RICE

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria



SUMARIO

Editorial

Originales

- Vivencia profesional de enfermeras españolas al final de su vida laboral
- Foro comunitario 2º martes salud, una herramienta de promoción de salud comunitaria
- Calidad de vida relacionada con la salud en escolares de Educación Primaria: estudio transversal
- Estudio retrospectivo del estado vacunal en personas con enfermedad renal crónica del Centro de Salud "La Paz" de Badajoz

Trabajo Fin de Grado

Competencias enfermeras sobre el diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular

Noticias

IX Jornadas Nacionales de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

V Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)

Editor Dr. Vicente Gea Caballero





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

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

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

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

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

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

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

Esta publicación es miembro de:





Esta publicación está incluida en:



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

Envío de artículos: ridec@grupo-paradigma.com

E-mail de atención al cliente, publicidad y administración: dae@grupo-paradigma.com

Periodicidad: 2 números al año.

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

RIdEC se distribuye gratuitamente entre los socios de AEC.

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

- © AEC
- © DAE, S.L.

Reservados todos los derechos.

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

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

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. Mª José Cabañero Martínez
Miguel Ángel Díaz Herrera
Mireia Ladios Martín
Dr. Raúl Juárez Vela

CONSEJO ASESOR

- Dr. José Verdú Soriano (Alicante-España)
- Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea (Alicante-España)
- Mª José Dasí 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 Mompart García (Madrid-España)
- Pilar Vilagrasa Ortí (Barcelona-España)
- Dr. Enrique Castro Sánchez (Londres-Gran Bretaña)

- Dra. Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa (Oporto-Portugal)
- Marinha Mendoça (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)
- Mª Guadalupe Martínez Martínez (Nuevo León-México)
- Laura Rico Herrera (Celaya, Gto-México)
- María Consuelo Castrillón Agudelo (Antioquía-Colombia)
- Patricia Cid Henríquez (Concepción-Chile)
- Luz Angélica Muñoz (Santiago-Chile)
- Dra. Mª Soledad Rivera Martínez (Santiago-Chile)
- Dra. Olivia Inés Sanhueza Alvarado (Concepción-Chile)
- Dra. Jasna Stiepovich Beroni (Concepción-Chile)
- Olga María Rivero González (Cuba)

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria • Vol. 10 - nº 1 junio-noviembre 2017

RIdEC

Sumario • Summary

Vol. 10 - nº 1 junio-noviembre 2017

Ho	H	orial

Enfermería comunitaria. La importancia de la unidad	4
losé Ramón Martínez Riera	

Originales

Professional experience in Spanish nurses ending their professionally active life time	6
Foro comunitario 2º martes salud, una herramienta de promoción de salud comunitaria Community forum 2ºd Tuesday Health; a tool for community health promotion Mº Pilar López Sánchez, Joan J. Paredes Carbonell, Cristina Grau Camarena, Mº Isabel Sánchez Canovas, Alba Lucía Galindo Galindo, Irene Iniesta Martínez	17
Calidad de vida relacionada con la salud en escolares de Educación Primaria: estudio transversal Health-related quality of life in primary school children: a cross-sectional study	23
Estudio retrospectivo del estado vacunal en personas con enfermedad renal crónica del Centro de Salud "La Paz" de Badajoz A retrospective study on vaccination status in patients with chronic kidney disease study in Health Center "La Paz" in Badajoz	31

Trabajo Fin de Grado

Competencias enfermeras sobre el diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular	
Nursing competences to diagnose risk of impaired cardiovascular function	40
Natacha Palenzuela Luis, Javier Gónzalez Abreu, María Begoña Sánchez Gómez	

Noticias RIdEC

IX Jornadas Nacionales de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)	
V Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria	53

Editorial

ENFERMERÍA COMUNITARIA. LA IMPORTANCIA DE LA UNIDAD

La defensa de los intereses profesionales y científicos que faciliten y contribuyan al desarrollo, posicionamiento y visibilización de una profesión o área de conocimiento específico de la misma es una de las principales justificaciones de la existencia y trascendencia de las sociedades científicas. Esto, que es una realidad constatable e incontestable, se debilita cuando en dicha defensa se establecen o incorporan elementos que se alejan del ámbito científico para instalarse en el de los intereses individuales de sus miembros o en el inmovilismo de posturas alejadas del necesario, rico y deseado análisis que generen reflexión y debate, más allá de cualquier sana diferencia que pueda existir.

Y es que, más allá de las lógicas diferencias, de los posicionamientos, de las ideas, de los intereses... que existen, y que son lícitos y respetables, si queremos avanzar y lograr objetivos comunes debemos estar más unidos que nunca. Hay que huir de protagonismos personales para identificar como único centro de atención a la enfermería comunitaria y a las enfermeras comunitarias.

Nada justifica enfrentamientos estériles, ni reproches tan innecesarios como inoportunos. Tampoco nadie entiende ya que se utilice una sociedad científica para lucimientos personales o linchamientos públicos, que desplacen el bien colectivo. Los tiempos del circo máximo han pasado. Ahora ya no hacen falta fieras salvajes que aniquilen a los que se consideran enemigos del pueblo. Ahora la difamación, la mentira, el ataque gratuito, la descalificación, la manipulación... utilizados contra quien piensa diferente es la peor fiera, y sus dentelladas en forma de distorsión, alarmismo y descrédito provocan heridas mortales de las que difícilmente pueden curarse quienes se convierten en foco de los ataques. Las luchas fratricidas a lo único a lo que conducen es a la autodestrucción y a la pérdida de crédito interno y externo, no de quien las genera, sino del colectivo al que se dice defender con tan absurdos e inútiles enfrentamientos que acaban por desangrar y dejar sin fuerzas a los contendientes, que se convierten en presas fáciles para quienes observan, entre atónitos y divertidos, cómo se aniquilan sus aparentes oponentes.

No perdamos el tiempo, por tanto, buscando culpables imaginarios o enemigos ficticios, si no somos capaces de evitar una situación tan lamentable como latente.

Es tiempo de tirar todos en una misma dirección, buscando el interés común de las enfermeras comunitarias y con una única mirada, la de la enfermería comunitaria. Lo contrario supondrá un suicidio colectivo y público que no beneficiaría a nadie y, sin embargo, supondría un enorme daño no solo para nuestra imagen, sino para su identidad y credibilidad.

No se trata de escenificar una farsa o simular una imagen distorsionada. No. Se trata de aprovechar la ocasión que se nos brinda para darnos cuenta de lo importante que es trabajar todos en una misma dirección, sin renunciar a ideas ni planteamientos que lo que hacen es enriquecer el debate; pero huyendo, cuando no abandonando, la intransigencia, el inmovilismo, el egocentrismo, el narcisismo pseudoprofesional, la megalomanía y el pensamiento único. Los tiempos de la obediencia, la docilidad y el sometimiento son un amargo, triste y recurrente recuerdo, pero recuerdo al fin y al cabo. No es cuestión de olvidar, porque permite estar alerta para no repetir situaciones y errores. Pero sí de relativizar dicho pasado para no quedarnos anclados en él. Proyectemos una imagen acorde a nuestro trabajo, esfuerzo, compromiso e ilusión y hagamos de ella la referencia necesaria para el entendimiento, el diálogo y la reflexión.

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria • Vol. 10 - nº 1 junio-noviembre 2017

Las personas pasan, nadie es imprescindible; las ideas cambian, no son inamovibles; los contextos se modifican, no son inalterables... pero las enfermeras comunitarias perduran y se mantienen como realidad profesional, científica y social. Y todas las enfermeras comunitarias, sin excepción, tenemos la obligación de trabajar por una enfermería comunitaria fuerte, digna, ética, cercana y reconocida, que nos permita abandonar posiciones de permanente lamento y mirar al frente con valentía, decisión y seguridad.

Se han dado los primeros pasos en ese deseado entendimiento. No malgastemos nuestra energía en querer aparentar lo que no somos, pero tampoco en ocultar lo que realmente somos capaces de ofertar desde la unidad.

Desde AEC, desde luego, trabajaremos para conseguir una unidad tan necesaria como deseada por la gran mayoría. Las resistencias, de haberlas, tan solo nos tienen que animar a trabajar con mayor energía.



José Ramón Martínez Riera

Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Originales

Vivencia profesional de enfermeras españolas al final de su vida laboral

- ¹ M^a Dolores Burguete Ramos
- ² José Ramón Martínez Riera
- ³ Jorge López Gómez
- ³ Pablo Rico Berbegal

- ¹ Enfermera. Doctora por la Universidad Católica de Valencia. Profesora Facultad de Enfermería Universidad Católica de Valencia
- ² Enfermero. Doctor por la Universidad de Alicante. Profesor Titular Departamento Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia (Universidad de Alicante). Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AFC).
- ³ Enfermero. Grado de Enfermería por la Universidad de Alicante. Miembro de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).

Dirección de contacto: dobur2001@yahoo.es

Resumen

Introducción: la transición de ayudante técnico sanitario (ATS) a Grado en Enfermería ha supuesto para los que la han hecho la modificación de su práctica profesional, así como su definición como profesionales.

Objetivo: conocer y analizar la vida profesional de los enfermeros/as que se encuentran al final de su carrera profesional.

Material y método: se llevaron a cabo cinco entrevistas en profundidad, realizadas a profesionales enfermeros de distinto sexo, con el fin de comparar sus vivencias.

Resultados: la elección de la profesión correspondió a valores personales. El grado de implicación personal determinó su capacidad de tener una vida laboral hasta la jubilación en la asistencia a pie de cama. Las mujeres en general consideran que su formación básica fue deficitaria; sin embargo, los varones indican que esa etapa fue determinante para su vida profesional. El género influye de manera muy directa al asociar los cuidados enfermeros a acciones que se consideran femeninas. La percepción de los líderes formales es valorada muy negativamente por las enfermeras/os.

Conclusiones: la motivación para acceder a enfermería ha sido mayoritariamente ayudar a otros. Los profesionales varones analizan los cuidados como algo consustancial con la profesión, pero sin valor, por lo que no se sienten identificados con ellos. Los profesionales enfermeros identifican una clara ausencia de liderazgo que repercute sensiblemente en el desarrollo profesional y en una falta de reconocimiento social derivada de la invisibilidad de los cuidados en el ámbito institucional.

Palabras clave: enfermería; enfermeras/os; formación; percepciones; estereotipos; vida laboral; género.

Abstract

Professional experience in Spanish nurses ending their professionally active life time

Introduction: transition from "ayudante técnico sanitario" (ATS) to Grade in Nursing has meant for those involved a change in their professional practice, as well as in their own definition as a healthcare professional.

Purpose: to know and assess professional live of nurses ending their professionally active life time.

Material and methods: five in-depth interviews were carried out with male and female nurses, in order to compare their experiences.

Results: choosing their occupation was based on personal values. Their degree of personal involvement determined their ability to have a professional life in bedside healthcare until retirement. In general terms, female nurses consider their basic training was poor; however, male nurses state that this period was a key determinant in their professional life. Gender appears to influence directly on the association of nursing care with actions that are considered to be related to females. Perception on formal leaders is particularly negative in both female and male nurses.

Conclusions: main motivation to become a nurse has been helping other people. Male nurses consider care to be intrinsically associated to nurse profession, but not having value, so that they do not feel identified with them. Nurses perceive a clear-cut lack of leadership, which has a substantial impact on professional development and on the lack of social recognition due to nursing care not being visible in institutional settings.

Key words: nursing; female/male nurses; training, clichés; professional live; gender.

Introducción

En el año 1896 se crea la primera Escuela de Enfermería en Madrid: "Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría", fundada por Dr. Federico Rubio y Galí (1). El plan de estudios de esta escuela se basaba en dos años de formación teórica y práctica, impartidos por médicos del Hospital La Princesa de Madrid, y de formación moral, que recaía sobre las monjas de dicho hospital. Se las obligó a cortarse el pelo al rape y llevar la cabeza cubierta con un birrete ribeteado de amarillo. Durante la Guerra Civil española (1936-1939) se paraliza la formación de enfermeras, matronas y practicantes, y como consecuencia nacen cuerpos como: cuerpos auxiliares de damas enfermeras militares, enfermeras de guerra. El final de la Guerra Civil supuso un cambio fundamental en la consideración profesional de las enfermeras. El Decreto del 4 de diciembre de 1953 produjo la unificación de los estudios de Enfermería pasándose a llamar la nueva titulación ayudante técnico sanitario (ATS). La figura del ATS, sin equivalente en la sanidad mundial, supone la pérdida de identidad profesional. Junto a esto se adjudicaron a las mujeres y a las profesiones, como la enfermería, que se consideraban "femeninas" unos determinados valores que supusieron incluso la separación de los estudios por sexo (escuelas masculinas y femeninas de ATS). En ellas, además de impartir contenidos distintos en función de que la escuela fuera masculina o femenina, tenían una orientación asistencial diferente según el sexo de los alumnos. Los ATS masculinos ocupaban plazas de los servicios más "técnicos". En cuanto a las ATS, estas eran destinadas a los hospitales. Los contenidos de los estudios de ATS fueron diseñados para proporcionar una formación técnica, de destrezas y habilidades cuya justificación siempre estaba en función del diagnóstico y del tratamiento médico.

En el año 1977 se integraron las escuelas de ATS en las universidades. La entrada en la universidad, producida a raíz de los conflictos que se desarrollaron a lo largo de los años 1976 y 1978 (2), hizo que se crearan las Escuelas Universitarias de Enfermería (EUE) y el cambio a la denominación de diplomados universitarios de Enfermería de los nuevos profesionales. Las escuelas desarrollaron programas reformando los anteriores, dirigiendo la atención hacia la globalidad de la persona (3). En el año 1980 se marcaron las directrices para homologar el título de ATS al nuevo Diplomado Universitario de Enfermería (DUE). Una parte de las actuales enfermeras/os españolas/es, es decir, todas/os las/los que estudiaron antes de 1978, se formaron bajo estas premisas, y constituyen una parte del colectivo enfermero actual español. Una vez alcanzada la inclusión de la profesión enfermera en el grupo de las carreras universitarias, y desde la segunda mitad del siglo XX, ha seguido un continuo progreso, asentado en la búsqueda rigurosa y metodológica de la manera de prestar cuidados, hasta el desarrollo académico al que se está asistiendo. En la actualidad, y con el fin de adquirir una homogenización académica en el ámbito europeo, por medio del Real decreto 1393/2007, la enseñanza universitaria en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) consiste en el Grado de Enfermería (240 créditos) en cuatro años; máster de un año y doctorado.

Objetivo general

Analizar la vida laboral de los enfermeros/as entrevistados que se encuentran al final de su carrera profesional.

Objetivos específicos

- Comparar si existen diferencias de motivación en la elección de la profesión en función del sexo de los informantes.
- Relatar si sus expectativas se han cumplido.
- Enumerar las expectativas que no se han cumplido.
- Determinar si las razones por las cuales se eligió estudiarla se cumplieron.

Metodología

Diseño del estudio

Entrevistas en profundidad realizadas a cinco profesionales de la enfermería de distinto sexo y con larga vida laboral.

Población y diseño muestral

La elección de las personas entrevistadas fue escogida en función de su representatividad. Todas las personas poseen una larga trayectoria profesional desarrollada en la asistencia, y se encuentran finalizando su vida laboral o la han terminado

recientemente. Han vivido todo el proceso de trasformación de la disciplina enfermera y su adaptación al ámbito profesional. Teniendo en cuenta los criterios de Valles (5) en 2007, se realizó la selección de los narradores y estos aceptaron ser nuestros interlocutores, accediendo a compartir su tiempo, sus recuerdos y sus experiencias.

Técnica de recogida de información

La realización de las entrevistas sucedió a lo largo de seis meses; siempre en el entorno que decidió el informante. Las sesiones tuvieron una duración aproximada de dos horas en total. Dada la duración de proceso, se recurrió al registro sonoro de las entrevistas, lo que permitió posteriormente su repaso y análisis. Como el objetivo principal en este caso era construir un relato sobre su experiencia como enfermera/o se construyó un guion sobre cómo había sido su trayectoria laboral, para poder posteriormente analizar su relato. El guion empleado respondía a cuestiones de investigación y no a preguntas dinámicas a usar durante la entrevista.

Todos los sujetos entrevistados participaron de forma voluntaria y dieron su consentimiento después de ser informados por escrito en las entrevistas de la naturaleza del estudio. Antes de comenzar la entrevista se aseguraba la confidencialidad de la información. Los participantes firmaron una copia del consentimiento informado. Este fue elaborado de forma que la información que contenía no influenciará las opiniones de los participantes (4). Se les aseguró la posibilidad de revocar su consentimiento en caso de no estar de acuerdo con sus intereses.

Técnica de procesamiento y análisis de datos

Dada la gran cantidad de datos obtenidos en torno a las entrevistas, se codificaron para descomponer y segmentar los datos hasta obtener categorías más generales y simples y para entresacar los datos a fin de formular niveles de interpretación. De esta manera se recuperaron fragmentos de datos textuales que comparten un código común. Para la codificación y análisis de los datos, estos se han clasificado en función de qué o de quiénes se han obtenido (6).

Limitaciones del estudio

Las personas entrevistadas han podido interpretar la historia más que reflejarla, es decir, es una memoria subjetiva, por lo que su realidad actual les habrá podido influir en su recuerdo, en sus opiniones y en sus experiencias pasadas. Los datos obtenidos no se pueden desligar de su dimensión, política, histórica y cultural, y la forma de agrupar los datos y su interpretación han estado condicionados por la subjetividad de los investigadores.

Resultados

Influencias en la elección de la profesión

Entre los entrevistados no parece que el apoyo familiar haya tenido influencia alguna en la elección de la profesión. La firme oposición junto con los intentos de disuadir ha sido constante en las mujeres, mientras que en los hombres se reconoce la influencia, pero no como imposición ni sugerencia, sino más bien como fascinación por el trabajo:

"Mi padre me metió una bronca alucinante; él era médico y me dijo: Pero tú estás loca, por qué te has matriculado en enfermería si eso es lo peor, si eso es para limpiar mierda y recoger vómitos" (Mujer 1ª).

"A mí siempre me gustaba el ambiente sanitario, las películas que tenían un poco un enfoque sanitario; no sé, tenía una tendencia natural; familiarmente no tenía ninguna relación, ninguna, en mi familia nadie era sanitario" (Varón 2º).

Motivos para ser enfermera/o

Aunque los informantes no refieren unos hechos concretos, sí que definen que su elección correspondió a valores personales.

"En un principio esta carrera la elegí porque siempre me gustó, eso es lo que más me llamaba la atención" (Varón 1º).

Estabilidad económica

Aunque el empleo les ha proporcionado una estabilidad económica significativa, en ocasiones se han visto mal remunerados por la dureza de las condiciones laborales y la necesidad de acceder a un doble empleo.

"Me ha dado estabilidad económica. Evidentemente ha habido momentos que he pensado que estaba mal remunerado" (Varón 2º).

