomado o no paracetamol. Para ello se lleva a cabo un análisis univariable de regresión logística donde solo se ha dejado constancia de resultados significativos. En la tabla se muestran los resultados del análisis de regresión logística considerando "individualmente" (análisis univariable) cada uno de los efectos adversos de la vacuna para prevenir la meningitis B como variables predictoras; y la presencia/ausencia de haber tomado paracetamol como variable criterio. Resultados expresados a continuación en la Tabla 4.

Considerando variables significativas (p< ,05) se observa que tener fiebre, articulaciones dolorosas, irritabilidad o llanto inusual influyen significativamente en la probabilidad (log de odds) de haber tomado paracetamol, en mayor o menor medida según se puede observar en las odds ratio (ExpB) de la Tabla 4. Se comprueba la asociación entre estas variables y haber tomado paracetamol. En la tabla no se han incluido las asociaciones no significativas que se han observado en las

Tabla 4. Regresión logística individualizada (análisis univariable) de cada efecto adverso de la vacuna para prevenir la meningitis B sobre la variable criterio haber tomado paracetamol

Efectos adversos	B	ET	Wald	gl	Sign.	Exp(B)	IC 95 % EXP(B)	
							Inf.	Sup
Fiebre	1,218	,359	11,532	1	,001**	3,380	1,674	6,827
Articulaciones dolorosas	1,455	,687	4,492	1	,034*	4,286	1,116	16,461
Irritabilidad	,892	,341	6,849	1	,009**	2,440	1,251	4,759
Llanto inusual	1,602	,429	13,931	1	,000***	4,965	2,140	11,516

Nota: B= coeficiente logístico; Wald= test de Wald; gl= grados de libertad; ET= error típico; Sign.= significación; Exp (B)= odds ratio; IC= intervalo de confianza; * p< ,05; **p< ,01; *** p< ,001; Inf.= inferior; Sup.= superior

variables pérdida de apetito, dolor agudo local, erupción, somnolencia, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, convulsiones, palidez o tiempo de duración de efectos adversos.

Discusión

El efecto beneficioso que la vacunación tiene sobre la infancia en la prevención de las enfermedades transmisibles es indiscutible. La consecución de vacunas seguras, eficientes y costo eficaces ha de ser una prioridad para los Sistemas de Salud incluido el de España.

En otros países de Europa, como en Inglaterra, se está vacunando de forma sistemática desde el año 2015 con tres dosis de vacuna para prevenir la meningitis B en población pediátrica, y este programa 4CMenB se ha asociado con un efecto positivo continuo contra la meningopatía y la protección de esta vacuna se ha demostrado durante al menos dos años (9). Esta línea de actuación ha sido asumida por la comunidad autónoma de Castilla y León, que ha incluido vacunación a los 3, 5 y 12 meses en Calendario Oficial de Vacunaciones (10), aprobada por el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (11).

Desde que se comenzó a vacunar en el Área de Palencia, y hasta mayo de 2018, se han administrado 13.123 dosis, que representan el 27,58 % del total de dosis de toda la comunidad de Castilla y León (47.576) (12). El dato constata el aumento percibido como carga asistencial en el número de consultas de enfermería, puesto que la cifra de vacunas administradas supuso igual número de citas adicionales a las ya establecidas por calendario oficial vacunal y/o revisiones del niño sano. En el mismo estudio de esta comunidad autónoma, el 0,01% de los vacunados pertenecía a grupo de riesgo, lo que no difiere de los presentes resultados.

Por otro lado, en España, el estudio de las cepas de meningococo B ha sido del 68,67% (IC 95% 47,77-85,59), más bajas que en los demás países europeos por lo que la efectividad de la vacuna sería inferior a la de otros países (13,14). En esta línea el documento del Ministerio de Sanidad de marzo de 2016 no ha recomendado una vacunación sistemática de la meningitis B (6).

La indicación de las vacunas está sujeta por ley a prescripción médica, lo que incluye la libertad de prescripción, por lo que resulta llamativo el porcentaje de padres que afirma recibir la recomendación de la vacuna por un familiar o amigo (superior a las veces que le fue recomendado por la enfermera) y a los que se les dispensó la vacuna sin tener que presentar la receta emitida por su pediatra. La divulgación sobre vacunas por redes sociales (blogs, WhatsApp, etc.) al margen del respaldo de los profesionales sanitarios es una tarea de vigilancia continua, tanto por defectos de vacunación promovidos por los movimientos antivacunas como por exceso, por la divulgación de bulos o creación de alarmas sociales no justificadas, como ocurrió en este caso ante el desabastecimiento temporal de la vacuna.

La aparición de fiebre tras la administración de vacunas en la infancia es común. En el presente estudio la mayoría de los niños vacunados que presentó fiebre como efecto secundario fueron los menores de 2 años, concordante con el estudio canadiense de 2018 (15), y el efecto adverso más habitual en estos casos fue el dolor agudo local en mayores de 2 años mientras que en el ensayo realizado por Primula et al. (16) fue la fiebre.

La administración de paracetamol preventivo no parece disminuir la aparición de fiebre y sí está relacionado con la frecuencia de aparición de la misma, lo mismo que con aparición de irritabilidad, articulaciones dolorosas y llanto inusual. Los presentes resultados difieren significativamente con los dos mencionados anteriormente en cuanto a la administración de paracetamol preventivo y la aparición de fiebre, paradójicamente resultó que aquellos que no tomaron paracetamol preventivo fueron los casos que no sufrieron fiebre, mientras que en la bibliografía encontrada la administración de paracetamol prevenía la fiebre (17,18). Se abre una vía de investigación en este sentido para aclarar la recomendación de toma preventiva de paracetamol al vacunar para prevenir la meningitis B.

Como limitaciones del estudio es preciso indicar que se ha utilizado un cuestionario *ad-hoc* pertinente para los objetivos del estudio. Las búsquedas bibliográficas se han limitado a los idiomas inglés y castellano.

Líneas futuras de investigación: a fecha de finalización del presente trabajo comenzará un estudio de costo/eficacia de vacuna para prevenir la meningitis B en España (19). Se espera que de sus resultados puedan salir recomendaciones que respalden la importancia de criterios unificados para una correcta vacunación en la infancia en la prevención de EMI por meningococo B.

Conclusiones

Se concluye que según el presente estudio existen efectos adversos en la vacunación para prevenir la meningitis B, siendo los más frecuentes el dolor agudo local, la irritabilidad, la fiebre y el llanto inusual; observando que la administración de paracetamol preventivo no parece disminuir la aparición de fiebre y está relacionado con la frecuencia de aparición de la misma y de otros efectos adversos. Resultan necesarios más estudios que confirmen o refuten estos resultados.

Para finalizar esta discusión, los autores del estudio opinan que es necesario consensuar una estrategia de vacunación lo más global posible, incluyendo varios países para que pueda indicarse qué estrategia seguir en la vacunación y prevenir la incidencia por enfermedad meningocócica del serogrupo B (18).

Agradecimientos

Al personal de enfermería pediátrica de todas las Zonas Básicas de Salud que ha participado en el estudio, por su colaboración en la entrega y recogida de cuestionarios.

Bibliografía

- [1] Grupo de trabajo vacunación frente a EMI de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Recomendaciones de vacunación frente a enfermedad meningocócica invasiva. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud [internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Recomendaciones_Vacunacion_Meningococo.pdf
- [2] Annual Epidemiological Report for 2016 Invasive meningococcal disease. Ecdc.europa.eu. [internet]. 2018 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2016-invasive-meningococcal-disease_1.pdf
- [3] Harrison LH, Stephens DS. Good News and Bad News- 4CMenB Vaccine for Group B Neisseria meningitidis. N Engl J Med. 2020; 382:376-8. Doi: <http://doi.org/10.1056/NEJMe1916440>
- [4] Autorizada en Europa la comercialización de la vacuna frente al meningococo B. Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Vacunasaep.org. [internet]. 2013 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/autorizada-en-europa-la-comercializacion-de-la-vacuna-frente-meningococo-b>
- [5] Ficha del producto: Bexsero suspensión inyectable en jeringa precargada Vacuna meningocócica del grupo B (ADNr, de componentes, adsorbida). Ema.europa.eu. [internet]. 2012 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002333/WC500137881.pdf
- [6] Recomendaciones de vacunación frente a la enfermedad meningocócica invasiva [internet]. Madrid: Ministerio Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2015. [citado 8 nov 2020]. Disponible http://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Recomendaciones_Vacunacion_Meningococo.pdf
- [7] Grupo de trabajo Vacunación en población adulta y grupos de riesgo. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones [internet]. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018. [citado 8 nov 2020]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&trct=j&eq=et&src=s&source=web&ecd=etved=2ahUKewituoCovazsAhXE6eAKHXpHCYsQFjADegQIBxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.msbs.gob.es%2Fprofesionales%2FsaludPublica%2FprevPromocion%2Fvacunaciones%2FprogramasDeVacunacion%2Fdocs%2Fvacunacion_poblacion_adulta.pdf&tusg=AOvVaw3DjsanLzZZu9j7fDadMKcX
- [8] Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la AEP sobre la vacunación frente al meningococo B (Bexsero®). Vacunasaep.org. [internet] 2015 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/recomendaciones_cav-aep_meningococo_b.pdf
- [9] Ladhani SN, Andrews N, Parikh SR, Campbell H, White J, Edelstein M, Bai X, et al. Vaccination of Infants with Meningococcal Group B Vaccine (4CMenB) in England. N Engl J Med. 2020; 382:309-17. Doi: <http://doi.org/10.1056/NEJMoa1901229>
- [10] León J. Disposición en HTML BocyL-D-25042019-41. Boletín Oficial de Castilla y León. BocyL.jcyl.es. [Internet]. 2019 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <http://bocyl.jcyl.es/html/2019/04/25/html/BOCYL-D-25042019-41.do>
- [11] Vacuna Meningococo B. Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Vacunasaep.org [internet] 2014 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/familias/vacunas-una-a-una/vacuna-meningococo-b>

- [12] Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS). Profesionales. Vacunación meningococo- vacunaciones. Madrid: MSCBS; 2017.
- [13] Delgado M, Domínguez A. Pros y contras de la vacunación frente a la enfermedad por meningococo B. *Med Clin (Barc)*. 2018; 150(3):109-13. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.07.018>
- [14] Isaacs D. Meningococcal B vaccine efficacy. *J. Paediatr. Child Health*. 2017; 102:881-215. Doi: <https://doi.org/10.1111/jpc.13577>
- [15] De Serres G, Billard MN, Gariépy MC, Rouleau I, Toth E, Landry M, et al. Short-term safety of 4CMenB vaccine during a mass meningococcal B vaccination campaign in Quebec, Canada. *Vaccine* 2018 Dec 18; 36(52):8039-46. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.10.095>
- [16] Prymula R, Esposito S, Zuccotti GV, Toneatto D, Kohl, et al. A phase 2 randomized controlled trial of a multicomponent meningococcal serogroup B vaccine (I) Effects of prophylactic paracetamol on immunogenicity and reactogenicity of routine infant vaccines and 4CMenB. *Human Vaccines Et Immunotherapeutic* 1993-2004; July 2014; 10:7. Doi: <http://doi.org/10.4161/hv.28666>
- [17] Sridhar S, Greenwood B, Head C, Plotkin SA, Sáfadi MA, Saha S, et al. Global incidence of serogroup B invasive meningococcal disease: a systematic review. *Lancet Infect Dis* 2015; 17(11):1334-46. Doi: [http://doi.org/10.1016/S1473-3099\(15\)00217-0](http://doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00217-0)
- [18] España inicia su propio estudio para comprobar la efectividad de Bexsero. *Redacción Médica* [internet] 2019 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/ministerio-sanidad/bexsero-espana-inicia-un-nuevo-estudio-a-gran-escala-sobre-su-efectividad-2036>



enferteca
Grupo Paradigma

La Gran Biblioteca de Enfermería online

- Más de **140 títulos** de todos los temas y especialidades
- Incluye el **buscador Encuentr@**, el mejor del sector
- Además, podrás acceder a ella **donde y cuando quieras** a través de su **app**



App disponible para
iOS y Android

 grupoparadigma



^{1,2} Agurtzane Mujika
^{2,3,4} María Jesús Pumar Méndez
^{4,5} Elena Bermejo Martíns
^{2,6} Naia Hernantes
^{2,4,7} Elena Antoñanzas Baztán
^{2,3,4} Olga López Dicastillo

Estrategias para impulsar la implementación de promoción de salud en Atención Primaria: dos grupos nominales

¹ Universidad del País Vasco. Euskal Herriko Unibertsitatea. Facultad de Medicina y Enfermería. Donostia (San Sebastián).

² Grupo de investigación IMPULS (Investigación e Innovación para la Implementación de la Promoción de la Salud). Pamplona.

³ Universidad Pública de Navarra. Departamento de Ciencias de la Salud. Pamplona.

⁴ IdISNA, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra. Pamplona.

⁵ Universidad de Navarra. Facultad de Enfermería. Departamento de Enfermería Comunitaria y Materno-Infantil. Pamplona.

⁶ Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián.

⁷ Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. Pamplona.

Dirección de contacto: mj.pumarmendez@unavarra.es

Cómo citar este artículo:

Mujika A, Pumar Méndez MJ, Bermejo Martíns E, Hernantes N, Antoñanzas Baztán E, López Dicastillo O. Estrategias para impulsar la implementación de promoción de salud en Atención Primaria: dos grupos. *RIdEC* 2020; 13(2):59-70.

Fecha de recepción: 26 de septiembre de 2020. Aceptada su publicación: 22 de octubre de 2020.

Resumen

Objeto: identificar recomendaciones para impulsar la implementación de la promoción de salud en Atención Primaria.

Método: se realizaron dos grupos nominales, con la participación de 15 expertos en promoción de la salud, Salud Pública, Atención Primaria y seguridad del paciente. Se llevaron a cabo dos rondas de trabajo, combinando trabajo personal, puesta en común y discusión entre panelistas sobre los elementos identificados, así como su puntuación. Este proceso dio lugar a una lista de ítems priorizados por los participantes.

Resultados: consenso alcanzado por expertos sobre estrategias para implementar una taxonomía de actividades de prevención y promoción de salud dirigida a identificar omisiones en este campo; y a elementos críticos para implementar estrategias de promoción de salud en Atención Primaria. Entre ellos, destacan la consideración de la implementación de la promoción de salud como proceso; la interpelación a otros agentes; y la necesidad de una apuesta clara y firme por la promoción de salud en el ámbito institucional.

Conclusión: el impulso de la promoción de salud en Atención Primaria requiere de una apuesta clara y firme, acompañada de la adopción de un enfoque de creación de capacidad y de un marco de implementación.

Palabras clave: promoción de la salud; Atención Primaria de salud; consenso; creación de capacidad; ciencia de la implementación.

Abstract

Fostering the implementation of health promotion in primary care: two nominal groups

Purpose: to identify recommendations aimed at fostering implementation of health promotion in Primary Care.

Methods: two nominal groups were created, with 15 experts in health promotion, public health, primary care, and patient safety being involved in them. Two working rounds were performed, in which personal work, sharing and discussion among panelists on the identified items, as well as scoring such items, were combined. This process resulted in a list of items prioritized by participants.

Results: a consensus was reached by the experts on the strategies to implement a taxonomy for preventive and health promotion actions aimed at identifying gaps in this field; as well as critical items to implement strategies for health promotion in primary care. Among them, the following are highlighted: considering the implementation of health promotion as a process; questioning other agents; need for a clear and firm commitment to health promotion at the institutional level.

Conclusion: fostering health promotion in primary care requires a clear and firm commitment, along with the adoption of a capacity building approach and an implementation framework.

Key words: health promotion; Primary Health Care; consensus; capacity building; implementation science.

Introducción

La promoción de la salud (PS) es un proceso global que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para así mejorarla. Se trata de una estrategia fundamental para aumentar la salud y los activos de la población, y potenciar su desarrollo, productividad y bienestar (1).

La Atención Primaria de Salud (AP) ha sido tradicionalmente considerada en el nivel asistencial más estrechamente relacionado con la práctica de la PS. En los últimos años se ha puesto de manifiesto la necesidad de impulsar un nuevo liderazgo de la AP en dicha práctica. Las demandas que impone, entre otras, la epidemia de procesos crónicos, ha hecho que se hayan depositado sobre este nivel asistencial grandes esperanzas. Así, la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial en enero de 2015, establece que desde un marco de determinantes sociales y equidad resulta indispensable la adopción de un enfoque de entornos saludables, el fortalecimiento de la intersectorialidad y la participación de la ciudadanía para la PS y el bienestar (2).

Se considera que esta estrategia puede suponer una oportunidad para reorientar los servicios de salud hacia la salud comunitaria, recuperando así los principios inspiradores de la AP planteados en la Conferencia de Alma Ata (3). A pesar de que la Ley General de Sanidad orientó el sistema hacia la promoción y la protección de la salud, otorgando a la AP un papel importante como eje de una atención integral (4), su clara vocación comunitaria en los orígenes pronto comenzó a declinar, con una implantación desigual, y centrándose fundamentalmente en la asistencia individual, quedando infradesarrollada la apertura de la AP a la comunidad (4). Se ha señalado la necesidad de que se produzcan transformaciones profundas tanto en lo conceptual como en lo organizativo en la AP (5). A día de hoy, aún no se puede asumir que las actividades de PS sean una práctica estandarizada en AP (6). Los profesionales que trabajan en este nivel asistencial identifican como apropiado el desarrollo de actividades de prevención primaria y PS; sin embargo, refieren una implementación baja al respecto (6). Se han identificado diversas barreras que explicarían dicha baja implementación, operando a distintos niveles, desde el intra e interpersonal, institucional, hasta del contexto sociocultural más amplio (6).

