

Volumen 9 N° 1 enero-junio 2016



**IV CONGRESO INTERNACIONAL y X NACIONAL
DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)**
IV ENCUENTRO NACIONAL DE TUTORES Y RESIDENTES DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA
Burgos 5, 6 y 7 de Octubre 2016

SALUD COMUNITARIA Y ENFERMERÍA COMUNITARIA
MIRADAS DIVERSAS DE UNA MISMA REALIDAD

2016

DE CÁCERES A BURGOS

VIII JORNADAS NACIONALES ASOCIACIÓN
DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)
III ENCUENTRO NACIONAL DE Tutores y Residentes de
ENFERMERÍA FAMILIAR y COMUNITARIA

*"Yo cuido, Tu cuidas,
nosotros cuidamos"*

COMPLEJO CULTURAL SAN FRANCISCO
CÁCERES
15 y 16 de octubre de 2015

2015



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

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

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

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

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

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

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

Esta publicación es miembro de:



red iberoamericana
DE EDITORACIÓN CIENTÍFICA
en enfermería

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. José Ramón Martínez Riera

DIRECTOR

Dr. Raúl Juárez Vela

DIRECTOR ASOCIADO

Francisco Javier Pastor Gallardo

CONSEJO DE REDACCIÓN Y REVISIÓN

Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza
 Edurne Zabaleta del Olmo
 Luis Carlos Redondo Castán
 Maribel Mármol Lopez
 Dra. M^a José Cabañero Martínez
 Miguel Ángel Díaz Herrera
 Mirella Ladios Martín

CONSEJO ASESOR

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



Sumario • Summary

Vol. 9 - nº 1 enero-junio 2016

Editorial

- Lo que fue, lo que pudo ser y no fue... 4
José Ramón Martínez Riera

Originales

- Factores asociados al uso de medicamentos genéricos en el paciente mayor polimedocado y riesgos desencadenados 9
Factors associated to the use of generic drugs in elderly people receiving multiple drugs, and resulting risks
David Carlos Lago Valverde, María Messia de la Cerda Mendoza, Jorge Rouco Velasco, Dolores Serrano Bachiller, Celia Ortega Ortiz
- Satisfacción de los usuarios de los centros de salud de la ciudad de Ourense 21
Users' satisfaction in healthcare centers in Ourense town
Alexandrina Lobo, Karina Domínguez, Jesús Rodríguez
- Importancia de la higiene de manos en el ámbito sanitario 27
The importance of hand washing in healthcare
Alba Simón Melchor, Lucía Simón Melchor, Gema Naranjo Soriano, Rebeca Gil Salvador, Javier Solano Castán, María Luisa Jiménez Sesma

Caso clínico

- A propósito de una mirada etnográfica en el día a día de un enfermero gestor de casos 35
An ethnographic view in day to day life of a nurse case manager
Artur Dalfó Pibernat, María Feijoo Cid, Enric Dalfó-Pibernat, Jessica Rosell Vidal

Revisiones

- Osteoporosis en el climaterio: prevención y tratamiento 41
Menopausal osteoporosis prevention and treatment
Yaiza Robaina Hernández, María Begoña Sánchez Gómez
- Modelo de enfermería comunitaria. Una propuesta para el abordaje integral de la salud en Nicaragua 54
A community nursing model. A proposal for an integral approach to health in Nicaragua
Lester Fidel García Guzmán

Noticias RIDEC

- Conclusiones. VIII Jornadas Nacionales de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).
III Encuentro de tutores y residentes de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria 69

Editorial

Lo que fue, lo que pudo ser y no fue

Estando el año 2015 a punto de finalizar se presta a realizar una reflexión sobre lo que pasó, pudo pasar y no pasó en el mismo. O lo que es lo mismo lo que fue, lo que pudo ser y no fue.

No se trata de hacer ejercicios nostálgicos, sino de repasar aquellos hechos, acontecimientos y sucesos, que de todo ha habido, que han marcado el desarrollo de nuestra sociedad científica. Que es tanto como decir, con el debido respeto hacia otras organizaciones, el desarrollo de la Enfermería Comunitaria en España. Tampoco es cuestión de describirlos de manera cronológica, pormenorizada y sistematizada, como si de un diario se tratase.

Más bien consiste en un acto reflexivo, sereno y vivencial con el propósito de compartirlo para su análisis con el único, pero importante objetivo de saber en qué punto nos encontramos y cómo debemos seguir avanzando.

Casi como cada año, desde que empezaron a formarse las especialistas, partíamos con la esperanza y el deseo de que finalmente se lograra su integración efectiva en el sistema sanitario y que se desarrollara la prueba excepcional. Pero este anhelo fue perdiendo fuerza a medida que avanzaba el año, ello a pesar de la motivación, esfuerzo y trabajo desarrollado desde la AEC en todas las administraciones públicas, nacionales y autonómicas, justificando y planteando propuestas realistas y reales. El nuevo año nos traerá, entre otras cosas, un nuevo gobierno que esperemos sea más sensible a una necesidad profesional y social a la que, hasta ahora, han dado la espalda de manera sistemática todas las administraciones responsables, desde las que se ha demostrado una clara y manifiesta falta de voluntad política al respecto.

Sin embargo, no todo es especialidad. En la AEC siempre hemos tenido muy claro que la Enfermería Comunitaria va más allá de la especialidad. Es un compromiso profesional global que trasciende más allá del desarrollo especializado y que permite estar a disposición y en posición de ofrecer cuidados de calidad desde los más básicos a los más especializados en cualquier entorno o contexto comunitario con perspectiva transdisciplinar, pero con identidad propia enfermera. Esta visión se convierte en misión para la AEC a través de sus acciones, propuestas, proyectos y estrategias, que se concretan, entre otras, en la generación de un amplio y variado abanico de grupos de trabajo que abarcan ámbitos tan diversos como las vacunas, el género, la salud mental, las urgencias, la cooperación, la comunicación, la cronicidad, el tabaquismo, los cuidados paliativos, las tecnologías de la información, los entornos saludables enfermeros, el paciente activo... lo que configura un mapa de acciones tan diversas como necesarias para dar respuesta a las demandas de salud de la comunidad y para que esta, además, sea capaz de identificar el valor del bien intrínseco enfermero, como aquel que tan solo las enfermeras pueden prestar con garantías y calidad. Y de tal manera que den respuesta también a las expectativas de las enfermeras que son capaces de descubrir que la Enfermería Comunitaria va más allá de la Atención Primaria y de los centros de salud.

Todo esto se vertebra con un equipo de profesionales en los que se conjuga la experiencia de los más veteranos con la energía de los más jóvenes, compartiendo ambos la ilusión y la motivación por avanzar y lograr que las enfermeras comunitarias sean referentes para las personas y las familias. Jóvenes que últimamente se incorporan en mucho mayor número al identificar que la AEC ofrece un espacio de oportunidades de conocimiento, de experiencias, de relaciones y de aprendizaje participativo y activo.

No hay que olvidar tampoco el compromiso de la AEC con la comunidad y quienes la integran, las personas y las familias. Abriendo la participación activa ciudadana como sucedió, por ejemplo, en las últimas jornadas celebradas en Cáceres donde las cuidadoras familiares tuvieron un espacio de interacción, diálogo, análisis y debate en igualdad de condiciones con las enfermeras. De igual manera, la AEC se esfuerza en lograr la necesaria intersectorialidad a través de la vertebración con diferentes y diversos recursos comunitarios (asociaciones, organizaciones, instituciones...) mediante la firma de convenios de colaboración conjunta.

Como sociedad científica la AEC también ha trabajado intensamente en el fortalecimiento y desarrollo de líneas y grupos de investigación que aporten evidencias al trabajo de las enfermeras comunitarias y que permitan mejorar la calidad de los cuidados que las mismas prestan a la población. La firma de convenios con las principales sociedades científicas enfermeras y la incorporación como miembro activo de la principal Sociedad Científica de Salud Pública de España, SEESPAS, contribuyen al trabajo compartido en el que confluyen no solo diferentes ámbitos de actuación, sino diversas miradas disciplinares, en todos los cuales la mirada, la palabra y la posición enfermera comunitaria quedan patentes con sus aportaciones, planteamientos y propuestas.

Las relaciones institucionales se configuran como un elemento fundamental en el conocimiento mutuo que favorezca la incorporación de las enfermeras comunitarias en los más diversos ámbitos de gestión y administración en los que participamos a través de comisiones de trabajo, asesoramientos, posicionamientos, etc., generando visibilidad y respeto a la Enfermería Comunitaria y a su aportación científico-profesional.

Todo ello se articula de manera muy accesible, rápida y dinámica a través de nuestra web y del resto de tecnologías de la información, constituyéndonos en un claro referente nacional e internacional a través de las redes, de internet y de nuestra Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIDEC) que sigue manteniendo su edición a pesar de todos los problemas que la misma comporta en un mundo tan competitivo y desigual.

La reflexión no ahonda en otros muchos aspectos que harían de esta vivencia una exposición tan extensa como aburrida, pero permite llamar la atención para que muchas otras enfermeras se acerquen a la AEC y entren a formar parte de esta magnífica realidad con más de 20 años de recorrido. Para ello ofrecemos un escaparate magnífico en el X Congreso Nacional y IV Internacional de la AEC que se celebrará en Burgos los días 5, 6 y 7 de octubre del próximo año.

Ilusión, compromiso y ambición, no exentos de realidad, rigor y profesionalidad son los principales argumentos de la AEC para seguir apostando por el desarrollo, crecimiento y visibilización de la Enfermería Comunitaria.

Finalmente, creo sinceramente que es mucho más lo que fue que lo que pudo ser y no fue. Pero aún nos queda mucho camino por recorrer y nos gustaría hacerlo cada vez más acompañados.

Aprovecho para desearos a todas/os un próspero Año Nuevo en el que podáis hacer realidad todos vuestros deseos y en el que pidáis a los Reyes Magos que os hagan socias/os de la AEC.

The image shows the logo of the Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), which consists of a red stylized figure resembling a person or a flame. Below the logo, the text "ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA" is written in red. To the right of the logo is a handwritten signature in blue ink.

José Ramón Martínez Riera

Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

ANTONIO MANUEL GARCÍA

Agencia Sanitaria Pública Alto Guadalquivir. Hospital de Montilla

El cobre: elemento de naturaleza nativa

Estimado director:

Cuando escuchamos la palabra cobre, nos remontamos a los primeros metales descubiertos por el hombre. El cobre pertenece a uno de los pocos metales que pueden encontrarse en la naturaleza sin combinar con otros elementos, de ahí que venga utilizándose formando parte de múltiples herramientas que han perdurado a lo largo de los años (1).

Sin embargo, no solo en estas herramientas hay presencia de cobre, si por alguna razón este tipo de metal ha acompañado a la especie humana desde sus orígenes es porque el cobre, en bajas concentraciones, es un metal esencial para el metabolismo de las células animales y vegetales, propiedades que son conocidas desde la antigüedad, y no solo como leemos en los libros de historia o en los documentales de televisión (civilizaciones griegas, romanas, egipcias, aztecas y mayas utilizaban cobre en la fabricación de vasijas para preservar agua y alimentos), sino como propiedades médicas que fueron recogidas hace miles de años como se cita en el Papiro de Smith, un tratado médico egipcio que data aproximadamente del siglo XVII antes de la era cristiana y que destaca entre otras cosas la aplicación del cobre para tratar heridas en el pecho y desinfectar el agua (2).

Es en el aspecto médico donde, hoy día, el cobre se está convirtiendo en parte esencial de nuestro entorno de trabajo. La presencia de cobre, o su utilización en sí, podemos encontrarla en muchos aspectos médicos, por citar entre otros: la enfermedad de Wilson, enfermedad caracterizada por una alteración en el metabolismo del cobre que ocasiona su acúmulo en diferentes tejidos, principalmente el hígado, los núcleos basales y la córnea (anillo de Kayser), lo que origina las múltiples manifestaciones clínicas de la enfermedad (3); también se encuentran en los dispositivos intrauterinos (DIU), elementos pequeños y flexibles en forma de T que contienen cobre y levonorgestrel y que impide el embarazo cuando se inserta en la cavidad intrauterina (4); e incluso se emplea cobre en la prevención de epidemias de gripe (5). Sin embargo, es su propiedad antimicrobiana la que ha colocado a este primitivo metal como base de la prevención de infecciones intrahospitalarias en todo el mundo, ya sea por su actividad antibacteriana, capaz de eliminar en horas el 99,9% de bacterias patógenas, destacando entre ellas el *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina (SAMR), *Escherichia Coli*, *Salmonella* entérica, *Legionella pneumophila*...; por su actividad antivírica capaz de destruir virus de gran importancia médica como influenza A o prevenir el riesgo de transmisión de VIH a través de fluidos con la elaboración de filtros con óxido de cobre (6); y, sobre todo, por la capacidad bactericida que posee debido a su presencia en las superficies del ambiente hospitalario: manillas de puertas (7), superficies de baños, escritorios, armarios, así como en superficies de catéteres intravenosos (8).

Por todo esto, cada vez podemos encontrar más este tipo de metal como parte de nuestro ámbito de trabajo, como factor importante para la prevención de infecciones y como parte esencial de la vida humana, ya que debemos tener en cuenta que este primitivo metal no solo es una fuente de ingresos económicos, sino que forma parte de nosotros mismos, contribuyendo a la formación de glóbulos rojos y al mantenimiento de los vasos sanguíneos, nervios, sistema inmunitario, huesos, etc.

Bibliografía

[1] Adrews M. El nacimiento de Europa. 1992. Planeta/RTVE. Capítulo 3.