Reflexiones sobre nuevos campos de actuación/nuevos entornos

Tanto desde el punto de vista formal como sociológico, la enfermería es hoy muy distinta a como se practicaba hace treinta o cuarenta años. Pero las estrecheces y burocratización por las que actualmente pasa la sanidad repercuten en los profesionales, ya que no se sienten vinculados a su trabajo como consecuencia de la precariedad de su empleo y la falta de progresión laboral.

"Nosotras cuando empezamos a trabajar nos daban una plaza de trabajo y eso lo considerábamos como nuestro, pero claro las chiquitas de ahora vienen tres meses, se van a otro sitio tres meses más... ¡que no acaban siendo de ningún lado!" (Mujer 2ª).

¿Se puede seguir siendo enfermera asistencial a lo largo de toda la vida laboral?

La actitud frente al trabajo y el grado de implicación personal determinan su capacidad de tener una vida laboral hasta la jubilación en la asistencia a pie de cama.

"Creo que en la medida en que te guste lo que haces, que busques la mejor manera de ofrecer a los pacientes tus conocimientos, se puede mantener uno en la asistencia; en la medida que entres en una dinámica de reutilización, de cansancio físico y de distanciamiento con los pacientes, necesitas irte" (Varón 2°).

¿Es una profesión?

Las entrevistadas lo afirman sin ninguna duda, pero no existe unanimidad en las respuestas, ya que uno de los informantes afirma que la falta de valor añadido, reconocido por la sociedad, limita como profesionales.

"Somos considerados como meros trabajadores, pero no profesionales; el profesional da un valor añadido a su producto y en este momento, el valor añadido no está reconocido ni socialmente, ni laboralmente ni económicamente y te diría que ni por los propios enfermeros" (Varón 2º).

Código ético

El cuidador profesional debe cultivar el ejercicio de un deber humano para con los seres en situación de vulnerabilidad. Nuestros entrevistados manifiestan este compromiso aun a costa de su dolor personal.

"Para mí ser enfermera asistencial es lo que más me ha gustado, pero en una sala ser una enfermera asistencial es duro, porque estás en la evolución de la enfermedad y de la persona" (Mujer 2ª).

Orgullo de pertenecer a esa profesión

El sentimiento de orgullo profesional conlleva un sentido de pertenencia al colectivo y a su identificación con los valores del mismo.

"Sí que volvería a estudiar enfermería" (Varón 1º).

Formación

Las mujeres en general consideran que su formación básica fue deficitaria; sin embargo, los varones recuerdan que lo que aprendieron en su etapa de formación ha sido determinante para su vida profesional. La realidad es que en la formación de aquella época se reproducían las relaciones de poder dominantes en ese momento histórico.

"Todo lo que aquella gente te decía adolecía mucho de contenidos científicos y había mucho de espíritu religioso, sería el año 69 y en aquel contexto no llamaba tanto la atención" (Mujer 1ª).

"A lo largo de la vida he aprendido otras técnicas, pero las básicas son las que aprendí siendo estudiante de enfermería" (Varón 1º).

Docencia alejada de la práctica

Los informantes manifiestan que existen caminos paralelos entre los docentes y los asistenciales que no se encuentran muy a menudo.

"Existe una gran laguna y lo diré hasta la saciedad entre lo académico y lo clínico porque en lo académico estamos dando la enfermería que nos gustaría... pero en un hospital lo que más utilizan son las técnicas" (Varón 3ª).

Formación continuada

Según el Código Deontológico de la Enfermería Española en su artículo 60, será responsabilidad de la enfermera/o actualizar constantemente sus conocimientos personales.

"Creo que es fundamental continuar leyendo" (Varón 2º).

Trabajo en equipo

Las enfermeras/os no trabajan aisladas, como también sucede en casi todas las profesiones hoy en día. Los informantes muestran su satisfacción por haber conseguido, gracias a los compañeros, aumentar sus conocimientos y capacidades.

"Yo aprendí el método de trabajo de los médicos. Empecé a estudiar porque empecé a pedir información; allí comencé a ver lo que era la clínica de verdad" (Mujer 1ª).

"Afortunadamente me pusieron de pareja con J., aprendo mucho, y la verdad es que poco a poco me fui integrando" (Varón 2º).

Valores recibidos/valores actuales

Al tratarse de un colectivo mayoritariamente femenino ha experimentado un proceso paralelo a la evolución social de las mujeres en España. En los primeros años del siglo XXI, la enfermería aparenta tener unos rasgos identitarios débiles, que se manifiestan por la falta de corporativismo.

"Creo que desgraciadamente no somos corporativistas, es envidiable el corporativismo entre otras profesiones que aunque a lo mejor se pegan entre ellos a la hora de la verdad siempre hay piña, nosotros la verdad es que no hay" (Varón 1º).

Feminización: identificación de los varones con el cuidado

La profesión enfermera es considerada una profesión de mujeres. El género influye de manera muy directa al asociar los cuidados enfermeros a acciones que se consideran femeninas, por lo que muchos de los varones puedan decantarse por la técnica, aunque hay otros, que en ella establecen su rol profesional fundamental.

"Cuando te encuentras un buen enfermero que ha adquirido el rol profesional completo son magníficos, me refiero a la parte del apoyo humano y emocional y cuando no, cuando es gente que no quiere profundizar sobre ello, lo que le gusta es la técnica" (Mujer 1ª).

Ausencia de discriminación

En el desarrollo profesional, el acceso a puestos de trabajo de la Sanidad Pública se realiza mediante concurso-oposición. La movilidad se rige por un baremo de méritos. Los informantes no refieren ninguna discriminación ni utilización en su vida profesional.

"He trabajado con chicas y nadie me ha llamado diciéndome: oye, ven que fulano está agresivo. No, nunca, nunca" (Varón 3º).

Liderazgo

La percepción que manifiestan tener de los líderes formales es valorada muy negativamente por las enfermeras/os; el acceso por parte de las enfermeras a cargos de dirección dependen de factores que en ocasiones no son profesionales, sino políticos y sociales.

"A lo largo de mi trayectoria de 40 años yo solo he encontrado una gestora que daba la talla, que era... el resto no ha sabido y se toman las decisiones. Hay que tener voz y voto para dar esa talla y luego trasladarlo a la gran masa profesional" (Mujer 1ª).

Frustración

La existencia de desencanto y/o cansancio entre las enfermeras/os originan sentimientos de abandono y desesperanza por la ausencia de expectativas o fracaso de las ilusiones puestas en el futuro. La falta de reconocimiento de su trabajo que desencadena un fracaso personal no siempre es superado.

"El holismo en la filosofía enfermera ha servido para todos los pacientes que han podido aprovecharse de ella, pero a nivel social creo que en este momento es una debacle, pero porque el sistema está en una debacle y la gente está hundida. Yo con todas las que hablo, están hartas, quemadas, se quieren ir" (Mujer 1ª).

Sensación de no haber alcanzado metas profesionales y personales

La sensación de fracaso, por una sobrecarga de exigencias del trabajo; el no haber alcanzado metas profesionales, quizás por demandas personales no congruentes con la realidad del contexto, junto con un entorno poco favorecedor de cambios, ha llevado a alguno de los sujetos entrevistados a un agotamiento emocional.

"Da pena, ¿no?, todo el proyecto de la enfermería y que no haya llegado, que sin llegar ya estemos o parados o para atrás. Creo que estamos hacia atrás, porque vienen muy preparadas las enfermeras, pero no se valora también esa parte importante de relación, estamos perdiendo una parte de la profesión muy importante" (Mujer 2ª).

Visión de la enfermería en la sociedad

Los profesionales aquí hablan de la dificultad para hacerse visibles y solamente lo son cuando se haya requerido de sus servicios en situaciones comprometidas. La cercanía hace que se valore su presencia como profesionales, de otra manera se pasa como una prolongación de otros profesionales.

"No tenemos el reconocimiento social que a mí como enfermero me gustaría. Porque todavía tenemos y yo he percibido en algunas ocasiones que somos colaboradores del médico: Vds. dependen del médico" (Varón 2º).

Discusión

La tradición familiar no parece una motivación para elegir enfermería. En las mujeres, la elección de la profesión desencadena en la familia oposición, bien por falta de reconocimiento social o bien por perjuicios sobre la disciplina. No se ha de olvidar que antes del ingreso de la enfermería en la universidad (2) esta era una disciplina paramédica y los perjuicios acerca de ella eran bastante comunes. Curiosamente es uno de los varones el que sí se ha visto influido por sus experiencias personales con el ámbito sanitario, pero aquí también se podría hablar del prestigio social que en esa época tenía la figura del practicante.

Importante es destacar también la contradicción manifestada por uno de los informantes varones al analizar su situación económica, que consideraba deficitaria, con la satisfacción que, sin embargo, la misma le aportaba para el logro de sus necesidades, esto coincide con el trabajo de Torres Pinzón y Fajardo David (7).

Los informantes corroboran la afirmación de que la elección de su profesión ha estado vinculada a la vocación por el servicio al prójimo, más allá del cumplimiento de tareas rutinarias.

La formación básica, las mujeres la juzgan deficitaria. Todos estudiaron ATS, después homologaron el título de ATS por el de diplomados en Enfermería y algunos de ellos han llegado al doctorado. Pasaron de una visión técnica de la profesión a adquirir una visión integral de la persona, donde se pretendía enfatizar el rol independiente, cosa no asumida por todo el colectivo, ya que el trabajo durante muchos años se ha seguido organizando por tareas y, por supuesto, sin trabajar a base de planes de cuidados como manifiestan en su discurso. La falta de conocimiento de la metodología junto con hábitos de trabajo muy arraigados, consecuencia de su formación claramente biologicista, y unidades hospitalarias orientadas a la patología o a la realización de procedimientos diagnósticos, han contribuido a ello. Pero sí que han manifestado a lo largo de todos sus discursos la necesidad de mantener actualizados sus conocimientos; unos de una manera más empírica y otros mediante búsqueda de conocimientos, primero con la práctica y después de una forma más reglada.

En cuanto al desafío intelectual que supone para ellos estudiar actualmente enfermería, las opiniones son divergentes. Por una parte, opinan sobre la dificultad de la disciplina en el momento actual, por la inclusión de un nuevo lenguaje enfermero para unificar criterios y, por otra, manifiestan que la dificultad no está tanto en el conocimiento teórico sino en la problemática en el mundo laboral actual. Cuando las mujeres se quejan de su deficiente formación, la ausencia de contenidos científicos y la no mención del cuidado en su etapa de formación básica y el detrimento del desarrollo de actitudes de reflexión crítica o científica, no se puede olvidar que los estudios de ayudante técnico sanitario se encontraban dentro de unos parámetros exclusivamente técnicos y dependientes del modelo médico; hasta el año 1977 no se incluyeron asignaturas con nombre enfermero: Enfermería fundamental y Enfermería Médico-Quirúrgica. Uno de los varones, sin embargo, se ha encontrado más identificado con esta formación por dar énfasis a la técnica, ya que la imagen del practicante era un referente para él. Pese a ello, los cinco son muy conscientes de la necesidad de la formación continuada y hablan de su formación como un proceso continuo y permanente, que han recibido, no solamente de una manera reglada, sino también, y fundamentalmente, de compañeros en el trabajo diario, ya que la experiencia les ha demostrado como refiere Salum y do Prado (8), que independientemente de que su formación básica la consideren correcta o deficitaria, sus contenidos son rápidamente superados u obsoletos en la medida del progreso de las Ciencias de la Salud y en Enfermería.

Las condiciones laborales son diferentes de trabajar en la asistencia o en la docencia. Los asistenciales piensan que los docentes o no preparan a los estudiantes para enfrentarse a la realidad, o dicho de otra manera, la teoría está alejada de la práctica, como dice uno de los informantes. La integración de la práctica a la teoría, o viceversa, es una preocupación importante en las instituciones docentes. Cómo se enseña que deberían ser las cosas y cómo son en realidad es un punto de fricción entre los docentes asistenciales y los docentes teóricos. El conflicto entre unos y otros desencadena, en ocasiones, confusión entre el alumnado. Los asistenciales piensan que no preparan a los alumnos, desde una perspectiva actual, como refiere este informante, y los docentes piensan que los asistenciales son reacios a abrirse a los nuevos campos de actuación de la enfermería (9). La falta de coordinación, los errores de conceptos por parte de algunos asistenciales, como usar a los alumnos como recurso humano para el servicio, cosa bastante frecuente, junto con la falta de comunicación de los docentes con los asistenciales, hace que en ocasiones el alumno se distancie y no vea la enseñanza como un todo. La integración docente/asistencial es un elemento constructivo y facilitador del proceso enseñanza/aprendizaje, que debe buscar la formación de profesionales de enfermería que incorporen en su formación las bases del cuidado auténtico.

Respecto a la autonomía profesional, los informantes no lo tienen tan claro, pero si la hay, debe ser siempre dentro de un equipo multidisciplinar; el pasar de acometer tareas subordinadas a trabajar en equipos multidisciplinares es muy gratificante, como ellos mismos manifiestan, pero lamentablemente hay autores que apuntan que no todos los/las enfermeros/enfermeras están dispuestos a ello, ya que asumir esa competencia implica también responsabilidad. Afortunadamente la formación en Enfermería, como en muchas otras disciplinas, se ha ido adaptando a todos los cambios, la etapa técnica quedó atrás cuando se incorporó a la universidad, por lo que se espera que sirva para que las enfermeras sean competentes en el manejo de información compleja, ya que solo de esta manera se puede consequir una verdadera autonomía.

Autores como Harding (10), Chamizo (11), German Bes (12) han reflexionado sobre la dificultad de los hombres para el ejercicio de una profesión feminizada. La valoración de la profesión si se atiende a la forma en que sus rasgos son reproducidos en los diferentes medios de comunicación (tv, prensa, publicidad, cine) es una profesión poco valorada socialmente. En la actualidad, en que teóricamente se deberían de haber superado los roles sexistas, se sigue dando una imagen devaluada de las actividades enfermeras, a pesar de la importancia social con que se le reconoce su labor.

Ninguno de los informantes ha manifestado haber sufrido discriminación por su sexo y en eso han sido rotundos. Sin embargo, disienten con la bibliografía consultada; cuando se habla de discriminación, se hace alusión a describir formas

de desigualdad y existe el sentimiento masculino, cada vez más generalizado, que hace pensar a los varones enfermeros que el estereotipo femenino les ha perjudicado a todo el colectivo, por haberse aceptado una relación de subordinación-sumisión como algo natural, que no se habría dado si mayoritariamente no fueran mujeres las enfermeras; una de las informantes en este caso mujer también lo manifiesta.

En cuanto a la utilización de los varones por parte de las mujeres en la ayuda en actividades pesadas, como refieren algunos estudios, Pardilla Laparra y García Pozo (13), los informantes siguen manifestando como en el punto anterior que no se les ha utilizado, quizás en otros puestos de trabajo como pueden ser las unidades de psiquiatría sí que hay referencias al tema, pero manifestaron rotundamente su desacuerdo de haber sufrido utilización por parte de sus compañeras.

En cuanto a la identificación de los varones con el cuidado, contrariamente al pensamiento popular, la profesión enfermera ha sido un campo desarrollado y dominado en sus principios por hombres, Osses, Valenzuela y Sanhueza (14) ponen de manifiesto la necesidad de reunir las virtudes femeninas y masculinas para lograr un desarrollo pleno de la profesión. Que los varones tengan la tendencia de ocupar puestos donde prevalece la pericia técnica, es cierto, pero no existe ningún impedimento para que no puedan desempeñar su trabajo. Los medios de comunicación se han centrado cuando hablan de enfermería principalmente en las mujeres (Bernalte Martí, 2015) (15), mientras que la imagen del enfermero varón es a menudo ignorada. El sentimiento de pertenecer a un colectivo, en absoluto corporativista como apunta una de las informantes, con pocos intereses en consolidar el reconocimiento profesional, excepto en el ámbito económico, como apunta otra, quizás haya contribuido a que los hombres la ven dirigida a las mujeres y les impide acercarse y demostrar su capacidad para el cuidado. Cuidar a una persona es preocuparse de ella y eso tiene que ver con la actitud, el compromiso y la responsabilidad, tal como apunta Guerrero (16), y esto no tiene nada que ver sobre quien lo proporciona.

Sin embargo, refieren que es más grave la falta de sensibilidad de los gestores hacia el personal. La percepción que tienen los informantes sobre los gestores formales, tanto en el reconocimiento del trabajo que realizan como su capacidad de motivación y de vehiculizar su participación en la toma de decisiones, como recoge Martínez Riera (17) en su trabajo, ha sido valorada muy negativamente por ellos. Escasamente han reconocido un líder o dos como confiesan a lo largo de su vida profesional: es cierto que no se eligen por un concurso de méritos, en ocasiones hasta la fecha, por tener una filiación política determinada, pero pensamos que quizás la totalidad no puede ser nefasta.

La gestión de los profesionales ha experimentado frecuentes cambios de modelos. Esto ha sido muy evidente en los grandes centros sanitarios públicos; en los privados, existe una larga tradición de organización del trabajo, con un modelo empresarial y no se suelen cuestionar a menudo cambios culturales.

Se ha pasado de las antiguas Jefaturas de Enfermería a las Direcciones de Enfermería, con nuevas herramientas más desarrolladas, tal como apunta Ferrer Arnedo (18). Los servicios enfermeros se ven substancialmente modificados, lo que no siempre es ni comprendido ni aceptado como recogen Alberdi Castell y Cuxart Ainaud (19).

Todo lo anterior supone un reto difícil y un recorrido lento, ya que la gestión es compleja; no se puede olvidar que coordinan el grupo más numeroso en el ámbito sanitario y suelen ver limitados sus espacios de poder por otros profesionales.

Lamentablemente, para acceder a un puesto de gestión, porque sin duda es clave para el avance profesional, no existe una vía clara para alcanzarlo; en ocasiones el logro académico, la actitud profesional en un sistema tan estructurado, no sirven de mucho como denuncian los informantes. Se prima más la oportunidad que una carrera profesional planificada con unos parámetros de selección claros y de todos conocidos, ya que en lugar de directivos responsables, se han buscado mandos fieles a la autoridad (20).

En España, a diferencia de otros, existen políticas que legitiman prácticas, como la contratación de la enfermera "correturnos" también llamada de "pool"; estos enfermeros trabajan cada día, con profesionales, en unidades y pacientes diferentes; también se reparten contratos basura, para responder a cuestiones políticas a muy corto plazo. El resultado es una desconfianza de los profesionales hacia los gestores que les lideran. Lamentablemente esto viene sucediendo a lo largo de mucho tiempo; en el estudio de Camaño Puig y Garrido Bartolomé (2014) (21) concuerdan las respuestas de las enfermeras/os con la opinión anterior y consideraban que las Direcciones de Enfermería no estaba al mismo nivel de poder y autoridad que el resto de los directivos del hospital; ya que, aunque se han producido importantes avances, a las direcciones de enfermería les falta de reconocimiento de su labor.