Con frecuencia se adopta una visión reduccionista de la PS equiparándola meramente a programas de educación para la salud (7), y que tiende a priorizar el manejo de la enfermedad relegando a un segundo plano las actuaciones de carácter salutogénico (7). El origen de esta situación puede estar en la falta de un conocimiento preciso acerca de la frecuencia y/o omisión de las actuaciones derivadas de la implementación de la PS en toda su magnitud (8). Además, los abordajes actuales carecen de un enfoque de sistemas complejos (9) totalmente imprescindible cuando se atiende a la complejidad del contexto en que deben ser incorporadas las intervenciones de PS (10). Ante esta situación y la falta de literatura que permita identificar cómo favorecer la implementación de la PS en toda su extensión en AP, surge la necesidad de identificar estrategias que puedan permitir su relanzamiento. El objetivo de este estudio fue identificar recomendaciones para impulsar la implementación de la PS en AP.

Método

Ante la necesidad de dar un impulso a la incorporación de la PS en AP, implicando la perspectiva salutogénica, la intersectorialidad y una mayor apertura a la comunidad, se celebró el foro "Seguridad en Promoción de Salud: Aprendiendo Juntos de las Omisiones" organizado por el grupo de investigación ImPuLS. Este foro perseguía crear un espacio de reflexión y debate sobre algunos conceptos que, con una larga tradición en el ámbito de la seguridad del paciente, podrían proporcionar una estrategia para la implementación efectiva de la PS. Se presentó TaxoPromo, una herramienta diseñada por el grupo ImPuLS y que aglutina las actividades que deberían llevarse a cabo en AP para considerar que la PS se está desarrollando en toda su extensión (8). Contrastando la práctica habitual con las actividades recogidas en TaxoPromo, las omisiones en prevención y PS pueden identificarse de un modo sistemático. En el contexto de dicho foro se llevaron a cabo dos grupos nominales con el propósito de identificar recomendaciones para impulsar la implementación de la PS en AP.

Diseño

Se realizaron dos grupos nominales en el contexto del foro celebrado en la Universidad de Navarra en marzo de 2018. El grupo nominal es un proceso grupal para exponer opiniones sobre un problema o cuestión, ordenar por rango los factores estudiados y ponderarlos, resultando en una escala de importancia o prioridad (11). Esta metodología es de especial interés para el estudio de áreas en las que no existe evidencia o esta no es concluyente (12).

Participantes

En los grupos nominales participaron 15 personas expertas, asegurando la presencia de profesionales, gestores o planificadores, y académicos o investigadores con trayectoria en los ámbitos de PS, Salud Pública, AP, seguridad del paciente y con capacidad de influencia. Los participantes provenían de seis comunidades autónomas diferentes: Cataluña (2), Navarra (5), Madrid (5), Islas Baleares (1), Comunidad Valenciana (1) y Aragón (1). Nueve fueron mujeres y seis hombres. Todos ellos fueron distribuidos en dos grupos respetando una distribución homogénea de las características mencionadas (Tabla 1). Cada grupo nominal, lo moderó un investigador con amplia experiencia en investigación cualitativa y facilitación de dinámicas, y otros dos investigadores se encargaron de tomar notas y apoyar en el desarrollo de los mismos. En total seis investigadores del grupo de investigación ImPuLS participaron en el desarrollo de los dos grupos nominales.

Tabla 1. Participantes grupos nominales

	Profesional	Gestión	Académico	Promoción salud	Salud Pública	Atención Primaria	Seguridad del paciente
Grupo nominal 1	2	3	3	3	1	4	1
Grupo nominal 2	2	3	2	3	1	2	1

La estrategia de selección de participantes para los grupos nominales perseguía garantizar la validez y transferibilidad de los resultados obtenidos. Por ello, se seleccionaron participantes de acuerdo a su pericia o *expertise*, y a su capacidad de implementar las potenciales propuestas (12). La selección se centró, por tanto, en los ámbitos de PS, Salud Pública, AP y seguridad del paciente y que fueran profesionales, gestores o planificadores, y académicos o investigadores en estos ámbitos. Su identificación se llevó a cabo a través de la revisión de autorías en publicaciones y trabajos clave en los ámbitos señalados y mediante la técnica de bola de nieve. Se identificaron inicialmente 30 posibles participantes y se organizaron por orden de relevancia para cada grupo nominal. El contacto con los panelistas permitió identificar posibles participantes adicionales, en caso de que los identificados en primer lugar no pudiesen participar. Se contactó con los posibles panelistas de manera gradual, atendiendo a la clasificación realizada por su relevancia, contactando inicialmente a 10 expertos y después por bloques de cinco. De los 53 posibles panelistas se contactó con un total de 25 personas, de los cuales aceptaron participar 15. Por tanto, la tasa de aceptación fue de 60%. La causa para la no participación en los paneles fue la coincidencia en el tiempo con otros eventos o responsabilidades adquiridas por los panelistas en las fechas en las que efectuar la jornada.

El contacto con los participantes se realizó mediante una carta enviada por correo electrónico en la que se les informaba del evento y se les invitaba a participar. En concreto se les informaba que el segundo día acogería los grupos nominales, que discurrirían en dos rondas. En ellos, un número reducido de expertos debatirían acerca de estrategias para la traslación de una taxonomía de actividades de prevención y promoción en AP a dicho ámbito y acerca de factores/elementos críticos para la implementación de estrategias de PS en AP. En este contexto, y dada su experiencia en el área, se les invitó a participar.

Procedimiento

Tras una breve sesión introductoria, en la que se abordaron nociones básicas de los grupos nominales (11), su utilidad en salud y perfil de los participantes se desarrollaron los paneles, de manera paralela.

En primer lugar se distribuyó a los participantes el material para que pudieran familiarizarse con el mismo y retomar algunas de las ideas presentadas en las ponencias de la jornada del día anterior, para el trabajo a desarrollar en el grupo nominal. En el grupo nominal "Estrategias de implementación de una taxonomía de actividades de prevención y PS para el abordaje de su omisión en AP" (Grupo nominal 1) se distribuyó la herramienta TaxoPromo (8), que aglutina un listado de 43 actividades agrupadas en ocho categorías, que deberían llevarse a cabo en AP. En el caso del grupo nominal "Evaluación de estrategias de PS en AP" (Grupo nominal 2) se visualizó un breve vídeo introductorio sobre el enfoque de evaluación basado en sistemas complejos (<https://www.youtube.com/watch?v=2vojPkdsbtl>) elaborado por la Universidad de Columbia Británica, y se proporcionó una representación gráfica de un modelo lógico como base para facilitar el trabajo que debían realizar (Figura 1).

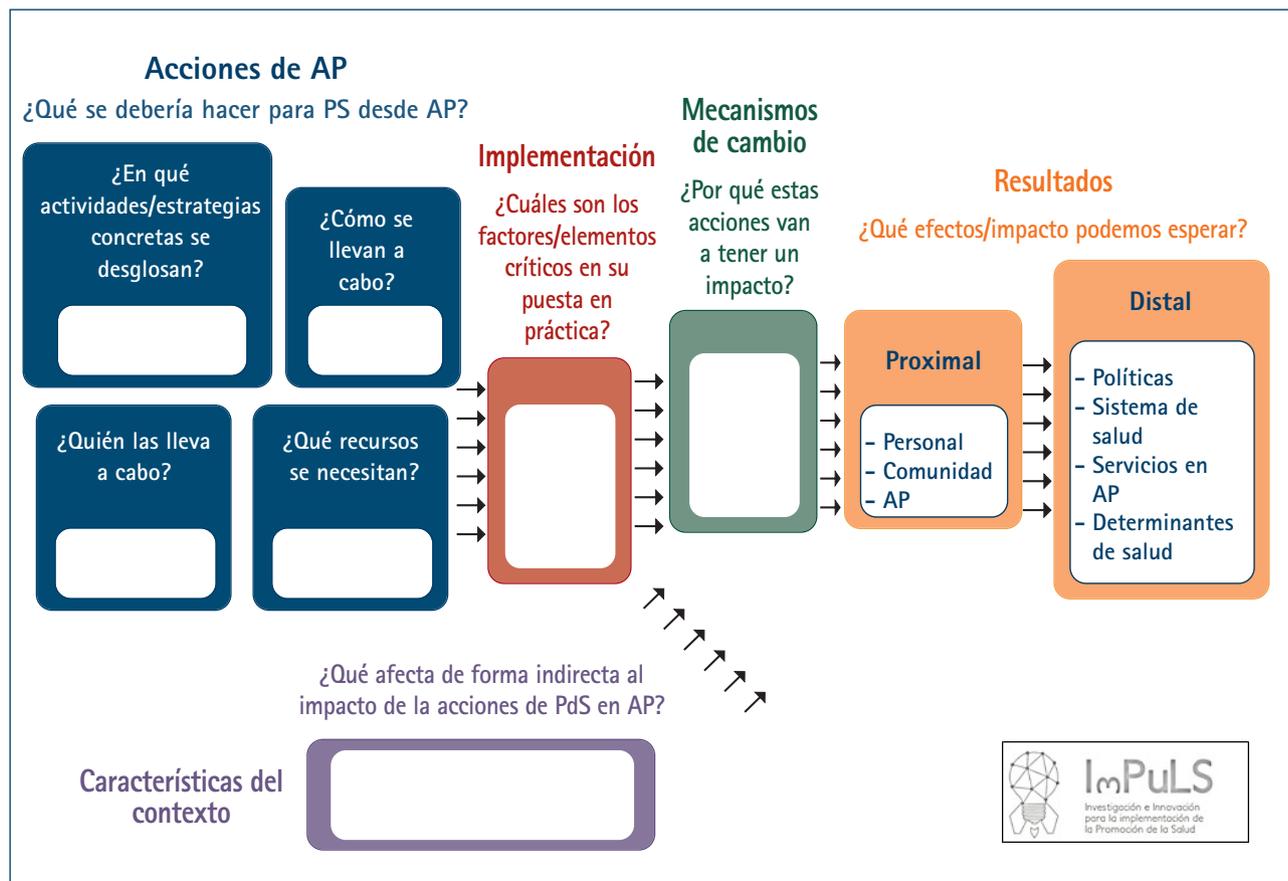


Figura 1. Marco crítico de evaluación de estrategias de PS para AP

A continuación se planteó a los participantes la pregunta sobre la que se trabajaría en el grupo nominal. En el grupo nominal 1 la pregunta fue: "¿Qué estrategias podrían adoptarse para implementar TaxoPromo en el contexto de AP?". En el grupo nominal 2, por su parte, la pregunta fue "¿Cuáles son los factores/elementos críticos para la implementación de estrategias de PS en AP?". En ambos se concretó como objetivo la creación de un listado de propuestas individual, que seguidamente se priorizarían por medio de la dinámica grupal.

La recogida de información y el análisis de la misma se llevó a cabo de manera simultánea con los participantes hasta llegar al consenso. En el transcurso de cada grupo nominal se combinaron trabajo personal, puesta en común y discusión entre panelistas sobre los elementos identificados, así como su puntuación. En concreto, los grupos nominales transcurrieron en las siguientes fases: Fase 1: generación de ideas; Fase 2: puesta en común de ideas generadas; Fase 3: discusión sobre las ideas propuestas; Fase 4: votación preliminar; Fase 5: discusión de resultados; Fase 6: votación final. En la Fase 1 cada participante, de manera individual, creaba un listado de ítems en respuesta a la pregunta planteada para el grupo nominal; tras lo cual, en la Fase 2 se ponían en común las ideas generadas por los participantes. Estos ítems se iban registrando por un miembro del equipo investigador y proyectando en una pantalla, de manera que todos los participantes pudiesen visualizar la información. En la Fase 3 se discutieron las ideas propuestas para su clarificación; para a continuación, en la fase 4, proceder a la votación individual. Cada participante puntuó los ítems que le parecieron más relevantes, otorgando la máxima puntuación a la propuesta que consideraba más importante y la mínima al de menos importancia según su criterio (11). Una vez contabilizados los votos, y con los resultados en pantalla, estos se discutieron. La discusión además permitió concretar, completar o fusionar varios ítems antes de proceder a la segunda y última votación. En la sexta y última fase se efectuó la última votación. De este modo, la lista de elementos inicial evolucionó hasta llegar a una lista de ítems priorizados por los participantes.

Resultados

En la ronda de generación de ideas o Fase 1 se obtuvieron un total de 27 y 43 propuestas de ítems en los grupos 1 y 2, respectivamente (Tabla 2). Tras su puesta en común y discusión por parte los participantes (Fases 2 y 3) se realizó la votación preliminar, que permitió priorizar los ítems más relevantes en 15 ítems para el grupo nominal 1 y 20 para el grupo 2 (Fase 4). Tras la discusión de los resultados de esta votación (Fase 5), en la sexta y última fase se procedió a la votación final, que dio como resultado la selección de seis ítems que los panelistas consideraron suficientes y apropiados como estrategias para implementar TaxoPromo en el contexto de AP (grupo 1); y 10 ítems que los panelistas consensuaron como elementos críticos para la implementación de estrategias de PS en AP (grupo 2). Estos ítems correspondientes a los dos grupos nominales se muestran en la Tabla 2 ordenados de mayor a menor puntuación.

Tabla 2. Ítems identificados al comienzo y tras finalizar la primera y segunda ronda de priorización respectivamente

Grupo nominal	Listado inicial de ítems identificados por los participantes (fase 1)	Resultados tras la primera priorización (manteniendo la numeración inicial del ítem) (fase 4)	Resultados tras la segunda priorización presentados por orden de importancia identificada por los participantes (fase 6)
1. ¿Qué estrategias podrían adoptarse para implementar la taxonomía en AP?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seleccionar un marco teórico en implementación para realizar un análisis situacional previo 2. Detectar formas sencillas de inclusión de las herramientas, dependiendo del nivel de implementación (nivel macro/meso/micro) (creación previa de lenguaje común) 3. Evaluación bianual de análisis situacional en relación a la taxonomía 4. Reestructurar los centros de salud hacia un enfoque de centros promotores de salud 5. Inclusión de la comunidad a niveles administrativos/servicios sanitarios/consejos de salud 6. Fomentar/crear conciencia sobre compromiso en la adherencia a la taxonomía (a distintos niveles y qué apartados) 7. Consenso previo sobre la validez de la herramienta en PS 8. Revisión y selección de estrategias consensuadas de implementación 9. Definir las funciones de cada una de las partes implicadas en la implementación (comisiones, profesionales, indicadores, institución, etc.) 10. Inclusión de la herramienta en el currículum pregrado y postgrado (en todas las disciplinas) en PS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seleccionar un marco teórico en implementación para realizar un análisis situacional previo 2. Fomentar/crear conciencia sobre compromiso en la adherencia a la taxonomía (a distintos niveles y qué apartados) 3. Reunión periódica revisión la taxonomía + incorporar a la taxonomía hojas de autoevaluación (qué estamos haciendo/qué podríamos hacer) 4. Reestructurar los centros de salud hacia un enfoque de centros promotores de salud 5. Hacer participe a la comunidad en la estrategia de implementación de la herramienta 6. Definir las funciones de cada una de las partes implicadas en la implementación (comisiones, profesionales, indicadores, institución, etc.) 8. Revisión y selección de estrategias consensuadas de implementación 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seleccionar un marco teórico de implementación para realizar un análisis situacional previo 2. Reestructurar los centros de salud hacia un enfoque de centros promotores de salud 3. Visibilizar, diseminar la taxonomía en asociaciones científicas de salud pública 4. Reunión periódica para revisión de taxonomía e incorporar hojas de evaluación a la misma (qué estamos haciendo/qué podríamos hacer) 5. Presentar la taxonomía como una herramienta beneficiosa para fortalecer los equipos, y para la formulación y priorización de objetivos, evitando la frustración de los profesionales 6. Hacer participe a la comunidad en la estrategia de implementación de la herramienta

Tabla 2. Ítems identificados al comienzo y tras finalizar la primera y segunda ronda de priorización respectivamente (continuación)