- [2] González FRF, Flores SPL. Papiro de Edwin Smith. An Med (Mex) 2005; 50(1):43-8.
- [3] Jiménez AM, Moreno MR. Enfermedad de Wilson. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: Ergon; 2010. p. 189-97.
- [4] Díaz S, Pizarro E, Sánchez P. Dispositivos intrauterinos. Editorial Mediterráneo, 3 2003. p. 1074-85.
- [5] García Carvaja, D. Información de Prensa. Centro Español de Información del Cobre. 2012.
- [6] Valeria Prado J, Roberto Vidal A, Claudia Durán T. Aplicación de la capacidad bactericida del cobre en la práctica médica. Rev. Med. Chile 2012; 140(10).
- [7] Domínguez JM, López J, Domínguez J, Martínez ML, Moreno AB, Ortega G. Efecto bactericida del cobre medido por la supervivencia de *Escherichia coli* y ABRIM (*Acinetobacter baumannii imipenem*-resistente) en superficies de acero inoxidable y aleación de cobre. Medicina Preventiva 2012; XVIII(3).
- [8] Noyce JO, Michels H, Keevil CW. Potential uses of copper surfaces to reduce survival of epidemic meticillinresistant *Staphylococcus aureus* in the healthcare environment. Journal of Hospital Infection 2006.



enferoteca
Grupo Paradigma

Conocimiento completo,
fiable y siempre actualizado



Podrás consultar todos los libros del fondo editorial DAE.



Sin la necesidad de estar conectado a Internet.



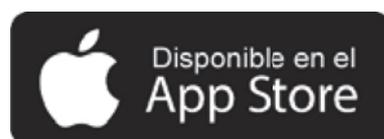
Contenidos actualizados para que puedas estar siempre al día.



Acceder a todo el conocimiento enfermero, desde cualquier lugar, de la forma más cómoda, rápida y sencilla.



Disponible para cualquier dispositivo iOS y Android



 grupoparadigma

¹ David Carlos Lago Valverde

² María Messia de la Cerda
Mendoza

³ Jorge Rouco Velasco

⁴ Dolores Serrano Bachiller

⁵ Celia Ortega Ortiz

Factores asociados al uso de medicamentos genéricos en el paciente mayor polimedicado y riesgos desencadenados

¹ *Enfermera. Master Interuniversitario en Ciencias de la Enfermería, experto en Gerontología Clínica y Social. Atención Continuada del Centro de Atención Primaria de Sector Alcañiz (Alcañiz).*

Dirección de contacto: davidcarlos91@gmail.com

² *Enfermera. Diploma de Especialización en accidentes de tráfico, título de experto en indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios. Atención Continuada del Centro de Atención Primaria de Calaceite (Alcañiz).*

Resumen

Introducción: la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 9/2011, del 19 de agosto, introdujo la nueva prescripción de medicamento por principio activo, que ha generado un importante ahorro en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Objetivos: describir el impacto que ha supuesto la implantación de los genéricos para el paciente mayor polimedicado y/o crónico, identificando las potenciales dificultades que puedan presentar para reconocer estos fármacos por su rotación y su similitud en apariencia.

Material y método: estudio descriptivo, observacional, transversal y cuantitativo, mediante la realización de entrevistas y encuestas estructuradas. El tamaño de la muestra fue de 201 sujetos. También se distribuyeron 104 a los farmacéuticos.

Resultados: participaron 201 pacientes y 79 farmacéuticos. Las mujeres presentaron más dificultades con el consumo de genéricos. Un porcentaje de 33,3% de los mayores reconoció dificultades en el consumo de estos fármacos. Un 72,2% de farmacéuticos afirmó que existe confusión.

Conclusión: unificar las presentaciones entre las distintas EFG, evitando parte de la no adherencia terapéutica y de los posibles efectos negativos.

Palabras clave: genéricos; ancianos; polifarmacia; confusión.

Abstract

Factors associated to the use of generic drugs in elderly people receiving multiple drugs, and resulting risks

Introduction: the Royal Decree-Law 9/2011 dated 19 August introduced the prescription of drugs based on active ingredients and such a new prescription procedure has resulted in substantial savings for the National Health Service (NHS).

Purpose: to describe the impact of the generic drug system implementation in elderly people receiving multiple drugs and/or having chronic diseases and to identify potential challenges the recognition of such medicines could cause due to their rotation and similar appearance.

Material and methods: a descriptive, observational, cross-sectional, and quantitative study, based on surveys and structured interviews. Sample size was 201 subjects. Questionnaires were also completed by 104 pharmacists.

Results: two-hundred and one patients and 79 pharmacists took part in the study. Women showed more difficulties in using generic drugs. Difficulties in using such drugs were reported by 33.3% of old patients. Some confusion was present according 72.2% of pharmacists.

Conclusion: using the same appearance for generic drugs from different providers is recommended to partly avoid non-adherence and potential adverse effects.

Key words: generic drugs; elderly; polypharmacy; confusion.

Introducción

Situación actual de los medicamentos genéricos y leyes que lo regulan

Debido a la actual situación económica que atraviesa el Estado y, en consecuencia, el Sistema Nacional de Salud (SNS), las diferentes Administraciones han implementado políticas de eficiencia con la intención de promover un ahorro financiero que garantice la sostenibilidad de todos los servicios públicos (1). Con este objetivo se reguló la nueva prescripción por principio activo (PPA) que ya desde el año 1984 comenzó a aparecer recogida en la normativa, en concreto en el artículo 7.3.b) del Real Decreto 1910/1984, de 26 de septiembre, por el que se regula la receta médica (2) e igualmente se contempla esta modalidad de prescripción en la extinta Ley 25/1990 del medicamento (3). Esta PPA o prescripción por denominación oficial española (DOE) se trata de una herramienta aceptada por los servicios de salud de las respectivas comunidades autónomas para favorecer el uso racional de los medicamentos (4).

La prescripción por principio activo se recoge actualmente en el Real Decreto-Ley 9/2011, del 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011 (5), la cual es una modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios en la que ha adquirido fuerza este nuevo tipo de prescripción, además de otras leyes de destacada importancia como es la del Real Decreto-ley 16/ 2012, de 24 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (6), que en su artículo 4, apartado 1, modifica el artículo 85 de la Ley 29/2006 estableciendo las siguientes indicaciones (7,8):

- La prescripción de medicamentos y productos sanitarios en el Sistema Nacional de Salud se efectuará en la forma más apropiada para el beneficio de los pacientes, a la vez que se protege la sostenibilidad del sistema.
- En el Sistema Nacional de Salud las prescripciones de medicamentos incluidos en el sistema de precios de referencia o de agrupaciones homogéneas no incluidas en el mismo se efectuarán de acuerdo con el siguiente esquema:
 - Para procesos agudos, la prescripción se hará de forma general, por principio activo.
 - Para los procesos crónicos, la primera prescripción, correspondiente a la instauración del primer tratamiento, se hará, de forma general, por principio activo.
 - Para los procesos crónicos cuya prescripción se corresponda con la continuidad del tratamiento, podrá realizarse por denominación comercial, siempre y cuando esta se encuentre incluida en el sistema de precios de referencia o sea la de menor precio dentro de su agrupación homogénea.

Concepto de un medicamento genérico, principales características

Un medicamento genérico es *“todo medicamento que tenga la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica, y cuya bioequivalencia con el medicamento de referencia haya sido demostrado por estudios adecuados de isómeros, complejos o derivados de un principio activo, a menos que tengan propiedades considerablemente diferentes en cuanto a seguridad y/o eficacia (9). Las diferentes formas farmacéuticas orales de liberación inmediata se considerarán una misma forma farmacéutica (...)”* (11). Los artículos donde se expone la definición son los siguientes (10,12):

- Artículo 8.g) de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (12).
- Artículo 2.35) del Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente (12).

Diferencias existentes entre los EFG y los medicamentos originales

Según el autor Cuesta Terán (12) los EFG con respecto a los medicamentos originales no presentan diferencias en cuanto a composición, eficacia y seguridad.

Por otro lado, diversos autores como García Arieta, et al. (10) expresan las nulas diferencias entre el medicamento de referencia y el genérico con respecto al principio activo.

A la hora de autorizar un EFG se exigen las mismas condiciones que para un medicamento original exceptuando los estudios preclínicos y clínicos del principio activo (los cuales ya están realizados para el medicamento original de referencia), siendo

solo exigibles la realización de estudios de biodisponibilidad que son más característicos de los EFG, pero se realizan también en los medicamentos originales (12).

Según este autor no es cierto que un EFG pueda tener un 20% menos de principio activo que el medicamento original de referencia, ya que se trata de un valor estadístico de unos resultados que pueden variar (12).

La AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) es el organismo que se encarga de valorar todos los procesos necesarios para que una EFG pueda ser autorizada, realizando además una vigilancia constante y unos controles de calidad sobre los medicamentos integrados en el mercado, garantizando en todo momento que cumplan con todas las garantías necesarias de equivalencia con respecto al medicamento original de referencia. En España (13,14), en concreto, tanto la normativa como las inspecciones de calidad de fabricación y de comercialización son los mismos para ambos tipos de medicamentos y en múltiples ocasiones es el mismo laboratorio propietario del medicamento original el que contiene ese principio activo y el que comercializa el genérico (12,19).

La única diferencia relevante que se establece entre un medicamento genérico y uno original es el precio, debido exclusivamente a que los EFG no requieren gastos para las distintas etapas como son las de estudios preclínicos, clínicos ni de promoción (12,15,16).

Seguidamente se recalcarán las razones por la que los precios de los EFG son menores con respecto a los medicamentos originales citados por el autor Cuesta Terán (12,20,24):

- El periodo de tiempo del laboratorio investigador para la comercialización del medicamento dura 10 años.
- Durante estos 10 años el laboratorio requiere de tiempo para amortizar la inversión económica requerida para ese principio activo: investigación preclínica y clínica y campañas promocionales.
- El laboratorio que produce el EFG solo tiene que asumir costes de producción y de estudios de biodisponibilidad, pero no de preclínica ni clínica, ya que son los más costosos, de ahí a que las EFG sean más económicas.
- Como el principio activo ya es conocido, los gastos de promoción de los EFG son nulos.

Algunas de las diferencias entre el medicamento genérico y el de marca que complementan las anteriores, según fuentes como la Asociación Española de Medicamentos Genéricos (AESEG) y Farmaindustria, son (22) (Tabla 1):

Tabla 1. Los mitos y realidades del medicamento genérico y el de marca	
MITOS	REALIDADES
Los medicamentos genéricos son iguales	El desarrollo de un medicamento de marca requiere 10-12 años de investigación
Los medicamentos genéricos suponen menor coste frente a los medicamentos de marca	El sistema de precios de referencia iguala el precio del medicamento genérico y el de marca
Los medicamentos genéricos tienen la misma composición que los medicamentos de marca y, por ello, tienen las mismas funciones y efectos	El laboratorio del genérico solo asume costes de producción y de investigación de la bioequivalencia, pero no los de la fase de investigación y desarrollo del fármaco. Por ello, no se puede afirmar que la composición y efecto sean iguales
Todos los genéricos son iguales	No todos los genéricos aplican las mismas prácticas de fabricación y controles de calidad. Los genéricos que cuentan con el respaldo de una compañía farmacéutica consolidada, marcarán esta diferencia
El uso de medicamentos genéricos no afecta en el cumplimiento terapéutico	El cumplimiento terapéutico y el control del mismo en caso de sustituciones masivas de marca a genérico en la práctica clínica no están suficientemente contrastadas
Fuente: AESEG y Farmaindustria	

- **Equivalencia:** el ciclo para que se complete el desarrollo de un medicamento de marca, deben pasar unos 10-12 años de investigación.
- **Coste:** está establecido un sistema de precios de referencia que iguala el precio del medicamento genérico y el de marca.
- **Composición:** no se puede afirmar que la composición y el efecto de los genéricos sean iguales con respecto a los de marca, ya que el laboratorio del genérico solo asume costes de producción e investigación.
- **Igualdad:** no todos los genéricos son idénticos entre sí al añadir prácticas distintas de fabricación y controles de calidad
- **Cumplimiento terapéutico:** no existe evidencia total de que al producirse sucesivas sustituciones de genéricos se consiga una adecuada adherencia al tratamiento por parte del paciente.

Objetivos

- **General:** describir el impacto que ha supuesto la implantación de los medicamentos genéricos para los pacientes mayores polimedcados y/o crónicos que se autoadministran los tratamientos.
- **Específico:** describir la percepción y/u opinión de los farmacéuticos sobre el uso del principio activo de los fármacos en el paciente mayor polimedicado y/o crónico.

Material y método

- **Tipo de estudio:** el diseño del estudio es descriptivo, observacional y transversal, con empleo de metodología eminentemente cuantitativa.
- **Marco temporal del estudio:** el tiempo global destinado al desarrollo del trabajo de campo, con la realización de todas las encuestas y entrevistas previstas, abarcó desde enero hasta marzo de 2015, según las siguientes especificaciones:
 - **Población y muestra:** la población de estudio eran los mayores de 65 años del distrito Tetuán (Madrid). Según el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Madrid, son de aproximadamente unos 24.400 habitantes. Para obtener un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y una proporción del 5%, se seleccionó una muestra (n= 201).
 - **Criterios de inclusión:** se incluyeron a aquellos pacientes mayores de 65 años no institucionalizados, que padeciesen patologías crónicas y polimedcados (se tomó como referencia a aquellos que consumían seis o más medicamentos diferentes al día). Hay estudios que han definido al paciente polimedicado como aquel mayor de 65 años que consume 10 o más medicamentos durante un periodo igual o superior a un mes (18).
 - **Criterios de exclusión:** no se realizó la entrevista a aquellos pacientes que tuviesen alguna alteración cognitiva que limitase la capacidad de entender y responder o que no desearan participar voluntariamente.

Por otro lado, participaron también 79 farmacéuticos o adjuntos de un total de 104.