En cuanto al hecho de ser enfermero/a resaltan el orgullo que sienten a la hora de exponer cuál es su profesión, otros autores como Castrillón (22) refuerzan esta afirmación en sus publicaciones. En esto están totalmente de acuerdo los profesionales entrevistados, puesto que afirmaron estar orgullosos de pertenecer a ella, la escogieron, les gustó, les permitió

más o menos bien vivir de ella y les ha hecho que se sientan útiles y les ha generado satisfacción; todo lo anterior concuerda con el estudio de Beltran Noguer (23) donde sostiene las mismas opiniones. Sin embargo, el exceso de trabajo, la responsabilidad junto con el escaso reconocimiento profesional les genera insatisfacción, lo que concuerda con otros estudios como los de Marrau 2009 (24). Alguno de ellos siente que han sufrido una importante pérdida de reconocimiento social, especialmente en el medio urbano; en cualquier caso no se sienten fracasados, aunque en alguno de los casos sí desbordados por los acontecimientos. Por otra parte, la imposibilidad de acceder a puestos clave para intentar modificar las estructuras o ascender en la jerarquía laboral, bien por medio del liderazgo formal o por medio de un plan de estudios, ha hecho que se sientan insatisfechos, pero la volverían a estudiar pese a todos los contratiempos.

Preguntados sobre la imagen que proyecta la enfermería frente a la sociedad, manifiestan que cuando se le reconoce su labor, cuando se ha estado en contacto de una manera más cercana con la profesión, tienen prestigio y valor social; pero si no es así, existe un desconocimiento real de la profesión. En los diversos trabajos consultados se confirma lo anterior, aparece por una parte la opinión de que la imagen está plagada de estereotipos, que refuerzan los valores existentes entre el hombre y la mujer, ayudante del médico. En otros casos perdura una imagen frívola, con minifalda; es ridiculizada la profesión por su utilización en determinado cine X y en líneas generales aparece como un acompañante secundario, sin impacto social, ni autonomía, siendo la jerarquía, según Prat (25), el elemento más discriminante a la hora de entender y crear una imagen de la enfermera. Las enfermeras no se identifican más que como grupo dentro de un centro sanitario, fuera la imagen está difuminada. Una de las consecuencias de todo lo anterior es que la enfermería no es suficientemente conocida y reconocida por la sociedad, por lo que su imagen continúa estando muy alejada de la profesión más autónoma, competente y con mayor capacidad de decisión en que se ha convertido.

También se tendría que reflexionar sobre la manera que los enfermeros han comunicado su aportación a la sociedad, cuando aparecen en los medios, en demasiadas ocasiones ligados a una mejora salarial y/o académica o en la defensa de un determinado profesional. Aunque se diga que la enfermería es una profesión bien valorada por la sociedad, no es lo mismo tener una buena opinión de los profesionales de enfermería que una confianza sólida depositada en ellos a todos los efectos.

Conclusiones

- Los profesionales manifiestan sentirse orgullosos de ser enfermeros, además dicen que volverían a estudiar enfermería a pesar de las dificultades encontradas.
- La enfermería genera en los profesionales compromiso y sacrificio que con el tiempo se torna en fracaso personal debido a las condiciones laborales.
- Los profesionales varones analizan los cuidados como algo consustancial con la profesión, pero sin valor, por lo que no se sienten identificados con ellos.
- Los profesionales identifican una clara ausencia de liderazgo que repercute sensiblemente en el desarrollo profesional y en una falta de reconocimiento social derivada de la invisibilidad de los cuidados en el ámbito institucional.

Conflicto de intereses y ayudas financieras

Los autores no tienen, ninguno de ellos, conflicto de intereses. No se ha recibido ningún tipo de ayuda financiera para la realización de este estudio.

Bibliografía

- [1] Chamizo C. El proceso de profesionalización de la Enfermería en el Principado de Asturias (Tesis Doctoral). Alicante: Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería; 2009.
- [2] Germán Bes C. La revolución de las batas blancas: la enfermería española de 1976 a 1978. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2014.
- [3] Siles González J. Antropología, historia y enfermería [Internet]. Cultura de los cuidados. 2012. p. 5-7. [citado 3 may 2017]. Disponible en: http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/80/159

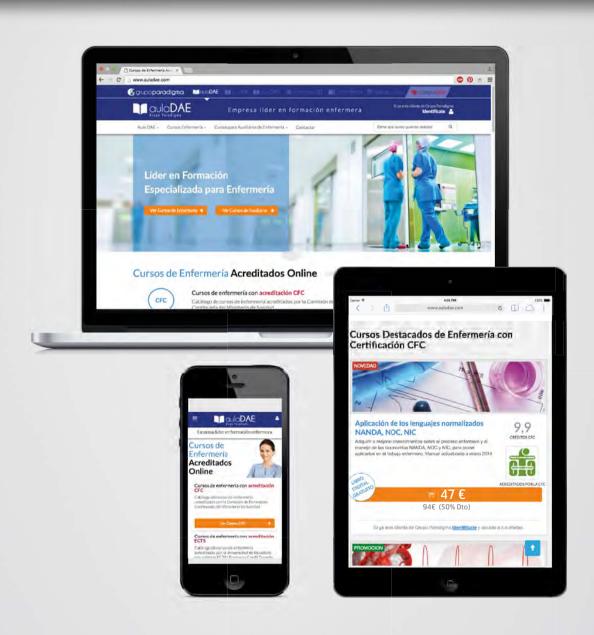
- [4] Ramazanoglu C, Holland J. Feminist methodology: Challenges and choices. London: Londres Sage; 2002.
- [5] Valles MS. Entrevistas cualitativas. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2007.
- [6] Martínez Riera JR. Influencia del role-playing en el proceso de enseñanza-aprendizaje de Enfermería. Tesis doctoral. Alicante: Universidad de Alicante; 2009.
- [7] Torres Pinzón KV, Fajardo David N. Factores asociados al trabajo que son generadores de satisfacción laboral en un grupo de trabajadores en condición de multiempleo. Biblioteca digital. Universidad de San Buenaventura 2015. [citado 3 may 2017]. Disponible en: http://hdl.handle.net/10819/2648
- [8] Salum NC, Do Prado ML. Educación continua en el trabajo: Nuevos desafíos para los profesionales de Enfermería. Investig y Educ en enfermería. 2007; 25(1):100-5.
- [9] Pérez Andrés C, Alameda Cuesta A, Albéniz Lizarraga C. La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales: un estudio cualitativo con grupos de discusión. Rev Esp Salud Publica. 2002; 76(5):517-30.
- [10] Harding T. The construction of men who are nurses as gay. J Adv Nurs. 2007; 60(6):636-44.
- [11] Chamizo Vega C. La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones. Index Enferm. 2004; (46):40-4.
- [12] German Bes C. Género y enfermería. Index Enferm. 2004; (46):7-8.
- [13] Pardilla Laparra A, García Pozo A. Barreras y dificultades percibidas para el manejo de situaciones violentas: diseño y validación de un cuestionario. Metas Enferm mar 2015; 18(2):19-26.
- [14] Osses, C, Valenzuela S, Sanhueza O. Men al the Nursing Profession. Enfermería Glob. 2010; 18:1-7.
- [15] Bernalte Martí V. Minoría de hombres en la profesión de enfermería: reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. Enfermería Glob. 2015; 14(37):328-34.
- [16] Guerrero MV. Aportando valor al cuidado en la etapa final de la cronicidad. Enferm Clin. 2014; 24(1):74-8.
- [17] Martínez Riera JR. Interrelación profesional y continuidad de los cuidados. Necesidad vs. dificultad. Cult los Cuid. 2000; 4(7-8):166-71.
- [18] Ferrer Arrendo C. Diseño de una dirección de enfermería de Atención Primaria: experiencia en aplicación de la gestión del conocimiento. Rev Adm Sanit. 2005; 3:177–92.
- [19] Alberdi Castell R, Cuxart Ainaud N. Las enfermeras y el derecho a la salud: la defensa del Servicio Nacional de Salud. Metas Enferm 2013; 16(10):2.
- [20] Macia Soler L. Enfermería. Una etapa más. Enferm Clin. 2014; 24(5):267-8.
- [21] Camaño Puig R, Garrido Bartolomé A. Estudio sobre la seguridad del paciente, a través de provisión de cuidados enfermeros y variabilidad de plantillas en hospitales de la Comunidad Valenciana. Alicante: CECOVA; 2014.
- [22] Castrillón C. Identidad Profesional en Enfermería: Construyendo las bases para SER cuidador(a) Profesional. Rev Enfermería Univ Univ Autónoma México [Internet]. 2008 [citado 3 may 2017]; 5(4). Disponible en: http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/issue/view/2312
- [23] Beltrán Noguer C. La feminització de la infermeria causalitat i estrategias per a la formació de profesionals. (Tesis doctoral). Girona: Universidad de Girona; 2005.
- [24] Marrau MC. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. Fundam en Humanidades. 2009; (19):167-77.
- [25] Prat Canet C. Análisis de la imagen social de la Enfermería a través del cine y la televisión. Tesis. Universitat Internacional de Catalunya. 2014.



DAEformación Grupo Paradigma

Cursos CFCCursos ECTS

¡Descubre nuestra nueva web! www.auladae.com





Totalmente adaptada a dispositivos móviles

Originales

- ¹ M^a Pilar López Sánchez
- ² Joan J. Paredes Carbonell
- ³ Cristina Grau Camarena
- ³ M^a Isabel Sánchez Canovas
- ⁴ Alba Lucía Galindo Galindo
- ⁴ Irene Iniesta Martínez

Foro comunitario 2º martes salud, una herramienta de promoción de salud comunitaria

- ¹ Enfermera de promoción de salud del Centro de Salud Pública de Valencia, Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana, Valencia (España).
- ² Médico, Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana, Valencia (España).
- ³ Enfermeras Especialistas en enfermería familiar y comunitaria, asociación ACOEC.
- ⁴ Residentes especialidad enfermería familiar y comunitaria, Unidad Docente Multidisciplinar de Enfermería Familiar y Comunitaria de Valencia. Conselleria de sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana Valencia (España)

Dirección de contacto: lopez_pilsan@gva.es

Resumen

Introducción: la estructura sanitaria es consciente que para generar salud hay que hablar de salud en espacios que no sean sanitarios. Favorecer experiencias participativas como los foros comunitarios (FC) 2º martes salud, entre profesionales sanitarios y otros recursos locales, ayudan a desarrollar la salud comunitaria.

Objetivo: describir los foros comunitarios 2º martes salud, realizados de 2008 a 2015.

Diseño: se analiza la información recogida en actas elaboradas del programa MIHSALUD durante ocho años.

Resultados: 10 temas de salud abordados en 67 foros, la participación de 13 asociaciones de media, impartidos por seis recursos intersectoriales y 15 nacionalidades de participantes reflejan la interculturalidad.

Conclusión: los FC son espacios que permiten compartir el conocimiento de temas relacionados con la salud, al empoderar a los participantes se posibilita que lleguen a sus propios espacios, y se convierte en un lugar de encuentro entre personas de diversas culturas, de asociaciones y profesionales sanitarios generando confianza, convivencia y trabajo en red.

Palabras clave: enfermería; salud comunitaria; foro comunitario; asociaciones; participación; interculturalidad; trabajo en red.

Abstract

Community forum 2nd Tuesday Health; a tool for community health promotion

Introduction: health care system is fully aware of the need to talk about health in non-health care settings to promote health. Promotion of participative experiences such as a community forum (CF) 2nd Tuesday Health, among health care workers and other local resources, helps to develop community health.

Purpose: to describe the meetings of the community forum 2nd Tuesday Health held from 2008 to 2015.

Design: information reported in the proceedings of MIHSALUD program over eight years is analyzed.

Results: ten health topic were discussed in 67 meetings; 13 media associations participated, using six intersector resources, and participants from 15 countries illustrate intercultural work.

Conclusion: CF are a right place for sharing knowledge on health-related topics. Empowering participants allow them to reach their own places, and CF become a meeting place for people from different cultures, associations and healthcare workers that helps to produce confidence, coexistence and networking.

Key words: nursing; community health; community forum; associations; participation; intercultural work, networking.

Introducción

Para desarrollar la salud comunitaria del siglo XXI con eficacia, la enfermería necesita replantearse la alfabetización en salud (1) de la comunidad y valorar cómo los determinantes sociales de la salud (2) repercuten en la vida de las personas, de ahí la importancia de generar reflexión sobre qué es la salud, para tomar conciencia de que el principal recurso para generar salud es la propia persona. La estructura sanitaria está incluida dentro de la comunidad, y debe ser consciente que la construcción de la salud se realiza allí donde viven y se relacionan las personas y posibilitar el dinamismo de los recursos.

De ahí la importancia de que los/as profesionales de enfermería sean conscientes de favorecer y crear espacios para hablar de salud y generar capital social, al colaborar con el ámbito asociativo, para fomentar el empoderamiento (1) de la propia comunidad, posibilitando un papel más activo y de mayor responsabilidad en lo referido a su salud (3).

La premisa fundamental es la participación social entendida como un proceso en que los miembros de la comunidad, individual o colectivamente, asumen diferentes niveles de compromisos y responsabilidades. La población identifica sus problemas, formula y ofrece soluciones, crea organizaciones para dar continuidad a los programas y, en general, contribuye a satisfacer las necesidades de salud de una manera deliberada y democrática (4,5).

El desarrollo de intervenciones en salud pública tendentes a minimizar las diferencias y desigualdades en salud que pueden afectar a una población diversa, son necesarias para favorecer su integración a través de estos espacios de encuentro para hablar de salud.

Estrategias innovadoras como la mediación en salud, la educación entre iguales que realizan los agentes de salud de base comunitaria (ASBC) (6) y la apertura a generar espacios de encuentro (7), como los foros comunitarios (FC) 2º martes salud (7,8) entre profesionales sanitarios de Atención Primaria y recursos locales, permiten desarrollar la metodología del trabajo en red, que ha demostrado ser una manera efectiva de compartir información, de aprender de la experiencia del otro, de trabajar juntos. Además, permite a sus miembros evitar el excesivo gasto en recursos que significa la duplicación del trabajo o la de iniciar cada vez contactos para intercambiar experiencias, facilitando a las acciones e iniciativas de los miembros un efecto multiplicador por su llegada a aquellos lugares donde los profesionales no pueden llegar.

El punto de partida es llevar a la practica lo que se entiende por Salud Pública: el esfuerzo organizado por la sociedad para proteger y promover la salud de las personas y para prevenir la enfermedad por medio de acciones colectivas.

Desde el Centro de Salud Pública de Valencia (CSPV) se impulsa el programa MIHsalud (8) (Mujeres, Infancia, Hombres construyendo salud), programa de promoción de la salud y participación ciudadana dirigido fundamentalmente a la población en situación de vulnerabilidad de la ciudad de Valencia desde el ámbito asociativo.

La dinamización comunitaria llevada a cabo a través de la herramienta del Foro Comunitario (FC) 2º martes salud, para generar salud desde las asociaciones, ofrece el encuentro entre profesionales sociosanitarios, ayuntamiento y referentes de asociaciones de la ciudad de Valencia, con el finalidad de que lo aprendido (9,10) en estos foros se transfiera en el espacio de su asociación. La presencia de agentes de salud de base comunitaria (ASBC) (6) en las asociaciones permite que la transferencia de conocimiento sea posible favoreciendo el proceso de empoderamiento de la comunidad.

Conocer las características de los FC realizados darán claves sobre la utilidad de estos espacios (11) y su continuidad en el futuro.

Objetivo

Describir los foros comunitarios 2º martes salud realizados desde 2008 hasta 2015, para el desarrollo de la salud comunitaria de la ciudad de Valencia.

Metodología

Diseño: descriptivo de la herramienta de dinamización comunitaria: los FC son convocados desde el CSPV y en colaboración con el Ayuntamiento de Valencia se realizan en un recurso municipal: Centro de Apoyo a la Inmigración (CAI), los 2º martes de cada mes y su relación con la Atención Primaria de salud.

El equipo de trabajo está formado por dos enfermeras especialistas en familia y comunidad, cuatro agentes de salud que trabajan dinamizando dos departamentos de la ciudad de Valencia, dos residentes de EFyC en prácticas en el CSPV y la enfermera referente del programa en Salud Publica.

El CSPV invita a participar a los/as profesionales de Atención Primaria, asociaciones y a agentes de salud, fomentando el encuentro por los vínculos que se han ido tejiendo durante estos años.

La enfermera referente del programa elabora un acta tras los foros, en donde hace constar el tema de salud tratado, las personas que han participado, resume lo acontecido y devuelve el acta a los/as participantes.

Se revisó toda la información, incluida en los registros generados de las actas realizadas en el periodo 2008-2015. Se revisó las publicaciones científicas del programa MIHSALUD y los documentos publicados en diferentes bases de datos.

Debido a la variedad de temas tratados durante estos ocho años se realizó una agrupación según los contenidos tratados, englobándolos en categorías para facilitar su descripción y se agrupó según la procedencia de los mismos.

Posteriormente se llevaron a cabo medias anuales (2008-2015) para cuantificar la participación de asistentes, ponentes, asociaciones y las nacionalidades.

A partir del año 2011 la incorporación de la perspectiva de género al programa permitió tener en cuenta en el registro esta variable en los/as participantes, analizándose la media anual de mujeres y hombres asistentes a cada FC, así como el porcentaje total de mujeres respecto a hombres que participaron en los últimos cinco años.

Resultados

Durante el periodo de (2008-2015) se realizaron un total de 67 FC, con una media de ocho foros por año. Estos fueron agrupados en diferentes temáticas, con un total de 10 categorías:

- Programa mihsalud: descripción de las diferentes actividades llevadas a cabo por el programa o relacionadas con este, dirigido a promover la salud en poblaciones en situaciones de vulnerabilidad.
- Sexualidad y relaciones de pareja: engloba la educación sexual y reproductiva, anticoncepción, prevención de embarazos no deseados e interrupción voluntaria del embarazo y prevención de infecciones de transmisión sexual, entre otros.
- Salud materno-infantil: reúne aspectos que engloban los cuidados desde el nacimiento hasta finalizar la etapa pediátrica en diferentes áreas y situaciones.
- Género: aúna aspectos como prevención de la violencia de género, promoción de la igualdad entre mujeres y hombres, difusión de los diferentes recursos a los que acudir ante situaciones de violencia de género, nuevas masculinidades, etc.
- Programas de salud y recursos sociosanitarios: dar a conocer diferentes programas de salud como son el de prevención del cáncer colorrectal y mama, la Estrategia de Envejecimiento Activo en la Comunidad Valenciana y recursos dependientes de Servicios Sociales.
- Participación comunitaria: expone el trabajo realizado por diferentes asociaciones y el trabajo en red entre los diferentes recursos y la propia comunidad.
- Salud mental: promoción de la salud mental en la comunidad, así como la prevención del consumo de alcohol y otras drogas.
- Población inmigrante y en situaciones de vulnerabilidad: aborda diferentes realidades vividas por colectivos englobados en esta categoría, como salud y mujer gitana, búsqueda de empleo, acceso a los servicios sanitarios, etc.
- Salud y sus determinantes: plantea cómo afecta a la población los determinantes en salud, el funcionamiento del sistema sanitario, la salud en la familia, los jóvenes y el autocuidado del cuidador principal.
- Otros: engloba aquellos temas que no se han podido vincular a las categorías anteriormente descritas, como son la diversidad funcional, la enfermedad de Chagas y el arte como transformación social.