Grupo nominal	Listado inicial de ítems identificados por los participantes (fase 1)	Resultados tras la primera priorización (manteniendo la numeración inicial del ítem) (fase 4)	Resultados tras la segunda priorización presentados por orden de importancia identificada por los participantes (fase 6)
	<ul style="list-style-type: none"> 11. Fomentar un modelo de trabajo transdisciplinar en pro del alcance de los objetivos de PS, evitando la inequidad 12. Generar coherencia en las instituciones 13. Utilizar un marco de evaluación de las estrategias de implementación 14. Incorporar a la taxonomía hojas de autoevaluación (qué estamos haciendo/qué podríamos hacer) 15. Evitar que la taxonomía sea una herramienta de frustración de los profesionales 16. Inclusión de la taxonomía como una herramienta complementaria, no sustitutiva de la actividad diaria (poner en valor) 17. Evitar la implementación de la herramienta de manera informatizada en un primer momento 18. Presentarla como una herramienta beneficiosa para fortalecer los equipos 19. Reconocimiento de valor de la taxonomía en el área asistencial (unido a la idea de la inclusión en el currículum) 20. Disponibilidad y accesibilidad a la herramienta por parte de cualquier individuo (páginas web, PDF gratuitos) 21. Establecer contacto con el equipo de traducción de la guía NICE (coordinación con otras iniciativas con el fin de evitar sobrecargas) 22. Visibilizar, compartir y vehicular un enfoque relacionado con paradigma comunitario 23. Difundir y diseminar la taxonomía en sociedades/asociaciones científicas/Salud Pública/ámbito de seguridad paciente 24. Argumentar/difundir beneficios que puede aportar la herramienta en términos de clasificación 	<ul style="list-style-type: none"> 9. Utilizar un marco de evaluación de estrategias de implementación 10. Detectar formas sencillas de inclusión de las herramientas, dependiendo del nivel de implementación (nivel macro/meso/micro) (creación previa de lenguaje común) 11. Fomentar un modelo de trabajo transdisciplinar en pro del alcance de los objetivos de promoción de la salud, evitando la inequidad 12. Generar coherencia en las instituciones 19. Reconocimiento de valor de la taxonomía en el área asistencial (unido a la idea de la inclusión en el currículum) 22. Visibilizar, compartir y vehicular un enfoque relacionado con paradigma comunitario + difundir y diseminar la taxonomía en sociedades/asociaciones científicas/Salud Pública/ámbito de seguridad paciente e implicarles en la validación de la misma 23. Inclusión de la herramienta en el currículum pregrado y postgrado (en todas las disciplinas) en promoción de la salud 26. Presentarla como una herramienta beneficiosa 	

Tabla 2. Ítems identificados al comienzo y tras finalizar la primera y segunda ronda de priorización respectivamente (continuación)

Grupo nominal	Listado inicial de ítems identificados por los participantes (fase 1)	Resultados tras la primera priorización (manteniendo la numeración inicial del ítem) (fase 4)	Resultados tras la segunda priorización presentados por orden de importancia identificada por los participantes (fase 6)
	25. Utilidades en investigación para clasificar las acciones en PS 26. Utilidad de la herramienta en la formulación y priorización de objetivos en los acuerdos de gestión clínica y contrato programa 27. La herramienta no va a servir para evitar errores de omisión (evitar el error de omisión en la implementación)	para fortalecer los equipos + evitar que la taxonomía sea una herramienta de frustración de los profesionales + utilidad de la herramienta en la formulación y priorización de objetivos en los acuerdos de gestión clínica y contrato programa	
2. ¿Cuáles son los factores/elementos críticos para la implementación de estrategias de PS en AP?	1. Prioridad política 2. Enfoque global de déficit 3. Identificación de cinco niveles de implementación: evidencia, <i>policy maker</i> , organización, profesional, paciente-comunidad 4. Papel de la comunidad como un todo/sistema 5. Pacto por la promoción 6. Motivación profesional/ "Promopasionales" (profesionales, comunidad, activos, gestores) 7. Difusión adecuada de la estrategia global 8. Estrategia operativa 9. Representación social de la PS (por parte de la comunidad y de los profesionales) 10. Reconocimiento social y profesional de la PS 11. Necesidad de apoyos contextuales (existencia de un planteamiento de salud en todas las políticas desde salud, educación y otros; adecuada a los profesionales para su propia capacitación en PS) 12. Formación/capacitación básica y continuada de los profesionales 13. Acompañamiento desde el apoyo, no solo la formación (formación parte de proceso)	1. Prioridad política 3. Identificación de cinco niveles de implementación: evidencia, <i>policy maker</i> , organización, profesional, paciente-comunidad 4. Papel de la comunidad como un todo/sistema 5. Pacto por la promoción 6. Motivación profesional/ "Promopasionales" (profesionales, comunidad, activos, gestores) 10. Reconocimiento social y profesional de la PS 11. Necesidad de apoyos contextuales (existencia de un planteamiento de salud en todas las políticas desde salud, educación y otros; adecuada a los profesionales para su propia capacitación en PS) 12. Formación/capacitación básica y continuada de los profesionales 13. Acompañamiento desde el apoyo, no solo la formación (formación parte de proceso)	1. Prioridad política del sistema de salud hacia la PS 2. Adaptación organizativa para facilitar los procesos de implementación dentro de AP 3. Apoyos contextuales 4. Formación/capacitación básica y continuada de los profesionales 5. Reconocimiento social y profesional de la PS 6. Motivación profesional/compromiso con la PS 7. Papel de la comunidad como un todo/sistema 8. Identificación de cinco niveles de implementación (evidencia, <i>policy maker</i> , organización, profesional, paciente-comunidad) 9. Recogida sistemática de acciones/intervenciones 10. Coordinación de AP con otras áreas del sistema de salud y con otros sectores

Tabla 2. Ítems identificados al comienzo y tras finalizar la primera y segunda ronda de priorización respectivamente (continuación)

Grupo nominal	Listado inicial de ítems identificados por los participantes (fase 1)	Resultados tras la primera priorización (manteniendo la numeración inicial del ítem) (fase 4)	Resultados tras la segunda priorización presentados por orden de importancia identificada por los participantes (fase 6)
	<ul style="list-style-type: none"> 14. Coordinación de AP con otros sectores. Trabajo intersectorial 15. Definición del papel de AP en PS 16. Engranaje de la PS con otras actividades de AP 17. Niveles de abordaje de la PS: en consulta, comunidad e intersectorialidad de AP con otros sectores 18. Fomento del trabajo en equipo en AP 19. Acuerdo de gestión clínica/crear un objetivo de compra en los proveedores en el sector salud 20. Reconocimiento de incentivos económicos 21. Sostenibilidad de las estrategias por perfiles y dinámica de trabajo 22. Agendas comunitarias: "ir a la calle" 23. Difusión en red de lo que se está haciendo/creación de red de proyectos 24. Carga asistencial de los profesionales de la salud 25. Foco de medicalización de los problemas de salud 26. Incorporar iniciativas activas exitosas y funcionales que surgen en la comunidad 27. Adaptación organizativa. Concretar las acciones de PS que queremos poner en marcha. Coherencia con lo que se propone y su evaluación 28. Recogida sistemática de acciones/intervenciones (consensuadas, basadas en la evidencia, implementables, y definidas) y su evaluación en sistemas de información 	<ul style="list-style-type: none"> 14. Coordinación de AP con otros sectores. Trabajo intersectorial. Definición del papel de AP en PS 18. Fomento del trabajo en equipo en AP 20. Reconocimiento de incentivos económicos 23. Difusión en red de lo que se está haciendo/creación de red de proyectos 24. Carga asistencial de los profesionales de la salud 27. Adaptación organizativa. Concretar las acciones de PS que queremos poner en marcha. Coherencia con lo que se propone y su evaluación 28. Recogida sistemática de acciones/intervenciones (consensuadas, basadas en la evidencia, implementables, y definidas) y su evaluación en sistemas de información 29. Adaptación a las bases de datos y mejorar la sistemática de recogida y evaluación 31. Coordinación salud pública, servicios sociales y servicios de salud 32. Registro en historia clínica electrónica de las actividades de PS 41. Equidad en la AP, como elemento transversal 	

Tabla 2. Ítems identificados al comienzo y tras finalizar la primera y segunda ronda de priorización respectivamente (continuación)

Grupo nominal	Listado inicial de ítems identificados por los participantes (fase 1)	Resultados tras la primera priorización (manteniendo la numeración inicial del ítem) (fase 4)	Resultados tras la segunda priorización presentados por orden de importancia identificada por los participantes (fase 6)
	<p>29. Adaptación a las bases de datos y mejorar la sistemática de recogida y evaluación</p> <p>30. Modelo de implementación dentro de las áreas básicas de salud</p> <p>31. Coordinación Salud Pública, servicios sociales y servicios de salud</p> <p>32. Registro en historia clínica electrónica de las actividades de PS</p> <p>33. Cultura de divulgación científica y social de las acciones e iniciativas</p> <p>34. Acceso a la documentación de buenas prácticas</p> <p>35. Conocer los recursos disponibles de la comunidad</p> <p>36. Burocracia de la administración como barrera</p> <p>37. Equilibrar la implicación de los diferentes estamentos (medicina, enfermería, trabajo social y agentes) y entre los propios miembros del equipo. Interdisciplinaridad</p> <p>38. Identificación de las competencias propias de cada profesional para promover la salud. Definir los perfiles de los implicados</p> <p>39. Asunción de tareas de PS por cada profesional.</p> <p>40. Investigación en acción con mecanismos de evaluación continua</p> <p>41. Equidad en la AP como elemento transversal</p> <p>42. La necesidad de gratificación inmediata. Obtención de resultado a largo plazo (poca motivación y poca rentabilidad para los gestores y profesionales)</p> <p>43. Longitudinalidad de la AP evitando la precariedad laboral. Estabilidad laboral</p>		

Discusión

Este estudio muestra el consenso alcanzado por expertos en PS con relación a estrategias para la implementación de una herramienta para la evaluación sistemática de la actividad en prevención y PS en AP e identificación de omisiones en este campo (TaxoPromo); y a elementos críticos para la implementación de estrategias de PS en AP. Los resultados ponen de manifiesto que las opiniones de expertos son claras y están alineadas hacia estrategias bien definidas, lo que refuerza la necesidad de trabajar en su implementación. Estos apuntan fundamentalmente hacia el reconocimiento y la apuesta por la PS, aspectos esenciales relacionados con la implementación, la necesidad de colaboración con otros agentes, y la capacitación para el compromiso con la PS.

La necesidad de una apuesta clara y firme por la PS en el ámbito institucional, en la agenda política, se situó entre los primeros puestos en lo consensuado por los panelistas en ambos grupos. Como otros autores han apuntado, la necesaria reorientación de los servicios sanitarios y la devolución a AP de su papel como eje estratégico del Sistema Nacional de Salud, basado en la PS, es una decisión eminentemente política (4). La priorización de la PS por parte del sistema de salud implicaría la consideración de la PS como una inversión más que un gasto (7) y promovería la adopción de una perspectiva salutogénica que facilitaría impulsar las iniciativas comunitarias (13,14). Posicionar la PS en un lugar prioritario en la agenda ayudaría a controlar la presión que ejerce la necesidad de actuación sobre la curación o lo agudo, que con frecuencia hace que las actividades de promoción queden relegadas a un segundo plano, por ser consideradas menos prioritarias (15).

La AP se ha desarrollado de manera *ad-hoc*, siendo crónicamente infradotada al tiempo que sobrecargada, y actuaciones que tienen que ver con la educación, la prevención o el apoyo tienden a ser omitidas con mayor facilidad (15,16). Si bien se reconoce que la omisión de cuidado o servicio debe ser monitorizada regularmente como parte de la gobernanza de los sistemas con el fin de ofrecer servicios adecuados y poder lograr resultados en salud óptimos, esta necesidad parece haberse tenido en cuenta solamente en cuidados agudos (15). En este mismo sentido, iniciativas que se están desarrollando en la actualidad en lo referido a los errores de omisión en AP no están considerando la PS (17). El Marco Estratégico de la Atención Primaria y Comunitaria para impulsar la actualización de la AP apela al desarrollo de herramientas para el uso en AP para, entre otros, reforzar la PS (18). La implementación de TaxoPromo podría servir para tal fin dada su utilidad para sistematizar la evaluación de la actividad en prevención y PS y exponer las omisiones que se dan en este campo en AP (8). Esta herramienta tuvo una buena acogida entre las personas participantes en los grupos nominales.

Los resultados, considerando un número destacable de los ítems priorizados por los panelistas, podrían integrarse bajo la consideración de la implementación de la PS como un proceso. Efectivamente para prestar atención a aspectos como la propia naturaleza del tema abordado, los recursos disponibles, las barreras y facilitadores que condicionan su utilización, entre otros, es necesario idear un plan de implementación (19). El despliegue de un plan de implementación, con la adopción de un marco teórico y mediante la realización de un análisis situacional adecuado, que implicara a gestores y profesionales, podría promover una mayor participación de los profesionales en las decisiones organizativas (18) y contribuir, asimismo, a hacer frente a la realidad evidenciada por otros autores (6).

Si bien ambos grupos versaron sobre la implementación de la PS en AP, como se puede observar en la Tabla 2, los elementos consensuados interpelan a otros agentes externos a la AP o al propio sistema sanitario, como la comunidad, la sociedad o las asociaciones científicas, entre otros. La AP es central a diversas estrategias globales y nacionales para hacer frente a las desigualdades en salud (7). En el contexto español, la salud comunitaria constituye un pilar fundamental para la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario público (4). La salud comunitaria y la PS difícilmente se pueden concebir sin la intersectorialidad ni la participación. La identificación de la necesidad de fomentar la participación de la comunidad o diversas asociaciones como aspecto prioritario para el proceso de implementación de la PS en AP es consistente con la necesidad de trabajar sobre estos dos atributos esenciales.

Todos los aspectos anteriores ponen de manifiesto la necesidad de creación de capacidad en el ámbito de personas, organizaciones y la propia comunidad, para la implementación de la PS (20). Las propuestas consensuadas apelan a un marco de creación de capacidad, que responda al desarrollo de estructuras, recursos, conocimiento, habilidades y liderazgo necesarios. Además de para la sostenibilidad de los programas o medidas implementadas, la creación de capacidad conlleva una perspectiva de proceso, con el fin apoyar el cambio en y entre las organizaciones. Este planteamiento minimiza la tendencia al trabajo en silos, y es conducente al desarrollo de sistemas con capacidad de respuesta. La perspectiva de creación de capacidad promueve la creación de comunidades más fuertes y la participación, por lo que supone un mecanismo para el abordaje de las desigualdades en salud. En un marco de creación de capacidad, materiales como TaxoPromo podrían suponer una guía para valorar la calidad del trabajo en PS en AP, de interés para los gestores, además de un instrumento útil para la rendición de cuentas, que permitirían reconocer y dar visibilidad al trabajo realizado por los clínicos en PS.

No se han identificado trabajos de investigación similares que permitan comparar resultados, si bien el Marco Estratégico de la Atención Primaria y Comunitaria para impulsar la actualización de la AP (18) apela a la acción en direcciones similares a las identificadas en los grupos nominales. Las posibles limitaciones de este trabajo serían las propias de los métodos de consenso, que de por sí se utilizan cuando se carece de evidencia científica que facilite la toma de decisiones. El hecho de haber seleccionado participantes de distintos ámbitos, y con distinta perspectiva profesional en este trabajo, ha permitido una aproximación inicial que puede ayudar al relanzamiento de la PS en AP. Esta estrategia para la selección de los participantes, o su consideración de expertos, podría entenderse como una posible limitación. La literatura en torno a los métodos de consenso apunta la variabilidad en las definiciones de lo que constituye un experto (21,22), el mejor método para su identificación (23), e incluso cuál debe ser la composición óptima de los grupos en que estos son distribuidos (23). Ante la inexistencia de guías claras se ha sugerido que entre los participantes se deben incluir aquellos responsables del desarrollo de dicho ámbito y los clínicos encargados de su aplicación (24). En el futuro se requerirán otro tipo de metodologías que contribuyan a la obtención de evidencia científica sólida. Con respecto al proceso de trabajo, algunos participantes pudieron considerar sugerir modificaciones a la pregunta planteada, pero que el proceso de trabajo estructurado no lo permitiera (11). Así mismo, tratándose de participantes con gran conocimiento y experiencia en el ámbito, algunas ideas individuales pudieron quedar menos desarrolladas debido a la dinámica propia de la metodología (11). Sin embargo, el trabajo de los moderadores ayudó a que todos los participantes expresaran sus opiniones y que se revisasen aquellos aspectos en los que podía haber discordancias.

Conclusión

En conclusión, es necesaria una apuesta clara y firme por la PS en AP, que vaya acompañada de la adopción de un enfoque de creación de capacidad y de un marco de implementación. En ello es indispensable la colaboración con otros agentes tanto dentro como fuera del sistema sanitario.

Financiación

Plan de Investigación de la Universidad de Navarra (PIUNA). Convocatoria de Ayudas de Financiación de Grupos de Investigación Registrados 2017-2018.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A todos los participantes en los grupos nominales.