- **Obtención de información:** en primer lugar se realizaron entrevistas estructuradas con preguntas cerradas, mediante cuestionarios dirigidos a los usuarios (ver Anexo 1: cuestionario a los pacientes). Para la elaboración de los cuestionarios dirigidos a los farmacéuticos, se utilizó "el primer estudio sectorial sobre la percepción de los medicamentos genéricos" (25). En el caso de los farmacéuticos, los 104 cuestionarios fueron personalmente en cada una de las oficinas de farmacia seleccionadas (ver Anexo 2: cuestionario a los farmacéuticos).

Resultados

Para facilitar el seguimiento de los resultados se presentarán en dos apartados en función del sujeto de estudio: pacientes y farmacéuticos.

Estudio con pacientes

La edad media de los participantes del estudio era de 80 años, siendo el grupo más numeroso el de 76 a 85 años, que alcanza un porcentaje de 56,2%. Del total de sujetos, 127 eran mujeres (63,2%) y 74 hombres (36,2%).

Una gran parte de los usuarios (42,3%) consumía seis medicamentos diarios, seguido de un 21,9% que consumía 10 o más fármacos. El resto de los pacientes, representando el 17,9%, 9,5% y 8,5% consumía siete, ocho o nueve productos farmacéuticos respectivamente.

Atendiendo a uno de los criterios de inclusión, todos los participantes presentaban una o varias patologías crónicas, siendo la más frecuente el grupo que incluía la artrosis, cáncer, cardiopatías, etc., representando el 77,1%. A continuación le seguía la hipertensión arterial (HTA), con 133 personas y representando el 66,1%; y por último la diabetes mellitus tipo II (DM tipo II) con aproximadamente un 43%. Las patologías crónicas menos frecuentes fueron la insuficiencia cardiaca (IC) con un 2% y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con un 1,5%.

En relación a si presentaban o no alguna alteración visual, un total de 185 participantes mostraban alguna patología ocular, representando el 92% de todos los sujetos frente a un 8% que no presentaba alteraciones de este tipo. El proceso más frecuente fueron las cataratas seniles, con un porcentaje de 44,8%.

Al total de los sujetos de la muestra les fue sustituido algún medicamento de marca registrada que constaba originalmente en su tratamiento por fármacos genéricos.

Atendiendo a la relación de la edad con la dificultad para consumir medicamentos genéricos, el grupo que ha mostrado una mayor dificultad ha sido el de 76 a 85 años, en el que un porcentaje del 36,6% manifestó algún problema (Gráfico 1).

Al relacionar el sexo con la dificultad para consumir el tratamiento, las mujeres han mostrado una mayor dificultad.

Al estudiar las causas que podían incidir en la confusión en aquellos pacientes que habían manifestado tener dificultades, un porcentaje del 83,3% expresó tener dificultades en relación a la confusión con el etiquetado y diseño del envase, mientras que un 16,6% refirió presentar confusiones con respecto al diseño de la caja y además con el nombre de la EFG.

Un 98,5% del total no llegó a equivocarse con la medicación, frente al 1,5% que sí que reconoció haberse equivocado por la confusión de una EFG.

Con relación al olvido de tomarse la medicación, un 95,5% manifestó que no había olvidado el tratamiento frente a un 4,5% que sí declaró haberlo olvidado. A la hora de consumir las EFG, un 64,2% refirió no haber dejado de tomarlos a pesar de que no le hicieran el mismo efecto, un 32,3% manifestó que los genéricos le sentaban bien al igual que los originales y un 3% declaró haberlos dejado de tomar.

Por último, se les preguntó si eran capaces de decir los nombres de las distintas EFG y del total de los usuarios, un 77,1% refirió que sí, frente al 22,9% que manifestó que no.

En relación al cambio que efectúa el personal farmacéutico del principio activo o EFG, una vez que el médico prescribe el medicamento, un 32,3% refirió que casi siempre el personal farmacéutico le ha modificado el medicamento prescrito y un 62,9% que solo se lo ha modificado en alguna ocasión.

Estudio con el personal farmacéutico

El 48,1% manifestó que los EFG poseían la misma eficacia frente a los medicamentos originales, y otro 48,1% manifestó que no la tenían. Del 100% de los participantes, (n= 79), el 69,6% dijo tener información completa y el resto, el 30,4% (24) manifestó tener las ideas básicas.

En relación a los farmacéuticos, un 35% de ellos manifestó tener plena confianza en las EFG, un 61%

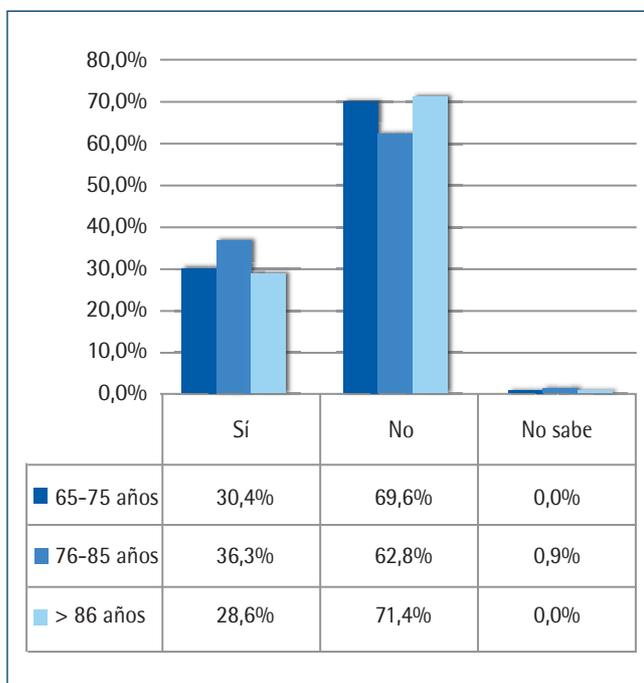


Gráfico 1. Relación de edad con dificultad de consumo

declaró que confiaban según el medicamento que fuese, y tan solo un 4% refirió que no confiaban en las EFG (Gráfico 2).

En el Gráfico 3 se puede observar que un 67,1% de los farmacéuticos confesó que las EFG son seguras para el mayor polimedicado, frente a un 31,6% que manifestó que no lo eran.

En el Gráfico 4 podemos observar que un 72,2% de los farmacéuticos manifestó que las EFG crean bastante confusión en el mayor polimedicado, frente a un 25,3% que confirmaron que solo alguna.

Discusión

No se observa una tendencia mantenida en relación a las dificultades manifestadas y el número de fármacos. Los pacientes que consumen seis medicamentos al día sufren más confusiones frente a los que consumen siete. La tendencia va disminuyendo para aquellos que toman ocho y nueve fármacos diarios, pero se vuelve a incrementar en aquellos que toman diez. Las patologías crónicas más prevalentes en el estudio fueron la HTA, que afectaba al 66,1% de los sujetos y la diabetes mellitus tipo II, que afectaba al 43%. El 77,1% de los sujetos presentaba alguna de las patologías clasificadas en la categoría de "otras enfermedades", entre las que se encontraban: artrosis, cáncer o diferentes cardiopatías. Las EFG prescritas más frecuentes a los pacientes que padecían de HTA fueron amilodipino o enalapril, cuyas presentaciones, al cambiar habitualmente de laboratorio, pudieron contribuir a la confusión del participante. Constatando estos resultados con un estudio de Sicras Mainar A, Navarro Artieda R, hubo más participantes que recibieron un genérico para controlar la HTA como es el amilodipino; estos manifestaron un mejor cumplimiento terapéutico con dicho genérico que con el de marca, pero aun así expresaron que la sustitución de un medicamento original por una EFG se podría considerar como un factor más que influyese en el incumplimiento terapéutico, incluyendo otros factores tales como la falta de comprensión del tratamiento y la falta de relación terapéutica para establecer una buena comunicación médico-paciente, entre otras. El estudio expone también un dato importante que es que uno de cada cuatro pacientes y profesionales considera que se abandona más el tratamiento con una EFG.

A pesar que inicialmente entre la hipótesis de partida se consideró que la falta de agudeza visual podría ser también un factor que interviniese en el momento de la toma de la medicación, en los resultados del presente estudio no se ha demostrado. Los participantes no han indicado que las alteraciones visuales, la más frecuente ha sido la de

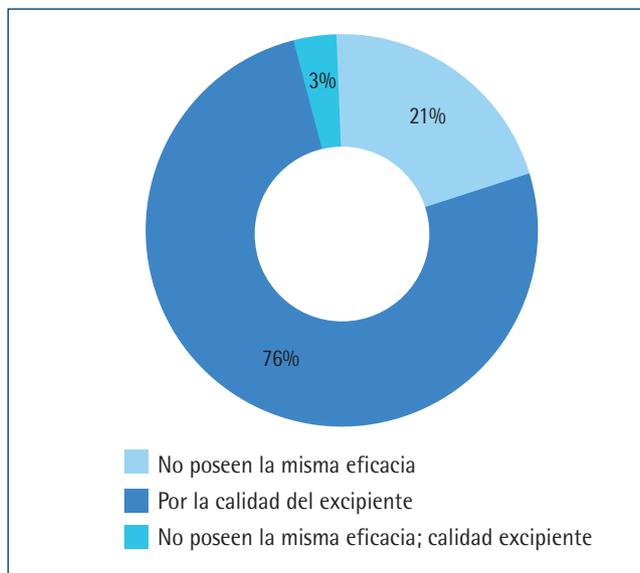


Gráfico 2. Motivo por el que no confían en la EFG

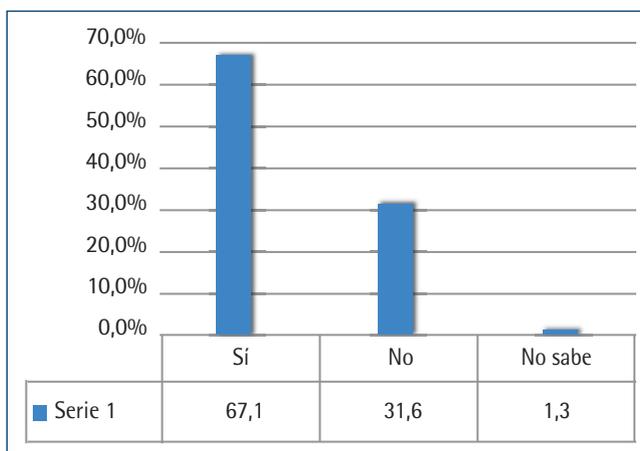


Gráfico 3. Las EFG son seguras para el paciente mayor polimedicado

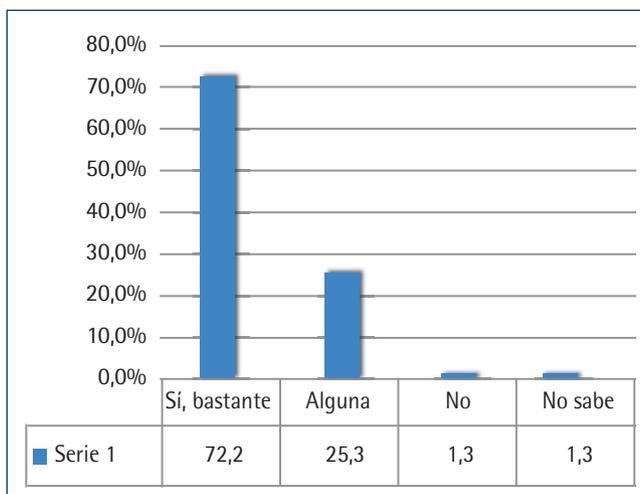


Gráfico 4. Las EFG crean confusiones en el mayor polimedicado

cataratas con un 46,5%, hayan influido en el consumo de los diferentes fármacos a la hora de poder confundirse o no saber qué están tomando en un determinado momento. El 92% de los pacientes sufría de alteraciones visuales, pero muchos de ellos manifestaron identificar bien los nombres de las EFG y no tener problemas con ellas en ese aspecto.

A la vista de los resultados obtenidos en nuestro estudio se observa que un porcentaje elevado (33,3%) de los usuarios comentaron tener dificultades cuando se disponían a tomar su medicación. De ese porcentaje gran parte de los participantes expresaron que los problemas eran debidos a la confusión por el etiquetado del envase, así como por su diseño, color, forma, etc., coincidiendo con los resultados de otros estudios en los que se ha detectado el problema de la confusión secundaria al formato de las cajas.

Los farmacéuticos de nuestro estudio, menos de la mitad de ellos, expresaron que sí confiaban en las EFG, mientras que un porcentaje del 61% expresó una confianza sujeta al tipo de medicamento. Entre estos últimos, y los escasos farmacéuticos que expresaron su desconfianza en general, alegaron como principales motivos la calidad del excipiente (76%) y la eficacia (21%). Dentro de los farmacéuticos hay una gran proporción que dispensaba siempre que pudiesen fármacos genéricos y, sin embargo, una cantidad menor de este personal dispensaba solo en aquellos casos en los que confiaba.

Conclusiones

A la luz de todos los resultados obtenidos se puede concluir:

- Que las numerosas diferencias entre las EFG, sus presentaciones, formatos, denominaciones y otras características para su identificación, pueden causar confusiones en el paciente mayor polimedocado.
- A pesar de la gran diversidad de las presentaciones de los diferentes fármacos, no se ha producido el riesgo de no adherencia terapéutica por parte del paciente ni se han mostrado efectos adversos.
- El motivo más destacado por el que el personal farmacéutico no confía en las EFG es el de la calidad de los diferentes excipientes que los laboratorios añaden a cada fármaco.