El número de FC realizados por temas en estos ocho años aparece en el Gráfico 1.

Los FC fueron moderados por diferentes profesionales, seleccionados por su experiencia en el tema a tratar y coordinados por el (CSPV) en función de las demandas de los/as asistentes (Gráfico 2).

La participación media anual fue de 19 participantes, ha ido aumentando con el tiempo y con la difusión del programa mihsalud.

La media anual de mujeres y hombres asistentes aparece en el Gráfico 3, siendo el porcentaje de mujeres de 77% y 23% de hombres.

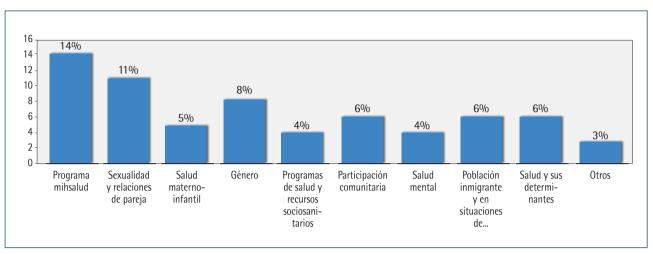


Gráfico 1. Temas de salud tratados en los foros 2º martes salud

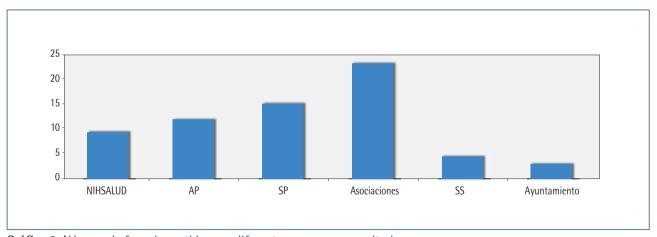


Gráfico 2. Número de foros impartidos por diferentes recursos comunitarios

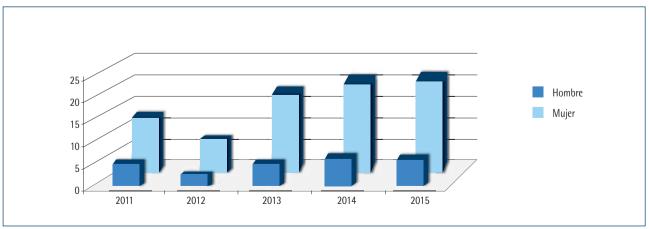


Gráfico 3. Participantes por sexo y año

La media anual de asociaciones participantes es de 13 asociaciones (Gráfico 4).

Las nacionalidades de los/as participantes corresponden a España, Rumania, Marruecos, Colombia, Bolivia, Ecuador, Argentina, México, Brasil, Uruguay, Nicaragua, Senegal, Mali, Camerún, Nigeria y de etnia gitana de España y Rumania.

El grado de satisfacción de los/as participantes en los foros ha sido valorado positivamente por su compromiso en la participación y por expresar verbalmente la importancia de un espacio de encuentro para hablar de salud.

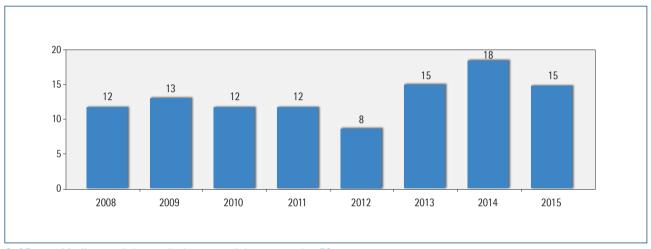


Gráfico 4. Media anual de asociaciones participantes en los FC entre 2008 y 2015

Conclusiones

Los FC son espacios que permiten compartir el conocimiento de temas relacionados con la salud y sus determinantes, con las asociaciones, e ir construyendo entre los participante el aprendizajes que permite su empoderameinto para transferir el conocimiento en sus propios espacios. A su vez es un lugar de encuentro entre personas de diversas procedencias y diversas culturas, de asociaciones y profesionales sanitarios, permitiendo el encuentro y la convivencia a través de la salud y generan colaboraciones conjuntas.

Discusión

Lo que aporta este estudio desde el inicio de los foros en 2008: la aceptación, acogida y la participación que ha aumentado debido a la difusión del programa MIHSALUD, formalizándose a través del ordenamiento de agentes, resaltando que hay una alta presencia de ASBC (2) en los FC, que participan como referentes de sus asociaciones, favoreciendo la educación entre iguales, coproduciendo acciones conjuntas en salud (13) y desarrollando la enfermería transcultural (14).

Bibliografía

- [1] OMS. Promoción de la Salud Glosario [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998. [citado 3 may 2017]. Disponible en https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf
- [2] Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tacklingsocial inequities in health: Levelling up part 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
- [3] Morgan LM. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. Health Policy Plan. 2001; 16(3):221-30.
- [4] Zakus J, Lysack C. Revisiting community participation. Health Policy Plan. 1998; 13(1):1-12.
- [5] OPS. Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud. Washington DC: OPS; 1994.

- [6] López Sánchez P, Paredes Carbonell JJ, Alcaraz Quevedo M. Rediseñando la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2013 [citado 3 may 2017]; 22(3). Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n3/9100.php
- [7] Martín García M, Ponte Mittelbrunn C, Sánchez Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. Gac Sanit. 2006; 20(1 supl):192-202.
- [8] Paredes Carbonell JJ, Alcaraz M, López P. MIHSALUD: una experiencia de dinamización comunitaria con población inmigrante de la ciudad de Valencia. Revista Comunidad. 2012; 14:29–32.
- [9] Rozo de Arévalo Cl. Fundamentos pedagógicos que sustentan el proceso de la educación en salud. Aquichan 2.1 2002; 27-35.
- [10] Ausubel DP. Adquisición y retención del conocimiento una perspectiva cognitiva. Barcelona: Paidós; 2002.
- [11] Ronda E. Experiencia de transferencia de conocimiento en el proyecto de investigación ITSAL (Inmigración, Trabajo y SALUD) con representantes de la población diana. Gaceta Sanitaria 2014; 28(3):234-37.
- [12] Giménez Romero C. Los municipios y la integración de los inmigrantes. Intervención psicosocial 1992; 1(3).
- [13] Popay J, Attree P, Hornby D, Povall SL. Community engagement in initiatives addressing the wider social determinants of health: a rapid review of evidence on impact, experience and process. Lancaster: University of Lancaster; 2007.
- [14] Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6ª ed. Philadelphia: Mosby; 2007. p. 472-98.

Originales

- ¹ Ana María Urpí Fernández
- ² Edurne Zabaleta de Olmo
- ³ Olga Vigo Oller
- ⁴ Joaquín Tomás Sábado
- ⁵ Juan Francisco Roldán Merino
- ⁶ María Teresa Lluch Canut

Calidad de vida relacionada con la salud en escolares de Educación Primaria: estudio transversal

- ¹ Enfermera de Atención Primaria. Centro de Atención Primaria Carles I, Barcelona (España).
- ² Enfermera. Técnico de Investigación. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol, Barcelona (España).
- Investigadora. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra (España).
- Profesora. Facultad de Enfermería. Universitat de Girona, Girona (España).
- ³ Enfermera de Atención Primaria. Centro de Atención Primaria-Línea Pediátrica Maragall, Barcelona (España).
- ⁴ Profesor. Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat i Tomàs Cerdà, Sant Cugat del Vallès (España).
- ⁵ Profesor. Escuela Universitaria de Enfermería Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat (España).
- ⁶ Profesora. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat (España).

Dirección de contacto: amurpics@gmail.com

Resumen

Antecedentes: la calidad de vida relacionada con la salud (CRVS) es un constructo esencial en la salud de la persona. Esta ha sido ampliamente estudiada en niños con enfermedades crónicas; sin embargo, los estudios en niños sanos son escasos. **Objetivo:** analizar la CVRS percibida en escolares de 3º a 6º de Educación Primaria.

Metodología: se llevó a cabo en cuatro centros educativos de Barcelona (España) en 2015. Su participación fue voluntaria, previo consentimiento informado de los padres. Se excluyeron del estudio aquellos alumnos y alumnas que estaban diagnosticados de un problema de salud crónico. No se excluyeron los alumnos y las alumnas que padecían un problema de salud agudo (duración inferior a tres meses). Se autoadministró en grupo el cuestionario KIDSCREEN-27 en su versión para niños y adolescentes.

Resultados: en total 489 alumnos respondieron el cuestionario KIDSCREEN-27. Las puntuaciones fueron superiores a las estandarizadas para población europea y en determinadas dimensiones se asociaban de manera negativa con la edad. El porcentaje de alumnos con una CVRS percibida baja en determinadas dimensiones fue sustancialmente relevante, especialmente en "bienestar físico".

Conclusiones: la utilización de un instrumento multidimensional ha permitido identificar cuáles son las dimensiones de la CVRS susceptibles de mejora en diferentes grupos de edad. La CVRS es un importante indicador de salud y puede servir para planificar, desarrollar y evaluar intervenciones enfermeras de promoción de la salud y como punto de partida para futuras investigaciones sobre sus factores determinantes.

Palabras clave: adolescente; calidad de vida; encuestas de salud; escuelas; niño; estudios transversales.

Abstract

Health-related quality of life in primary school children: a cross-sectional study

Background: health-related quality of life (HRQoL) is an essential construct in people's health. This has been extensively studied in children with chronic diseases; however, studies in healthy children are rather sparse.

Purpose: to analyze HRQoL as perceived by 3- to 6-year primary school children.

Methods: the study was carried out in four schools in Barcelona, Spain, in 2015. Children participated on a voluntary basis, after informed consent by theirs parents had been given. Those children diagnosed with any chronic disorder were excluded. Children with acute disorders (duration shorter than 3 months) were not excluded. KIDSCREEN-27 questionnaire version for children and adolescents was self-administered.

Results: a total of 489 school children completed the KIDSCREEN-27 questionnaire. Scores were higher than those standardized for an European population, and showed an inverse association with age in some dimensions. The proportion of children with HRQoL being perceived as low in certain dimensions was particularly relevant, mostly regarding to "physical well-being".

Conclusions: use of a multidimensional tool has allowed to identify the dimensions in HRQoL that can be improved in different age groups. HRQoL is a mayor health marker and can be used to plan, develop, and evaluate nursing interventions aimed at promoting health, and as a starting point for future investigations on their determinant factors.

Key words: adolescent; quality of life; health surveys; schools; child; cross-sectional studies.

Introducción

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un constructo multidimensional que describe el bienestar físico, psicológico y social percibidos por una persona en el contexto de sus valores, creencias, expectativas, objetivos y entorno cultural (1,2). Asimismo, se considera que es una dimensión esencial de la salud de una población o de una persona (3).

Es importante evaluar la CVRS percibida en todas las etapas de la vida, especialmente en la población infantil. Esta ha sido ampliamente estudiada en niños con enfermedades crónicas y condiciones específicas de salud. Por el contrario, los estudios llevados a cabo en niños sanos son escasos; un estudio realizado en escolares muestra que la CVRS percibida se relaciona positivamente con el nivel de actividad física, el sueño y una alimentación saludable; y negativamente, con el tiempo que pasan ante una pantalla (4). El ámbito escolar es uno de los contextos esenciales de desarrollo de los niños, donde se adoptan los conocimientos, habilidades y actitudes positivas hacia la salud que perseveran en la edad adulta (5). Las pruebas científicas disponibles ponen de relieve la importancia de la promoción de escuelas saludables (6) y la CVRS percibida como una medida esencial de resultado en salud.

La CVRS percibida es una medida centrada en la persona y es esencial en la evaluación de los resultados en salud. Una gran parte de los resultados de la atención enfermera se relaciona con la mejora de la CVRS percibida; por lo que, además, se trata de un constructo que permite evaluar el resultado de la atención enfermera (3). La medida de la CVRS es especialmente útil para planificar y mejorar la atención enfermera, ya que permite priorizar problemas, facilitar la comunicación, identificar preferencias y monitorizar cambios (7). Asimismo, la figura de la enfermera en la escuela está cada vez más presente, su función está estrechamente relacionada con el papel de la enfermera familiar y comunitaria, siendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la detección precoz y el manejo de los problemas de salud sus misiones principales (8). Por ello, la valoración de la CVRS de los escolares representa un instrumento de planificación y de valoración del efecto de la atención enfermera en este contexto. Asimismo, es necesario realizar investigaciones de la evaluación de la CVRS adecuadas a cada contexto (9).

Por todo ello, el presente estudio tuvo el propósito de analizar la CVRS percibida por un conjunto de escolares de Educación Primaria, con el fin de servir de base para futuras estrategias de promoción de la salud e intervenciones enfermeras en la escuela.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en el año 2015 en cuatro centros de Educación Primaria de la ciudad de Barcelona (España), en el que participaron los alumnos y las alumnas de 3º a 6º curso de Educación Primaria.

Los centros participantes se seleccionaron mediante muestreo aleatorio simple entre los 13 centros educativos ubicados dentro de la zona básica de salud de referencia de un único equipo de Atención Primaria. El número de alumnos y alumnas total inscritos en estos 13 centros educativos en el curso escolar 2014-2015 era de 2.300. Se solicitó la participación voluntaria de los centros educativos, y en el caso de que alguno de ellos no aceptara participar se sustituyó por otro, seleccionado asimismo de manera aleatoria. La población de destino fueron todos los alumnos y las alumnas de 3º a 6º de Eduación Primaria de estos cuatro centros, 600 alumnos en total. Su participación fue voluntaria previo consentimiento informado de los padres. Se excluyeron del estudio aquellos alumnos y alumnas que estaban diagnosticados de un problema de salud crónico. No se excluyeron los alumnos y las alumnas que padecían un problema de salud agudo (duración inferior a tres meses).

Se autoadministró en el grupo el cuestionario KIDSCREEN-27 en su versión para niños y adolescentes. Este cuestionario es un instrumento genérico que mide la CVRS percibida por la población infantil y adolescente (entre 8 y 18 años de edad) y ha sido desarrollado en el marco de un proyecto europeo en el que participaron 13 países entre ellos España (10). Fue desarrollado como versión reducida del cuestionario KIDSCREEN-52 (11) y mide cinco dimensiones: bienestar físico (cinco ítems), bienestar psicológico (siete ítems), autonomía y relación con los padres (siete ítems), soporte social y de amigos (cuatro ítems) y entorno escolar (cuatro ítems). En el Cuadro 1 se describen detalladamente estas dimensiones. Su validez de constructo es satisfactoria, su estructura explica el 56% de la varianza y la consistencia interna de cada una de las cinco dimensiones es óptima (alfa de Cronbach >=0,70) (12). Puede ser autoadministrado o heteroadministrado y el tiempo de administración requerido se estima entre 10 y 15 minutos. Sus respuestas son puntuadas con una escala de cinco puntos que va desde "Nunca/nada" a "Siempre/muchísimo". El marco temporal de las preguntas se sitúa en la última semana. Es un instrumento ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos de ámbito nacional e internacional para evaluar la CVRS

DIMENSIONES	DEFINICIÓN	PUNTUACIONES ALTAS	PUNTUACIONES BAJAS
Bienestar físico	Esta dimensión explora el nivel de actividad física, energía y salud física. Además, evalúa el alcance con el que el niño o adolescente se siente enfermo o se queja de mala salud	Físicamente exhausto, físicamente enfermo, no sentirse en forma, tener baja energía	Sentirse en forma, activo, sano, lleno de energía
Bienestar psicológico	Esta dimensión explora el bienestar psicológico mediante la evaluación de emociones positivas y satisfacción con la vida así como la ausencia de sentimientos como la soledad y la tristeza	Insatisfacción con la vida, sentimientos depresivos, sentimientos de infelicidad, baja autoestima	Felicidad, visión positiva de la vida, satisfacción con la vida, equilibrio emocional
Autonomía y relación con los padres	Esta dimensión explora la calidad de la interacción con los padres o cuidadores, así como si el niño o adolescente se siente querido y amparado por su familia. También evalúa el nivel de autonomía percibido y la calidad de los recursos económicos percibidos	Sensación de limitación, sentirse ignorado, sentirse no querido, sentir que su estilo de vida se ve limitado por aspectos económicos	Sentimientos positivos acerca de la relación con sus padres y de tener la edad apropiada para escoger libremente (hacer cosas por sí mismo, buena relación con los padres), sentirse satisfecho con los recursos económicos
Soporte social y de amigos	Esta dimensión evalúa las relaciones sociales con los amigos y compañeros. Explora la calidad de estas relaciones así como el soporte percibido	Sentirse excluido, no aceptado por los amigos y compañeros	Sentirse aceptado, apoyado e incluido en el grupo
Entorno escolar	Esta dimensión explora la capacidad cognitiva, el aprendizaje y la concentración percibida así como sus sentimientos acerca de la escuela. Además, explora la relación del niño o adolescente con sus maestros	Rechazo a la escuela, sentimientos negativos hacia la escuela, no estar a gusto en la escuela	Sentirse feliz y a gusto en la escuela

percibida por la población infantil y adolescente sana y con problemas de salud crónicos. Asimismo, existe una versión para padres y cuidadores.

Se estimó un tamaño de muestra mínimo de 385 cuestionarios completos para poder llevar a cabo una estimación de la CVRS percibida de la población de destino con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%.

Las estimaciones puntuales de los datos sociodemográficos se acompañan de sus respectivos intervalos de confianza (IC) del 95%. La comparación de medias se llevó a cabo mediante la prueba de t de *Student* para grupos independientes y la de proporciones mediante la prueba Chi cuadrado. Para facilitar la interpretación de las puntuaciones, estas se transformaron en valores de 0 a 100 y se calculó la puntuación media observada en cada una de las cinco dimensiones. Se determinó el porcentaje de alumnos y alumnas que manifestaron una CVRS percibida baja mediante la comparación de las puntuaciones medias observadas en cada una de las dimensiones con las estandarizadas de referencia para población europea (13). Se consideró que esta era baja cuando eran inferiores.

El cuestionario preservó el anonimato y no recogió ninguna variable que permitiera identificar la identidad del niño o la niña encuestados. El proyecto contó con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol.

Resultados

Un total de 489 alumnos respondieron el cuestionario KIDSCREEN-27 por lo que la tasa de respuesta fue del 82%. Un total de 111 (18%) alumnos no completaron el cuestionario, los motivos fueron: ausencia del consentimiento informado de los padres, absentismo en el aula el día de la administración y barrera idiomática de dos alumnos recién llegados. La edad media fue de 10,2 años (IC del 95%, 10,1-10,3). Un 81,2% (IC del 95%, 77,4%-84,6%) tenía entre 8 y 11 años, y un 50,5% (IC del 95%, 46,0%-55,0%) eran niñas.