Bibliografía

- [1] World Health Organization (WHO). Global Health Promotion [internet]. Geneva: WHO. [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>
- [2] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Madrid: MSSE; 2014.
- [3] Sobrino Armas C, Hernán García M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de "salud comunitaria"? Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018; 32:5-12. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.005>
- [4] Martínez-Cía N, Pérez Pérez M, Heras-Mosteiro J, Gutiérrez Ávila G, Díaz-Olalla JM, Ruiz-Giménez JL. Encuentros y desencuentros entre salud comunitaria y Sistema sanitaria español. Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018; 32:17-21. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.004>
- [5] Martín Zurro A. Alma Ata y medicina de familia: 40 años de travesía del desierto. Aten Prim. 2018; 50:203-4. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.002>

- [6] Rubio-Varela M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One* 2014; 9: e89554. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089554>
- [7] López-Dicastillo O, Canga-Armayor N, Mujika A, Pardavila-Belio MI, Belintxon M, Serrano-Monzó I, Pumar-Méndez MJ. Cinco paradojas de la promoción de la salud. *Gac Sanit.* 2017; 31:269-72. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.10.011>
- [8] Pumar-Méndez MJ, López-Dicastillo O, Hernantes N, Iriarte A, Belintxon M, García A, Mujika A. Development of a taxonomy of activities in health prevention and promotion for primary care. *J Nurs Manage* 2020. Doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.12980>
- [9] Moore GF, Evans RE, Hawkins J, Littlecott H, Melendez-Torres GJ, Bonell C, Murphy S. From complex social interventions to interventions in complex social systems: Future directions and unresolved questions for intervention development and evaluation. *Evaluation* 2019; 25:23-45. Doi: <https://doi.org/10.1177/1356389018803219>
- [10] Rosas S, Knight E. Evaluating a complex health promotion intervention: case application of three systems methods. *Crit Publ Health* 2019; 29:337-52. Doi: <https://doi.org/10.1080/09581596.2018.1455966>
- [1] Delp P, Thesen A, Motiwalla J, Seshardi, N. Nominal Group Technique. In: *Systems tools for project planning*. Bloomington: International Development Institute; 1977. p. 14-7.
- [12] Cantrill JA, Sibbald B, Buetow. The Delphi and nominal group techniques in health services research. *Int J Pharm Pract* 1996; 4:67-74.
- [13] Segura A. El sistema sanitario, la Atención Primaria y la Salud Pública. *Aten Prim.* 2018; 50:388-9. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.01.001>
- [14] Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, Paredes-Carbonell JJ, Hernán M. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit.* 2016; 30:93-8. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>
- [15] Phelan A, Mccarthy S, Adams E. Examining missed care in community nursing: A cross section survey design. *JAN* 2017;74:626-36. Doi: <https://doi.org/10.1111/jan.13466>
- [16] López-Dicastillo O, Zabaleta-del-Olmo E, Mujika A, Antoñanzas-Baztán E, Hernantes N, Pumar-Méndez MJ. Missed nursing care" in health promotion: raising awareness. *J Nurs Manage* 2020. Doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.13016>
- [17] Esmail A, Valderas JM, Verstappen W, Godycki-Cwirko M, Wensing M. Developing a research agenda for patient safety in primary care. Background, aims and output of the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract.* 2015; 21:sup1:3-7. Doi: <http://doi.org/10.3109/13814788.2015.1043122>
- [18] Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España. Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. *Boletín Oficial del Estado (BOE)* [internet] núm. 109, de 7 de mayo de 2019. p. 48652 a 48670. [citado 8 nov 2020]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761
- [19] Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/02-02.
- [20] NSW Health Department. A Framework for Building Capacity to Improve Health. NSW Health Department [internet] 2001 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://yeah.org.au/wp-content/uploads/2014/07/A-Framework-for-Building-Capacity-to-Improve-Health.pdf>
- [21] Mead DM, Moseley LG. The use of Delphi as a research approach. *Nurse Res.* 2001; 8(4):4-23. Doi: <http://doi.org/10.7748/nr2001.07.8.4.4.c6162>
- [22] Baker J, Lovell K, Harris N. How expert are experts? An exploration of the concept of 'expert' within Delphi panel techniques. *Nurse Res.* 2006; 14(1):59-70. Doi: <http://doi.org/10.7748/nr2006.10.14.1.59.c6010>
- [23] Halcomb E, Davidson P, Hardaker L. Using the consensus development conference method in healthcare research. *Nurse Res.* 2008; 16(1):56-71. Doi: <http://doi.org/10.7748/nr2008.10.16.1.56.c6753>
- [24] Campbell SM, Cantrill JA. Consensus methods in prescribing research. *J Clin Pharm Ther.* 2001; 26(1):5-14. Doi: <http://doi.org/10.1046/j.1365-2710.2001.00331.x>

¹ Julio Enrique García Olcina
² Francisco Antonio Gil Medina
³ José Munsuri Rosado
⁴ Ángela Olmedo Salas
³ Carlos Saus Ortega
³ María Isabel Mármol López

Evolución histórica de la Enfermería y la especialidad Familiar y Comunitaria en España

¹ *Enfermero. Escuela de Enfermería La Fe. Valencia.*

² *Tutor de Grado Practicum AP. Centro de Salud Trinitat. Valencia.*

³ *Doctor/a en Ciencias de la Salud. Grupo de investigación GREIACC. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.*

⁴ *Grupo de investigación GREIACC. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.*

Dirección de contacto: maribelmrlp@gmail.com

Cómo citar este artículo:

García Olcina JE, Gil Medina FA, Munsuri Rosado J, Olmedo Salas A, Saus Ortega C, Mármol López MI. Evolución histórica de la Enfermería y la especialidad Familiar y Comunitaria en España. *RIdEC* 2020; 13(2):71-81.

Fecha de recepción: 7 de octubre de 2020. **Aceptada su publicación:** 8 de noviembre de 2020.

Resumen

Objetivo: describir los cambios experimentados con el paso de los años en España por la profesión enfermera y sus consecuencias en la consolidación de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria con sus competencias específicas.

Método: revisión bibliográfica sobre la evolución de la Enfermería en España. Se realizó una búsqueda bibliográfica entre enero y febrero de 2020 en las bases de datos CUIDEN, PubMed, SCIELO, DIALNET y CINAHL, en la *Revista de Historia de los Cuidadores Profesionales y de las Ciencias de la Salud* y en la *Revista Peruana del Cuidado de la Salud y Salud Global*. Tras aplicar la estrategia de búsqueda definida y atendiendo a las variables de estudio se seleccionaron 10 registros.

Resultados: la existencia de los practicantes y su posterior unificación en asistentes técnicos sanitarios no contribuyó al desarrollo de la Enfermería comunitaria. La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) se abandonó hasta el año 2005. Las enfermeras especialistas prestan cuidados de calidad.

Conclusiones: la Enfermería Comunitaria constituye el lugar de trabajo donde las enfermeras pueden desarrollar todas las potencialidades de la profesión y, aunque las enfermeras especialistas en EFyC son capaces de garantizar unos cuidados de calidad, de otorgar valor a la Atención Primaria de Salud (APS) y suponen una clara mejora para esta, se evidencia un retraso en el desarrollo de la disciplina en España respecto al nivel de desarrollo internacional.

Palabras clave: enfermera; rol; Atención Primaria de Salud.

Abstract

Historical development of Nursing and Family and Community Nursing specialty in Spain

Purpose: to describe changes appeared in nursing profession over the years in Spain, and their implications for the consolidation of the specialty of Family and Community Nursing with its specific competences.

Methods: a literature review on the development of Nursing in Spain. A literature search was carried out in January and February 2020 in CUIDEN, PubMed, SCIELO, DIALNET, and CINAHL databases, and in the journals *Revista de Historia de los Cuidadores Profesionales y de las Ciencias de la Salud* and *Revista Peruana del Cuidado de la Salud y Salud Global*. Based on a defined search strategy and on the study endpoints, 17 records were selected.

Results: the existence of the "practicantes" and their later integration as "asistentes técnicos sanitarios" did not contribute to the development of Community Nursing. Family and Community Nursing as a specialty was abandoned until 2005. Nursing specialist provide quality care.

Conclusions: Community Nursing is the workplace where nurses can develop their full potential and, although Family and Community Nursing specialists are able to ensure quality care, to give value to Primary Health Care, and to clearly improve it, there is evidence of a delay in the development of the specialty in Spain, compared to the level of its international development.

Key words: nurse; role; Primary Health Care.

Introducción

Antecedentes

Ser conocedor de la evolución de la Enfermería como disciplina mediante su demostración histórica es necesario para comprender la actualidad de la profesión (1).

La Enfermería incluye los cuidados que se prestan a las personas de todas las edades, grupos, familias y comunidades (2,3). Ligados a la comunidad, los principios de la práctica profesional se dan en toda su profundidad al ejercer el cuidado (2,4); los cuidados, principal propósito de la enfermera, otorgan mayor autonomía a la profesional al hacerlos suyos así como al apoyarse en los argumentos teóricos que sustentan su práctica (5).

En 1857 aparece la "Ley de Bases para la Institución Pública", denominada popularmente "Ley Moyano". A partir de este momento, todas las profesiones de la salud en España quedan reguladas por esta ley. En 1861, se publica el "Reglamento para las enseñanzas de Practicante y Matrona". No obstante, no se contempla ni se nombra la figura de la enfermera hasta 1915 (6).

La celebración en Alma-Ata (1978), la I Conferencia Internacional de Atención Primaria organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), promovió el interés y las acciones relacionadas con el desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS), lo que le dio un impulso decisivo (7,8). En ella se plantea la APS como pilar fundamental de la asistencia sanitaria, basada en la práctica científica y socialmente aceptada, definida como una serie de principios para la organización de servicios de salud y diversidad de criterios útiles para abordar las necesidades y los determinantes de esta (4,9). Además, se considera fundamental la contribución de enfermeras y matronas, las cuales deben dejar de ser el recurso del médico para pasar a ser un recurso para la comunidad (4,9). Actualmente sigue siendo la clave para materializar el derecho a la salud, principalmente a los más desfavorecidos (10,11).

Ante la necesidad de perfeccionar las condiciones para la atención de salud de la comunidad se plantea la renovación de la APS (7), un esfuerzo por la reconquista de valores sobre los cuales se sustentan los sistemas de salud como la equidad, la solidaridad y el derecho a gozar del máximo grado de salud posible (12).

La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) pretende formar enfermeras capaces de identificar las necesidades biopsicosociales de la comunidad y las relaciones que se producen entre sus miembros, de modo que otorguen cuidados que respondan a estas necesidades basándose en la evidencia científica y en el uso del método clínico y técnicas complejas. Por todo ello, las enfermeras representan un papel fundamental respecto al logro de la salud universal (5).

La especialidad es relativamente joven si se compara con su evolución en otros países (13). En el contexto nacional, el origen de la Enfermería Comunitaria se remonta al primer tercio del siglo XX, época en la cual se forman a las enfermeras visitadoras, aunque no será hasta finales del siglo cuando se publique el Real Decreto (RD) 992/1987, de 3 de julio, que regule la obtención del título de enfermero especialista (14,15).

Según se explicita en el programa formativo de la especialidad de EFyC, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que es función de la enfermera especialista conocer a la comunidad en la que desempeña su labor, así como los recursos de los que dispone. Puede identificar los elementos que influyen en la salud de la comunidad de manera positiva o negativa, por lo que está preparada para intervenir en órganos de Salud Pública y para ser una activa participante de la comunidad (14,16).

Tradicionalmente, los cuidados enfermeros han sido descritos por los propios profesionales como invisibles para el resto de la sociedad (17). Sin duda ninguna, la Enfermería es una profesión, pero la falta de reconocimiento por parte de la sociedad limita a sus profesionales (18). El conocimiento de los orígenes y logros de la profesión es fundamental para saber de dónde venimos, hacia dónde vamos y la importancia de la lucha por el desarrollo de la profesión (13).

En definitiva, de la necesidad de profundizar en el conocimiento de los cambios experimentados con el paso de los años en España por la profesión enfermera se deriva como objetivo del estudio, el describir dichos cambios y sus consecuencias en la consolidación de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en España con sus competencias específicas.

Metodología

Diseño. Revisión bibliográfica.

Estrategia de búsqueda. Se realizó una búsqueda exhaustiva en diversas bases de datos entre enero y febrero de 2020, entre las cuales se encuentran CUIDEN, PubMed, SCIELO, DIALNET y CINAHL, además de la *Peruvian Journal of Health Care*

and *Global Health* (HGH), no indexada en ninguna de las bases de datos empleadas. Se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) (19): "enfermera", "rol", "Atención Primaria de Salud", así como los *Medical Subject Heading* (Mesh) (20): "community health nursing", "nurse's role" y "primary health care". Respecto a los operadores booleanos se utilizó principalmente AND junto con diversos filtros como "palabras clave" o "título" debido a que el objetivo perseguido era acotar la búsqueda para conseguir mayor especificidad.

Criterios de selección. Se incluyeron todos los artículos españoles que estuvieran redactados en los últimos cinco años, aunque de forma excepcional, este límite se amplió hasta los siete años, en el caso del artículo "Género y profesión en la evolución histórica de la Enfermería Comunitaria en España" (21), debido a que tras la lectura crítica del mismo se llegó a la conclusión de que aportaba gran valor. Se descartaron los artículos con baja calidad metodológica.

Variables de la revisión. Perspectivas acerca de la evolución de la Enfermería, desarrollo de la especialidad, rol que desempeñan las enfermeras especialistas de EFyC y repercusión en el sistema sanitario.

Criterios de calidad metodológica. La valoración de la calidad metodológica de los estudios se realizó mediante los criterios de calidad de CASPe (22) (puntuación por debajo de 5) y Strobe (23) (puntuación por debajo de 19). CASPe se utilizó para valorar estudios cualitativos así como revisiones bibliográficas, mientras que Strobe se empleó para la valoración de estudios observacionales. Además, también se valoró el nivel de evidencia y el grado de recomendación mediante la escala Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (24).

Resultados

La totalidad de los registros obtenidos mediante la búsqueda bibliográfica fue de 479 artículos. En un primer cribado se descartaron 27 artículos al tratarse de artículos duplicados. A continuación, tras realizar la lectura del título y resumen, se desestimaron 371 publicaciones por no presentar adecuación con el tema del trabajo, por lo que quedaron 81 registros seleccionados para llevar a cabo la lectura crítica. Tras dicha lectura se excluyeron 64 publicaciones, seleccionándose finalmente 17 artículos (Figura 1, Tabla 1).

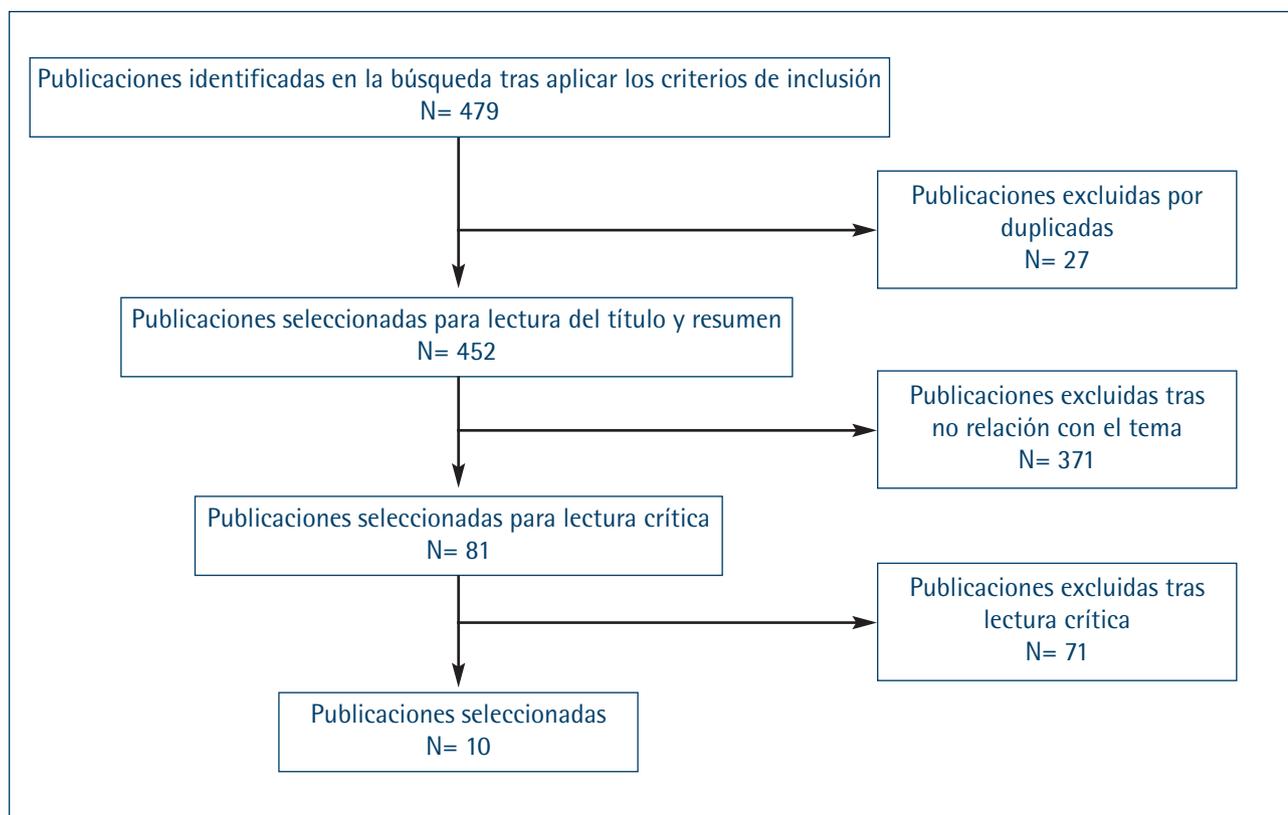


Figura 1. Diagrama de flujo. Fuente: elaboración propia

Tabla 1. Síntesis de resultados

Autores Año País	Tipo de estudio Muestra	Variable de estudio	Resultados	Conclusiones	Calidad metodológica Calidad sign
Objetivo específico nº 1: relacionar los cambios producidos con las consecuencias que han podido acarrear					
Ramos Santana et al. (6) (2015) España	<ul style="list-style-type: none"> Estudio cualitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal y analítico 345 enfermeras 	Variables socio-demográficas	A mayor edad mayor creencia de que la denominación correcta es ATS en lugar de enfermera	El colectivo enfermero siente una profunda y continua falta de reconocimiento social, político y profesional	<ul style="list-style-type: none"> STROBE (23): 20/22 SIGN (24): 3D
Burguete Ramos et al. (15) (2017) España	Estudio cualitativo, longitudinal y analítico Cinco enfermeros/as	Variables socio-demográficas	<ul style="list-style-type: none"> Algunas enfermeras se han sentido meras colaboradoras del médico Se consideró fundamental la formación continuada 	Falta de reconocimiento social derivada de la invisibilidad de los cuidados	<ul style="list-style-type: none"> CASPe (22): 8/10 SIGN (24): 3D
Rodríguez Acosta et al (1) (2015). España	Estudio cualitativo descriptivo Sin muestra	La variable tiempo en el progreso de la Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> La Enfermería se remonta al inicio de la Humanidad Hasta el siglo XVII, la Enfermería al considerarse un "cuidado caritativo de ayuda" estaba sumergida en un "bloqueo de conocimientos" Dos mujeres han destacado en Enfermería: Florence Nightingale y Concepción Arenal en el ámbito nacional 	<ul style="list-style-type: none"> Los cuidados varían en función de la época histórica en la que nos situemos No es hasta el siglo XIX cuando empiezan a formarse a las enfermeras 	<ul style="list-style-type: none"> CASPe (22): 5/10 SIGN (24): 4D
Pérez-Vico Díaz De Rada et al. (26) (2017) España	<ul style="list-style-type: none"> Revisión bibliográfica 42 estudios 	La variable tiempo en el progreso de la Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> En 1915 se regula el título de enfermera En 1953 aparecen los ATS, lo que supone la extinción de la profesión de enfermera En 1977 surgen las EUE y se establece la figura del DUE. Posteriormente, en 2005 le sustituye la denominación de enfermera y en 2010 se aprueba el programa formativo de la especialidad EFyC 	<ul style="list-style-type: none"> España ha sufrido un retraso en la evolución de la Enfermería respecto al ámbito internacional Es fundamental para la evolución de la profesión desarrollar la Enfermería en el ámbito de la Comunidad y la Salud Pública 	<ul style="list-style-type: none"> CASPe (22): 9/10 SIGN (24): 3D