Bibliografía

- [1] Paladino MA. ¿Medicamentos genéricos vs. originales? Rev. Arg. Anest [Internet] 2002 [citado 2 dic 2015]; 60(1):57-60. Disponible en: http://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/253/c.php
- [2] Real Decreto 1910/1984, de 26 de septiembre, de Receta Médica. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 259. [citado 2 dic 2015]. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Derogadas/r0-rd1910-1984.html
- [3] Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 306. [citado 2 dic 2015]. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/profesionales/farmacia/legislacion/leyes/indice/home.htm>
- [4] Sobrino Martín N. Jornadas: "La gestión farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud". Rev. Adm. Sanit. 2008 [citado 2 dic 2015]; 6(4):567-80.
- [5] Pérez Sacristán EM. La nueva prescripción por principio activo (en el Real Decreto-Ley 9/2011). Legislación sobre medicamentos. Instituto Teófilo Hernando (ITH), Universidad Autónoma de Madrid (UAM) 2012 [citado 2 dic 2015]; 10(1):75-6. Disponible en: <http://www.uam.es/otros-centros/ithmed/AFT%20V10N119%20legislacion.pdf>
- [6] Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 98. [citado 2 dic 2015]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
- [7] Instituto de Salud Carlos III; Escuela Nacional de Sanidad. Sobre medicamentos y farmacoeconomía 2011 [citado 2 dic 2015]; 16-170. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fdpublicacionesisciii/fddocumentos/20110966_Sobre_medicamentos_y_farmacoeconomia.pdf
- [8] Asociación Española de Medicamentos Genéricos [Internet]. Madrid: AESEG. Ficha informativa sobre medicamentos genéricos. [citado 2 dic 2015]. Disponible en: <http://www.aeseg.es/es/fichas-informativas-medicamentos-genericos>
- [9] Asociación Española de Medicamentos Genéricos [Internet]. Madrid: AESEG. Definiciones. [citado 2 dic 2015]. Disponible en: <http://www.aeseg.es/es/definiciones-medicamentos-genericos>

- [10] García Aprieta A, Hernández García C, Avendaño Solá C. Regulación de los medicamentos genéricos: evidencias y mitos. Instituto del Sistema Nacional de Salud. [Internet] 2010 [citado 2 dic 2015]; 34(3):71-82. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol34n3regulacionMedGenericos.pdf
- [11] Pérez Veiga JP, Jiménez de Andrés E. Medicamentos genéricos: garantías y resultados. Área de Farmacia del SESCAM. [Internet]. [citado 2 dic 2015]. Disponible en: http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/garantias_y_resultados.pdf
- [12] Cuesta Terán MT. Medicamentos genéricos: una visión global. Sistema Nacional de Salud [Internet] 2010 [citado 2 dic 2015]; 34(2):35-50. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol34n2medGenericos.pdf
- [13] Asociación Española de Medicamentos Genéricos [Internet]. Madrid: AESEG. Un recorrido por la historia de los medicamentos genéricos en España. [citado 2 dic 2015]. Disponible en: <http://www.engenerico.com/un-recorrido-por-la-historia-de-los-medicamentos-genericos-en-espana/>
- [14] Almarza C. Evolución del Mercado de Genéricos. AESEG: Asociación Española de Medicamentos Genéricos [Internet]. [citado 2 dic 2015]. Disponible en: <http://www.aeseg.es/documentos/Mercado%20Farmaceutico%20Genericos%20tras%20PREf%202013.pdf>
- [15] Otero López MJ, Codina Jané C, Tamés Alonso MJ, Pérez Encinas M. Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. Farm Hosp. [Internet] 2003 [citado 2 dic 2015]; 27(3):137-49. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero24.pdf>
- [16] García Velasco G, Tranche Iparraguirre S. Prescripción por principio activo: una mirada desde la Atención Primaria. Rev. Adm. Sanit. 2008 [citado 2 dic 2015]; 6(4):581-9.
- [17] Crespillo García E, Rivas Ruiz F, Contreras Fernández E, Castellano Muñoz P, Suárez Alemán G, Pérez Trueba E. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedcados desde una perspectiva cualitativa. Revista de Calidad Asistencial [Internet]. 2013 [citado 2 dic 2015]; 28(1):56-62. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X12001327>
- [18] Galán Retamal C, Garrido Fernández R, Fernández Espínola S, Padilla Martín V. Seguimiento del paciente anciano polimedcado en un área de salud. Unidad de Gestión Clínica de Farmacia, Hospital Antequera, Área Sanitaria Norte, Málaga, España [Internet]. 2010 [citado 2 dic 2015]; 34(6):265-70. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/farmacia-hospitalaria-121/seguimiento-paciente-anciano-polimedcado-un-area-salud-13188000-originales-2010>
- [19] Patricia Tabloski A. Enfermería geronológica. 2ª ed. Londres: Pearson; 2010.
- [20] Martín Graczyk AI, Piñeiro Acción A. Farmacología e iatrogenia. Guía farmacogerítrica. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo; 2004. p. 257-63.
- [21] Linton A, Garber M, Fagan NK, Peterson MR. Examination of multiple medication use among Tricare beneficiaries aged 65 years and older. J Manag Cuidado Pharm [Internet] 2007; [citado 2 dic 2015]; 13(2):155-62. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17330976>
- [22] Pfizer. Mitos y realidades de medicamentos genéricos. [Internet] [citado 2 dic 2015]; Disponible en: https://www.pfizer.es/docs/pdf/sala_prensa/seminarios/091105_Dossier_Genericos.pdf
- [23] Garena Pradillo P. Farmacología, proceso terapéutico y práctica enfermera. Farmacología. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2003. p.49-51.
- [24] Azagra Ledesma R, Aguyé Batista A. Los medicamentos genéricos y algunos de los problemas para su implantación en España. Aten Primaria [Internet] 2002 [citado 2 dic 2015]; 30(6):348-49. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656702790458>
- [25] Asociación Española de Medicamentos Genéricos. Primer estudio sectorial sobre la percepción de los medicamentos genéricos. Octubre, 2005. [citado 2 dic 2015]. Disponible en: <http://www.aeseg.es/Encuesta%20presentada%20a%20los%20medios%2019oct05.pdf>
- [26] Shrank WH, Liberman JN, Fischer MA, Girdish C, Brennan TA, Choudhry NK. Physician perceptions about generic drugs. The annals of pharmacotherapy [Internet] 2011 [citado 2 dic 2015]; 45(1):31-8. Disponible en: <http://aop.sagepub.com/content/45/1/31.shortANEXOS>

Anexo 1. Cuestionario paciente

Cuestionario sobre medición del cumplimiento terapeutico en el paciente mayor polimedocado y/o crónico

1. ¿Qué edad tiene usted?

- 65-75 a
- 76-85 a
- >86 a

2. Sexo:

- Hombre
- Mujer

3. ¿Cuántos medicamentos toma usted al día?

- 6 medicamentos
- 7 medicamentos
- 8 medicamentos
- 9 medicamentos
- 10 o > medicamentos

4. ¿Tiene usted alguna enfermedad crónica (diabetes mellitus, HTA)?

- Sí
- No

En caso de respuesta afirmativa, ¿cuál?

- Diabetes mellitus tipo I
- Diabetes mellitus tipo II
- HTA
- Enfisema
- Insuficiencia cardiaca
- Otras (asma, esclerosis múltiple)

5. ¿Presenta usted alguna alteración visual?

- Sí
- No

¿Cuál?

- Cataratas
- Glaucoma
- Retinopatía diabética
- Otras...

6. ¿Le han sustituido a usted desde la implantación de la ley el medicamento de marca al genérico?

- Sí
- No

7. La mayoría de los pacientes presenta dificultades para tomar los comprimidos, ¿tiene usted dificultades para tomar los suyos?

- Sí
- No

Si la respuesta es afirmativa. ¿A qué es debido?

- Confusión de nombre
- Confusión con el diseño/etiquetado/envasado
- Problemas en la interpretación de las prescripciones

8. ¿Ha sufrido usted alguna confusión o equivocación porque le hayan cambiado el tratamiento habitual con un medicamento de marca por un tratamiento nuevo con un medicamento genérico?

- Sí
- No

9. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

- Sí
- No

¿Con qué frecuencia?

- Siempre
- Muchas veces
- A veces

10. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja de tomarla?

- Sí
- No

11. ¿Podría decirme usted el nombre del medicamento que toma para su/sus enfermedad/ades?

- Sí
- No

Anexo 2. Cuestionario farmacéutico

Cuestionario sobre las percepciones que los farmacéuticos tienen acerca de los medicamentos genéricos

1. Indique qué piensa sobre la eficacia de los genéricos frente a los fármacos de marca. ¿Considera usted que tienen la misma eficacia?

- Sí
- No
- No sabe

2. ¿Qué información tiene usted acerca de los medicamentos genéricos?

- Información completa
- Ideas básicas, lo fundamental
- No tiene información

3. ¿Confía usted profesionalmente en los medicamentos genéricos?

- Sí, totalmente
- A veces, depende del medicamento
- No

En caso de respuesta negativa, ¿qué motivos tiene para no confiar en ellos?

- No poseen la misma eficacia
- Por la calidad del excipiente
- No son seguros para el paciente

4. A la hora de dispensar. ¿Qué criterio sigue con respecto a los medicamentos genéricos?

- Los dispensa solo en aquellos casos en los que confía en el genérico
- Los dispensa siempre que exista un genérico como alternativa
- No dispensa genéricos habitualmente

5. ¿Considera usted que los medicamentos genéricos son igual que los de marca en cuanto a la seguridad para el paciente mayor polimedcado y/o crónico?

- Sí
- No

6. ¿Cree usted que los medicamentos genéricos permiten al ciudadano mayor mejor acceso a los medicamentos?

- Sí
- No

7. ¿Piensa usted que la sustitución de medicamentos de marca por el genérico ha provocado confusión en el paciente polimedcado?

- Sí, bastante
- Alguna

No

8. ¿Ha tenido algún problema con algún paciente respecto al uso de fármacos genéricos?

Sí

No

No sabe

9. ¿Conoce algún caso de algún paciente suyo el cual haya tenido algún ingreso hospitalario debido a alguna reacción adversa producida por la confusión de algún medicamento genérico?

Sí

Alguno

No

10. Escriba libremente cualquier comentario respecto al uso y prescripción de medicamentos genéricos:

¹ Alexandrina Lobo
² Karina Dominguez
² Jesús Rodríguez

Satisfacción de los usuarios de los centros de salud de la ciudad de Ourense

¹ Profesor coordinador ESEDJTMM.

Dirección de contacto: damiaolobo@gmail.com

² Estudiante de Enfermería ESEDJTMM.

Resumen

Objetivo: la evaluación de la satisfacción de los usuarios se ha convertido en un instrumento de valor creciente, es considerado un indicador de la calidad de los servicios, influyendo en los niveles de utilización de los servicios sanitarios. En este estudio se describe el nivel de satisfacción de los usuarios del centro de salud Nóvoa Santos de la ciudad de Ourense, analizándolo según las características socioeconómicas.

Método: se realizó un estudio transversal de tipo descriptivo-correlacional en una muestra intencional de 50 usuarios a la salida del centro de salud en el mes de septiembre de 2014. En la recogida de datos se utilizó el cuestionario de la satisfacción de usuarios con respecto a los servicios de Atención Primaria de Raposo (2009).

Resultados: los valores de satisfacción son superiores para el servicio de enfermería, seguido de la atención médica. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad y la clasificación de la renta.

Conclusiones: de una forma general, se reflejan buenos resultados de satisfacción, pudiendo concluirse que la calidad de los cuidados es adecuada. El aspecto relacional de los profesionales se destaca en relación a los aspectos estructurales.

Palabras clave: satisfacción; Atención Primaria; enfermería.

Abstract

Users' satisfaction in healthcare centers in Ourense town

Purpose: evaluation of users' satisfaction has become an increasingly valued tool, and is considered to be a marker for the service quality, with an impact on the level of use of healthcare services. The present study reports satisfaction level among users of the healthcare center Nóvoa Santos in Ourense town. Results have been analyzed based on socio-economic characteristics.

Methods: a cross-sectional, descriptive-correlational study was carried out in an intentional sample including 50 users when leaving the healthcare center, in September 2014. Data were collected by means of a questionnaire on user satisfaction on primary care services, developed by Raposo (2009).

Results: satisfaction levels were higher for nursing services, followed by medical care. Statistically significant differences were observed between age groups and between income categories.

Conclusions: overall, a high satisfaction level was found, meaning healthcare quality is adequate. Relational features with healthcare professionals are emphasized compared to structural features.

Key words: satisfaction; primary care; nursing.

Introducción

La Atención Primaria constituye el primer nivel de acceso de la población al sistema público de salud, donde se desarrolla la medicina general o familiar, debiendo estar al alcance de todos los individuos y familias para resolver los problemas de salud comunes, realizar actividades preventivas y garantizar la atención integral y continuada de los usuarios. Cuenta con un conjunto de profesionales multidisciplinares que abarca pediatras, médicos de familia, enfermeros, además de un conjunto de profesionales que amplían los servicios ofrecidos a los usuarios. Esta labor asistencial incluye la consulta programada tanto a demanda como urgente.

La satisfacción del usuario es uno de los aspectos que en términos de evaluación de los servicios de salud y su calidad ha venido cobrando mayor atención en salud pública, siendo considerada desde hace poco más de una década uno de los ejes de evaluación de servicios de salud. Aunque es cierto que existe un intenso debate en cuanto a su concepción y metodologías de medición, también es importante la relevancia de la visión de los usuarios sobre los servicios como un elemento clave en la mejoría de la organización y provisión de los servicios de salud (1).

El concepto de satisfacción del usuario se basa en la diferencia entre las expectativas del usuario y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera, las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio (2).