En la Tabla 1 se describen las puntuaciones medias observadas en cada una de las cinco dimensiones evaluadas según grupos de edad. Los adolescentes entre 12 y 14 años presentaron puntuaciones más bajas que los niños y niñas entre 8 y 11 años en las dimensiones de "bienestar físico" y "entorno escolar". No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos de edad respecto a las puntuaciones en cada una de las dimensiones restantes.

La Tabla 2 muestra el porcentaje de alumnos que se situaba por debajo de la puntuación media estándar europea en cada una de las cinco dimensiones del cuestionario. El porcentaje de niños y niñas entre 8 y 11 con baja CVRS percibida en la dimensión de "entorno escolar" era superior al de los adolescentes entre 12 y 14 años. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos de edad respecto a las proporciones observadas en cada una de las dimensiones restantes.

Discusión

El presente estudio incluye una amplia muestra de alumnos y alumnas representativa de los centros educativos de una zona de salud. La utilización de un instrumento multidimensional ha permitido identificar cuáles son las dimensiones de la CVRS susceptibles de mejora en diferentes grupos de edad. La población de estudio presentó puntuaciones superiores a las puntuaciones estandarizadas para población europea en las cinco dimensiones del cuestionario. Por ello, se puede concluir que en promedio la CVRS percibida fue alta. Sin embargo, las puntuaciones en determinadas dimensiones se asociaban de

Tabla 1. Puntuación media y desviación estándar (DE) de la suma de las puntuaciones en cada dimensión transformada en valores de 0 a 100 según grupos de edad

	NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 8-11 AÑOS		ADOLESCENTES ENTRE 12-14 AÑOS		
	Población europea	Población de estudio (n= 397)	Población europea*	Población de estudio (n= 92)	p valor**
Bienestar físico	77,1 (16,8)	83,4 (12,0)	68,2 (18,7)	77,1 (11,9)	< 0,001
Bienestar psicológico	81,8 (14,2)	87,7 (10,3)	75,1 (17,0)	86,6 (10,3)	0,387
Autonomía y relación con los padres	76,8 (17,7)	82,7 (12,2)	73,0 (18,6)	83,9 (11,0)	0,414
Soporte social y de amigos	78,7 (19,0)	89,7 (11,8)	76,3 (19,7)	87,9 (12,0)	0,191
Entorno escolar	76,6 (18,8)	87,8 (11,2)	66,2 (19,8)	82,8 (10,7)	< 0,001

^{*} Los datos estandarizados de referencia para población europea incluyen a los adolescentes entre 12 y 18 años

^{**} Comparación entre ambos grupos de edad de la población de estudio

Tabla 2. Porcentaje de niños y niñas con baja CVRS según edad y dimensión de la escala KIDSCREEN-27			
	NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 8-11 AÑOS (n= 397)	ADOLESCENTES ENTRE 12-14 AÑOS (n= 92)	p valor
Bienestar físico	29,0%	34,8%	0,313
Bienestar psicológico	23,4%	15,2%	0,094
Autonomía y relación con los padres	24,4%	16,3%	0,100
Soporte social y de amigos	14,1%	16,3%	0,622
Entorno escolar	16,4%	6,5%	0,014

manera negativa con la edad. Asimismo, el porcentaje de alumnos con una CVRS percibida baja en determinadas dimensiones fue sustancialmente relevante, especialmente en "bienestar físico".

La dimensión de "bienestar físico" fue una de las dimensiones peor valoradas por los alumnos y alumnas entre 8 y 11 años y los adolescentes. Además, uno de cada tres alumnos y alumnas presentaba una CVRS percibida baja en esta dimensión. Diferentes estudios llevados a cabo en escolares europeos muestran que una baja percepción en esta dimensión está relacionada con el hecho de ser inmigrante o el desempleo de los padres (14,15). Por lo que cabe establecer una relación entre una baja percepción y la presencia de posibles desigualdades en salud. Identificar estas posibles desigualdades de salud y disminuirlas, e incluso eliminarlas, debe ser un aspecto prioritario de la atención enfermera en la escuela. Asimismo, un estudio llevado a cabo en España en escolares muestra que la buena forma cardiorrespiratoria y musculoesquelética se asocia positivamente con una mejor CVRS percibida global y, en particular, un mejor "bienestar físico" (16). Por tanto, desarrollar estrategias para mejorar la forma física de los escolares es especialmente relevante con el fin de potenciar esta dimensión de la CVRS.

Al igual que en la población europea de referencia, los alumnos y las alumnas entre 8 y 11 años manifestaron una mayor CVRS percibida en comparación con la población adolescente en las dimensiones de "bienestar físico" y "entorno escolar" (13). Estas diferencias también se observan en otros estudios similares (17-20). Estas puntuaciones más bajas en adolescentes podrían ser consecuencia de la preadolescencia como período de desarrollo crítico hacia la edad adulta. La pubertad se acompaña de importantes cambios físicos, psicológicos y emocionales. Se trata de una etapa de transición y de adaptación en la que se es especialmente vulnerable a los problemas de salud mental, trastornos psicosomáticos, abuso de sustancias y conductas antisociales (21). Por otra parte, un estudio europeo muestra que una percepción baja de estas dos dimensiones se relaciona con una mayor probabilidad de haber sido atendido por un profesional de la salud en las últimas cuatro semanas; por lo que se podría considerar a la percepción de estas dos dimensiones de la CVRS como una variable predictiva de las necesidades de salud de la población escolar (22). No se observaron diferencias estadísticamente significativas ni sustancialmente relevantes en ambos grupos en las puntuaciones en el resto de dimensiones; por el contrario, otros estudios encuentran una asociación negativa de las puntuaciones con la edad en todas las dimensiones (19). Tal vez, estas diferencias no hayan sido observadas en el estudio debido a que se incluyeron solamente adolescentes hasta 14 años a diferencia de otros estudios que incluyen adolescentes hasta 17 años (19).

El estudio se limitó a determinar la CVRS percibida, hubiera sido interesante evaluar otros aspectos estrechamente relacionados como son entre otros la adopción y la realización de conductas saludables, la presencia de obesidad y sobrepeso o síntomas de ansiedad y depresión (15,23). Asimismo, no se recogieron variables relacionadas con determinadas características sociodemográficas (origen étnico, país de procedencia, nivel educativo padres, nivel económico...) o con la composición familiar (familia monoparental, número de hermanos...) que han mostrado estar asociadas con la CVRS en población escolar (15). No obstante, el objetivo del estudio era realizar un primer análisis con el fin de planificar futuras intervenciones en la escuela, y en ese sentido, ha sido especialmente útil para identificar qué dimensiones de la CVRS es prioritario abordar más a fondo.

Originales. Calidad de vida relacionada con la salud en escolares de Educación Primaria: estudio transversal

Conclusiones

Los alumnos y alumnas de los centros educativos presentaron puntuaciones superiores a las estandarizadas para población europea y estas se asociaban de manera negativa con la edad en determinadas dimensiones de la CVRS. El porcentaje de alumnos con una CVRS percibida baja en determinadas dimensiones fue relevante, especialmente en "bienestar físico".

La CVRS es un importante indicador de la salud física, mental y social de la población infantil y adolescente. Además, su evaluación en el ámbito escolar puede ser un indicador temprano de vulnerabilidad y servir de base para planificar, desarrollar y evaluar intervenciones enfermeras de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. Los resultados de este estudio pueden ser el punto de partida para futuras investigaciones sobre factores determinantes de la CVRS percibida por la población escolar.

Bibliografía

- [1] Testa MA, Simonson DC. Assessment of Quality-of-Life Outcomes. N Engl J Med. 1996; 334(13):835-40.
- [2] Metelko Z, Szabo S, Diseases M, Kumar S, Delhi N, Heck V, et al. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995; 41(10):1403-9.
- [3] Harrison MB, Juniper EF, Mitchell-DiCenso A. Quality of Life as an Outcome Measure in Nursing Research «May you have a long and healthy life». Can J Nurs Res. 1996; 28(3):49-68.
- [4] Chen G, Ratcliffe J, Olds T, Magarey A, Jones M, Leslie E. BMI, health behaviors, and quality of life in children and adolescents: A school-based study. Pediatrics. 2014; 133(4):e868-74.
- [5] Campos Gutiérrez MS. El papel de la enfermera comunitaria en el fomento de escuelas saludables: justificación e intervenciones. Rev Iberoam enfermería comunitaria. 2016; 9(2):52-9.
- [6] Langford R, Bonell C, Jones H, Pouliou T, Murphy S, Waters E, et al. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. BMC Public Health.15(1):130.
- [7] Higginson IJ, Carr AJ. Using quality of life measures in the clinical setting. BMJ. 2001; 322(7297):1297-300.
- [8] Schaffer MA, Anderson LJW, Rising S. Public health interventions for school nursing practice. J Sch Nurs . 2016; 32(3):195-208.
- [9] Higuita-Gutiérrez LF, Cardona-Arias JA. Evaluation Instruments To Assess Quality of Life Related To Adolescents' Healths. Hacia Promoc Salud. 2015; 20(2):27-42.
- [10] Ravens-Sieberer U, Auquier P, Erhart M, Gosch A, Rajmil L, Bruil J, et al. The KIDSCREEN-27 quality of life measures for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. Qual Life Res. 2007; 16(4):1347-56.
- [11] Ravens-Sieberer U, Gosch A, Abel T, Auquier P, Bellach B-M, Bruil J, et al. Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. Soz-Präventivmed. 2001; 46(5):294-302.
- [12] Robitail S, Ravens-Sieberer U, Simeoni MC, Rajmil L, Bruil J, Power M, et al. Testing the structural and cross-cultural validity of the KIDS-CREEN-27 quality of life questionnaire. Qual Life Res. 2007; 16(8):1335-45.
- [13] Ravens-Sieberer U, Gosch A, Erhart M, von Rueden U. The KIDSCREEN questionnaires: handbook. Berlin: Pabst Science Publishers; 2006.
- [14] Mansour ME, Kotagal U, Rose B, Ho M, Brewer D, Roy-Chaudhury A, et al. Health-related quality of life in urban elementary schoolchildren. Pediatrics. 2003; 111(6):1372-81.
- [15] Houben-van Herten M, Bai G, Hafkamp E, Landgraf JM, Raat H. Determinants of health-related quality of life in school-aged children: A general population study in the Netherlands. PLoS One. 2015; 10(5):1-13.
- [16] Morales PF, Sánchez-López M, Moya-Martínez P, García-Prieto JC, Martínez-Andrés M, García NL, et al. Health-related quality of life, obesity, and fitness in schoolchildren: The Cuenca study. Qual Life Res. 2013; 22(7):1515-23.
- [17] Svedberg P, Eriksson M, Boman E. Associations between scores of psychosomatic health symptoms and health-related quality of life in children and adolescents. Health Qual Life Outcomes. 2013; 11:176.
- [18] Berman AH, Liu B, Ullman S, Jadbäck I, Engström K, Kieling C, et al. Children's quality of life based on the KIDSCREEN-27: Child self-report, parent ratings and child-parent agreement in a Swedish random population sample. PLoS One. 11(3):e0150545.

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria • Vol. 10 - nº 1 junio-noviembre 2017

- [19] Meade T, Dowswell E. Health-related quality of life in a sample of Australian adolescents: gender and age comparison. Qual Life Res. 2015; 24(12):2933-8.
- [20] Gisela Michel C, Bisegger DC, Fuhr TA, The KIDSCREEN group. Age and Gender Differences in Health-Related Quality of Life of Children and Adolescents in Europe: A Multilevel Analysis on JSTOR. Qual Life Res. 2009; 18(59):1147-57.
- [21] Patton GC, Viner R. Pubertal transitions in health. Lancet. 2007; 369(9567):1130-9.
- [22] Rajmil L, Alonso J, Berra S, Ravens-Sieberer U, Gosch A, Simeoni M-C, et al. Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. J Adolesc Heal. 2006; 38(5):511-8.
- [23] Dumuid D, Olds T, Lewis LK, Martin-Fernández JA, Katzmarzyk PT, Barreira T, et al. Health-Related Quality of Life and Lifestyle Behavior Clusters in School-Aged Children from 12 Countries. J Pediatr. 2017.



El buscador de contenidos científicos actualizados y específicos de la Enferteca. Una herramienta esencial de apoyo para realizar búsquedas precisas. La respuesta fiable a todas tus necesidades y con el que tendrás todas las garantías de éxito.



PODRÁS COPIAR, PEGAR E IMPRIMIR

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

MÁS DE 75.000 DOCUMENTOS

a texto completo, revisados y actualizados

124.000 GRÁFICOS E ILUSTRACIONES

de Enfermería en español

MILES DE DOCUMENTOS

de todos los términos relacionados con Ciencias de la Salud

TODAS LAS MATERIAS

Todas las especialidades.
Todas las técnicas y procedimientos.
Todos los cuidados avanzados.
Toda la investigación y actualidad enfermera.
Todo ello ajustado a la realidad enfermera de
nuestro país.

www.encuentra.enfermeria21.com info@enfermeria21.com



Originales

- ¹ Óscar Martín López
- ² María Mercedes Alonso Murciano
- ² Natalia María Sardina Domínguez
- ¹ María Sayago Jerez
- ¹ Julia María Silva Vázquez

Estudio retrospectivo del estado vacunal en personas con enfermedad renal crónica del Centro de Salud "La Paz" de Badajoz

¹ EIR Familiar y Comunitaria. CS La Paz. Badajoz.

² EIR Familiar y Comunitaria. CS Valdepasillas. Badajoz.

Dirección de contacto: oscarmartinlopez7@hotmail.com

Resumen

La incidencia de la enfermedad renal crónica (ERC) se ha incrementado considerablemente. Una de sus principales complicaciones son las infecciones, y por ello es de gran importancia la vacunación para su prevención.

Objetivo: identificar el estado vacunal de las personas con ERC.

Metodología: estudio retrospectivo compuesto por 246 participantes con ERC.

Resultados: el 46,3% de la muestra ha recibido vacunación antigripal durante la campaña 2015-2016. El 22% ha recibido alguna dosis de vacunación frente al *Streptococcus pneumoniae*, teniendo completada dicha pauta el 0,8%. El 3,7% de la muestra ha sido vacunado contra la hepatitis-B.

El análisis Chi cuadrado entre los grupos de edad y las distintas vacunas muestra un valor p< 0,05 en los casos de vacunación antigripal y vacunación antineumocócica polisacárida 23-valente.

Conclusiones: las tasas vacunales sobre la vacunación antigripal muestran una correcta inmunización de la muestra; sin embargo, los datos obtenidos para la vacunación antineumocócica y hepatitis-B no son las adecuadas.

Palabras clave: enfermedad renal crónica; vacunación; Atención Primaria.

Abstract

A retrospective study on vaccination status in patients with chronic kidney disease study in Health Center "La Paz" in Badajoz

Abstract: incidence of chronic kidney disease (CKD) has substantially increased. One of its major complications are infections and this is the reason why immunization is particularly important in preventing them.

Purpose: to assess vaccination status in people with CKD.

Methods: a retrospective study including 246 participants with CKD.

Results: flu immunization had been received by 46.3% of participants in 2015-2016 campaign. At least one dose of anti-Streptococcus pneumoniae vaccine had been administrated to 22% of participants, and the complete series had been used in 0.8%. Hepatitis B immunization had been used in 3.7% of participants.

A chi-squared analysis among age groups and different vaccines showed a p-value< 0.05 for flu immunization and 23-valent polysaccharide anti-pneumococcal vaccine administration.

Conclusions: flu vaccination rates show a correct immunization in participants; however, findings on anti-pneumococcal and anti-hepatitis B vaccination are not adequate.

Key words: chronic kidney disease; vaccination; primary care.

Introducción

El término enfermedad renal crónica (ERC) hasta hace unos años era considerado como un concepto genérico en el que se incluían numerosas patologías que afectaban a la estructura y función renal. Sin embargo, no será hasta el año 2002 cuando la *National Kidney Foundation* (NKF) publicó sus guías *Kidney Disease Outcome Quality Initiative* (K/DOQI) donde se lleva a cabo la definición, evaluación y clasificación de la ERC (1,2).

Así, la ERC quedó definida en los documentos de consenso al respecto como:

"Presencia durante al menos tres meses de alguna de las dos situaciones siguientes:

- Filtrado glomerular (FG) inferior a 60 ml/min/1,73 m²;
- Presencia de lesión renal, considerada esta como la presencia de anormalidades estructurales o funcionales del riñón
 que puedan provocar potencialmente un descenso del FG y que son puestas de manifiesto mediante técnicas de biopsia
 renal, determinación de la presencia de albuminuria, alteraciones del sedimento urinario, alteraciones hidroelectrolíticas
 o mediante el empleo de técnicas de imagen".

La prevalencia de la ERC ha aumentado considerablemente en los últimos años tanto en el ámbito nacional como internacional. Según el estudio sobre "Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España" (EPIRCE) (3), Ilevado a cabo por la Sociedad Española de Nefrología (SEN) y el Ministerio de Sanidad y Consumo, publicado en el año 2010, se estimó que su prevalencia en la población adulta española se sitúa en el 6,8% para los grados 3-5 (incluye las personas con disminución del FG por debajo de 60 ml/min/1,73m²).

Sin embargo, esta prevalencia no es igual para todos los grupos de edades, sino que aumenta de forma directamente proporcional a la edad, yendo desde el 3,3% para las personas entre 40 y 64 años, hasta el 21,4% para las personas de 65 o más años. Además, otras fuentes consultadas hablan de que esta prevalencia se estima en el 40% para los mayores de 80 años (2).

Pero el aumento de la incidencia de esta enfermedad no solamente se relaciona con el aumento de la edad de la población, sino que también se debe a otros factores como el incremento de la prevalencia de determinados factores de riesgo que influyen en su desarrollo (enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, etc.) y a la mejora de los sistemas de diagnóstico precoz.

Según los datos aportados sobre el año 2014, por el Registro Español de Enfermos Renales de la Organización Nacional de Trasplantes (4), había en España 26.538 personas en terapia renal sustitutoria y 28.524 personas que han recibido trasplante renal. En el ámbito de la comunidad autónoma de Extremadura, la terapia renal sustitutoria cuenta con 665 personas y 556 con trasplante renal.

Todos estos datos confirman la importancia de la ERC por la gran morbimortalidad que genera y la cantidad de recursos humanos y económicos que consume, en su tratamiento y en el de sus complicaciones.

Uno de los principales riesgos de las personas con ERC son las enfermedades infecciosas, que llevan a un aumento de las hospitalizaciones y la mortalidad. En muchos de los casos la única medida posible es el tratamiento de la infección en el ámbito hospitalario; sin embargo, algunas de ellas pueden prevenirse mediante la vacunación (5).

Vacunación como medida preventiva

La Atención Primaria de Salud se basa en prestar una atención de calidad a la persona, la familia y las comunidades dentro de su entorno sociocultural de desarrollo, desde un punto de vista holístico, teniendo en cuenta la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación y la rehabilitación tras la enfermedad a lo largo de todo su ciclo vital (6).