Tabla 1. Síntesis de resultados (continuación)

Autores Año País	Tipo de estudio Muestra	Variable de estudio	Resultados	Conclusiones	Calidad metodológica Calidad sign
Bernabeu-Mestre et al. (21) (2013) España	<ul style="list-style-type: none"> Estudio cualitativo descriptivo Sin muestra 	El desarrollo de la especialidad y las enfermeras especialistas de EFyC	<ul style="list-style-type: none"> Aunque los practicantes reclamaban las intervenciones de salud pública, la formación de las enfermeras era de mayor especificidad La unificación de los títulos en el ATS supuso un quebranto para la Enfermería. Los ATS recibían diferente enseñanza en función de su género. En las escuelas de ATS femeninos dejaron de lado a la Enfermería Comunitaria 	Las enfermeras han recorrido un largo camino de conflictos de género cuya herencia ha llegado hasta la actualidad	<ul style="list-style-type: none"> CASPe (22): 6/10 SIGN (24): 4D
Rodríguez-Martínez et al. (28) (2018). España	<ul style="list-style-type: none"> Estudio cualitativo, observacional, multicéntrico, de corte transversal 662 sujetos que acuden a Consulta Enfermera en 23 centros de salud 	Las variables estudiadas fueron el tipo de consulta dividida en actividades de prevención, situación de DA, situaciones de afrontamiento y adaptación y procedimientos diagnósticos y terapéuticos	<ul style="list-style-type: none"> Gracias a AP, la enfermera fue capaz de consolidar una parcela de autonomía donde podía desarrollar su capacidad de gestionar los cuidados a través de la CE Dos terceras partes de las consultas fueron clasificadas como procedimientos diagnósticos y terapéuticos Respecto al origen de la consulta, predominaba la consulta concertada por el propio profesional 	<ul style="list-style-type: none"> Con la reforma de AP nace la CE y aumenta la autonomía de la enfermera Aunque la consulta está pensada para gestionar los cuidados, la realidad es que la mayor parte de las consultas se dedica a realizar procedimientos 	<ul style="list-style-type: none"> CASPe(22): 9/10 SIGN(24): 3D
Carles Contel (31) (2017). España	<ul style="list-style-type: none"> Estudio descriptivo cualitativo Sin muestra 	Repercusión de la especialidad de EFyC en el sistema sanitario, desarrollo profesional y en la ciudadanía	<ul style="list-style-type: none"> La creación de la APS supuso en España una de las mayores fortalezas del sistema sanitario. Otorgó la oportunidad a las especialistas de EFyC de posicionarse y obtener liderazgo profesional La enfermera especialista en EFyC aporta valor a la APS y consigue que sea accesible, equitativa, de calidad y sostenible 	España presenta una fuerte APS en gran parte debido a las enfermeras especialistas en EFyC	<ul style="list-style-type: none"> CASPe(22): 5/10 SIGN(24): 3D

Tabla 1. Síntesis de resultados (continuación)

Autores Año País	Tipo de estudio Muestra	Variable de estudio	Resultados	Conclusiones	Calidad metodológica Calidad sign
Objetivo específico nº 2: identificar cómo surge la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en España					
Vegas Pardavila (21) (2015) España	<ul style="list-style-type: none"> Estudio cualitativo y analítico 65 artículos y 10 personas relevantes en AP 	Las diferentes perspectivas de las personas relevantes acerca de la evolución de la EFyC en España	<ul style="list-style-type: none"> En los años 80 se construyeron los primeros centros de salud y se asignaron nuevas tareas a las enfermeras La década de los 90 fue un declive para la Enfermería de AP y la AP en general 	Se percibe la especialidad como la solución a la afluencia de profesionales que van a AP buscando un mejor horario laboral	<ul style="list-style-type: none"> CASPe (22): 9/10 SIGN (24): 3D
Martínez-Riera et al. (27) (2019) España	<ul style="list-style-type: none"> Estudio descriptivo cualitativo Sin muestra 	El desarrollo de la especialidad y las enfermeras especialistas de EFyC	<ul style="list-style-type: none"> Con el RD 450/2005, aparece la especialidad de EFyC que imitaba la denominación de la especialidad médica Mediante el RD 183/2008, se constituían las UDM AFyC donde se formaban las enfermeras especialistas 	Aunque se forman especialistas, estos luego no están trabajando como tal	<ul style="list-style-type: none"> CASPe (22): 6/10 SIGN (24): 4D
Martínez-Riera(15) (2017) España	<ul style="list-style-type: none"> Estudio descriptivo cualitativo Sin muestra 	El desarrollo de la especialidad y las enfermeras especialistas de EFyC	<ul style="list-style-type: none"> Tras la publicación del RD 450/2005 fue construida la Comisión Nacional de la Especialidad de EFyC Con la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, se aprobó el programa formativo de la especialidad. En 2011, comenzó a desarrollarse 	Mientras se desarrolla la AP aparecen las primeras sociedades científicas de Enfermería Comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> CASPe (22): 6/10 SIGN (24): 4D

Discusión

Desarrollo cronológico de la evolución de Enfermería y de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en España

La Enfermería se remonta al inicio de la humanidad, desempeñando un papel fundamental a lo largo de la historia. Durante el cristianismo apareció la figura de Febe, la primera enfermera visitadora de la historia (1).

En la primera mitad del siglo XIX, las aportaciones de Concepción Arenal en el ámbito nacional, como precursora de la visitadora sanitaria y Florence Nightingale de carácter internacional como la primera enfermera de salud pública (1,25), fueron fundamentales para el desarrollo de la Enfermería comunitaria.

En 1859, Florence Nightingale publicó las *Notas de Enfermería* y un año después abrió la Primera Escuela de Enfermería (1,26).

En 1862, Rathbone, en contacto con Florence Nightingale, fundó la Asociación de Enfermeras de Distrito, que tenía por objeto establecer un servicio permanente de enfermeras a domicilio. Se considera la primera escuela de Enfermería de Salud Pública del Mundo (25,26). Sin embargo, no es hasta 1896 cuando se abrió la primera escuela de Enfermería en España llamada Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría (18,26).

Posteriormente, en 1902, se estableció en España un programa de enseñanza a partir de la Ley de Instrucción Pública de 1857 (1). Aunque se hablaba de Enfermería, matronas y practicantes no fue hasta 1915 cuando se reguló el título de enfermera al aprobarse el primer plan de estudios con carácter nacional. La expedición del título oficial de enfermera, fue la primera normativa legal que impulsó el proceso de profesionalización de la Enfermería en España (25,26).

Como consecuencia de la falta de personal, en las décadas de los años 20 y 30 se crearon varias instituciones docentes. Así surgieron la Escuela Nacional de Puericultura en 1923 (24), la Escuela Nacional de Salud en 1924 (25), la Escuela de Visitadoras Puericultoras en 1926 y la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras en 1932 (24,25).

Otro hecho importante en el desarrollo de la profesión fue la creación de la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias en 1934. La primera iniciativa de la asociación fue la puesta en marcha de una publicación trimestral: "La Visitadora Sanitaria. Boletín de la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias", cuya finalidad era divulgar las noticias de carácter profesional, publicar artículos técnicos para favorecer la formación continuada y poner en contacto a las profesionales (25).

A raíz de la reforma sanitaria de la Segunda República, en 1935 los practicantes pasaron a integrarse en el nuevo organigrama sanitario al constituirse el Cuerpo de Practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria. Este hecho gestó el conflicto entre enfermeras y practicantes. Los practicantes reclamaban la exclusividad de las intervenciones de Salud Pública, aunque la formación de las enfermeras era de mayor especificidad, al incluir materias de Salud Pública y de acción social. Por tanto, era la enfermera la profesional que prestaba los cuidados que necesitaban los enfermos mientras que el practicante realizaba las técnicas (21).

La solución a este conflicto pasó por la creación del título oficial de enfermera, suprimiendo todos los existentes, incluso el de practicante. Sin embargo, los practicantes rechazaron la propuesta, sus argumentos se basaban en consideraciones que pretendían poner en valor la masculinidad, ya que consideraban que las actividades de Salud Pública no eran adecuadas para mujeres (21).

En 1936, con la Guerra Civil Española el proceso de institucionalización de la Enfermería de Salud Pública se vio interrumpido (25). Se paralizó la formación de enfermeras, matronas y practicantes. Durante este periodo quienes se encargaban de la asistencia en los hospitales eran mujeres jóvenes que no tenían la formación adecuada para llevar a cabo los cuidados (18,26).

A lo largo de las décadas de 1950, 1960 y 1970, la situación fue empeorando para las enfermeras (21). El RD de 4 de diciembre de 1953 produjo la unificación de matronas, enfermeras y practicantes en una sola profesión, ATS, masculino y femenino. El plan de estudios de los ATS se publicó por completo en 1955 (26).

La instauración del título de ATS supuso un importante freno al proceso de profesionalización de la Enfermería en España y un retroceso en lo conseguido hasta el momento, las enfermeras perdieron su nombre y tuvieron que asumir una nueva denominación que no se correspondía ni con su historia ni con sus funciones basadas en los cuidados de salud (25,26). La nueva titulación ponía el énfasis en lo que los practicantes reivindicaban, su carácter auxiliar y técnico así como la diferenciación de contenidos de la enseñanza en función del género (21,18).

Tras la llegada de la democracia y por el RD 2128/1977, la Enfermería se convirtió en titulación universitaria, por lo que desapareció la titulación de ATS, se estableció la figura del Diplomado Universitario en Enfermería (DUE) y se crearon las Escuelas Universitarias de Enfermería (EUE). Es con la inclusión de la Enfermería en el ámbito universitario cuando se retoman las vías de progresión del pasado, apareciendo nuevas asignaturas con un enfoque distinto las anteriores (25).

En 1987, se publicó en el Boletín Oficial del Estado el RD 992/1987, de 3 de julio, por el que se regulaba la obtención del título de enfermera especialista. Se crearon siete especialidades entre las que se contemplaba la Especialidad de Enfermería en Salud Comunitaria. Este decreto parecía indicar que se desarrollarían las especialidades enfermeras, pero por diversos problemas no se llegaron a desarrollar en aquel momento, no siendo hasta 2010 cuando apareció la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) (15,27).

Mediante el RD 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, se publicaron los programas formativos de seis de las siete especialidades, entre las cuales se encontraba la especialidad de EFyC (15,28,29). La especialidad imitaba la denominación de la especialidad médica a diferencia de cómo había sido descrita en el RD 992/1987, en el que aparecía como Enfermería de Salud Comunitaria (15,27). El primer paso tras la publicación de este decreto fue la construcción de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (15).

También fue en 2005 cuando se produjo una modificación de los planes de estudios, pasando así de DUE a enfermera (26).

Con el RD 183/2008, de 8 de febrero, se determinó la formación de enfermeras especialistas en EFyC en Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria (UDM AFyC). De esta forma, las enfermeras se integraban en clara desigualdad, presentando escasa posibilidad de acceso a los puestos de responsabilidad de dichas UDM AFyC (15,27,30) aunque, según Represas-Carrera et al. (30), en el 52% de los casos la presidencia de la subcomisión de docencia de las Unidades Docentes está ocupada por una enfermera.

En el año 2010, con la reforma universitaria, la diplomatura se transformó en Grado en Enfermería (21). Es en el mismo año cuando apareció la especialidad de EFyC, al aprobarse su programa formativo. Un aspecto relevante en la evolución histórica de esta especialidad fue la creación en el año 1994 de la primera sociedad científica española en Enfermería comunitaria, la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC); a partir de esta primera sociedad científica se crearon otras como la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) en 1998, cuyo fin era el de agrupar las diferentes sociedades y asociaciones de las distintas Comunidades Autónomas (CC.AA.). Como resultado del trabajo de las sociedades científicas, en el año 2000 se publicó un documento en el que justificaba la necesidad de desarrollar la especialidad en cuestión (15,26). Sin embargo, Represas-Carrera et al. (30) defienden en su estudio que a pesar de que las Sociedades Científicas de Enfermería Familiar y Comunitaria son conocidas por la gran mayoría de profesionales residentes y especialistas de EFyC que fueron encuestados, solamente la mitad de ellos considera que estas sociedades estaban impulsando el desarrollo de la especialidad.

La especialidad de EFyC abarca tanto la promoción de la salud como la prevención de la enfermedad, epidemiología y administración sanitaria en el ámbito individual y comunitario de la Atención Primaria de Salud (APS). Por tanto, esta especialidad incluye competencias a adquirir y desarrollar en materia de Salud Pública, así como aspectos de docencia e investigación, gestión, calidad y medioambientales. Lo que Rathbone ya proponía hace aproximadamente unos 150 años, no fue capaz de ver la luz en España hasta 2013, año en el cual recibieron la titulación de especialistas en EFyC la primera promoción en España (14,26,29). Debido a que en España la APS supone una de las mayores fortalezas de nuestro sistema sanitario, las enfermeras especialistas en EFyC se encuentran ante una gran oportunidad de posicionamiento y liderazgo profesional (31).

Mediante la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, se aprobó el programa formativo de la especialidad de EFyC y fue con la Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprobó en la convocatoria de la prueba selectiva de 2010, el acceso en el siguiente año a plazas de formación sanitaria especializada para graduados en Enfermería, según la cual se ofertaron las primeras 132 plazas formativas para especialistas de EFyC. Aunque está permitida la formación de Enfermero Interno Residente (EIR) en todas las CC.AA., el número de plazas ofertadas es insuficiente, a pesar de que este aumenta cada año. Además, actualmente muy pocos especialistas en EFyC se encuentran desempeñando su actividad profesional en APS (15,27,30).

Las competencias que debía adquirir el especialista durante su formación se recogen en el Programa Oficial de la Especialidad (POE) (32). Posteriormente, a partir del RD 639/2014, de 25 de julio, se reguló la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica (15).

Actualmente, aunque once CC.AA. han desarrollado la normativa autonómica de la especialidad de EFyC, no todas han contratado especialistas en esta categoría, reflejo de un lento desarrollo en el ámbito laboral. Además, es la única especialidad de Enfermería en la que no se ha desarrollado la prueba extraordinaria de acceso a la especialidad, solicitada por alrededor de 44.000 enfermeras (15,27). Los datos de 2015 reflejan que en España, el número de enfermeras especialistas en EFyC es un 45% inferior a la media europea (14).

Las especialistas en EFyC han conseguido hasta ahora dos grandes logros. En primer lugar, el reconocimiento de la complejidad y especificidad del trabajo que desempeñan las enfermeras en APS por parte de los demás profesionales, y en segundo lugar han puesto de manifiesto la necesidad de contar con profesionales de Enfermería cualificados que sean capaces de coordinar profesionales y servicios, gestionar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad así como ponerse al frente del cuidado en el domicilio (14). Estas especialistas tienen la tarea de ser el motor de cambio hacia un nuevo

modelo de atención centrado en las personas, fomentando su autonomía e independencia, respetando la toma de decisiones, en el cual el autocuidado en la prevención, promoción y seguimiento de la enfermedad sea el pilar básico de sus intervenciones (14,30). Por tanto, la incorporación de las especialistas es clave para la mejora de APS (14).

Un estudio realizado en Cataluña, al comparar diferentes modelos de gestión, llegó a la conclusión de que al dotar de una mayor autonomía a los equipos de atención primaria (EAP) y al realizar las enfermeras una mayor prevención y promoción de la salud, se consiguió aumentar la capacidad resolutoria, facilitar el acceso a más pruebas diagnósticas y disminuir la lista de espera así como los reingresos hospitalarios (14).