Según la literatura consultada importa destacar, desde una perspectiva multidimensional, los siguientes factores que influyen en la satisfacción:

- Factores individuales: demográficos (edad, sexo, raza, etc.), sociales (estado civil, grupo social, nivel de estudios, dinámica organizacional de la comunidad, redes de participación social, etc.), económicos (nivel de ingresos y gastos), culturales (etnia, expectativas, concepciones culturales sobre los servicios de salud y el proceso salud-riesgo-enfermedad, etc.) y experiencia con el servicio (desenlace del contacto previo entre el usuario y el servicio).
- Factores familiares/sociales: experiencias de amigos con el servicio, familiares, de la red social circundante, conducta y concepción del entorno familiar sobre el proceso salud-enfermedad.
- Factores del servicio de salud: de accesibilidad geográfica (distancia al servicio de salud) y otros dependientes de la propia organización del servicio de salud (comunicación interpersonal, resolución del servicio, tiempo de espera para la atención, eficacia de las acciones, trato y cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, confort del local, privacidad).

En los últimos años, el estudio de satisfacción de los usuarios, con respecto a los servicios sanitarios, se ha convertido en un instrumento de valor creciente, tomando ejemplos como la encuesta de satisfacción de usuarios con los servicios de atención primaria realizada por el centro de investigaciones sociológicas aplicada durante varios años. El hecho de que se acepte que la satisfacción del usuario es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales justifica que esta se haya incorporado como una medida de calidad. El análisis de la satisfacción también se está utilizando como instrumento para legitimar las diferentes reformas sanitarias, ya que la opinión del usuario puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios (3).

Sans Corrales et al. (4) indicaron que en la evaluación del producto final del cuidado de la salud se debe considerar, además del impacto en la dimensión de salud y económica, el impacto en la dimensión de satisfacción, definida como el nivel en el cual los usuarios encuentran las perspectivas de servicio en salud esperadas, siendo entonces la medición de la satisfacción del usuario en Atención Primaria de salud un elemento clave para mejorar la calidad de atención.

La evolución del servicio sanitario estuvo siempre marcada a lo largo de la historia por la opinión de los usuarios, que mostrando su nivel de satisfacción podían orientar a estos servicios hacia un cambio. En la última década se ha producido un notable auge de estudios encaminados a promover en los ciudadanos que utilizan los servicios de salud, una sensación de agrado con los cuidados recibidos. Así, en este estudio se plantearon los siguientes objetivos: a) describir el nivel de satisfacción de los usuarios del centro de salud Nóvoa Santos de la ciudad de Ourense; b) analizar el nivel de satisfacción según las características socioeconómicas.

Metodología

Con relación a la metodología se realizó un estudio transversal de tipo descriptivo-correlacional y de naturaleza cuantitativa. Optamos por seleccionar una muestra realizada con base en el método no probabilístico, intencional y por conveniencia de 50 sujetos que fueron escogidos al encontrarse a la salida del centro de salud en el mes de septiembre del 2014. Los

criterios de inclusión fueron de ser mayores de 18 años, residir e utilizar el centro de salud público de esta área geográfica ya que no tiene sentido incluir en este análisis sujetos que no hayan utilizado estos servicios en el último año.

En este estudio se tuvo en consideración los procedimientos éticos de la Declaración de Helsinki (5) conforme expresamente declarado y garantizado, en la declaración del consentimiento informado, libre y esclarecido. Por ello, la participación de los individuos fue voluntaria y el consentimiento informado fue concedido a partir del momento en que los usuarios aceptaron cumplimentar los cuestionarios, sabiendo que el responderlos era algo facultativo y que podrían negarse en cualquier momento sin ningún tipo de represalias para la persona.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado con preguntas cerradas en escala ordinal, aplicado mediante la entrevista directa y consentida de los usuarios (cuestionario de la satisfacción de usuarios con los servicios de Atención Primaria realizada a través de la escala validada por Raposo (6)). Este cuestionario está constituido por 30 ítems evaluados sobre la escala de Likert y seis ítems sobre datos personales medidos nominalmente, en que el 1 corresponde a totalmente en desacuerdo y el 7 a totalmente de acuerdo, que diferencia 5 dimensiones: instalaciones del centro de salud, atención administrativa, servicio de enfermería, atención médica y valoración general.

Para analizar y tratar los datos se recurrió al programa estadístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) v. 19.0., utilizando estadística descriptiva e inferencial.

Análisis de resultados

Para entender mejor los resultados primeramente nos detenemos a describir las características sociodemográficas de la muestra en estudio (Tabla 1), observando que la mayoría es del sexo femenino, está entre los 31 y 59 años, son divorciados, presentan estudios superiores, refieren un rendimiento mensual entre 1.000 y 2.000 euros y son funcionarios públicos.

Con respecto a las dimensiones de la satisfacción, tal como se presenta en la Tabla 2, los valores son superiores para el servicio de enfermería, seguido de la atención médica, sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre los sexos.

Cuando se analiza la media de resultados por grupos de edad (Tabla 3), se constata que las personas con más de 60 años están más satisfechas que las más jóvenes, concretamente en la dimensión del servicio enfermería.

A su vez, en la Tabla 4, respecto de la clasificación de renta, se verifica que las personas con más de 2.000 euros están significativamente más satisfechas en el ámbito administrativo que las personas con rentas entre 1.000 y 2.000 euros.

Discusión de los resultados

Los cuidados de salud primarios son el primer contacto de los usuarios con los servicios de salud, actualmente más esclarecidos y más exigentes, esperan elevados grados de calidad, de ahí la importancia de analizar cuáles son los factores que determinan la satisfacción de los usuarios de los centros de salud (7). Así, en el presente estudio se buscó describir el grado de satisfacción de los usuarios con los centros de salud.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de la muestra

	n	Fr (%)
Sexo		
Femenino	31	62
Masculino	19	38
Grupo etario		
Menos 30 años	18	36
Entre 31-59 años	28	56
Más 60 años	4	8
Estado civil		
Soltero	12	24
Casado	8	16
Divorciado	23	46
Viudo	7	14
Habilitaciones literarias		
Sin escolaridad	3	6
Estudios básicos	8	16
Bachillerato	7	14
Formación profesional	7	14
Carrera universitaria	25	50
Rendimiento mensual		
Sin renta	5	10
Sin renta fija	6	12
Menos 1.000 €	7	14
1.000-2.000 €	23	46
Mas de 2.000 €	9	18
Ocupación profesional		
Sin ocupación	3	6
Estudiante	14	28
Pensionista	4	8
Funcionario de empresa privada	6	12
Funcionario público	17	34
Autónomo	6	12

Tabla 2. Descripción de las dimensiones de satisfacción por sexos

	Femenino	Masculino	Mann-Whitney
Instalaciones del centro de salud	5,14±0,8	4,93±1,1	0,681
Atendimento administrativo	4,46±1,3	4,32±1,5	0,934
Servicio enfermería	5,63±0,8	5,73±1,0	0,498
Atención médica	5,39±1,0	5,19±1,0	0,488
Satisfacción en general	5,11±1,0	5,11±1,1	0,975

Tabla 3. Descripción de las dimensiones de satisfacción por grupos de edad

	Menos de 30 años	Entre 31-59 años	Más de 60 años	Kruskal-Wallis
Instalaciones del centro de salud	4,88±0,8	5,13±0,9	5,20±1,1	0,396
Atendimento administrativo	4,17±1,4	4,64±1,3	5,19±2,3	0,423
Servicio enfermería	5,30±0,9	5,83±0,8	6,30±0,7	0,053*
Atención médica	5,01±1,0	5,51±0,9	5,54±0,7	0,544
Satisfacción en general	4,94±1,0	5,21±1,1	4,75±1,5	0,669

Tabla 4. Descripción de las dimensiones de satisfacción por grupos de renta

	Menos 1.000€	Entre 1.000-2.000€	Más 2.000€	Kruskal-Wallis
Instalaciones del centro de salud	5,03±1,0	4,95±1,0	5,39±0,5	0,355
Atendimento administrativo	4,31±1,9	4,14±1,2	5,64±1,0	0,009**
Servicio enfermería	5,49±1,0	5,72±0,8	5,67±1,1	0,916
Atención médica	5,29±1,5	5,30±0,9	5,46±1,1	0,763
Satisfacción en general	4,75±1,1	5,00±1,1	5,61±1,0	0,300

De una forma general, la calidad de los cuidados en los centros de salud es buena, lo que se refleja en los resultados de satisfacción, tal como demuestran los datos de la encuesta de satisfacción realizada por el Instituto de Estudios Sociales Avanzados del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, en colaboración con el Servicio Andaluz de Salud sobre la satisfacción del usuario de Atención Primaria en 2008 (8).

En nuestro estudio, los mejores resultados son para el servicio de enfermería, seguido de la atención médica, a semejanza de otros estudios (9). Según Santos et al. (10) la satisfacción en los usuarios está asociada a la tasa de uso de los cuidados de salud, a la efectividad de los cuidados y al estado general de la salud. Lo que conduce a considerar que la mejora del aspecto relacional, no solo influiría en la satisfacción del usuario sino también en una de las funciones fundamentales en el ámbito de la Atención Primaria (11).

Las características de una buena comunicación, la empatía y la atención directa parece ser las variables que más influyen al usuario sobre cómo va a evaluar la atención recibida. De acuerdo con Melo (12), los cuidados más personalizados resultan

en una mejor comunicación y mayor participación del usuario en el proceso terapéutico, la satisfacción con la prestación de cuidados aumenta su confianza en los servicios de salud, el cumplimiento de las orientaciones proporcionadas, la adhesión terapéutica, así como la recomendación a un familiar o amigo. Según este autor los sentimientos de insatisfacción solo surgen cuando los cuidados prestados no alcanzan las expectativas de lo esperado como normativo, en la medida en que los usuarios no aceptan como normal un conjunto variado de comportamientos de los profesionales de salud. El hallazgo más significativo en los estudios de satisfacción es que las características de la organización y el cuidado "más personalizado" están asociados a mayores niveles de satisfacción.

La satisfacción de los usuarios puede ser considerada como un indicador de resultados en salud (13,14). Según estos autores la evaluación de los servicios de salud por parte de los usuarios permite identificar potenciales áreas que necesitan mejoras, perfeccionando de acuerdo con las necesidades de la sanidad. Aunque la evaluación de satisfacción debe ser contextualizada, teniendo en cuenta que la misma se refiere a una apreciación y/o percepción individual y subjetiva, basada en experiencias pasadas y situaciones semejantes (10).

Conclusión

La satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con factores como el estilo de vida, las experiencias previas y las expectativas de futuro. Este componente de subjetividad y su relación con el contexto social dificulta el análisis de la satisfacción del usuario. Sin embargo, el análisis de este constructo es importante para proporcionar insumos de información pertinente para generar desde la gestión respuestas oportunas y optimización de los recursos sanitarios.

Bibliografía

- [1] Seclén-Palacín J, Darras C. Satisfacción de los usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú: An. Fac. Med.; 2005.
- [2] Agudelo D, Bretón-López J, Buéla-Casal G. Análisis comparativo de las revistas de Psicología de la Salud editadas en castellano. Colombia: Fundación universitaria Konrad Lorenz; 2005.
- [3] Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Aspectos subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. Investigación y educación en enfermería. 2013.
- [4] Sans Corrales M, Pujol Ribera E, Gené Badia J, Pasarín Rúa MI, Iglesias Pérez B, Casajuana Bruent J. Family medicine attributes relates to satisfaction, health and costs. Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample. 2006.
- [5] World Medical Association (2008). Declaração de Helsínquia: Princípios éticos para a pesquisa médica envolvendo seres humanos. Helsínquia.
- [6] Raposo ML, Alves HM, Duarte PA. Dimensions of service quality and satisfaction in healthcare: a patient's satisfaction index. Serv Bus. 2009; 3:85-100.
- [7] Guimarães MCV. Satisfação do Utente e Qualidade Apercibida. Avaliação com Centro de Saúde de Aldoar. Dissertação de mestrado. Porto Universidade de Fernando Pessoa. 2009.
- [8] Serrano R, Ranchal J. La importancia e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de Salud. Index Enfermería [Internet] 2010 [citado 5 ene 2016]; 19(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962010000100002&script=sci_arttext
- [9] Oliveira AML, Guirardello EB. Satisfação do usuário com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. Rev Esc Enfermagem USP 2006; 40:71-7.
- [10] Santos O, Biscaia A, Antunes AR, Craveiro I, Júnior A, Caldeira R, Charondiére P. Os centros de saúde em Portugal: a satisfação dos utentes e dos profissionais. Ministério da Saúde: Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2010.
- [11] Orta MA, Rodríguez RM, Prieto J. Revista ROL de Enferm. 2013; 30(4):15-7.
- [12] Melo FG. Importância da gestão em saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública 2005; 23(1):3-4.
- [13] Starfield B. Refocusing the system. New England Journal of Medicine. 2008; 359(20):2087-91.
- [14] Franco M, Florentim R. A satisfação dos utentes em serviços de saúde: um estudo exploratório sobre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2006; 24 (1):21-35.

LA MEJOR FORMACIÓN ENFERMERA

ONLINE



Calidad

Contamos con los mejores autores: M^o Paz Mompart, Pilar Arroyo, José M^o Rodríguez Dacal, Elías Rovira...