Por ello, en cuanto a las personas con ERC nos vamos a centrar en los dos aspectos en los que como enfermeros mejor podemos intervenir. Uno de ellos es la promoción de la salud y de hábitos de vida saludables, con el objetivo de alcanzar el máximo bienestar posible.

El segundo es la prevención de la aparición de complicaciones asociadas a la alteración de la función renal. La ERC se asocia a numerosas alteraciones sistémicas, entre las que destacan las alteraciones inmunológicas producidas por el desarrollo de linfocitopenia y leucopenia, junto con una mayor susceptibilidad a infecciones debido al desarrollo de uremia (5,7).

Originales. Estudio retrospectivo del estado vacunal en personas con enfermedad renal crónica del Centro de Salud "La Paz" de Badajoz

Este déficit inmune, junto a la realización de prácticas invasivas en el caso de las personas en hemodiálisis o diálisis peritoneal y la toma de tratamiento inmunosupresor en el caso de haber recibido trasplante renal, produce un aumento de entre el 15 y el 20% del riesgo de muerte por causa de infecciones. Sin embargo, en algunos casos se pueden prevenir, como sucede en el caso de la hepatitis B, las infecciones neumocócicas relacionadas con el *Streptococcus pneumoniae* o la gripe, debido a la existencia de vacunas efectivas (2).

La vacunación se ha mostrado como la medida más costo-efectiva en cuanto a la prevención de enfermedades transmisibles. Para que esta medida sea realmente efectiva se ha de entender la vacunación como un proceso que transcurre desde la captación de los pacientes susceptibles, hasta la información sobre las diferentes vacunas disponibles según su estado de salud, y, finalmente, la administración o no de la vacuna de acuerdo con la decisión del paciente al respecto.

En el caso de la ERC, para tratar de disminuir el riesgo de infección y muerte, las organizaciones científicas tanto internacionales, en el caso de *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) (8), como en el ámbito nacional, SEN (9) y Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH) (5), recomiendan la administración de las siguientes vacunas, además de aquellas indicadas según el calendario de vacunación sistemático del adulto:

- Vacuna contra el virus de la hepatitis B: recomendada en todas las personas con ERC que sean susceptibles (antígeno de superficie del virus de la hepatitis B [HBsAg] negativo y sin inmunidad natural protectora). La vacunación estaría recomendada en aquellas personas que presentan dos situaciones:
 - HBsAg negativo, anticuerpos contra el antígeno central del virus de la hepatitis B (antiHBc) negativo y anticuerpos contra el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (antiHBs) negativo (personas susceptibles de ser infectados por virus de la hepatitis B (VHB)).
 - HBsAg negativo, antiHBc positivo y antiHBs negativo (personas con infección reciente por VHB en fase de recuperación; infección crónica con tasa baja de HBsAg circulante; o infección pasada resuelta con tasa baja de antiHBs).

Sin embargo, el *Advisory Comittee on Immunization Practices* (ACIP) de Estados Unidos recomienda proceder a la vacunación de las personas con ERC sin realizar serología previa, dejando el estudio serológico completo para aquellos casos que no hay respuesta a la vacunación (5).

En personas adultas con alteración de la respuesta inmune se recomienda la administración de dosis de 40 microgramos en pauta de tres o cuatro dosis según preparado vacunal utilizado. Además, se deberá realizar determinación de niveles de antiHBs uno o dos meses tras la última dosis administrada para comprobar la respuesta a la vacuna.

• Vacunación antineumocócica: el agente etiológico más frecuente en España de neumonía adquirida en la comunidad es el *Streptococcus pneumonia*e, el cual supone un aumento del riesgo de hospitalización y muerte por neumonía en las personas con insuficiencia renal crónica (IRC) que aumenta de forma directamente proporcional a la gravedad de la patología.

Por ello, según el documento de consenso sobre la vacunación antineumocócica en el adulto por riesgo de edad y patología de base (10) se recomienda la vacunación, independientemente de la edad, con vacuna neumocócica conjugada 13-valente (VNC13) y dos dosis de vacuna neumocócica polisacárida 23-valente (VNP23) en los siguientes casos:

- ERC en estadios 4 y 5 (FG inferior de 30 ml/min/1,73m²).
- ERC en estadio 3 (FG entre 30 y 59 ml/min/1,73m²) con riesgo aumentado debido a la coexistencia de síndrome nefrótico, diabetes mellitus y/o tratamiento inmunosupresor.
- Trasplante de órganos sólidos.

Además, algunas comunidades autónomas de España, entre las que se encuentra Extremadura, recomiendan la vacunación sistemática con una dosis de VNP23 de las personas mayores de 65 años, edad en la que se encuentra un alto porcentaje de las personas con ERC (11).

• Vacunación antigripal: los pacientes con IRC, en programas de hemodiálisis o diálisis peritoneal, deben vacunarse anualmente debido a que el riesgo de sufrir complicaciones por el virus de la gripe se triplica.

Aunque la ERC origina una menor respuesta de anticuerpos, existen datos de eficacia clínica que apoyan la disminución del riesgo de hospitalización y mortalidad tras la vacunación.

La pauta administrada será la misma que la establecida para la población general.

Debido a la gran importancia de la inmunización de las personas con ERC y el rol enfermero en el desarrollo de todo el proceso de vacunación, desde el Centro de Salud (CS) "La Paz", de la ciudad de Badajoz, se plantea el siguiente estudio para conocer la situación de la población.

Objetivo general

Identificar el estado de inmunización respecto a la vacunación antigripal, antineumocócica y antihepatitis B de las personas con ERC atendidas por los profesionales del Centro de Salud "La Paz" de la ciudad de Badajoz.

Objetivos específicos

- Describir el estado vacunal de las personas con ERC frente a la vacuna antigripal durante la campaña 2015-2016.
- Identificar la cobertura vacunal de la población con ERC frente al Streptococcus pneumoniae.
- Describir el estado vacunal de las personas con ERC frente al virus de la hepatitis B.
- Valorar la existencia de relación entre la edad de los usuarios y su estado vacunal con respecto a las vacunas estudiadas.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo sobre las vacunas administradas antes del 1 de mayo de 2016 a las personas diagnosticadas de ERC atendidas en el CS "La Paz" de la ciudad de Badajoz.

Para la obtención de los datos se obtuvieron las listas de pacientes con ERC y otros problemas de salud relacionados, así como los informes de gestión de vacunas administradas en dicho centro de salud. Todo ello fue referenciado mediante el código de identificación personal (CIP) asignado a cada usuario del Sistema Extremeño de Salud (SES), con el fin de preservar el derecho de confidencialidad de la historia clínica de los usuarios.

Muestra

De la población total atendida en el centro de salud se obtuvo una muestra de 246 personas, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico consecutivo al cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Personas mayores de 18 años.
- Diagnóstico de ERC antes del día 1 de mayo de 2016.
- Personas pertenecientes a la zona básica de salud (ZBS) del CS "La Paz" de la ciudad de Badajoz.
- Registro de IRC como problema de salud en la historia clínica informatizada a través del sistema de información JARA (código U99.01 en la clasificación internacional de Atención Primaria en su segunda versión (CIAP-2)).
- Registro de patología renal crónica dentro de la codificación de problemas de salud del sistema de información JARA en un código CIAP-2 de los siguientes:
 - K87: hipertensión con afectación de órganos diana.
 - T89: diabetes mellitus tipo 1.
 - T90: diabetes mellitus tipo 2.
 - U14: signos/síntomas del riñón.
 - U28: incapacidad/minusvalía del aparato urinario
 - U99: otros problemas/enfermedades urinarias.

Fueron excluidas aquellas personas que causaron baja en la base de datos de gestión de tarjetas sanitarias "CIVITAS", independientemente del motivo causante.

Variables recogidas

- Código CIP.
- Fecha de nacimiento.
- Sexo.
- Código CIAP-2 de inclusión.
- Texto libre asociado al código CIAP-2 de explicación de problemas de salud.
- Vacunación antigripal durante la campaña 2015-2016.
- Administración de VNP23 y año de administración.
- Administración de VNC13 y año de administración.
- Administración de vacunación contra el virus de la hepatitis B.

Resultados y discusión

Una vez obtenidos los resultados de la muestra se llevó a cabo un análisis de frecuencias mediante el programa informático SPSS en su versión 22 para Windows, revelando las características demográficas presentadas en la Tabla 1.

Respecto a la vacunación durante la campaña antigripal 2015-2016, 114 del total de 246 participantes fueron vacunados, lo que supone el 46,3% del tamaño muestral.

CARACTERÍSTICAS	MUESTRA TOTAL (N= 246)	HOMBRES (N= 120)	MUJERES (N= 126)	
	MEDIA ± DE* o N (%)	MEDIA ± DE* o N (%)	MEDIA ± DE* o N (%)	
Sexo				
Hombres	120 (48,8%)	120 (100%)		
Mujeres	126 (51,2%)		126 (100%)	
Edad media	70,6 ± 16,7	68,2 ± 15,7	72,8 ± 17,3	
Grupos de edad				
Menores de 65 años	79 (32,1%)	45 (57%)	34 (43%)	
65 o más años	167 (67,9%)	75 (44,9%)	92 (55,1%)	

Para la comparación con otros estudios e informes en el ámbito estatal acerca de la vacunación antigripal, se ha dividido la muestra en dos grupos de edad, participantes de 18 a 64 años y participantes con 65 y más años.

Al analizar la cobertura antigripal por grupos de edad se observa cómo en el grupo de mayores de 65 años, la cobertura de vacunación se encuentra en el 59,9%, mientras que en el grupo de participantes entre 18 y 64 años, se situó en el 17,7% (Gráfico 1).

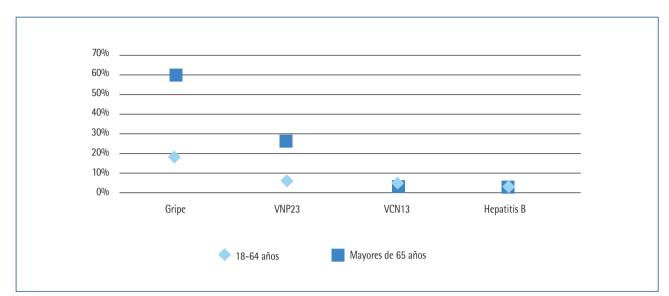


Gráfico 1. Coberturas vacunales según grupos de edad

Por otro lado, en el caso de la vacunación antineumocócica, se presentan 54 vacunados del total de 246 participantes (22% de la muestra), de los cuales 45 solamente recibieron la VNP23, seis recibieron solo la VNC13 y tres de ellos recibieron ambas vacunas.

Si se atiende a los intervalos establecidos entre la administración de ambas vacunas contra el *S. pneumonia*e, 33 de las personas vacunadas con VNP23 serían candidatas a recibir la vacunación con VNC13 debido a su patología. De la misma manera, cinco de las personas vacunadas únicamente con VNC13 son susceptibles de recibir la vacunación VNP23 debido a que ya ha pasado más de dos meses desde la administración de la vacuna conjugada. Así, una de las personas vacunadas con ambas presentaciones es candidata también de recibir una nueva dosis de VNP23 al haber transcurrido más de cinco años desde la vacuna polisacárida anterior y al menos dos meses de la VNC13.

Estos datos suponen que el 0,8% de la muestra ha recibido una vacunación completa frente al Streptococcus pneumoniae.

En cuanto a las coberturas vacunales por grupos de edad, con respecto a la VNP23, se situó en el 25,7% para los mayores de 65 años y en el 6,3% para los usuarios entre 18 y 64 años. En el caso de la VNC13, estos valores se situaron en el 3% para los mayores de 65 años y el 5,1% para los menores de dicha edad (Gráfico 1).

En el caso de la vacunación contra el virus de la hepatitis B, nueve participantes fueron vacunados en el ámbito de Atención Primaria (3,7% de la muestra estudiada). Según grupos de edad se obtiene una cobertura vacunal del 3,6% para los mayores de 65 años y del 3,8% para los usuarios entre 18 y 64 años (Gráfico 1).

A continuación, se llevó a cabo un estudio de relación y correlación mediante tablas de contingencia, en las cuales se investiga la hipótesis de que existe una mayor probabilidad de estar vacunado entre las personas de 65 y más años que entre los 18-64 años (Tabla 2).

Las variables de vacunación antigripal y VNP23 presentan una relación significativa con la variable edad (p-valor del estudio Chi cuadrado de Pearson menor de 0,05), existiendo en ambos casos una relación lineal directa ya que r> 0. Al evaluar los valores *odd* ratio (OR) se observa como la probabilidad de estar vacunado en el grupo de 65 y más años es del 87,3% para la vacunación antigripal (OR= 6,9 con un IC 95%= 3,6-13,3) y del 83,6% en el caso de la VNP23 (OR= 5,1 con un IC 95%= 2-13,5) frente al grupo de edad de 18-64 años.

En cuanto a la VNC13 y la vacunación antihepatitis B se observa que el resultado vacunal no está relacionado con la edad de los usuarios (p-valor del análisis Chi cuadrado de Pearson mayor de 0,05), así mismo, el coeficiente de correlación se encuentra cercano a cero, lo cual marcaría esa independencia entre las variables.

Originales. Estudio retrospectivo del estado vacunal en personas con enfermedad renal crónica del Centro de Salud "La Paz" de Badajoz

Tabla 2. Estudio de relación y correlación entre la edad de los usuarios y el estado vacunal					
VARIABLES	VARIABLES CHI CUADRADO DE PEARSON	65 Y MÁS AÑOS		18-64 AÑOS	
		r*	OR#	r*	OR#
Vacunación	38,3	0,4	6,9	-0,4	0,1
antigripal	p= 0,000	p= 0,000	IC 95% ^{\$} = 3,6 - 13,3	p= 0,000	IC 95%\$= 0,1 - 0,3
VNP23	12,9	0,2	5,1	-0,2	0,2
	p= 0,000	p= 0,000	IC 95% ^{\$} = 2 - 13,5	p= 0,000	IC 95%\$= 0,1 - 0,5
VNC13	0,7	-0,1	0,6	0,1	1,7
	p= 0,420	p= 0,422	IC 95% ^{\$} = 0,2 - 2,2	p= 0,422	IC 95%\$= 0,5 - 6,6
Vacunación	< 0,1	> -0,1	0,9	< 0,1	0,9
anti-HB	p= 0,936	p= 0,937	IC 95%\$= 0,2 - 3,9	p= 0,937	IC 95%\$= 0,3 -4,4

^{*}r = coeficiente de correlación de Pearson; #OR = odd ratio;

Conclusiones

Con los datos expuestos anteriormente se destacan las siguientes conclusiones:

• El 46,3% de la muestra ha recibido vacunación antigripal durante la campaña 2015-2016, destacando una cobertura del 59,9% para el grupo de edad de 65 y más años; y del 17,7% en el caso de edades comprendidas entre los 18 y 64 años.

Si se compara la cobertura observada en el grupo de 65 años con los valores estatales (56,1%) y autonómicos (58,8%) (12) se puede concluir que la presente muestra posee tasas de vacunación más elevadas para este grupo poblacional. Sin embargo, para la confirmación de estos datos, debido a la necesidad de revacunación anual contra la gripe, sería necesario realizar un seguimiento que incluyera varias campañas.

Respecto a la información acerca de la población de 18-64 años, no se encontraron datos sobre su estado de inmunización antigripal en nuestro medio. No obstante, las grandes diferencias con respecto a la población mayor de 65 años hace concluir que es necesario tomar medidas correctoras para implicar a la población con ERC de 18 a 64 años en la vacunación preventiva.

- La cobertura vacunal alcanzada frente al *S. pneumoniae* es muy baja, ya que se observa como una parte de la muestra (22%) tiene iniciada su pauta vacunal; sin embargo, conociendo las recomendaciones de las sociedades científicas al respecto (10) muy pocos la han completado (0,8%).
- En cuanto a la vacunación contra la hepatitis B, solamente nueve participantes poseían registro de administración de acuerdo a los informes de gestión de vacunas obtenidos en el programa de información JARA.

Durante el análisis de los datos, dentro del texto asociado a los problemas de salud que llevaban a la inclusión en el estudio, se observó que 14 de los participantes poseían registro de terapia renal sustitutiva o inclusión en programa de trasplante renal. Sin embargo, ninguno de ellos poseía registro informatizado de haber sido vacunado contra la hepatitis B (requisito valorado en las consultas de prediálisis del servicio de nefrología) (13).

Indagando sobre el tema, se llegó a la conclusión de que no es un problema de falta de vacunación de la población, los cuales han sido vacunados en el ámbito hospitalario, sino de falta de registro informático de las mismas, lo que supone la imposibilidad de obtener datos fiables al respecto, además de suponer una potencial fuente de efectos adversos.

• Existe una relación lineal directa entre la edad de los usuarios y la vacunación antigripal y VNP23 según los datos obtenidos

^{\$} IC 95%: intervalo de confianza del 95%

en la muestra. Los autores consideramos que este hecho es debido a la inclusión de ambas vacunas en el calendario sistemático de inmunización del adulto a partir de los 65 años, lo cual lleva a un mayor conocimiento de sus pautas por parte de los profesionales. Sin embargo, no hay que olvidar que todas las personas con ERC deben estar vacunadas con VNP23 y vacunarse anualmente contra la gripe independientemente de su edad.

• No existe relación entre la edad de los usuarios, la VNC13 y la vacuna antihepatitis B. Se considera, por tanto, que debido a su utilización solamente en situaciones especiales y la existencia de criterios de financiación diferentes en función de la patología de base, lleva a que muchos profesionales no conozcan la necesidad de su aplicación en personas con ERC. Sin embargo, sería necesario la realización de estudios posteriores que abordaran dicho tema.

A partir del análisis de estas conclusiones se destaca una serie de propuestas para la mejora del estado inmunitario de la población con ERC y que pueden ser aplicables a otros grupos de riesgo y otros centros de Atención Primaria:

- Realización de campañas informativas sobre el calendario vacunal del adulto desde todos los niveles del sistema sanitario (Atención Primaria y Atención Hospitalaria), con el fin de concienciar a la población de la importancia de la vacunación en la edad adulta como medida preventiva, haciendo un especial hincapié en la población de entre 18 y 64 años.
- Fomentar el cambio de mentalidad entre los profesionales sanitarios con respecto al proceso vacunal. La vacunación no debe ser entendida únicamente como la administración de una vacuna, sino que se debe entender como un proceso continuo que se realiza dentro de las actividades preventivas de la Atención Primaria en el cual se incluye desde la captación de los usuarios susceptibles de vacunación, la información completa de acuerdo con los documentos de las sociedades científicas y las guías de práctica clínica existentes al respecto, favorecer la toma de decisiones por parte del usuario y finalmente la administración de la vacuna si así lo decide este.
- Fomentar un registro adecuado de las dosis vacunales administradas tanto en el ámbito hospitalario como en la Atención Primaria con el fin de evitar posibles errores debido a la ausencia de constancia y que puedan llevar a perjuicios para los usuarios.

Como intervención derivada de este análisis se han iniciado sesiones formativas de equipo en las que se pretende concienciar e implicar a todos los profesionales en el proceso vacunal y su importancia en la edad adulta como medida preventiva de enfermedades.