En términos generales, las enfermeras sienten una falta de reconocimiento social, político y profesional derivada de la invisibilidad de los cuidados que otorgan. Por ello, está en nuestras manos continuar con el impulso de la profesión enfermera en busca del beneficio de la población, dando a conocer la especialidad de EFyC así como la función que desempeña. Es fundamental para la población y para la propia evolución de la profesión, seguir desarrollando la Enfermería en el ámbito de la comunidad y la Salud Pública, a la vez que realizar estudios donde se plasme el valor que aporta y el impacto que producen las especialistas en EFyC, porque según Santayana (33):

"Aquellos que no recuerdan el pasado, están condenados a repetirlo."

Conclusión

El esfuerzo histórico de las enfermeras representa la lucha profesional vivida para que la Enfermería se encuentre en el lugar actual, evidenciándose un retraso en el desarrollo de la disciplina en España respecto al nivel de desarrollo internacional. Las enfermeras especialistas suponen una mejora al ser capaces de coordinar profesionales y servicios, gestionar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad así como ponerse al frente del cuidado en el domicilio. Suponen el motor de cambio hacia un nuevo modelo de atención centrado en las personas, fomentando su autonomía e independencia, respetando la toma de decisiones, en el cual el autocuidado en la prevención, promoción y seguimiento de la enfermedad sea el pilar básico de sus intervenciones.

Bibliografía

- [1] Rodríguez Acosta E, Suárez Daroca PI. Enfermería y su progreso en el tiempo. Revista EGGLE [internet] 2015 [citado 8 nov 2020]; 2(2):58-60. Disponible en: <https://revistaegle.com/index.php/egle/rev/issue/view/11>
- [2] Lagoueyte Gómez MI. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [internet] 2015 [citado 8 nov 2020]; 47(2):209-13. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013&lng=en
- [3] Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Definiciones. CIE [internet] [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
- [4] Lecue Martínez M, Dehesa Fontecilla MA, Sainz Navedo E. Evolución de la profesión enfermera en la comunidad. Academia.edu [internet] 2015 [citado 8 nov 2020]; 225-9. Disponible en: https://www.academia.edu/24209201/10_CAP2_pp225a230_Evoluci%C3%B3n_de_la_profesi%C3%B3n_enfermera_en_la_comunidad
- [5] Dandicourt-Thomas C, Martínez-Ortega MG, McKenzie-Soria Y. Definición de deberes funcionales para el especialista de enfermería comunitaria que labora en la comunidad. Health Care & Global Health [internet] 2018 [citado 8 nov 2020]; 2(1):17-21. Disponible en: <http://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/issue/view/2>
- [6] Ramos Santana S, Brito Brito PR, Sánchez Nicolás MF, Fernández Gutiérrez DA. Percepción de los pacientes acerca de la profesión enfermera en Atención Primaria. ENE [internet] 2015 [citado 8 nov 2020]; 9(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5432980>
- [7] Romero Viamonte K, Castañeda Guillot CD. La Atención Primaria de Salud y la Enfermería. UNIANDÉS Episteme [internet] 2016 [citado 8 nov 2020]; 3(3):384-401. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6756325>
- [8] Lamata Cotanda F. Atención Primaria en España: Logros y Desafíos. Rev Clin Med Fam [internet] 2017 [citado 8 nov 2020]; 10(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000300164
- [9] Chan M. Regreso a Alma-Ata [internet] 2008; [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/dg/20080915/es/>

- [10] Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La Atención Primaria de Salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica* [internet] 2018 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e104/es/>
- [11] Morante Ramírez N. Atención Primaria de Salud y Atención Familiar y Comunitaria. *Fa Editorial* [internet] [citado 8 nov 2020]; 19-26. Disponible en: <https://www.faeditorial.es/capitulos/enfermeria-familiar-y-comunitaria.pdf>
- [12] Franco-Giraldo Á. Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado? *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [internet] 2011 [citado 8 nov 2020]; 30(1):83-94. Disponible en <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/5181>
- [13] Fernández Raigada RI, Santos Granda MI. Enfermería Familiar y Comunitaria en España: de Instructoras Sanitarias a Enfermeras Especialistas. [internet] 2015 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: http://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/extendida.php?cid=643127_3
- [14] Pisano González MM, González Pisano AC, Abad Bassols A. Enfermería Familiar y Comunitaria: claves de presente, retos de futuro. *Enferm Clin* [internet] 2019 [citado 8 nov 2020]; 29(6):365-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7134144>
- [15] Martínez Riera JR. Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. La historia interminable. *Rev ROL Enferm* [internet] 2017 [citado 8 nov 2020]; 40(5):29-33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6002984>
- [16] Monsalvo San Macario E, Sarrión Bravo JA. Consulta de alta resolución en cuidados: desempeñando competencias de la enfermera especialista en familia y comunidad. *ENE* [internet] 2019 [citado 8 nov 2020]; 13(4):152-61. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=28950034-7f49-47d3-88f3-ea6006cc579e%40pdv-v-sessmgr06&data=Jmxbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlbnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=141063943&db=cin20>
- [17] García Moreno V, Brito Brito PR, Fernández Gutiérrez DA, Reyer Ortega B, Ruiznavarro Menéndez C. ¿Cómo crees que te ven?: imagen de la enfermería percibida por profesionales y usuarios. *ENE* [internet] 2015 [citado 8 nov 2020]; 9(3):16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5432981>
- [18] Burguete Ramos MD, Martínez Riera JR, López Gómez J, Rico Berbegal P. Vivencia profesional de enfermeras españolas al final de su vida laboral. *RIdEC* [internet] 2017 [citado 8 nov 2020]; 10(1):6-15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6332802>
- [19] Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME). Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). [internet] 2019. [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
- [20] U.S. National Library of Medicine (NIH). Medical Subject Headings (MeSH). [internet] 2020 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>
- [21] Bernabeu-Mestre J, Carrillo-García C, Galiana-Sánchez ME, García-Paramio P, Trescastro-López EM. Género y profesión en la evolución histórica de la Enfermería Comunitaria en España. *Enferm Clin* [internet] 2013 [citado 8 nov 2020]; 23(6):284-9. Disponible en: http://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/extendida.php?cid=686617_1
- [22] Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe). Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español. [internet] 2016. [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/>
- [23] Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE). STROBE Checklists [internet] 2007 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>
- [24] Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día* [internet] 2003 [citado 8 nov 2020]; 2(2):39-42. Disponible en: https://www.veterinariacalice.com/db-docs/Docs_propiedades/nid_93/niveles_grados.pdf
- [25] Vegas Pardavila E. Evolución de la Enfermería Familiar y Comunitaria en España 25 años después de la reforma de Atención Primaria [tesis doctoral]. España: Universidad de Alicante; 2015 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=63833>
- [26] Pérez-Vico Díaz de Rada L, Duarte Climents G, Sánchez Gómez MB, Gómez Salgado J. Historia de la Enfermería Familiar y Comunitaria en España: una revisión de la literatura. *RqR Enfermería Comunitaria* [internet] 2018 [citado 8 nov 2020]; 6(2):20-33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6490891>
- [27] Martínez Riera JR, Carrasco FJ. Enfermería familiar y comunitaria, cronología de una especialidad. *Enferm Clin* [internet] 2019 [citado 8 nov 2020]; 29(6):352-6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7134142>
- [28] Rodríguez-Martínez G, Serrano-Martínez M, Ibáñez-Gómez A, Perdiki-Guerra A, Ariza-Cardiel G, Martín-Fernández J. An analysis of primary nurse consultation in the Community of Madrid. *Enferm Clin* [internet] 2019 [citado 8 nov 2020]; 29(3):170-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30467050>
- [29] García-Martínez P, Lozano-Vidal R, Herraiz-Ortiz MdC, Collado-Boira E. Competencias adquiridas en investigación y Salud Pública en la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en la Comunidad Valenciana. *Enferm Clin* [internet] 2017 [citado 8 nov 2020]; 27(5):303-

7. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&tsid=28950034-7f49-47d3-88f3-ea6006cc579e%40pdc-v-sessmgr06&tdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=125057594&db=cin20>
- [30] Repesas Carrera FJ, Comesaña-Diego L, Carrera-García Á, Fernández Fernández M, Rodríguez-Iglesias FJ, Calvo-Pérez AI, et al. Situación actual de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en España. *Enferm Global* [internet] 2016 [citado 8 nov 2020]; 15(4):197-208. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5725903>
- [31] Contel JC. La atención integrada y el reto de la cronicidad. *Enferm Clin* [internet] 2018 [citado 8 nov 2020]; 28(1):1-4. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862117302115?via%3Dihub>
- [32] Oltra-Rodríguez E, Martínez-Riera JR, Mármol-López MI, Pastor-Gallardo FJ, Gras-Nieto E, Holgado-Fernández A. La formación de especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria según las responsables de las unidades docentes. *Enferm Clin* [internet] 2017 [citado 8 nov 2020]; 27(3):179-85. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5998332>
- [33] Santayana G. *La vida de la razón*. Madrid: Editorial Tecnos; 2005.

La responsabilidad en el ejercicio de la profesión enfermera. Una experiencia de formación

¹ Anna Oliva Bru
¹ Jesús Vergaz Còlliga
¹ Lorena Sánchez Nacher
¹ M^a Montserrat Sánchez Lorente

¹ Escuela de Enfermería La Fe, Valencia.

Dirección de contacto: sanchez_mon@gva.es

Cómo citar este artículo:

Oliva Bru A, Vergaz Còlliga J, Sánchez Nacher L, Sánchez Lorente MM. La responsabilidad en el ejercicio de la profesión enfermera. Una experiencia de formación. *RIdEC* 2020; 13(2):82-92.

Fecha de recepción: 30 de octubre de 2020. **Aceptada su publicación:** 12 de noviembre de 2020.

Resumen

Objetivo: todo el mundo conoce la existencia de la responsabilidad legal, pero muy pocos el alcance de la misma, esta es una de las causas que motivó la elaboración del trabajo. Cabe señalar que aun siendo un tema complejo y poco atractivo para el estudio o lectura, tiene mucha importancia cuando se habla de conocimiento, el cual debe ser iniciado en etapas universitarias, así como ser uno de los pilares en la formación continua durante la vida profesional.

Método: se trata de un trabajo realizado mediante metodologías activas, como el trabajo cooperativo, la clase invertida, el uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC) y el análisis de los resultados de una encuesta; posteriormente fue presentado ante 68 alumnos del 3^{er} año de Grado en Enfermería.

Resultados: análisis de dos casos reales en los que se destaca la necesidad de formación continua en responsabilidad legal y mantener e incorporar conocimientos legales y penales.

Conclusión: es imprescindible que las enfermeras sean conocedoras de los aspectos ético-legales de la profesión enfermera.

Palabras clave: responsabilidad civil; responsabilidad penal; enfermería; formación continuada; metodologías activas.

Abstract

Liability in the practice of nursing profession. A training experience

Purpose: everyone knows about the existence of legal liability, but very few know its real extent. This was one of the reasons that motivated the elaboration of the present work. It should be noted that, even though it is a complex subject and not very attractive for studying or reading, it is very important when talking about knowledge. It should be initiated in university stages, and is also one of the pillars in continuous training during professional life.

Methods: this work was carried out through active methodologies, such as cooperative work, inverted class, use of information and communication technologies (ICT), and analysis of the results of a survey; it was later presented to 68 students in the 3rd year of the Nursing degree.

Results: an analysis of two real cases is reported. In them, the need for continuous training in legal liability and the need to maintain and integrate legal and prosecutorial knowledge are highlighted.

Conclusion: it is imperative that nurses know the ethical and legal aspects of the nursing profession.

Key words: civil liability; criminal liability; nursing; continuing education; active methodologies.

Introducción

La responsabilidad se define como la capacidad que existe en todo sujeto activo para reconocer y aceptar las consecuencias de realizar libremente un hecho (1).

La responsabilidad implica la sujeción de una persona que vulnera un deber de conducta impuesto en interés de otro sujeto, a la obligación de resarcir el daño producido. Por tanto, existe una obligación previa de un deber de conducta preexistente, el cual viene dado por el ordenamiento jurídico civil, penal y administrativo. Esta obligación viene definida en el Artículo (Art.) 1902 del Código Civil *"todo aquel, que por acción u omisión cause daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado"* (2). La consecuencia de la exigencia de estas responsabilidades es, respectivamente, pena, indemnización y sanción administrativa.

Cuando los hechos o acciones son profesionales entran en juego la ética profesional, regulada por los códigos éticos y deontológicos, y la aplicación de normas jurídicas, que regulan la responsabilidad legal consistente en la obligación que recae sobre un profesional de reparar el daño que ha causado a otro en el ejercicio de su profesión u oficio.

En España, el ejercicio de la profesión enfermera está relacionado con el carácter obligatorio, para todos los profesionales de Enfermería que ejercen la profesión en España, del cumplimiento del Código Deontológico de la Enfermería española (3) y cuyo incumplimiento llevará implícito las sanciones disciplinarias previstas en los Estatutos de la Organización colegial. La responsabilidad jurídica supone necesariamente la existencia de un perjuicio, pudiendo ser de alcance y naturaleza diversos y está regulada en los Códigos Civil y Penal (2,4).

Los planes de estudios conducentes a la obtención de los títulos de Grado que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero deberán cumplir, además de lo previsto en el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, los requisitos respecto a los apartados del Anexo I del mencionado Real Decreto que se señalan en el Anexo a la Orden CIN /2134/2008 del 3 de julio (5). En el apartado 3 de la mencionada Orden se describen las competencias que los estudiantes deben adquirir. El punto 12 cita: "Conocer el código ético y deontológico de la Enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación".

Tradicionalmente los profesionales de la salud y los estudiantes de Ciencias de la Salud valoran los contenidos de legislación, entre ellos los de legislación profesional, como complejos, arduos e incluso "antipáticos" sin llegar a profundizar y comprender la importancia y utilidad que los mismos tienen en el desarrollo profesional, mostrando escaso interés. Así mismo, los usuarios de los servicios de salud no tienen una conciencia fundamentada sobre la responsabilidad profesional de las enfermeras.

La sociedad desconoce cuáles son las responsabilidades de los profesionales de la salud. Este desconocimiento influye en la relación que se establece y en la confianza que las personas depositan en las enfermeras. La comunicación en la relación enfermera-persona contempla por parte del profesional aspectos de responsabilidad social y ética, pero para construir una relación de apoyo sólida es crucial que las personas también sean conscientes del compromiso de los profesionales enfermeros con los valores éticos fundamentales que van ligados a la práctica profesional (6,7).

En este contexto, en la Escuela de Enfermería La Fe, en la asignatura de Ética y Legislación profesional se planteó el uso de metodologías docentes activas que permitieran un rol activo y participativo de los alumnos en su proceso de enseñanza-aprendizaje para adquirir las competencias sobre la responsabilidad de la enfermera. Se plantearon como objetivos: 1. Transmitir los contenidos básicos sobre la responsabilidad ética y legal de la práctica enfermera utilizando metodologías activas docentes, 2. Facilitar recursos didácticos a todo el alumnado para la adquisición de competencias y 3. Identificar los conocimientos de profesionales sanitarios, alumnos universitarios y usuarios de los servicios sanitarios sobre el tema, a través de un trabajo de campo mediante cuestionario *online*.

Método

Este trabajo se realizó durante el mes de septiembre de 2020, mediante la aplicación de metodologías docentes activas como el trabajo cooperativo, la clase invertida y el uso de TIC. El procedimiento seguido fue:

- Un grupo de alumnos estudia el tema y elabora un documento específico como recurso didáctico para todo el alumnado.
- Trabajo de campo. Diseño de un cuestionario *ad hoc* para identificar conocimientos sobre aspectos ético-legales de la práctica enfermera.
- Elaboración de herramientas de apoyo para la exposición del tema.

Para el estudio del tema se consultaron diferentes fuentes documentales, encaminadas a conocer los conceptos relacionados con la responsabilidad enfermera, los tipos de responsabilidad ética y legal y las consecuencias de las mismas.

Tras el estudio del tema se inició el trabajo de campo con la elaboración de un cuestionario con preguntas con dos opciones de respuesta y preguntas abiertas. El instrumento empleado fue el *software* Google Forms dado que sus características permitían una visualización completa de las preguntas, así como una extensión adecuada para las respuestas abiertas. El acceso a la encuesta se realizaba mediante un enlace que se remitió a estudiantes de Grado en Enfermería, profesionales del ámbito sanitario y población en general. Se planteó alcanzar una muestra aproximada de 250 personas.

Las preguntas estaban relacionadas con la responsabilidad civil o penal de práctica enfermera y su repercusión. Para la elaboración de dichas preguntas se realizó una búsqueda, en diferentes periódicos digitales, de sucesos mediáticos en los que los profesionales de Enfermería habían realizado un incumplimiento de sus responsabilidades penales y/o civiles y recibido una condena por ello. De esta forma se quería conocer si parecía "justa" o "injusta" la relación entre la falta cometida y la pena impuesta.

A partir de la revisión de estos casos, dado que la mayoría de ellos habían tenido lugar en unidades especiales (unidades de cuidados intensivos, sala de hospitalización de psiquiatría, sala de hospitalización de neonatos, etc.), se vio la necesidad de formular e incorporar la siguiente pregunta: "¿Creéis que si las especialidades en enfermería estuviesen mejor reguladas, como ocurre en medicina o como en la especialidad de matrona, estos errores se reducirían?".