Método

Toda nuestra formación está acreditada por la Comisión Nacional de Formación Continua



Flexibilidad

Estudia desde tu casa, desde el lugar que elijas y a la hora que mejor te venga. Solo tú conoces cuándo empiezas y cuándo acabas



Garantía

Más de 25.000 exalumnos avalan nuestra experiencia docente



Mejor precio

Como siempre, en DAE nos esforzamos día a día por ofrecerte los mejores servicios a un precio justo. Así, te garantizamos la FORMACIÓN ACREDITADA de mayor CALIDAD al mejor PRECIO



auladae
Grupo Paradigma

www.auladae.com

¹ Alba Simón Melchor
² Lucía Simón Melchor
³ Gema Naranjo Soriano
⁴ Rebeca Gil Salvador
⁵ Javier Solano Castán
⁶ María Luisa Jiménez Sesma

Importancia de la higiene de manos en el ámbito sanitario

¹ *Enfermera. Diploma de Especialización en accidentes de tráfico. Título de experto en indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios. Enfermera de Atención Continuada del Centro de Atención Primaria de Calaceite (Alcañiz).*

² *Enfermera. Diploma de Especialización en accidentes de tráfico. Título de experto en indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios. Enfermera de hospitalización del Hospital Comunitario de Norwich (Norwich, Reino Unido).*

³ *Enfermera. Título de enfermero experto en indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios. Enfermera del servicio de quirófano del Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza).*

⁵ *Enfermera. Título de experto en indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios. Enfermera de Atención Continuada del Centro de Atención Primaria de Calaceite (Alcañiz).*

⁵ *Farmacéutico Loporzano. Huesca.*

⁶ *Enfermera. Máster Interuniversitario en Ciencias de la Enfermería. Experto en Gerontología Clínica y Social. Enfermera de Atención Continuada del Centro de Atención Primaria de Sector Alcañiz (Alcañiz).*

Dirección de contacto: Alba1986_7@hotmail.com
 asimonm@salud.aragon.es

Resumen

Objetivo: presentar recomendaciones acerca de la higiene de manos (HM), además de dar a conocer los procedimientos de HM como pieza clave para la prevención y control de la infección nosocomial (IN).

Metodología: se ha consultado en revisiones sistemáticas, bases de datos biomédicas y en diferentes revistas, publicadas desde el año 2004 hasta el 2015.

Resultados: campañas como la estrategia multimodal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Alianza Mundial para la seguridad del paciente fomentan una correcta práctica de la HM.

El lavado de manos es una medida muy eficaz para evitar la transmisión de patógenos multiresistentes reduciendo las tasas de IN.

Conclusiones: la realización de una práctica tan básica como la HM es baja en muchas instituciones sanitarias, por lo que deberíamos llevar a cabo líneas de trabajo para incrementar las tasas de adherencia.

Palabras clave: prevención de enfermedades transmisibles; higiene de las manos; infección hospitalaria.

Abstract

The importance of hand washing in healthcare

Purpose: to describe currently existing recommendations on hand washing (HW) and to present HW procedures as a cornerstone of intrahospital infections' prevention and control.

Methods: a literature search was performed in systematic reviews, biomedical databases, and a number of journals, from 2004 to 2015.

Results: some campaigns, such as the World Health Organization (WHO) multimodal strategy and the WHO World Alliance for Patient Safety promote appropriate HW practices.

Hand washing is a very effective measure to avoid the transmission of multi-resistant pathogens and to reduce intrahospital infection rates.

Conclusions: use of HW, a basic and simple procedure, is rather low in many healthcare centers. Thus, new efforts should be done to increase adherence rates to HW.

Key words: prevention of communicable diseases; hand washing; intrahospital infection.

Introducción

Las infecciones relacionadas con los cuidados sanitarios representan un importante problema de salud pública y se consideran un indicador de calidad asistencial por su correspondiente coste y morbimortalidad atribuible (10,13-15).

Se conoce por infección nosocomial (IN), también llamada infección hospitalaria (IH) o infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS), a aquella infección que el paciente adquiere en relación con las atenciones recibidas durante un tratamiento médico y que no estaba presente en el momento de iniciar el contacto con la atención sanitaria (2). La propagación de los microorganismos responsables de la IN puede ocurrir a través de las manos del personal sanitario, de otras personas que están en contacto con los pacientes o con las superficies situadas en sus cercanías (10).

El riesgo de adquirir una IN ha variado con los años. El incremento de la población anciana, enfermedades como el sida, la creciente incorporación de nuevas terapias antineoplásicas, el mayor número de personas sometidas a trasplantes, el aumento de recién nacidos prematuros y la aparición de nuevos tratamientos inmunosupresores, entre otras causas, han provocado el aumento del número de personas susceptibles de presentar una IN de forma considerable (2,10). Junto a las causas anteriores, los avances tecnológicos, la optimización de los recursos, la adquisición de nuevos conocimientos y la versatilidad de los tratamientos han introducido variaciones en la atención al paciente como son las unidades de corta estancia, hospitales de día, cirugía ambulatoria, atención domiciliaria, etc. Esto implica una mayor movilidad del paciente y facilita la transmisión de patógenos de un centro a otro y de los centros asistenciales a la comunidad, siendo esto especialmente problemático ante la aparición de nuevas cepas multirresistentes (8,13).

En España, según datos del informe EPINE 2012-2014 (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España) el 5,60% de los pacientes ingresados en los hospitales españoles contrajo una IN durante su ingreso (1). Las principales localizaciones de la IN notificada en 2014 han sido las infecciones respiratorias (21,4%), quirúrgicas (20,9%), urinarias (20,1%), bacteriemias (15,3%) y otras localizaciones (4). Los microorganismos patógenos más prevalentes de estas infecciones han sido la *Escherichia coli* (15,17%), *Pseudomona aeruginosa* (11,18%) y *Staphylococcus aureus* (10,59%) (1,10). La HM es una medida importante y eficaz contra la infección asociada a los cuidados (2,11). Además, reduce el riesgo de IN ya que gran parte de ellas son prevenibles (13-16). Para garantizar la seguridad del paciente se considera la HM una opción fundamental (16). El concepto de seguridad hizo plantear a organismos como la Organización Mundial de Salud (OMS), el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) y otros, la necesidad de desarrollar estrategias como la HM para prevenir en lo posible los efectos adversos (EA) generados por la práctica clínica (7,8,16).

En 1847, a partir de estudios experimentales el doctor Igmaz Philip Semmelweis al depararse de los elevados índices de fiebre puerperal, postuló la interacción entre la falta de la HM y la IN, de modo que al instituir la obligatoriedad de la higiene con solución clorada entre la atención de cada paciente observó una reducción drástica de la tasa de mortalidad por sepsis puerperal. El descenso observado fue del 27% al 0,2% (9,11). Dentro de este contexto, la intervención propuesta por Semmelweis representó la primera evidencia de que la HM ante el contacto con los clientes podría reducir los índices de IN (11).

En el ámbito de la enfermería, Florence Nightingale se caracterizó como la primera impulsora del proceso de la HM. Afirmó que cuando se instalaban las enfermedades se producía la rotura de la dermis y consecuentemente se creaba una puerta de entrada para microorganismos. Una de las funciones de la enfermería era la restauración de la salud debiendo llevar a cabo acciones de HM, con el fin de promover la seguridad del paciente y crear un ambiente terapéutico seguro (9,10,11).

Objetivos

Por la importancia que se le concede a la HM en la prevención de las infecciones en las instituciones sanitarias y lo que representa para la seguridad del paciente, nos planteamos los objetivos de dar a conocer los procedimientos correctos de la HM como herramienta para la prevención y control de la IN, además de presentar recomendaciones sobre esta técnica.

Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática y exhaustiva desde octubre de 2014 hasta febrero de 2015, en diferentes fuentes de información utilizando la herramienta CASPe para la lectura crítica de los documentos obtenidos, la cual evalúa su validez, importancia y aplicabilidad. La técnica gráfica empleada para reducir el sesgo de publicación ha sido *Funnel Plot*.

Para no incurrir en el sesgo de selección se han empleado numerosas fuentes de información. En primer lugar se han consultado revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica, se ha continuado con fuentes secundarias como las bases de datos *Medline Cuiden*, *Ibacs*, *Enfispo*, *Lilacs*, *Amed*, *Trip Database* y *Science Direct* y en tercer lugar se ha realizado la búsqueda en las propias revistas tanto electrónicas como en formato papel. Se han incluido tanto artículos cualitativos o mixtos esenciales en actividades de prevención y control de infecciones, además de estudios cuantitativos para ampliar los resultados a analizar.

La estrategia de búsqueda se ha basado en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS/MeSH) como términos de indización. La terminología empleada ha sido Prevención de Enfermedades Transmisibles, Higiene de las Manos, Infección Hospitalaria, *Communicable Disease Prevention*, *Hand Hygiene*, *Cross Infection*, empleando distintas combinaciones, seleccionando los documentos publicados entre 2004 y 2015, escritos en los idiomas castellano, inglés y portugués.

Resultados

Se han incluido un total de 135 trabajos en la revisión sistemática que cumplían los requisitos que exigían los autores, se han desechado un total de 45 artículos por estar duplicados y 87 artículos que no tenían relación con el objetivo de nuestra revisión a pesar de poseer algún DeCS empleado en la búsqueda.

Las manos actúan como vectores de transmisión de patógenos. La HM es la medida primordial para reducir la incidencia y propagación de estos microorganismos, siendo una pieza clave para el control de infecciones (4-7,9,17).

La piel está normalmente colonizada y las zonas más propensas son el área perineal, el inguinal, las axilas, el tronco, la faringe, el tracto gastrointestinal, las extremidades, las fosas nasales y fundamentalmente las manos en los profesionales sanitarios (3,8,11). Los microorganismos presentes en las manos constituyen la flora residente y la flora transitoria. La flora residente coloniza las partes más profundas de la piel y tiene poco potencial patogénico. Por otro lado, la flora transitoria coloniza las capas más superficiales y se adquiere generalmente por el contacto con otro paciente o con superficies contaminadas. Esta flora está formada principalmente por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM), *Acinetobacter baumannii*, *Norovirus*, *Clostridium difficile*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella*, diferentes especies de *Cándidas* y otros microorganismos multirresistentes, que son los responsables de la mayoría de la IN (8). La HM permite eliminar esta flora transitoria.

Existen diversas técnicas para la HM como el lavado social o lavado higiénico con agua y jabón neutro, el lavado antiséptico de manos que incluye la HM con jabón antiséptico y antisepsia de manos con solución hidroalcohólica y, por último, la antisepsia quirúrgica, que incluye el lavado quirúrgico con jabón antiséptico y la antisepsia quirúrgica con solución hidroalcohólica (5,8,17). La selección de uno u otro procedimiento depende de la flora que se pretenda eliminar. El lavado con agua y jabón, por lo general, es suficiente para eliminar la flora transitoria, sin embargo, para la permanente está indicado el uso de antisépticos (12,17).

A continuación se describen los diferentes procedimientos. El lavado social es aquel que se realiza de forma convencional mediante la acción del agua y el jabón neutro, tiene efecto por arrastre y por la acción del jabón. La duración total del procedimiento es de 40-60 segundos y no es eficaz en la eliminación de diversos microorganismos patógenos (9,13,16,19). La clorhexidina al 4% o la povidona yodada al 7,5% son los productos que se emplean para realizar el lavado de manos con jabón antiséptico. Esta técnica de lavado permite eliminar la suciedad, la materia orgánica, la flora transitoria y parte de la residente de las manos, consiguiendo cierta actividad antimicrobiana residual. La duración es de 40-60 segundos (9,16,19). La antisepsia con solución alcohólica para la desinfección está compuesta por alcohol etílico o isopropílico como agentes desinfectantes, o pueden encontrarse como agentes tensoactivos con acciones humidificantes, emulsionantes, espumantes, emolientes o dermoprotectores. Se recomienda aplicar una dosis de la preparación a base de alcohol, cubrir ambas manos y frotarlas hasta que estén secas (9,13,16,19). Este procedimiento permite eliminar la flora transitoria y parte de la residente.

Se han encontrado numerosos estudios referentes a la eficacia de antisépticos con base hidroalcohólica, ya que presentan ventajas como la eliminación de múltiples microorganismos incluidos los virus, no requieren lavado o secado, provocan menor irritación y desecación en la piel y son mejor aceptados por parte de los profesionales sanitarios. La duración es de 20 a 30 segundos (16,17). La antisepsia quirúrgica se puede realizar indistintamente mediante un jabón antiséptico o solución de base alcohólica, antes de la colocación de los guantes estériles. Está indicado previo a una intervención quirúrgica, para remover mecánicamente la suciedad, la flora transitoria y residente, además de prevenir la contaminación del sitio quirúrgico por microorganismos presentes en las manos del equipo (16,19).

Para el lavado quirúrgico con jabón antiséptico los productos pueden ser un cepillo estéril a base de clorhexidina al 4% o de povidona yodada en solución jabonosa al 7,5%. El procedimiento consiste en mojarse las manos y los antebrazos con agua, aplicar la solución de lavado mediante las manos o una esponja y enjuagar bajo agua corriente. El tiempo recomendado

generalmente es de 2 a 5 minutos (16,17). Por otro lado, la antisepsia quirúrgica también puede presentarse con soluciones alcohólicas. Los tres alcoholes principalmente utilizados son el etanol, el isopropanol y el n-propanol o mezclas de estos. El procedimiento a seguir es aplicar sobre las manos y los antebrazos la solución de base alcohólica y esperar hasta que estas se sequen completamente para colocarse los guantes estériles. El tiempo de ejecución aconsejado es de 1,5 a 3 minutos (16,17). La OMS es el organismo principal que aporta directrices, basadas en fundamentos científicos, para la mejora de la HM en la atención sanitaria. Las recomendaciones aportadas por esta organización se clasifican utilizando el sistema desarrollado por *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, Atlanta, Georgia, Estados Unidos (Ver Tabla 1) (16). Este organismo, el 5 de mayo de 2009 como primera medida para reducir la IN, lanza la estrategia multimodal para la mejora del cumplimiento de la HM en los centros sanitarios. Los elementos principales de dicha estrategia son promover un cambio del sistema que incluye la instalación de dispensadores de solución alcohólica en el punto de atención al paciente, educar al personal sanitario, analizar el cumplimiento de la HM y evaluar los resultados de los profesionales (16).