Bibliografía

- [1] Grupo de trabajo SEN, SEH-LELHA, SEMI, SEEN, SED, SEC, SEMG, SEQC, SEMERGEN, SEMFyC. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Nefrología [internet]. 2014 [citado 16 may 2017]; 34(2):243-62. Disponible en: http://revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-documento-consenso-deteccion-manejo-enfermedad-renal-cronica-X0211699514053919
- [2] Grupo de trabajo Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento marco sobre enfermedad renal crónica (ERC) dentro de la estrategia de abordaje a la cronicidad en el SNS. Guía de práctica clínica [internet]; 2015 [citado 16 may 2017]. Disponible en: http://www.fa-ecap.com/publicaciones/show/documento-marco-sobre-enfermedad-renal-cronica-erc-dentro-de-la-estrategia-de-abordaje-a-la-cronicidad-en-el-sns
- [3] Otero A, de Francisco AL, Gayoso P. Prevalence of chronic renal disease in Spain: Resaults of the EPIRCE study. Nefrología [internet]. 2010 [citado 16 may 2017]; 30(1):78-86. Disponible en: http://www.revistanefrologia.com/en-publicacion-nefrologia-articulo-prevalencia-insuficiencia-renal-cronica-espana-resultados-del-estudio-epirce-X0211699510033780
- [4] En informes Registro Español de Enfermos Renales. SEN-ONT. Prevalencia por número de casos [sede Web]. SEN-ONT. 2014 [citado 16 may 2017]. Disponible en: http://www.registrorenal.es/informes/
- [5] Vilca LM, Rodrigo JA, Campins M, Bayas JM. Protocolo de vacunación de adultos con insuficiencia renal crónica y en programas de diálisis renal. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH). 2012 [citado 16 may 2017]. Disponible en: http://www.sempsph.com/images/stories/recursos/pdf/protocolos/2013/Protocolo_vacunacion_IRC%202012.pdf
- [6] Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud: Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma-Ata. Organización Mundial de la Salud-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 1978.

Originales. Estudio retrospectivo del estado vacunal en personas con enfermedad renal crónica del Centro de Salud "La Paz" de Badajoz

- [7] Longo DL, Fauci AS, Kasper DL. Harrison: principios de medicina interna. 18º ed. McGraw-Hill; 2012.
- [8] CDC. Vaccine Information for Adults: Renal Disease and Adult Vaccination [sede Web]. Atlanta: CDC; act. 6 de marzo de 2014 [cited 16 may 2017]]. Available from: http://www.cdc.gov/vaccines/adults/rec-vac/health-conditions/renal-disease.html
- [9] Barril G, Teruel JL. Calendario de vacunas en la enfermedad renal crónica avanzada. Nefrología. 2008; Supl. 3:95-9. Disponible en: http://www.re-vistanefrología.com/es-publicacion-nefrología-articulo-calendario-de-vacunas-en-la-enfermedad-renal-crnica-avanzada-X0211699508032238
- [10] González-Romo F, Picazo JJ, García A, Labrador M, Barrios V, Magro MC, et al. Consenso sobre la vacunación anti-neumocócica en el adulto por riesgo de edad y patología de base. Actualización 2017. Rev Esp Quimioter. 2017; 30(2):142-68.
- [11] Nieto M, López R, Pérez ME, García AB. Programa de vacunaciones en Extremadura. Dirección general de salud pública: año 2017. Junta de Extremadura.
- [12] Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Tabla 9: Cobertura de vacunación antigripal en ≥ 65 años. Comunidades autónomas temporada estacional 2015-2016. En coberturas de vacunación: datos estadísticos [sede web]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- [13] Sánchez-Casajús A, Gabas J, Álvarez-Lipe R, Barceló P, Genovés A, Izaguirre F, et al. ¿Cómo y cuándo iniciar diálisis? DyT. 2004; 25(3):191-202

Trabajo Fin de Grado

Competencias enfermeras sobre el diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular

- ¹ Natacha Palenzuela Luis
- ² Javier Gónzalez Abreu
- ³ María Begoña Sánchez Gómez

- ¹ Enfermera. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Tenerife
- Dirección de contacto: natacha_pl@hotmail.com
- ² Enfermero, Hospital Quirón Sur, Tenerife
- ³ Enfermera, Phd. Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife

Resumen

Objetivo: identificar las competencias de las enfermeras de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife respecto al diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular.

Método: proyecto de investigación de auditoria de historias clínicas. Se pretende describir las intervenciones a pacientes con factores de riesgo del diagnóstico.

Resultados: sobre la gestión, los profesionales, los usuarios, la sociedad y resultados bibliométricos.

Palabras clave: riesgo cardiovascular; Atención Primaria; intervenciones; competencias enfermería.

Abstract

Nursing competences to diagnose risk of impaired cardiovascular function

Purpose: to identify nursing competences in Primary Care Management in Tenerife to diagnose risk of impaired cardiovascular function.

Methods: a research project based on a medical record audit. The study is aimed at describing interventions in patients showing risk factors for the diagnosis.

Results: on management, professionals, users, the community and literature-search results.

Key words: cardiovascular risk; primary care; interventions; nursing competences.

Antecedentes y estado actual del tema

En la actualidad existe un aumento de las enfermedades cardiovasculares que son la primera causa de muerte en los países desarrollados, teniendo gran relevancia debido a las elevadas tasas de morbimortalidad, el grado de discapacidad que producen y las repercusiones sociales y económicas. Los pacientes con elevado riesgo cardiovascular presentan entre un 20-40% de probabilidad de sufrir una complicación cardiovascular en los próximos 10 años (1). Esta parte de la población consume un 80% del gasto sanitario y es el que más ingresos hospitalarios genera (1-7). La Organización Mundial de Salud (OMS) manifestó en el año 2009 que "la enfermedad cardiovascular es la causa más importante de muerte en todo el mundo, sigue en aumento y se ha convertido en una auténtica pandemia que no respeta fronteras" (8). Se estima que en el año 2030 las muertes por enfermedad cardiovascular aumenten a 25 millones de personas (5,9).

En los años 50 se comenzaron a estudiar las enfermedades cardiovasculares y así surgió el modelo Framingham, que se ha utilizado para el cálculo del riesgo cardiovascular. Otros estudios son el modelo PROCAM y el modelo SCORE. El primero permite calcular el riesgo de padecer un evento cardiovascular en los próximos 10 años. El modelo SCORE permite la predicción y manejo del riesgo cardiovascular mediante una calculadora (HeartScore) (5,8).

La incorporación de nuevos métodos de confort y bienestar ha modificado los hábitos de las personas, influyendo en su calidad de vida a largo plazo (10). La OMS apoya numerosas intervenciones que fomenten hábitos de vida saludables, puesto que la inactividad física causa la muerte de dos millones de personas cada año. Así, se incluyen en los programas de salud el ejercicio físico, que es un factor fundamental para reducir la mortalidad cardiovascular y mejorar la salud de los individuos (5,10,11).

Entre los factores de riesgo que inciden en la posibilidad de padecer una enfermedad cardiovascular, también se encuentra la hipertensión arterial que es considerada la más importante de las enfermedades isquémicas y los accidentes cerebrovasculares. Según el estudio Framingham el exceso de peso corporal genera el 26% de casos de hipertensión en hombres y un 28% de mujeres, lo que incide en un 23% de los casos de enfermedad cardiaca en hombres y un 15% en mujeres. La detección debe incorporar el modo de vida del usuario y la historia personal y familiar de otras enfermedades arterioscleróticas (2,12).

Cabe comentar que después de la Segunda Guerra Mundial el consumo de alcohol dejó de estar asociado a las comidas y se aumentó, caracterizado por la ingesta de grandes cantidades en breve espacio de tiempo, asociada con actividades de ocio. Así, el consumo de drogas legales, como el alcohol y el tabaco, ejerce un impacto negativo sobre la salud cardiovascular. Al año mueren en el mundo 2,3 millones de personas a causa de la ingesta excesiva de alcohol (5). Es necesario realizar educación para la salud para intentar corregir o modificar estas conductas desde edades tempranas. El tabaco genera la muerte de una de cada dos personas fumadoras. Los usuarios que mantienen el hábito tabáquico tienen una probabilidad tres veces mayor de sufrir un evento coronario que aquellos que no fuman, y una probabilidad cinco veces más alta a morir por causa de un infarto aqudo de miocardio. El predictor más importante del abandono tabáquico es la motivación (5,11).

Las causas de la baja efectividad pueden vincularse a los métodos poco efectivos para la resolución y prevención de los factores de riesgo cardiovasculares y a la poca preocupación de los usuarios en la modificación y el control de los factores de riesgo (6,13). El objetivo principal debe ser el de identificar e intervenir sobre los factores de riesgos modificables de personas con elevado riesgo cardiovacular (1-7,11). Es importante desarrollar intervenciones como podría ser el modelo de enseñanza, aprendizaje individual y colectivo (PRECEDE). Este fue validado por Green y Kreuter (14) y se pensó como una forma de valorar las necesidades de la población y promover conductas saludables. Analiza la causa del problema de salud sin obviar el ambiente que influirá en el comportamiento de la persona.

La prevención es fundamental ya que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte prematura en el ámbito mundial, la arterosclerosis suele estar avanzada cuando aparecen los primeros síntomas clínicos, el 50% de la reducción en mortalidad cardiovascular se debe al control de los principales factores de riesgo y actualmente se dispone de abundante evidencia para justificar las intervenciones preventivas (11). El modelo más apropiado es el de enfermera gestora de casos (8), mediante el abordaje intensivo del paciente, la realización de intervenciones protocolizadas, educación para la salud, comunicación motivacional, fijación de metas, conseguir un peso adecuado, ejercicio y suprimir el consumo de alcohol y tabaco (1,5,8,11).

Estruch (9), en 2014, manifiesta que "el único estudio que ha analizado los efectos de la dieta mediterránea en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular es el estudio PREMIDED (Prevención con Dieta Mediterránea)". La dieta mediterránea garantiza un potente efecto protector frente a la aparición de la enfermedad cardiovascular. Se basa en un consumo alto de grasas en forma de aceite de oliva, de cereales no refinados, fruta, verdura, frutos secos y legumbres, una ingesta mo-

derada-alta de pescado, consumo moderado-bajo de carne blanca, productos lácteos y de vino limitando su ingesta a las comidas. Se deberá hacer un consumo bajo de carne roja y sus derivados (9).

El diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular engloba los factores de riesgo (dislipemia, diabetes mellitus, historia familiar, antecedentes de patología cardiovascular, hipertensión, insuficiente conocimiento de los factores de riesgo modificables, obesidad, agentes farmacéuticos, estilo de vida sedentario y/o ser fumador) que generan las enfermedades cardiovasculares, y las intervenciones enfermeras que serían necesarias para un correcto abordaje de estos pacientes: asesoramiento telefónico, consejo nutricional, apoyo emocional, control de la hiperglucemia/hipoglucemia, asistencia para dejar de fumar, asistencia para reducir/controlar el peso, prescripción de ejercicio, educación para la salud, modificación del comportamiento, contrato con el paciente y escucha activa (15-20). Estas intervenciones están recogidas como competencias en la Orden C.I.N., por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermera (21).

El proyecto de investigación que se propone permitirá definir el trabajo que realizan las enfermeras de Atención Primaria de la Isla de Tenerife para la prevención del riesgo cardiovascular, analizando las competencias que desarrolla la enfermera con este tipo de pacientes. Estas competencias, se ven reflejadas en las intervenciones del diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular.

Hipótesis del proyecto de investigación

Mediante la metodología comprobada es posible identificar las competencias que realizan las enfermeras, del área de Atención Primaria de la Isla de Tenerife, sobre las intervenciones realizadas a pacientes que presenten uno o varios factores de riesgo del diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular.

Objetivos

Objetivo general

Identificar las competencias que desarrollan las enfermeras de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife respecto al diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular.

Objetivos específicos

- Identificar las intervenciones que realizan las enfermeras comunitarias de la Isla de Tenerife a los pacientes que presenten el diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular o alguno de sus factores de riesgo.
- Describir el seguimiento realizado sobre los pacientes con enfermedad cardiovascular por parte de las enfermeras comunitarias de Tenerife.
- Identificar los protocolos específicos existentes para el correcto abordaje de los pacientes con patología cardiovascular y los factores de riesgo que lo generan.

Metodología

Para la realización del proyecto se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas (Tabla 1).

Diseño de estudio

Proyecto de investigación de auditoria de historias clínicas, que se realizará en los centros de salud de Atención Primaria de la isla de Tenerife. Se pretende describir los datos obtenidos sobre las intervenciones enfermeras realizadas a pacientes que presenten uno o varios factores de riesgo del diagnóstico enfermero riesgo de deterioro de la función cardiovascular. Se solicitará permiso a la Gerencia de Atención Primaria (Anexo 1) para poder consultar las historias clínicas de los pacientes cuyos datos serán volcados en una hoja de registro de datos (Anexo 2). También será necesario un consentimiento

Tabla 1. Estrate	egia de búsqueda			
FECHA	BUSCADOR	DESCRIPTORES	Nº DE ARTÍCULOS	Nº SELECCIONADOS
24/11/2015	Dialnet	Cardiovascular AND atención primaria	390	3
26/11/2015	Dialnet	Intervenciones AND cardiovascular	374	2
26/11/2015	Scielo	Cardiovascular Risk	355	3
29/11/2015	Scielo	Riesgo cardiovascular	253	3
29/11/2015	Scielo	Riesgo cardiovascular AND intervenciones	19	2
29/11/2015	Punto Q	Cardiovascular AND intervenciones	143	1
01/12/2015	Cuiden	Cardiovascular AND risk	923	4
02/12/2015	BVS (biblioteca virtual en salud)	Intervention AND cardiovascular and nurses	366	2
04/12/2015	Dialnet	Cardiovascular AND atención primaria	390	2

informado que puede llevarse a cabo de dos formas: mediante la firma de todos aquellos participantes del proyecto de investigación o mediante grabación del consentimiento informado del paciente que desee participar en el estudio (Anexos 3 y 4).

Ámbito de estudio, población y muestra

Se realizará una selección mediante muestreo aleatorio estratificado. Serán sujetos potenciales de estudio aquellos que presenten uno o varios factores de riesgo de deterioro de la función cardiovascular de la Isla de Tenerife. Para la realización del tamaño muestral se calcula la población de Tenerife según los datos aportados del Instituto Canario de Estadística (21). Según los datos, existen 108.723 personas que presentaron patología cardiovascular. Se prevé una pérdida del 15% con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y una proporción del 5%. Así, el tamaño de la muestra será de n= 202.

Criterios de selección

Se seleccionarán aquellos participantes que reúnan los siguientes criterios de inclusión y que no tengan ninguno de los criterios de exclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes con edades entre los 65-74 años.
- Personas que tengan alguno de los factores de riesgo del diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular en su historia clínica.
- Usuarios que hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Usuarios que se encuentren en Tenerife de forma accidental.
- Personas que no comprendan el castellano.
- Pacientes que no dispongan de la plenitud de sus facultades mentales.

Variables del estudio

Se describen en la Cuadro 1.

Variables sociodemo-	Variables referentes a las	Variables referentes a	Variables de	Variables de	Variables referentes al	Variables referentes al	Variables referentes al	Variables referentes al
gráficas	intervenciones enfermeras	factores de riesgo	seguimiento	protocolo	perfil de la enfermera	número de visitas totales de la enfermera	número de enfermeras que han atendido al paciente	número de profesionales que han atendido al paciente
Edad Género Centro de salud	 Asesoramiento telefónico Consejo nutricional Apoyo emocional Control de la hiperglucemia Control de la hipoglucemia Asistencia para dejar de fumar Asistencia para reducir el peso Control del peso Prescripción de ejercicio Educación para la salud Modificación del comportamiento Contrato con el paciente Escucha activa 	 Dislipemia Diabetes mellitus Historia familiar con patología cardiovascular Antecedentes de enfermedad cardiovascular Hipertensión arterial Insuficiente conocimiento de los factores de riesgo modificables Obesidad Agentes farmacéuticos Estilo de vida sedentario Fumador/a 	• Anual • Mensual • Semanal	Actividad física y sedentarismo Prevención del tabaquismo Alimentación saludable Consumo de riesgo y nocivo de alcohol	Edad Género Años de trabajo en Atención Primaria Años de experiencia profesional	Número de visitas totales a la enfermera	Número total de enfermeras	Número de visitas totales a distintos profesio- nales

Procedimientos a realizar

Auditoria de historias clínicas retrospectiva para recoger las variables del estudio identificadas (Tabla 1) mediante un muestreo aleatorio estratificado.

Recogida, registro, análisis de datos y tratamiento estadístico

La recogida de datos se realizará sobre las historias clínicas de los participantes y se registrarán mediante una hoja de registro de datos. Se pretende buscar la asociación que pueda explicar u orientar sobre la relación entre las variables de competencias y los factores de riesgo del diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular. Para su análisis se utilizará el programa estadístico IBM SPSS *Statistics* 22.0, considerando un resultado significativo cuando p< 0,05.

Se utilizará el coeficiente de correlación de Spearman. Para las variables cualitativas: distribución de frecuencias y proporciones expuestas en porcentajes. Para las variables cuantitativas: la media, la mediana, la moda, la desviación típica o estándar, el recorrido o rango de la variable, el máximo y el mínimo. Serán analizadas mediante la distribución t de *Student* por ser el tamaño muestral lo suficientemente grande. Se realizará la prueba de Kolmogórov-Smirnov (prueba K-S) o prueba de Lilliefors para determinar si la distribución de la muestra sigue un patrón normal. En el caso de que no sea así, se empleará la U de Mann-Whitney en lugar de la t de *Student*.

En aquellas variables que no tengan asociación se realizará el análisis mediante la Chi cuadrado (x2) para determinar si poseen o no un resultado estadísticamente significativo. Para estudiar la magnitud de la asociación se calculará el *odds* ratio.

Fiabilidad y validez

Este estudio se encuentra condicionado a los datos aportados en las historias clínicas dependiendo de la fiabilidad de los datos recogidos, así como, el ámbito geográfico de la isla de Tenerife.

Consideraciones éticas

Este proyecto de investigación se realizará respetando los Principios éticos reflejados en la Declaración de Helsinki teniendo en cuenta los artículos 74 y 75 de Código Deontológico de la profesión enfermera.

Resultados

Resultados bibliométricos: se llevarán a cabo a corto plazo para que se puedan difundir en congresos y revistas de impacto.