Además, se preguntó sobre la concepción de la necesidad de la formación continua sobre aspectos ético-legales por parte de los profesionales sanitarios, ya que este era uno de los principales objetivos por los que la encuesta fue realizada. Para ello se llevó a cabo la siguiente pregunta: "¿Creéis necesario que los profesionales sanitarios reciban formación continua alrededor de temas ético-legales?". Puesto que el hecho de tomar las mejores decisiones para los usuarios del sistema de salud no solo depende del conocimiento de las responsabilidades civiles y penales, sino también de la elección de la práctica clínica más adecuada para cada situación, fue evidente preguntar sobre la obligatoriedad de estar actualizado. Esta información se obtuvo a través de la siguiente pregunta: "¿Creéis necesario que el profesional sanitario debe recibir formación obligatoria cada cierto tiempo para así estar al día en nuevas técnicas/procedimientos, etc. con la finalidad de garantizar una buena praxis?". El análisis de las respuestas a las preguntas con dos opciones de respuesta lo realizó la misma aplicación ofreciendo las frecuencias de las respuestas, así como gráficos con la distribución de porcentajes.

La estrategia seguida para el análisis de las respuestas abiertas fue su revisión cada día con el objetivo de clasificar y categorizar las respuestas.

La elaboración de material didáctico, texto y recursos para la presentación formaba parte de la metodología y objetivos a alcanzar, como la adquisición de competencias de contenidos para todo el alumnado y adquisición de habilidades de trabajo en equipo, la resolución de conflictos, la toma de decisiones, el reparto de tareas; en definitiva, habilidades que serán esenciales para la futura práctica enfermera.

La exposición del tema se realizó en el contexto docente, de la situación COVID-19 en el ámbito académico, en el que la docencia es presencial para el 50% del alumnado y virtual síncrona para el otro 50% a través de videoconferencia mediante la aplicación informática Webex.

También se efectuó un ejercicio de evaluación inmediata que consistió en relacionar los sucesos expuestos y los artículos infringidos.

Resultados

El tema fue expuesto a 68 alumnos del 3^{er} curso de Grado en Enfermería a través de una metodología activa en la que participaron todos los alumnos. Teniendo en cuenta las medidas preventivas tomadas por la emergencia sanitaria en la que se encuentra el planeta se transmitió de manera simultánea presencialmente al 50% de la clase y *online* al resto, a través de la plataforma Webex. Para llevar a cabo toda la elaboración del trabajo se invirtieron 15 días a dedicación completa. Los recursos empleados para la exposición del tema fueron una presentación Power Point, esquemas, debate sobre sucesos mediáticos relacionados con la responsabilidad de la enfermera y la exposición de los resultados de la encuesta realizada. La duración de la exposición fue de dos horas.

El documento elaborado para uso de todo el alumnado tenía una extensión de 17 páginas y estaba configurado con los siguientes contenidos (Tabla 1).

Tabla 1. Contenidos del documento del tema

1. Conceptos, formas de responsabilidad legal y consecuencias <ul style="list-style-type: none"> 1.1. Concepto de responsabilidad 1.2. Formas de responsabilidad legal
2. Responsabilidad civil: Código Civil: artículos 1.101, 1.103, 1.902, <i>Lex Artis</i> <ul style="list-style-type: none"> 2.1. Concepto de responsabilidad civil 2.2. Artículos 1.101, 1.103 y 1.902 del Código Civil 2.3. <i>Lex Artis</i>
3. Responsabilidad penal: Código Penal art. 10, 13, 33, 35, 39 y 96 <ul style="list-style-type: none"> 3.1. Responsabilidad penal 3.2. Artículos del código penal: 10, 13, 33, 35, 39 y 96
4. Responsabilidad penal de los profesionales sanitarios Artículos 142, 143, 147.1, 149,152,155, 156 y 159 Artículo 196: la omisión del deber de socorro Artículo 199: secreto profesional Artículo 403: intrusismo profesional
5. Prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat Valenciana <ul style="list-style-type: none"> 5.1. Plan integral de prevención de las agresiones en el entorno sanitario 2018-2021 5.2. Objetivos generales del Plan
6. Bibliografía

Además, con el objetivo de concretar conceptos se elaboraron esquemas como los que se muestran a continuación (Figuras 1 y 2).

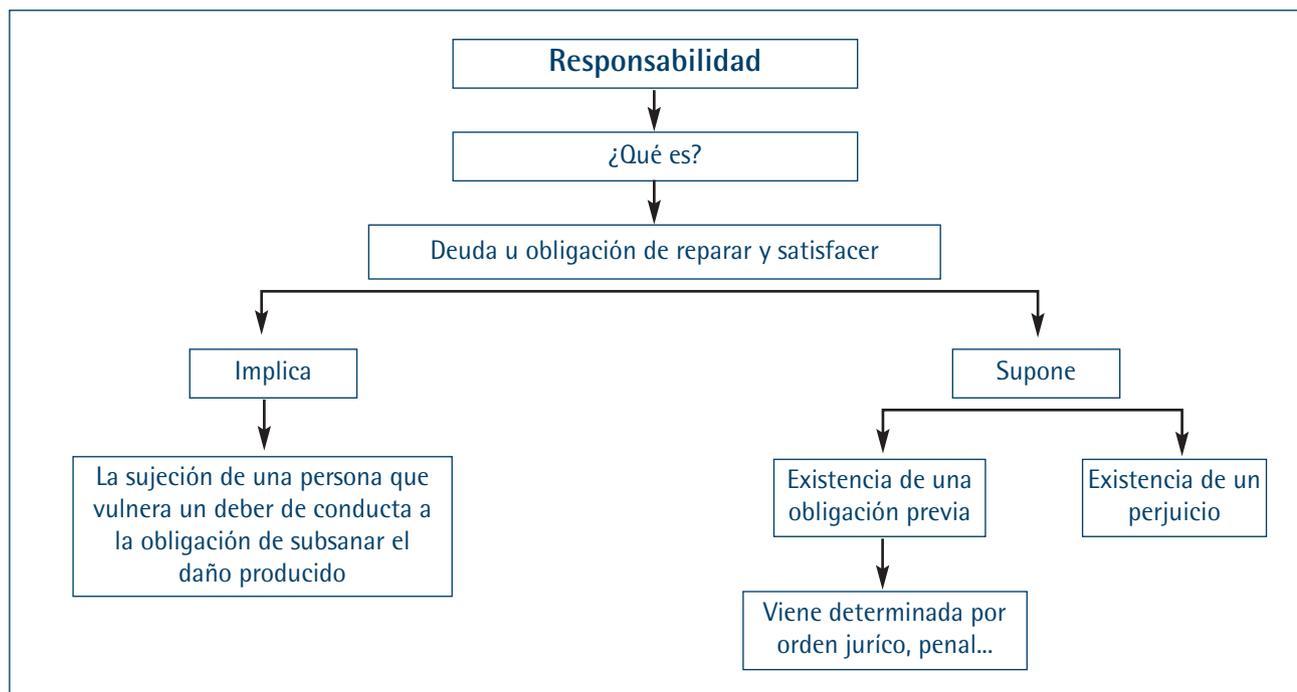


Figura 1. Concepto de responsabilidad

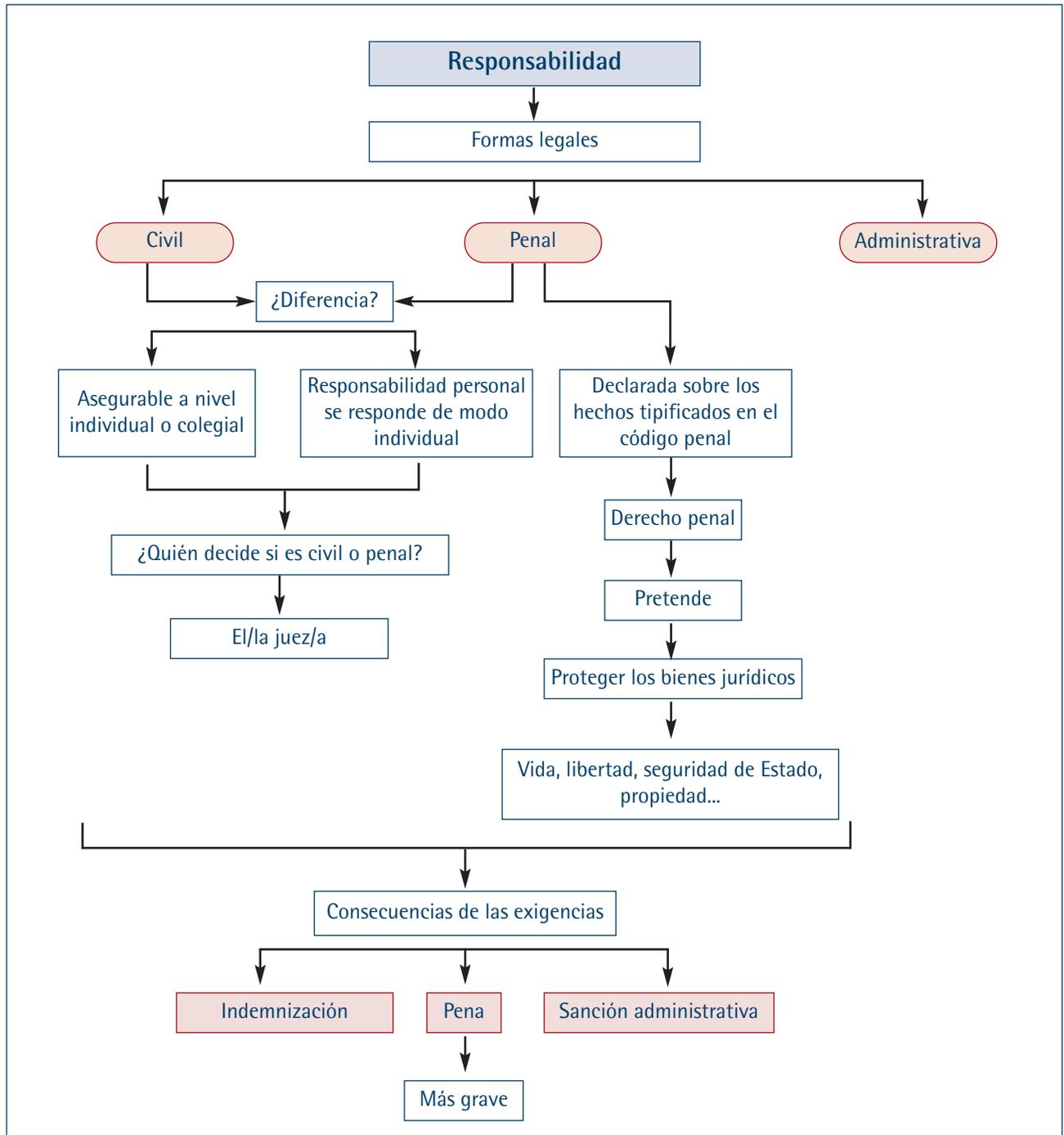


Figura 2. Formas legales de responsabilidad

Todos los recursos empleados se incorporaron al Aula virtual para que estuvieran a disposición de todo el alumnado.

Para valorar si los alumnos habían interiorizado una parte de la información proporcionada en la exposición se realizó una actividad de relacionar ejemplos de negligencias con el número del artículo del código penal que se aplicaba mediante una tabla de relación (Tabla 2). Los resultados de esta actividad no fueron positivos.

Tabla 2. Relación de sucesos seleccionados

Suceso	Artículo infringido
Daño del nervio ciático tras la administración de una vacuna que llevó a una cojera	Art. 152
Un paciente en observación de psiquiatría se suicida, estando a cargo de un enfermero	Art. 143
Muerte de una niña de 2 años por fallo en el cálculo de la medicación prescrita	Art. 142
Contar el diagnóstico de algún paciente y que este pueda ser reconocido	Art. 199

El cuestionario fue cumplimentado por 257 personas de las cuales 159 (61,9%) eran personal sanitario o estudiantes de Ciencias de la Salud, 93 personas (37%) no estaban relacionadas con el ámbito profesional sanitario.

La primera pregunta estaba relacionada con el mediático caso de la enfermera del hospital de Vinaròs que al equivocarse en la dosis que administró a una niña de 2 años (8), ella administró dos/tres frascos de suero glucosado al 50% a velocidad de 250 ml/hora, cuando la prescripción del facultativo fue 40 ml de suero glucosado al 50% diluido en 500 ml de suero glucosalino 1/3 a pasar a 250 ml/h. Esto llevó a la muerte de la niña, la pena impuesta para la enfermera fue de tres años de prisión y 600.000 euros de indemnización. Al 44,2% de los encuestados le pareció que la pena era justa frente al 43,1% que no; el 12,3% restante fueron respuestas libres, la mayoría de ellas eran no sé, no entiendo, etc. Aunque hubo otras que realizaban una reflexión. A continuación se destaca una: *"No me gustaría decir un sí o un no rotundo. Sin embargo, considero que los responsables e implicados deberían asumir las consecuencias de tal fatídico suceso cuando, por descuido, podría haber sido totalmente evitable. De igual forma, creo que todo sanitario está en el derecho de estar protegido por su respectivo Colegio e institución sanitaria, así como de equivocarse, siempre y cuando actúe acorde al Código deontológico de la asociación sanitaria."*

En la siguiente pregunta formulada se halló que al 75,6% de los encuestados les pareció injusta la condena impuesta, frente al 18,3% que sí que les pareció justa y el resto fueron respuestas diversas. El caso expuesto fue el de un enfermo de la planta de psiquiatría del hospital Gregorio Marañón en Madrid (9), el cual tenía un paciente a su cargo en observación debido a que este había verbalizado sus intenciones suicidas. El 6,1% de los encuestados consideró que eran necesarios más datos, cómo saber cuántos pacientes tenía el enfermero a su cargo, así como qué estaba haciendo cuando ocurrieron los hechos, para poder tomar una decisión sobre qué respuesta dar.

La tercera pregunta estaba relacionada con las especialidades en Enfermería, estas posibilitan la formación específica en diferentes áreas, por lo que ha contribuido de manera eficaz a la práctica enfermera. Esto hace que la aportación del profesional a la hora de realizar una asistencia tenga un valor ingente, pues va a permitir asistir a las personas de una manera concreta, pertinente y competente (10). En este caso el 83,7% opinó que sí que es necesario que en ciertas unidades se regule y se exijan las especialidades en Enfermería, con la finalidad de ser más eficientes y eficaces. El 12,5% opinó que no. Una de las respuestas libres fue la siguiente: *"Sí, pero habría menos personal generalista al ser más selectivo"*.

El 98,9% de los encuestados opinó que la formación continua debería ser obligatoria, para que así los profesionales estén al día siempre en las últimas técnicas y procedimientos, relacionados con su área de trabajo con la finalidad de garantizar una buena praxis.

Finalmente, en cuanto a la pregunta relacionada con la formación continua de los profesionales sanitarios en temas ético-legales, el 92,8% opinó que sí frente al 7,2% que no.

En el contexto actual de los servicios de salud y en un futuro próximo los resultados obtenidos con este tipo de actuaciones docentes, en la que se implica de manera activa al alumnado tendrá implicaciones positivas sobre la futura práctica profesional, ya que se adquieren competencias básicas y transversales como el trabajo en equipo, la capacidad de organizar y planificar el trabajo, transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado o adquirir conocimientos relativos a las tecnologías de la información y comunicación. Todo ello sin olvidar la adquisición de las competencias específicas relativas a los aspectos ético-legales de la práctica enfermera.

Discusión

El Plan Bolonia ha motivado una transformación de la educación superior, las reformas que se están llevando a cabo en las universidades europeas se están dirigiendo hacia la adaptación a la nueva realidad social mediante nuevas metodologías docentes más activas, modificación de los roles del docente y de los alumnos, la garantía de los procesos de aprendizaje y la movilidad entre distintas universidades europeas. Una de las nuevas metodologías docentes es el aprendizaje cooperativo que destaca por el valor didáctico y la adquisición de competencias de todo tipo (11).

La asignatura de Ética y Legislación profesional forma parte de las materias del Módulo Propio del Plan de Estudios del Grado en Enfermería. El alumnado percibe esta asignatura como de menor relevancia frente a las materias del Módulo de Ciencias Enfermeras, y dado que *a priori* los temas de aspectos legales parecen lejanos y no "atractivos" ni para los estudiantes ni para los profesionales sanitarios, este tipo de experiencias de motivación y participación pueden ayudar a su consideración y relevancia en la práctica asistencial.

La metodología activa utilizada, aceptada por todos los estudiantes, ha beneficiado el proceso de enseñanza-aprendizaje, los alumnos han aprendido unos de otros, del profesor y del entorno, es decir se ha conseguido que el éxito individual dependa del éxito global del aula. Destacar que este método ofrece muchos beneficios para los estudiantes, en especial para aquellos que en su futura profesión se requiere de un trabajo interdisciplinar y multidisciplinar, como pueden ser los grados en Ciencias de la Salud donde el objetivo principal y/o global será el paciente.

Los materiales o recursos elaborados por el grupo de trabajo y compartido con el resto han tenido muy buena acogida por parte de todo el alumnado. De esta forma establecen vínculos y se comparten valores que les serán útiles en el futuro.

A pesar de que los resultados inmediatos de las actividades que se realizaron en el aula no fueron positivos tras la exposición del tema por parte del alumnado, la ventaja de la aplicación de las nuevas metodologías docentes es que permite establecer relaciones conceptuales y de contenido para la adquisición de competencias de forma continua y, por tanto, de búsqueda de logros a medio y largo plazo.