Además, la OMS facilita una serie de recomendaciones para la mejora de la HM como son por qué, cómo y cuándo realizarla, además de cómo llevar a cabo la antisepsia preoperatoria de las manos (4-7,15). Respecto al por qué realizar la HM, esta organización nos informa que miles de personas mueren diariamente en todo el mundo a causa de infecciones contraídas mientras reciben atención sanitaria. Las directrices de cómo realizar la HM de la OMS pueden dividirse en cómo lavarse las manos o cómo desinfectárselas. El lavado de manos con agua y jabón está indicado cuando están visiblemente sucias (IB), manchadas de sangre u otros fluidos corporales (IB), después de usar el inodoro (II), cuando se sospecha o se tiene constancia de haber estado expuesto a patógenos que liberan esporas y en particular a brotes de *Clostridium difficile* (IB) (Ver Imagen 1) (6,16,17).

El procedimiento de desinfección comienza frotando las manos con un desinfectante a base de alcohol como medio habitual preferente para desinfectarlas cuando no están visiblemente sucias (IA). Es más rápido, más eficaz y mejor tolerado que lavarlas con agua y jabón, sin embargo, estos productos se debe utilizar en caso de no disponer de solución alcohólica (IB). (Ver Imagen 2) (6,9,16).

Entre las recomendaciones acerca de cómo realizar la antisepsia quirúrgica se encuentran: quitarse anillos, relojes y pulseras antes de iniciar la antisepsia (II), no utilizar uñas artificiales (IB), eliminar la suciedad de debajo de las uñas mediante un cepillo (II), antes de proceder a la antisepsia si están visiblemente sucias lavarlas con un jabón común (II), previa a la colocación de los guantes lavarse las manos con un jabón antimicrobiano o frotárselas con una preparación alcohólica (IB), si la calidad del agua en la sala de operaciones no es segura se recomienda emplear un producto a base de alcohol antes de colocarse los guantes (II), cuando se utilice una preparación alcohólica aplicar el producto únicamente para secar las manos (IB), no utilizar simultáneamente el frotado de manos quirúrgico con el frotado a base de alcohol (II), tras aplicar la solución alcohólica permitir que las manos y los antebrazos se sequen completamente antes de colocarse los guantes estériles (IB) (4,9,16,17).

Tabla 1. Sistema usado para clasificar las recomendaciones de la guía

CATEGORÍA	CRITERIO
IA	Fuertemente recomendado para su implementación y con sólido respaldo de estudios clínicos, epidemiológicos o experimentales bien diseñados
IB	Fuertemente recomendado para la implementación y con el respaldo de algunos estudios clínicos o epidemiológicos experimentales y sólida base teórica
IC	Requerido para su implementación según normas o estándares federales o estatales
II	Sugerido para su implementación y respaldado por estudios clínicos o epidemiológicos indicativos o base teórica o el consenso de un panel de expertos

Fuente: Guía de la OMS sobre Higiene de manos en la Atención de la Salud: Resumen. OMS.



Imagen 1. ¿Cómo lavarse las manos?



Imagen 2. ¿Cómo desinfectarse las manos?

Las recomendaciones respecto al cuándo son "los 5 momentos para la higiene de las manos", desarrollados desde 2005 por la OMS (6). Incluyen: antes del contacto con el paciente (IB), previo a la realización de una tarea limpia y/o aséptica (IB), después del riesgo de exposición a fluidos corporales (IB), tras el contacto con el paciente y el entorno del mismo (IB). Para prevenir la transmisión de microorganismos al paciente está indicada antes del contacto directo con el paciente y antes de la realización de una tarea limpia y/o aséptica. Los momentos en los que está indicada la HM para evitar la transmisión de microorganismos al profesional sanitario son después del contacto con el paciente, después del riesgo de exposición a fluidos corporales y tras el contacto con el entorno del paciente (Ver Imagen 3) (8,9,16).

Los cuidados de la piel y el uso de guantes son otras de las recomendaciones que aporta la OMS en su estrategia multimodal. La piel íntegra es la mejor barrera contra la infección. El correcto cuidado de las manos tras su higiene previene de posibles alteraciones de la integridad cutánea (19). Ante esta situación, la OMS ha realizado unas recomendaciones que son: incluir en los programas de formación de los trabajadores



Imagen 3. Los 5 momentos para la higiene de las manos

de la salud información sobre las prácticas del cuidado de las manos reduciendo las dermatitis de contacto u otras lesiones cutáneas (IB), proporcionar otros productos a aquellos profesionales que tengan alergia o sufran reacciones adversas (II), proveer a los profesionales sanitarios de lociones o cremas para reducir las dermatitis de contacto asociadas a la antisepsia o el lavado de manos (IA), no utilizar jabones antimicrobianos cuando se disponga de preparaciones a base de alcohol (II), no utilizar al mismo tiempo jabones y productos alcohólicos (II) (7,18).

Los guantes constituyen una medida de protección en el medio sanitario, formando una barrera protectora para prevenir la contaminación de las manos y reducir la probabilidad de transmisión de microorganismos durante procedimientos invasivos. Si se realiza un uso inadecuado de los mismos puede provocar que actúen como vehículo de transmisión y transporte de gérmenes. Los consejos que aporta la OMS respecto a los guantes son: realizar la HM aunque se utilicen guantes (IB), usarlos siempre que se prevea el contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos como membranas mucosas o piel lesionada (IC), quitárselos después de atender a cada paciente (IB), no reutilizar el mismo par de guantes para atender a otro paciente (IB), cambiárselos al pasar de una zona corporal contaminada a otra zona corporal en el mismo paciente (II), cuando sea necesario volver a utilizarlos, seguir un procedimiento seguro para su colocación (II) (4,7,16,18).

La OMS crea en el 2010 el Marco de autoevaluación de la HM, como instrumento sistemático para obtener un análisis de la situación de esta práctica y su promoción en cada centro de atención sanitaria. Su finalidad es identificar las cuestiones fundamentales que necesitan atención y mejora. Sus resultados pueden utilizarse para facilitar la formulación de un plan de acción para el programa de promoción de la HM en los centros. Su aplicación reiterada también permite documentar los progresos realizados a lo largo del tiempo.

Este Marco de autoevaluación consta de cinco componentes y 27 indicadores. Los cinco componentes reflejan cinco elementos de la estrategia multimodal de la OMS. A su vez, los indicadores se han seleccionado de modo que representen los principales elementos de cada componente, se basen en evidencias y en el consenso de los expertos. Se han formulado como preguntas con respuestas predefinidas (sí o no, elección entre opciones múltiples) a fin de facilitar la autoevaluación. En función de la puntuación obtenida en los cinco componentes se le asigna al centro uno de los cuatro niveles insuficiente, básico, intermedio o avanzado (18). Partiendo de este marco de autoevaluación para concienciar y motivar tanto a los pacientes como a los profesionales en la HM, la OMS invita a todos los países a adoptar este desafío en sus sistemas sanitarios mediante la utilización de campañas en los centros (16).

En la mayoría de los estudios revisados el grado de cumplimiento de esta técnica es bajo previo a la realización de estas campañas (15,16). Estos programas han resultado viables y sostenibles mediante la realización de una serie de ajustes en los centros y países (16), obteniendo un cumplimiento significativo de esta práctica y mejorando el conocimiento de los trabajadores. Después de su evaluación en la mayoría de los casos la tasa más alta de cumplimiento de la HM correspondía al personal de enfermería (16). Sin embargo, se han detectado numerosas barreras que dificultan su cumplimiento (15). Entre estas barreras se encuentran las relacionadas con la falta de conocimientos que tienen los propios profesionales sanitarios, la falta de motivación, la presencia de una actitud incorrecta, la creencia del bajo riesgo de no realizar la técnica, la poca accesibilidad a los productos o la irritación de la piel producida por estos, el uso de guantes en vez de antisepsia, la falta de dispensadores, la sobrecarga asistencial, la priorización en la atención al paciente frente a la antisepsia, el elevado coste de los sistemas electrónicos y vídeos necesarios para las campañas, la falta de modelos de conducta, la falta de una cultura de seguridad y el olvido o desconocimiento de las recomendaciones existentes (15,16).

En la actualidad la falta de una cultura de seguridad es un problema mundial de salud pública (7,8,16,17). Por ello, organismos como el Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa, en el año 2006, desarrolla unas recomendaciones en las que se plantea situar la seguridad del paciente en el centro de todas las políticas sanitarias, elaborando un marco político en materia de seguridad (7,8,18). La Alianza Mundial para la Seguridad del paciente de la OMS, en 2005-2006, elabora el documento "Una atención limpia es una atención más segura". La alianza elige como tema de su primer Reto Mundial las IN debido a sus consecuencias sobre los pacientes (7-9,16,18).

El objetivo principal es mejorar la HM en todo el mundo, comprometiendo a los países a aplicar estrategias de fomento de esta práctica y ensayar la aplicación de las directrices de la OMS en la atención sanitaria (16). Los instrumentos necesarios para lograr con éxito el Reto Mundial son la educación y motivación del personal asistencial, liderazgo y disponibilidad de guías clínicas claras y fáciles de seguir, apoyo administrativo, participación de los pacientes y cambios sistemáticos que garanticen la disponibilidad de productos para la HM en el punto de atención al paciente (7,12,18). Estos nos pueden ayudar a disminuir los factores de riesgo tanto individuales, grupales, institucionales o gubernamentales asociados a un escaso cumplimiento de la HM (7).

El Día Mundial del Lavado de Manos es una oportunidad para consolidar este beneficioso hábito. La OMS festeja desde el año 2005 cada 5 de mayo, el Día Mundial de la Higiene de Manos coincidiendo con el lanzamiento del Reto Mundial para la Seguridad del Paciente bajo el lema "Salvar vidas está en tus manos". Esta organización fomenta la difusión de "los 5 momentos para la higiene de manos" empleando la regla nemotécnica 5-5-5 (el día 5, del mes 5 y los 5 momentos) (4,6,7). En los profesionales sanitarios la necesidad de efectuar la HM está estrechamente ligada a la actividad asistencial. Por otro lado, Unicef desde el 2008 cada 15 de octubre celebra el Día Mundial del Lavado de Manos, siendo una manera de promover la cultura mundial y local del lavado de manos con agua y jabón, destacar la situación de esta práctica en cada país y aumentar la concienciación sobre sus beneficios. Su finalidad es concienciar a la población de que un poco de agua y jabón pueden salvar muchas vidas. El día 15 de octubre se diferencia del 5 de mayo en que presenta un enfoque comunitario, para crear este hábito en las personas y en la comunidad (hogares, escuelas, colegios), además de asegurar la provisión de agua potable en toda la población. Sin embargo, el 5 de mayo promueve un enfoque destinado a las instituciones de atención sanitaria (hospitales, colegios, puestos de salud). El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se adhiere al día Mundial de la Higiene de Manos de la OMS pretendiendo impulsar a nivel global la HM en el punto de atención al paciente (15,17). Este organismo promueve y apoya la celebración de esta jornada a través del programa de la HM del Sistema Nacional de Salud (SNS) inserto en el Plan de Calidad del SNS, para la mejora de la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios (20).

Conclusiones

Ha quedado demostrado que la HM es la medida más importante para evitar la transmisión de microorganismos multirresistentes responsables de la IN en los centros de atención de salud (4). Esta infección plantea un importante problema mundial para la seguridad del paciente y tiene un gran impacto económico en los sistemas sanitarios (13,15). La simple tarea del lavado de las manos en los momentos adecuados y de la forma correcta es una medida que todo profesional sanitario puede realizar para prevenir una infección que podría causarle un daño grave al paciente incluso derivar hasta la muerte (4,5,7,17).

Las tasas de cumplimiento de la HM evidenciadas son mayoritariamente bajas (17), por ello se han encontrado numerosos estudios acerca de campañas de promoción de la HM. A pesar del elevado número de artículos al respecto se ha echado en falta la continuidad en el seguimiento de estas campañas a lo largo de los años (15,16).

Conseguir incrementar la adherencia a esta técnica debería ser una de nuestras metas como profesionales sanitarios. Se podrían implantar protocolos de actuación en los centros sanitarios mediante el refuerzo y motivación de los profesionales, concienciación del equipo ante la seguridad del paciente y del propio profesional, el empleo de carteles o recordatorios y la formación de los sanitarios como parte de su actividad asistencial (13). Aunque las mayores tasas de HM corresponden al personal de enfermería, esto no debe caer en el olvido y debemos esforzarnos en continuar con la promoción de esta técnica tan útil para proteger tanto al paciente como al profesional.

Debido a que la mayoría de los trabajos encontrados corresponden al ámbito hospitalario, sería muy interesante que en el campo de la enfermería de Atención Primaria o Comunitaria se promovieran futuros proyectos, tanto en el ámbito rural como urbano. Estos podrían englobar estudios acerca de la reducción de la IN tras una correcta HM entre los profesionales de los centros de salud. A pesar de que la mayoría de estudios encontrados referentes al uso de antisépticos con solución hidroalcohólica enumera las numerosas ventajas de estos como su efectividad, rapidez y tolerancia, se ha observado que no se ha incentivado suficientemente su empleo en nuestros centros sanitarios (16). Por ello, creíamos importante aconsejar que cuando se disponga de él debe usarse de manera preferente para la antisepsia rutinaria de las manos.

Todos los centros sanitarios disponemos del acceso al Marco de autoevaluación de la HM de la OMS, ya que es una herramienta imprescindible para la promoción de la HM (16,18). Este sistema podría ser utilizado para elaborar y desarrollar protocolos de HM. Por último, sería conveniente realizar sesiones de evaluación de estos y en el caso de no obtener óptimos resultados elaborar planes de mejora en los centros. Se puede concluir que al brindar cuidados con las manos limpias se puede ofrecer un servicio más seguro, efectivo y de calidad.

Bibliografía

- [1] Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio EPINE-EPPS 2013. Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España. Informe global de España (Resumen); 2013 May-Jun. 38 p.
- [2] Abelairas Cadahia C, Dopico López N. Lavado de manos: revisión y actualización. *Metas Enferm* 2007; 10(7):14-8.