Resultados esperados

- Resultados sobre la gestión: resultados a corto plazo puesto que al conocer las competencias de las enfermeras de Atención Primaria de la Isla de Tenerife, respecto al correcto abordaje de los factores de riesgo cardiovascular, se pueden tomar medidas correctoras, y análisis posteriores establecerán si disminuirá el gasto sanitario debido a un menor número de ingresos hospitalarios por este motivo.
- Resultado sobre los profesionales: resultados a corto y/o medio plazo para que se reconozcan los factores de riesgo cardiovascular modificables y realizar intervenciones recomendadas por el diagnóstico enfermero riesgo de deterioro de la función cardiovascular. Así como la identificación de errores que se comenten o competencias que no se realizan para el correcto abordaje del usuario.
- Resultados sobre los usuarios: se obtendrán a medio plazo puesto que se espera que mediante un correcto abordaje de la patología crónica, el paciente sea capaz de abandonar los factores de riesgo que aumentan la posibilidad de padecer un evento cardiovascular en los próximos 10 años. A largo plazo, se prevé que disminuya la mortalidad por la disminución de dichos factores de riesgo (23).
- Resultados para la sociedad: resultados a largo plazo debido a la mejora de la calidad de vida de los pacientes que reciban un correcto abordaje sobre la erradicación de los factores de riesgo cardiovascular.

Bibliografía

- [1] Tárraga López PJ, García Norro-Herreros FJ, Tágarra Marcos L, Solera Albero J, González López E, Ruiz García A, et al. Intervención activa en la hipercolesterolemia de pacientes con riesgo cardiovascular alto de Atención Primaria. Nutr-Hosp. [internet] 2015 [citado 25 may 2017]; 31(6):2727-34. Disponible en: http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/8998/pdf_8143
- [2] Amaral de Paula E, Baumgratz de Paula R, Nagen da Costa DM, Basile Colugnati FA, Pereira de Paiva E. Cardiovascular risk assessment in hypertensive patients. Rev.Latino-Am. Enfermagem. [internet] 2013 [citado 25 may 2017]; 21(3):820-7. Disponible en: http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/8998/pdf_8143
- [3] Hernández Gárciga FF, Pría Barros CM, Peña Borrego LC. Conocimientos acerca del Riesgo Cardiovascular Global en profesionales del Sistema Nacional de Salud. Rev. cub. Salud pública. [internet] 2013 [citado 29 may 2017]; 39(2):208-18. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v39n2/spu03213.pdf
- [4] Prieto Bocanegra BM, Amaya Ropero MC. Estrategia educativa en salud cardiovascular para trabajadores de una institución educativa. Salud-Uninorte [internet]. 2014 [citado 27 may 2017]; 30(1):44-51. Disponible en: http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/5817/5591
- [5] Sandoval Morillo Y, Lastrera Obregón H, Espinoza Saravia S, Torres Deza C. Relación entre el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular y conducta de riesgo cardiovascular referida por las enfermeras. Rev enferm Herediana. [internet] 2015. [citado 27 may 2017]; 8(1):3–10. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:EutzPFi79E0J:www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/download/2535/2447+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es
- [6] Veliz Rojas L, Mendoza Parra S, Barriga OA. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovascular en usuarios de Atención Primaria. Enf-Universitaria. [internet] 2015 [citado 27 may 2017]; 12(1):3-11. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=ca-che:pkPGvSDXsv0J:www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/download/48063/43149+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es
- [7] Martínez Álvarez A, González Lozano L, Álvarez Mon N. Programa de educación en autocuidados en Cardiopatía Isquémica. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). [internet] 2015 [citado 27 may 2017]; 3(2):7–13. Disponible en: http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Primavera%202015/RevistaRqR_Primavera2015_EducacionAutocuidados.pdf
- [8] Martínez Linares JM, Guisado Barrilao R, Ocaña Peinado F, Salgado Parreño FJ. Modelos de estimación de riesgo cardiovascular y papel de enfermería en la prevención. Enferm Cardiol. 2014; 63:44-8.
- [9] Estruch R. Mortalidad cardiovascular: ¿cómo prevenirla? Nefrología [internet]. 2014. [citado 27 may 2017]; 34(5):561-9. Disponible en: http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-mortalidad-cardiovascular-como-prevenirla-X0211699514054647
- [10] Ramírez Vélez R, Da Silva Grigoletto ME, Fernández JM. Evidencia actual de intervenciones con ejercicio físico en factores de riesgo cardiovascular. Rev Andal Med Deporte. [internet] 2011 [citado 27 may 2017]; 4(4):141-51. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/3233/323327668003.pdf
- [11] Royo Bordonada MA, Lobos Bejarano JM, Villar Álvarez F, Sans S, Pérez A, Bolet JP, et al. Comentarios del Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular (CEIPC) a las guías europeas de prevención cardiovascular 2012. Rev. Esp. Salud. Pública [internet] 2013 [citado 27 may 2017]; 87(2):103-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v87n2/02_colaboracion_especial1.pdf
- [12] Santos Nunes MG, Rosineide da Silva A, Olivera Bernandino A, Luna Olivera B, Barreto Neto A. Prevalence and factors associated with the cooperation of arterial hypertension patients. Acta-paul.enferm. [internet] 2015 [cited 27 may 2017]; 8(4):323-30. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n4/en_1982-0194-ape-28-04-0323.pdf
- [13] Tierney S, Kislov R, Deaton C. A qualitative study of a primary-care based intervention to improve the management of patients with heart failure: the dynamic relationship between facilitation and context. BMC-Fam-Pract. [internet] 2014 [cited 27 may 2017]; 15:153. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25231215
- [14] Bueno Jayme-Gallani MC, Estevam Cornélio M, Freitas Agondi R, Matheus Rodrigues RC. Conceptual framework for research and clinical practice concerning cardiovascular health-related behaviors. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [internet] 2013. [cited 27 may 2017]; 21:207–15. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700026
- [15] Sánchez Gómez MB, Duarte Clíments GD. Riesgo de Deterioro de la Función Cardiovascular. NANDA-Internacional-Inc; Herdman TH, Silva VM, Napoleao AA, (dir). PRONANDA-Programa-de-Actualización-en-Diagnósticos-de-Enfermería: Ciclo 3. Porto Alegre: Artmed-Panamericana; 2015; (1):101-33.
- [16] Herdman THE, Kamisuru S. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification. Wiley Blackwell; 2015-2017.
- [17] Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4º ed. Madrid: Elsevier; 2015.

- [18] Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
- [19] Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones-NANDA, NOC, NIC. Diagnósticos-enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2015.
- [20] Orden, C.I.N. 2134/2008, 3 jul, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermera. Boletín Oficial del Estado (BOE) 2008; 174:31680-1. Disponible en: https://www.uma.es/ordenac/docs/News/RequisitosEnfermero.pdf
- [21] Instituto Canario de Estadística (ISTAC) [base de datos en internet]. Demografía. Gobierno de Canaria [citado 27 may 2017]. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/istac/temas_estadísticos/
- [22] Weschenfelder Magrini D, Gue Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enferm Global [internet] 2012 [citado 27 may 2017]; (26):344-53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/eq/v11n26/revision5.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Solicitud de autorización para la realización de la investigación

A la atención de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife A/A Dirección Médica/Subdirección de Enfermería (marcar la más apropiada) C/ Carmen Monteverde, 45 38003 Santa Cruz de Tenerife.

Asunto: petición de autorización para la realización del estudio de investigación titulado: ¿Qué competencias desarrolla la enfermera en el abordaje del diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular?

Solicito la autorización para la realización del trabajo arriba mencionado.

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

Firmado			
En Santa Cruz de Tenerife a	_ de	_ del 20	
Solicitud de permiso para la realización del es Primaria de Tenerife: Cuadro 2.	studio de investigaci	ción en los centros dependientes de la Gerencia de At	enciór

*¿Cuándo se requerirá del Comité de Ética?

- 1. Al comité ético será necesario remitir aquellos estudios cuyo diseño sea experimental, o bien si se accede a pacientes para realizar cualquier tipo de intervención que requiera de abordaje físico al paciente (muestras biológicas, pruebas diagnósticas, etc.).
- 2. El resto de proyectos en los que se requiere solo de acceso a datos de historias clínicas o bien se accede a pacientes pero solamente para recoger datos descriptivos no requieren de ser remitidos al comité de ética.
- 3. Sin embargo, en el caso de diseños de estudios que recojan datos descriptivos como, por ejemplo, encuestas, deberán acompañarse de la hoja de consentimiento informado a los participantes.

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

Cuadro 2. Solicitud de permiso para la realización del estudio de investigación

Título del estudio: Competencias enfermeras sobre el diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular

Nombre y lugar de trabajo del equipo de investigadores: Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria

Objetivos: identificar las competencias que desarrollan las enfermeras de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife respecto al diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular

Diseño (individuos, variables, recogida, análisis de datos, etapas de desarrollo): proyecto de investigación de auditoria de historias clínicas, que se realizará en los centros de salud de Atención Primaria de la isla de Tenerife. Se pretende describir los datos obtenidos sobre las intervenciones enfermeras realizadas a pacientes que presenten uno o varios factores de riesgo del diagnóstico enfermero riesgo de deterioro de la función cardiovascular. Se solicitará permiso a la Gerencia de Atención Primaria (Anexo 1) para poder consultar las historias clínicas de los pacientes cuyos datos serán volcados en una hoja de registro de datos (Anexo 2). También será necesario un consentimiento informado que puede llevarse a cabo de dos formas: mediante la firma de todos aquellos participantes del proyecto de investigación o mediante grabación del consentimiento informado del paciente que desee participar en el estudio (Anexos 3 y 4).

Ámbito de estudio, población y muestra: selección mediante muestreo aleatorio estratificado. Serán sujetos potenciales de estudio aquellos que presenten uno o varios factores de riesgo de deterioro de la función cardiovascular de la Isla de Tenerife. Para la realización del tamaño muestral se calcula la población de Tenerife según los datos aportados del Instituto Canario de Estadística (21). Según los datos, existen 108.723 personas que presentaron patología cardiovascular. Se prevé una pérdida del 15% con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y una proporción del 5%. Así, el tamaño de la muestra será de n= 202.

Recogida, registro, análisis de datos y tratamiento estadístico: la recogida de datos se realizará sobre las historias clínicas de los participantes. Para su análisis se utilizará el programa estadístico SPSS 22.0 teniendo en cuenta las variables y considerando un resultado significativo cuando p< 0,05.

Se utilizará el coeficiente de correlación de Spearman. Para las variables cualitativas se empleará la distribución de frecuencias y proporciones expuestas en porcentajes. Para las variables cuantitativas se utilizará la media, la mediana, la moda, la desviación típica o estándar, el recorrido o rango de la variable, el máximo y el mínimo, también, serán analizadas mediante la distribución t de *Student*. Se realizará la prueba de Kolmogórov-Smirnov (prueba K-S) o prueba de Lilliefors para determinar si la distribución de la muestra sigue un patrón normal. En el caso de que no sea así, se empleará la U de Mann-Whitney en lugar de la t de *Student*.

En aquellas variables que no tengan asociación se realizará el análisis mediante la Chi cuadrado (x^2) para determinar si poseen o no un resultado estadísticamente significativo. Para estudiar la magnitud de la asociación se calculará el *odds* ratio.

Fiabilidad y validez: este estudio se encuentra condicionado a los datos aportados en las historias clínicas dependiendo de la fiabilidad de los datos recogidos, así como, el ámbito geográfico de la isla de Tenerife.

Consideraciones éticas: este proyecto de investigación se realizará respetando los Principios reflejados en la Declaración de Helsinki teniendo en cuenta los artículos 74 y 75 de Código Deontológico de la profesión enfermera.

Resultados:

- Resultados bibliométricos: se realizarán a corto plazo para que se puedan difundir en congresos y revistas de impacto.

 Resultados esperados:
- Resultados sobre la gestión: se esperan resultados a corto plazo puesto que al conocer las competencias de las enfermeras de Atención Primaria de la Isla de Tenerife, respecto al correcto abordaje de los factores de riesgo cardiovascular, se pueden tomar medidas correctoras y análisis posteriores establecerán si disminuirá el gasto sanitario debido a un menor número de ingresos hospitalarios por este motivo.

Cuadro 2. Solicitud de permiso para la realización del estudio de investigación (continuación)

- Resultados sobre los profesionales: se prevé resultados a corto y/o medio plazo para que se reconozcan los factores de riesgo cardiovascular modificables y realizar intervenciones recomendadas por el diagnóstico enfermero riesgo de deterioro de la función cardiovascular, así como, la identificación de errores que se comenten o competencias que no se realizan para el correcto abordaje del usuario.
- Resultados sobre los usuarios: se obtendrán a medio plazo puesto que se espera que mediante un correcto abordaje de la patología crónica, el paciente sea capaz de abandonar los factores de riesgo que aumentan la posibilidad de padecer un evento cardiovascular en los próximos 10 años. A largo plazo, se prevé que disminuya la mortalidad por la disminución de dichos factores de riesgo.
- Resultados para la sociedad: se generarán resultados a largo plazo debido a la mejora de la calidad de vida de los pacientes que reciban un correcto abordaje sobre la erradicación de los factores de riesgo cardiovascular mediante correctas intervenciones enfermeras del área de Atención Primaria de la isla de Tenerife.

Anexo 2. Hoja de registro de datos

N° XXX

Variables sociodemográficas

Edad:

Género:

Centro de salud:

Variables referentes a las intervenciones enfermeras

Asesoramiento telefónico	Sí	No
Consejo nutricional	Sí	No
Apoyo emocional	Sí	No
Control de la hiperglucemia	Sí	No
Control de la hipoglucemia	Sí	No
Asistencia para dejar de fumar	Sí	No
Asistencia para reducir el peso	Sí	No
Control del peso	Sí	No
Prescripción de ejercicio	Sí	No
Educación para la salud	Sí	No
Modificación del comportamiento	Sí	No
Contrato con el paciente	Sí	No
Escucha activa	Sí	No
Variables referentes a factores de riesgo		
Dislipemia	Sí	No
Diabetes mellitus	Sí	No

Historia familiar con patología cardiovascular	Sí	No
Antecedentes de enfermedad cardiovascular	Sí	No
Hipertensión arterial	Sí	No
Insuficiente conocimiento de los factores de riesgo modificables	Sí	No
Obesidad	Sí	No
Agentes farmacéuticos	Sí	No
Estilo de vida sedentario	Sí	No
Fumador/a	Sí	No
Variables de seguimiento:		
☐ Anual		
☐ Mensual		
☐ Semanal		
Variables por protocolos		
Actividad física y sedentarismo	Sí	No
Prevención del tabaquismo	Sí	No
Consumo de riesgo y nocivo de alcohol	Sí	No
Variables referentes al perfil de la enfermera		
Edad:		
Género:		
Años de trabajo en Atención Primaria:		
Años de experiencia profesional total:		
Variables referentes el número de visitas totales de la enfermera	en el perio	odo estudiado
Número de visitas totales a la enfermera:		
Variables referentes al número de enfermeras que han atendido a	ıl paciente	e en el periodo estudiado
Número total de enfermeras:		
Variables referentes al número de profesionales que han atendido	al pacien	ite en el periodo estudiado
Número de visitas totales a distintos profesionales:		

Anexo 3. Consentimiento informado

Estimado señor/a:

El objetivo de este consentimiento informado es informar sobre el estudio denominado "Competencias enfermeras sobre el diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular". Con esta investigación se pretende conocer las competencias que desarrollan las enfermeras de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife respecto al diagnóstico enfermero riesgo de deterioro de la función cardiovascular a través de las intervenciones realizadas para el cuidado de los pacientes.

La participación en este estudio es voluntaria, pudiendo retirarse en cualquier momento. La información será recogida desde su historia clínica, en un cuestionario y se eliminarán todos sus datos personales con el fin de mantener el anonimato. Todos los datos se guardarán en archivos seguros a los que solo tendrá acceso la investigadora mediante contraseña. El nombre y cualquier otra información que permita su identificación no serán revelados.

Como resultado final del proyecto se elaborará un informe, sin ningún dato personal de los participantes. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Una vez leída la información yo______ con DNI_____ acepto participar en este estudio. Entiendo que la información que se aporte de mi historial clínico en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con la investigadora principal.

Firma del participante Firma de la investigadora

En Santa Cruz de Tenerife, a de del 20

Anexo 4. Consentimiento informado mediante grabación telefónica

Hola, buenos días estimado señor/a:

El motivo de mi llamada es para informarle sobre el estudio denominado "Competencias enfermeras sobre el diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular". Con esta investigación se pretende conocer las competencias que desarrollan las enfermeras de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife respecto al diagnóstico enfermero riesgo de deterioro de la función cardiovascular a través de las intervenciones realizadas para el cuidado de los pacientes. Ha sido usted seleccionada/o para la participación en este estudio que es de forma voluntaria, pudiendo retirarse en cualquier momento sin que ello suponga ninguna consecuencia negativa. Se utilizará su historia clínica para recoger la información necesaria en un cuestionario y se eliminarán todos sus datos personales con el fin de mantener el anonimato. Todos sus datos se guardarán en archivos seguros a los que solo el equipo de investigación tendrá acceso mediante contraseña y únicamente durante el tiempo que dure la investigación. Su nombre y cualquier otra información que permita su identificación no serán revelados. Como resultado final del proyecto de investigación se elaborará un informe sin ningún dato personal. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Le informo que en el caso de que usted acepte la participación en este proyecto de investigación la conversación será grabada como fin de tener un consentimiento de que usted da su aprobación para poder acceder a su historia clínica y de esta forma participar en el estudio de investigación.

A partir de este momento la conversación será grabada.

- ¿Acepta usted la participación en este estudio?
- Por favor, diga su nombre completo y su DNI.
- ¿Ha entendido el concepto de esta investigación y, por tanto, acepta participar en el estudio?
- ¿Ha sido informada/o que la participación en el estudio es de forma anónima, que puede hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puede retirarse del mismo cuando así lo desee?
- ¿Da su consentimiento para que la investigadora principal acceda a su historia clínica?
- Muchas gracias por participar en el proyecto de investigación.





grupoparadigma

Noticias RIdEC

IX JORNADAS NACIONALES DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC) V ENCUENTRO NACIONAL DE TUTORES Y RESIDENTES DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

La Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) organiza las próximas IX Jornadas Nacionales AEC y V Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria en la ciudad de Teruel, durante los días 21 y 22 de septiembre de 2017.

Bajo el lema de "Educación para la Salud, Compromiso Comunitario", nos reuniremos para analizar, reflexionar y debatir cómo lograr que la salud sea prioritaria a través de la educación consensuada y compartida.

Los talleres prácticos sobre aspectos relevantes de la atención centrarán el desarrollo de las jornadas, de tal manera que pueda ser un foro de aprendizaje y de experiencia enriquecedora que pueda trasladarse posteriormente al día a día de nuestra actividad enfermera.

La fecha límite para el envío de resúmenes se ha ampliado hasta el próximo día 10 de junio para profesionales, y para los estudiantes de Grado, el 20 de junio (21:00 h)

iiiTE ESPERAMOS EN TERUEL!!!





Conecta con la Enfermería

¡Ya somos más de 15.000 seguidores!



Ponte al día de las últimas noticias y novedades del mundo enfermero.



Además, podrás hacernos llegar tus sugerencias y preguntas.



Entérate de las últimas novedades editoriales y nuestras exclusivas ofertas.



Podrás participar en los sorteos y concursos que realizaremos.