La identificación de los conocimientos a través de los sucesos seleccionados muestra en el caso de la enfermera de Vinarós, que se violó tanto el Código Civil como el Penal. La responsabilidad civil, a diferencia de la penal, es asegurable individual o colegial. En el caso de la Comunidad Valenciana, el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) tiene concertado con la entidad Agrupación Mutual Aseguradora A.M.A., un contrato de seguro de Responsabilidad Civil Profesional con una garantía máxima por siniestro de tres millones y medio de euros (3.500.000) (12). Es decir, en este tipo de responsabilidad sí que está protegida por el Colegio profesional. Asimismo, la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública dispone de un seguro de Responsabilidad Civil con un límite de indemnización por siniestro de 2.400.000 euros para la cobertura de sus profesionales (13).

Sin embargo, en este caso concreto también se infringió el Código Penal, en concreto el Art. 142 según el cual: "El que por imprudencia grave causara la muerte de otro, será castigado, como responsable de homicidio imprudente, con la pena de prisión de uno a cuatro años" (4).

La responsabilidad penal siempre es declarada sobre la base de hechos tipificados en el Código Penal. Es la que más graves consecuencias tiene para el profesional sanitario, es una responsabilidad de tipo personal, es decir, hay que responder de modo individual ante esa exigencia y su consecuencia jurídica es la pena. El Derecho Penal pretende la protección de bienes jurídicos como la vida, la libertad, la propiedad, la seguridad del Estado, etc., castigando los atentados a esos bienes de un modo particularmente severo (4).

Además, no solo se infringió el Código Penal, sino que también la enfermera está violando el Art. 7, del Código Ético y Deontológico de la Comunidad Valenciana en el que se estipula que la enfermera garantizará el derecho a la seguridad del paciente, protegiéndolo de prácticas incompetentes o no seguras (15). Además, según el Art. 28 del mismo Código se afirma que "cuando le surjan dudas en la realización de una actividad o competencia, buscará siempre el asesoramiento de otros miembros del equipo", por lo tanto, si la enfermera hubiese conocido y/o tenido presente el Código Deontológico esta tragedia no se hubiese producido (14).

Por otra parte, en el caso del paciente que se suicidó ahorcándose con sábanas unidas, el enfermero en cuestión fue castigado con dos años de prisión e indemnización a la familia. Haciendo autocrítica a la manera en la que las cuestiones fueron planteadas se llega a la conclusión de que se debería de haber expuesto el caso de una forma más detallada, especificando, por ejemplo, que una psiquiatra residente había dado orden de que el paciente fuera contenido mecánicamente.

Además, tampoco se expuso que también fueron condenadas dos Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería que acompañaban al paciente, por lo que el enfermero no estaba solo.

Se utilizó este caso para cuestionar sobre la necesidad de implantar las especializaciones enfermeras. La regulación es necesaria debido a la constante evolución técnica y científica que experimenta el campo técnico de la salud, se presentan demandas y reflexiones sobre la práctica lo que hace que resulte imprescindible la actualización de conocimientos, pero también del refuerzo o de la adquisición de nuevas habilidades para así poder garantizar que el desempeño de los profesionales sea de calidad y seguro (15).

Esta situación puede extrapolarse a la situación vivida por las enfermeras durante la situación de la pandemia, en la que se han visto obligadas a trabajar en unidades especiales como la unidad de cuidados intensivos, para las que muchas no estaban preparadas, teniendo que asumir muchas responsabilidades. Este elevado estrés continuo, al no tener los suficientes conocimientos para estar en estas unidades, sumado a la situación de pandemia ya que algunas de estas enfermeras eran recién graduadas, sin previa experiencia profesional, ha llevado directamente a un incremento de la incidencia del síndrome de *burnout* (16). Es conocido que la pandemia por COVID-19 deja cuatro huellas en la salud de la humanidad, entre ellas la más importante y que se advierte como la más grande, hace referencia al aumento sustancial de este trastorno así como de otros trastornos mentales y traumas psíquicos derivados de todos los sucesos sociales y económicos relacionados con la situación vivida (17).

La OMS ha confirmado que "el impacto de la pandemia en la salud mental es extremadamente preocupante y que los trabajadores del cuidado de la salud que están en la primera línea de atención al COVID-19 son particularmente vulnerables por las altas cargas de trabajo, el riesgo de infección y las decisiones de vida o muerte que tienen que tomar, entre otras cosas" (17).

No obstante, aunque la regulación de las especialidades está en el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, no todas ellas están activas (15). En el caso hipotético de que todas ellas estuvieran activas podría haber la posibilidad de que en estas situaciones tan críticas podría reducirse considerablemente el síndrome de Burnout. Por otra parte, la otra cara de la moneda, la exigencia de una especialización conllevaría a que en casos en los que se produjera una sobrecarga en el Sistema Sanitario como la provocada por la COVID-19, no podría ser contratada cualquier enfermera para cubrir dicho puesto y, por tanto, habría un déficit. Este tipo de discurso está presente entre los profesionales. ¿Qué es mejor?

Además, no se debe olvidar que la regulación de las especialidades de Enfermería está reguladas a través del Espacio Europeo de Educación Superior, que cambió a partir de la Declaración de Bolonia, dentro del sistema de especialización. En el caso de ampliar la oferta ya existente, estas nuevas especializaciones deben asegurar que se otorga una mejor atención sanitaria a los usuarios, siempre sin evitar obviar las aspiraciones del desarrollo de la carrera profesional y la libre movilidad en el Sistema Nacional de Salud (19).

Otro aspecto que se abordó fue el de la formación continua, cabe destacar que casi la totalidad de los encuestados opinaron que debería ser obligatoria cuando en realidad ya lo es. El Consejo General de Enfermería ya expresa en el punto 2 "La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua" (18). Según el Código Deontológico de la Enfermería Española la formación continuada es el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios (Art. 33), será responsabilidad de la enfermera actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que tiene (Art. 60), y añade que la enfermera será consciente de la necesidad de una permanente puesta al día mediante la educación continuada y el desarrollo conjunto de conocimientos sobre los cuales se basa su ejercicio profesional (Art. 70) y deberá valorar sus propias necesidades de aprendizaje, buscando los recursos apropiados y siendo capaz de autodirigir su propia formación (Art. 71) (14).

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, también señala que la formación de los profesionales es un factor fundamental en la mejora de la cualificación profesional. En este sentido, reconoce la importancia de la formación continuada, orientada a mejorar la calidad del proceso asistencial y garantizar la seguridad del usuario (20). Así mismo, en el Art. 33 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias se indica que: "La formación continuada es el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario".

La formación continua es obligatoria desde el punto ético y legal; sin embargo, los profesionales sanitarios lo desconocen, siendo en la gran mayoría de los casos la motivación de su ejercicio es el reconocimiento en los concursos-oposición de plazas del Sistema Nacional de Salud o en la carrera profesional cuando ya se es titular de una plaza.

Tras realizar una revisión bibliográfica sobre estudios relacionados con la responsabilidad civil y penal, se encuentran resultados concordantes con los de este trabajo. A continuación se señalan algunos de los puntos coincidentes:

- Es interesante e incluso imprescindible que se profundice en el conocimiento de los aspectos jurídicos concernientes a la práctica enfermera (21).
- Es necesario, también, conocer los aspectos ético-legales, ya que la actividad sanitaria es cada día más eficaz, pero paralelamente más agresiva. Por lo que esto implica una mayor complejidad de los cuidados enfermeros, que eleva la probabilidad de que se den errores (21).
- A pesar de que es un tema que, en un principio, no parece atractivo y se vislumbra lejano para los profesionales de la salud, es fundamental insistir en su conocimiento (21).
- Es muy importante que se adquieran conocimientos sobre este tema durante la formación de los estudiantes, así como seguir aumentándolos durante su vida profesional (21).
- El enfermero que desde su etapa estudiante ha de formarse lo más extensamente posible, tiene el deber deontológico de mantener constantemente actualizados sus conocimientos científicos y de ampliarlos perfeccionando su capacidad y aptitud profesional (21).
- Es importante que los usuarios del Sistema Nacional de Salud sean conocedores de la responsabilidad de las enfermeras (21).

Una diferencia encontrada, pero que sería muy necesaria, es la capacitación y sensibilización de los profesionales Enfermería en la parte de responsabilidad legal del ejercicio de la profesión, por medio de una estrategia didáctica del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) (22).

Este aprendizaje se basa, en primer lugar, en transmitir los conocimientos necesarios sobre la responsabilidad, con la finalidad de que se fortalezca el ser, el saber ser y el saber hacer de la profesión de Enfermería, por medio de casos reales. De esta forma la técnica didáctica del ABP entra a apoyar al profesional de Enfermería para resolver a favor y tomar la mejor alternativa respecto a una situación determinada, en donde esté implicado la normatividad (22).

Las limitaciones del estudio están centradas por un lado en las dificultades inherentes a la docencia semipresencial, y por otro lado, a la inexperiencia en el diseño de cuestionarios y la elección de la herramienta *online* más adecuada a los objetivos planteados. El diseño del cuestionario y la formulación de las preguntas no cumplieron al 100% con las expectativas previstas, ya que no se pudo obtener toda la información necesaria para concretar en algunos aspectos, como por ejemplo en las respuestas en que no les parecía correcta la pena impuesta, hubiera sido pertinente conocer si era por exceso o por defecto. Así mismo, la plataforma utilizada ofrece los resultados de forma que no permite hacer una clasificación de respuestas diferenciando los grupos que se establecían con la primera pregunta.

Por último, es importante destacar que se debe despertar el interés por la investigación y la publicación enfermera en relación a temas que tengan relevancia jurídica y ética de la práctica profesional.

Conclusiones

Finalmente tras los objetivos planteados y los resultados obtenidos con este trabajo se concluye que:

- La aplicación de metodologías activas en temas relacionados con aspectos ético-legales de la práctica enfermera puede ser considerada como vía para transmitir conocimientos.
- Facilitar recursos didácticos al alumnado beneficia la adquisición de competencias.
- Sería necesario recordar a los profesionales de la salud que tienen el deber deontológico y legal de mantener constantemente actualizados sus saberes científicos y de ampliarlos perfeccionando su capacidad y aptitud profesional.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Asale R. Responsabilidad. Diccionario de la Lengua Española [internet]. Diccionario de la Lengua Española. Edición del Tricentenario. 2020 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/responsabilidad>
- [2] Real Decreto, de 24 de julio de 1889, por el que se publica el Código Civil. Gaceta de Madrid [internet] núm. 206, de 25 de julio de 1889. [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1889-4763>
- [3] González Jurado M. Código Deontológico de la Enfermería Española [internet]. 1989. [citado 8 nov 2020]; 1-3. Disponible en: <http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/codigodeontologicoesp.pdf>
- [4] Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet] núm. 281, de 24 de noviembre 1995. [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>
- [5] Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet] núm. 174, de 19 de julio de 2008 [citado 8 nov 2020]; 1-4. Disponible en : https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-12388
- [6] Romero de San Pío E. La ética de la responsabilidad en los cuidados de Enfermería. SEAPA [internet] 2013. [citado 8 nov 2020]; XI: 31-5. Disponible en: <https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/invierno%202013/La%20etica%20de%20la%20responsabilidad%20en%20los%20cuidado%20de%20enfermeria.pdf>
- [7] Muñoz A, Morales I, Bermejo JC, Galán JM. La Relación de ayuda en Enfermería. Index Enferm 2014; 23(4):229-33. Doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300008>
- [8] Mengual R. Dos enfermeras del Hospital de Vinaròs, procesadas por la muerte de una niña de 2 años. Levante [internet]. 2019 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.levante-emv.com/castello/2019/10/25/enfermeras-hospital-vinaros-procesadas-muerte-13666500.html>
- [9] Barroso FJ. Condenados tres sanitarios por el suicidio de un paciente. Un enfermero y dos auxiliares dejaron de vigilar al enfermo. El País [internet]. 2014 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: https://elpais.com/ccaa/2014/11/11/madrid/1415729289_210130.html
- [10] Cavalcanti Valente GS, Viana L de O, García Neves I. Las especialidades y los vínculos con la formación continua del enfermero: repercusiones para la actuación en el municipio de Río de Janeiro. Scielo [internet] 2020. [citado 8 nov 2020]; 19:10-1. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200022
- [11] Propuestas para la renovación de las metodologías educativas en la universidad [internet]. Madrid: Secretaría General Técnica. Subdirección General de Información y Publicaciones; 2020. [citado 8 nov 2020]. Disponible en: https://sede.educacion.gob.es/publiventa/descarga.action?f_codigo_agc=12114_19
- [12] CECOVA. Seguro de Responsabilidad Civil. Portalcecova.es. [internet] 2020 [citado 28 nov 2020]. Disponible en: <http://portalcecova.es/seguro-responsabilidad-civil>
- [13] Licitación número 347/2017. Contratación de un seguro de responsabilidad civil directa del asegurado y subsidiaria de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública en los procesos penales [internet]. Comunidad Valenciana: Generalitat Valenciana; 2018. [citado 8 nov 2020]. Disponible en: http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?L=1&sig=000501%2F2018
- [14] Código de ética y deontología de la Enfermería en la Comunidad. Portalcecoba.es [internet] 2018. [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <http://portalcecoba.es/files/codigo-deontologico-definitivo.pdf>
- [15] Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre Especialidades de Enfermería. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet] núm. 108, de 6 de mayo de 2005 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-7354>
- [16] Frade Mera MJ, Vinagre Gaspar R, Zaragoza García I, Viñas Sánchez S, Antúnez Melero E, Álvarez González S, et al. Síndrome de *burnout* en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. Sciencedirect 2010; 20(4):131-40. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(09\)73221-3](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(09)73221-3)

- [17] Juárez-García A. Síndrome de *burnout* en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*. 2020; 53(4):432-9. Doi: <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>.
- [18] Código deontológico del CIE para la profesión de Enfermería [internet]. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2020 [citado 8 nov 2020]; 1-12. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf
- [19] De Miguel Díaz M, Alfaro Rocher I, Apodaca Urquijo P, Arias Blanco J, García Jiménez E, Lobato Fraile C, et al. Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias. Orientaciones para promover el cambio metodológico en el Espacio Europeo de Educación Superior [internet]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2006 [citado 8 nov 2020]; 1-197. Disponible en: https://www2.ulpgc.es/hege/almacen/download/42/42376/modalidades_ensenanza_competencias_mario_miguel2_documento.pdf
- [20] Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 128, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
- [21] López Pineda ME. Lex Artis y responsabilidad penal en el ejercicio de la profesión enfermera (Grado en Enfermería). [Trabajo de Fin de Grado en Internet] Universidad de Valladolid; 2016. [citado 8 nov 2020]; 1-30. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/18006>
- [22] Parrado Sarmiento AC. Aprendizaje basado en problemas: una herramienta para la gestión de conocimientos entorno al tema de responsabilidad legal para enfermería (Especialización en docencia universitaria). [Trabajo de Fin de Grado en Internet] Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada; 2018. [citado 8 nov 2020]; 1-18. Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/32584/ParradoSarmientoAnaCristina2018%20ABP%20%281%29.pdf?sequence=2&isAllowed=y>



Queridos Reyes Magos:

Este año me he portado muy bien, me he puesto siempre que he salido a la calle la mascarilla y he chocado siempre siempre el codo con mis amigos.

No sé si vais a poder venir este año a traernos los regalos, pero si al final podéis venir, lavaos mucho las manos (aunque casi siempre lleváis guantes, jeje), poned la mascarilla y guardad mucha distancia, que por aquí la cosa está regularcilla.

Este año está siendo muy difícil para todos, especialmente para mi mamá que trabaja en el hospital. La veo muy poquito tiempo, ya que está cuidando a las personas malitas que están llegando al hospital por culpa del virus. Cuando llega a casa, ella siempre grita "¡ya estoy aquí!", pero no nos deja que le demos un beso hasta que no se ducha y se cambia de ropa. Cuando sale de la ducha, ya vamos corriendo a abrazarla y ella nos coge y sonríe, pero también le brillan los ojos y, de vez en cuando, se le cae alguna lagrimita. Ella no me lo dice, pero yo noto que está triste y muy cansada, con marquitas en la cara por llevar tanto rato la mascarilla.

Por eso, este año no quiero pedir os ningún juguete y, como sé que sois magos, quería pedir os que os llevéis al bicho muy lejos de aquí porque, si esto lo conseguís, podré:

- Volver a ir a ver a mis abuelos y darles muuuuchos besos.
- Jugar a lo que quiera con mis amigos en la calle.
- Comerme todos los chupachups que quiera, ¡sin mascarilla!
- Ir a comer pizza con mis primos, mis padres y mis tíos, todos juntos.
- Ir al cole y tener las ventanas cerradas, ¡qué frío hace ahora!
- Ir al baloncesto con mi padre y comerme un paquete de pipas gigante
- Ver las caras de la gente (ahora están como enfadados, pero a lo mejor es porque no les veo la sonrisa).

Pero, sobre todo, lo que más quiero es poder pasar mucho más tiempo con mi mamá, verla contenta al llegar a casa y poder darle muchos muchos muchos besos y abrazos. Verla feliz, como siempre y poder hacer mil y un planes con ella, siempre que quiera y donde quiera.

Sé que lo que os pido es muy difícil, pero no quiero nada más para este año. Si podéis traerme esto, sería el niño más feliz del planeta Tierra (y mi mamá también).

Feliz Navidad, Reyes Magos
Lucas