- [3] Centers for Disease Control and Prevention. CDC 24/7: Saving Lives. Protecting People. National Healthcare Safety Network (NHSN) [Internet]. USA: Centers for Disease Control and Prevention; 2013 Feb [citado 10 ene 2016]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nhsn/>
- [4] World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva (Switzerland); 2009. 64 p.
- [5] Sánchez Paya J, Galicia García MD, Gracia Rodríguez RM, García González C, Fuster Pérez M, López Fresneña N, et al. Grado de cumplimiento y determinantes de las recomendaciones sobre la higiene de manos. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* [Internet]. 2007 Jun [citado 10 ene 2016]; 25(6):369-75. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13106961&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=28&ty=153&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=28v25n06a13106961pdf001.pdf
- [6] Una atención limpia es una atención más segura. Material y documentos sobre la higiene de manos [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2009 [citado 10 ene 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/>
- [7] Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Reto Mundial en pro de la Seguridad del Paciente. Una atención limpia es una atención más segura. Génova (Suiza); 2005-2006. 18 p.
- [8] Vilella i Morató A, Sallés Creus M. Seguridad e infecciones nosocomiales: lavado de manos. *Calidad Asistencial* [Internet]. 2011 Nov [citado 10 ene 2016]; 81-6. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1776/81/1v00n1776a90040861pdf001.pdf>
- [9] Bayo Izquierdo MC. La higiene de manos y su importancia en la prevención de infecciones nosocomiales. *Ciberrevista* [Internet]. 2013 Jul-Ago [citado 10 ene 2016]; 32(4). Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2013/pagina7.html>
- [10] Bazán Calvillo J. Higiene de manos e infección nosocomial. *Revista Paraninfo Digital* [Internet]. 2012 [citado 10 ene 2016]; 15. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/002p.php>
- [11] Coelho MS, Silva Arruda C, Faria Simoes SM. Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria: un estudio cuantitativo. *Enferm Global* [Internet]. 2011 Ene [citado 10 ene 2016]; 10(21):[aprox 12 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/clinica2.pdf>
- [12] Pi-Sunyer Cañellas T, Banqué Navarro M, Freixas Sala N, Barcenilla Gaité F. Higiene de las manos: evidencia científica y sentido común. *Medicina Clínica* [Internet]. 2008 Dic [citado 10 ene 2016]; 131(3):56-9. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13132773&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=2&ty=144&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v131nSupl.3a13132773pdf001.pdf
- [13] Sala A, Martínez Hernández J. Los trabajadores sanitarios necesitan más formación sobre la higiene de manos. *Revista de Calidad Asistencial* [Internet]. 2014 Nov-Dic [citado 10 ene 2016]; 29(6):322-3. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/256/256v28n05a90231045pdf001.pdf>
- [14] Erasmus V, Huis A, Oenema A, van Empelen P, Boog MC, van Beeck EH, et al. The ACCOMPLISH study. A cluster randomised trial on the cost-effectiveness of a multicomponent intervention to improve hand hygiene compliance and reduce healthcare associated infections. *BMC Public Health* [Internet]. 2011 Sep [citado 10 ene 2016]; 11:721. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21943482>
- [15] Srigley JA, Lightfoot D, Fernie G, Gardam M, Muller MP. Hand hygiene monitoring technology: protocol for a systematic review. *Systematic Reviews* [Internet]. 2013 Nov [citado 10 ene 2016]; 2:101. Disponible en: <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/pdf/2046-4053-2-101.pdf>
- [16] Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen. Primer Desafío Global de Seguridad del Paciente. Una Atención Limpia es una Atención Segura. Génova (Suiza); 2009 Jul. 80 p.
- [17] Salvar vidas está en tus manos. 5 de Mayo: jornada mundial de higiene de manos en la atención sanitaria [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Campaña de Higiene de manos; 2011 [citado 10 ene 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/va/campannas/campanas11/higieneManos.htm>
- [18] Organización Mundial de la Salud. Marco de autoevaluación de la higiene de las manos 2010. Seguridad del Paciente. Una alianza mundial para una atención más segura. Génova (Suiza): OMS; 2010. 10 p.
- [19] Pantoja Ludueña M. Recomendaciones para la higiene de manos. *Revista Médica La Paz* [Internet]. 2010 [citado 10 ene 2016]; 16(2):63-8. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmclp/v16n2/v16n2_a11.pdf
- [20] Gobierno de España. Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas. Madrid (España): Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. 68 p.

¹ Artur Dalfó Pibernat
² María Feijoo Cid
³ Enric Dalfó-Pibernat
⁴ Jessica Rosell Vidal

A propósito de una mirada etnográfica en el día a día de un enfermero gestor de casos

¹ Enfermero gestor de casos, EAP Horta (Barcelona). Profesor asociado EUI Sant Joan de Déu (UB)

Dirección de contacto: adpibernat@gmail.com

² Profesora titular del Departamento de Enfermería. Facultat de Medicina. UAB. (Barcelona).

³ Enfermera, EAP Gòtic (Barcelona).

⁴ Enfermera, Hospital Quirón (Barcelona).

Resumen

Introducción: el presente caso narra la experiencia de una visita domiciliaria del enfermero gestor de casos (EGC) en Atención Primaria (AP). Así mismo, se hace una reflexión y análisis desde una mirada etnográfica.

Material y métodos: se trata de un caso etnográfico en el que mediante la descripción densa se analiza la experiencia del EGC durante una visita domiciliaria. La persona sujeto de la visita, Francisco, era un hombre de 84 años que presentaba un riesgo importante de aislamiento social.

Las técnicas utilizadas fueron la observación, la entrevista semiestructurada en profundidad y una valoración integral mediante las escalas/instrumentos que valoran la situación compleja de Francisco.

El análisis de los resultados se ha realizado a partir de una descripción en primera persona de la valoración durante la visita domiciliaria y un análisis crítico en el que se detectan los elementos pertenecientes al modelo laico y al modelo biomédico. El análisis se estructura a partir de las cinco categorías de Kleinman (1) (etiología, sintomatología, fisiopatología, curso de la enfermedad y tratamiento).

Resultados: el signo principal para el EGC es el edema, fruto de un incumplimiento terapéutico. Para la persona el síntoma prioritario es el aumento de la frecuencia para ir al baño. Las condiciones económicas en las que vive le obligan a encender el fuego de la cocina para calentar la casa.

Conclusiones: la mirada etnográfica en la gestión de casos se presenta como una posible herramienta eficaz para entender el mundo de la vida de las personas con problemas de salud-enfermedad-atención y posibilita una negociación de cuidados más exitosa por parte del EGC.

Palabras clave: etnografía; caso clínico.

Abstract

An ethnographic view in day to day life of a nurse case manager

Introduction: the present case reports the experience based on a home visit by a nurse case manager (NCM) in primary care (PC). Furthermore, a reflection and analysis from an ethnographic point of view is presented.

Material and methods: this is an ethnographic case in which NCM experience during a home visit is analyzed by means of a dense description. The visited individual, Francisco, was a 84-years-old man with a significant risk for social isolation.

The following methods were used: observation, in-depth semi-structured interview, and integral assessment based on scales/tools to evaluate Francisco's complex state.

Results have been analyzed using a first-person description for the assessment during home visit and a critical analysis to detect items belonging to a lay-person model and a biomedical model. The analysis has been structured with five categories, according to Kleinman (1) (etiology, symptoms, pathophysiology, course of disease, and treatment).

Results: from a NCM view, the main sign is edema, resulting from non-compliance. From the Francisco's point of view, the priority symptom was the need to use the bathroom frequently. As a result of his economic status, he had to use the kitchen burner to heat the house.

Conclusions: an ethnographic view in case management is a potentially effective tool that can be useful to understand the life of people having health-illness-care problems, and allows a more successful care negotiation to be performed by NCM.

Key words: ethnography; case report.

Introducción

El trabajo o tarea como enfermero gestor de casos (EGC) engloba una mirada diferente al actual Enfermero de Atención Primaria. Es un nuevo rol en nuestro contexto (2). Está orientado a la identificación y a la estratificación de sujetos en situación de riesgo para evitar los reingresos y la utilización de urgencias. La gestión de casos (3) por enfermería mejora la salud de la persona gracias a una mayor calidad de la gestión de las prestaciones y los cuidados, fomenta la globalidad y continuidad de la atención, favoreciendo la agilidad del sistema. Asimismo, optimiza y racionaliza el consumo de servicios, tanto sociales como sanitarios y ayuda a los grupos sociosanitarios menos favorecidos a alcanzar un mayor nivel de bienestar y calidad de vida.

La conciliación de la medicación y las visitas a los especialistas, el apoyo emocional, el grado de conocimiento de los recursos de la zona, el mayor conocimiento de los circuitos y del sistema, tanto primario como hospitalario u otros, y el trabajo en equipo con los trabajadores sociales, facilita que los gestores de casos puedan dar un valor añadido a la atención que se presta hoy en día a los pacientes crónicos complejos (PCC), y en casos concretos también en la enfermedad crónica avanzada o en el enfermo terminal, en este caso en estrecha colaboración con su equipo asistencial u otros (paliativos a domicilio).

Hay un consenso global acerca de la necesidad de reorientar la atención hacia un modelo más integral que garantice su efectividad en la continuidad de la atención, en la diversificación de servicios y la orientación de estos hacia la persona, ya que los pacientes siguen experimentando de forma persistente una atención segmentada por enfermedades, especialidades y entornos, y perciben nítidamente las consecuencias que esto les acarrea en su vivencia (4).

Si bien los EGC ofrecen un valor añadido de cuidados, desarrollan su trabajo en un entorno privilegiado: el entorno del paciente. Estar presente significa tener la posibilidad de observar y entender el sufrimiento de las enfermedades crónicas, pero previo a este entendimiento es preciso que la enfermera comprenda que la definición de un proceso como la enfermedad puede hacerse desde una instancia exterior (la mirada externa del profesional) o desde una interna (autopercepción (5)). En la antropología de los años 70 se estudió por primera vez la enfermedad como un acontecimiento cultural y no tan solo como un fenómeno natural. La enfermedad es una construcción poliédrica conformada por la *disease*, la *illness* y la *sickness*. La *disease* sería lo objetivo, pertenecería al campo de los signos, de aquello que puede objetivarse; la *illness* haría referencia al síntoma, a los significados asociados a la enfermedad, a la vivencia de la enfermedad experimentada por el sujeto; en tanto que la *sickness* implica las estructuras sociales, económicas y políticas que condicionan el hecho de enfermar.

Para Kleinman, la *disease* es el foco central de la biomedicina y habla de ella en términos de modelo médico hegemónico, en tanto que la *illness* es el locus central de la persona enferma y habla de ella en términos de modelo subalterno. En el encuentro entre el EGC y las personas que padecen una enfermedad crónica se confrontan dos modelos: el modelo biomédico, que ostenta la enfermera, y el modelo subalterno perteneciente a la persona enferma. Tanto en uno como en otro modelo Kleinman describe cinco categorías principales: etiología, sintomatología, fisiopatología, el curso de la enfermedad y el tratamiento.

El objetivo del presente trabajo es describir la experiencia del EGC durante una visita domiciliaria en términos de confrontación entre modelo biomédico y el modelo subalterno/laico.

Material y métodos

Se trata de un caso etnográfico cuya finalidad es, a partir de la descripción densa, analizar la experiencia del EGC durante una visita domiciliaria. Se analiza la primera visita domiciliaria de las ocho realizadas a lo largo de un año de seguimiento.

La visita se realizó en noviembre de 2012. La persona sujeto de la visita, Francisco, era un hombre de 84 años que, a pesar de no tener múltiples patologías crónicas típicas de su edad, presentaba un riesgo importante de aislamiento social¹ ya que vivía solo y su red social era pobre; es por ello, que desde la valoración del EGC presentaba un criterio de riesgo asociado a la fragilidad y a la vulnerabilidad. En este caso la vulnerabilidad social es considerada desde la gestión de casos como un indicador también de vulnerabilidad clínica (Tabla 1).

El EGC es un enfermero de 30 años con cinco años de experiencia en la GC y un total 10 años en la Atención Primaria.

Las técnicas utilizadas fueron la observación, la entrevista semiestructurada en profundidad y una valoración integral

¹ Aislamiento social. Carpenito (Carpenito L. Manual de diagnóstico de Enfermería. 4ª ed. Interamericana Mc Graw-hill. Madrid. 1993) define el aislamiento social como un continuo marcado por dos extremos, en un de ellos está la soledad y en el otro la intimidad. La soledad es un estado subjetivo que existe cuando una persona dice que lo hay y se percibe impuesto por otros.

Tabla 1. Valoración integral del paciente

VALORACIÓN INTEGRAL	RESULTADO	INTERPRETACIÓN
Función cognitiva. Pfeiffer	0	Sin deterioro cognitivo
Actividades básicas de la vida diaria. Barthel	100	Autónomo
Actividades instrumentales de la vida diaria. Lawton i Brody	2	Dependencia moderada No usa el teléfono en absoluto Calienta, sirve y prepara comidas, pero no mantiene una dieta adecuada No es capaz de responsabilizarse de su medicación
Índicadores de riesgo social	4	Riesgo social Persona que vive sola Condiciones de higiene personal deficientes La vivienda es inadecuada a las necesidades del enfermo: existencia de BBAA, humedad, falta de servicios básicos Se aprecia falta de recursos económicos: apreciación manifestada por el paciente y por la impresión de los profesionales (observación)
Criterios de riesgo	2	Mayor de 65 años Vive solo

mediante las escalas que valoran la situación compleja de Francisco (valoración funcional mediante Barthel y Lawton i Brodie; valoración cognitiva mediante el test de Pfeiffer; índice de riesgo social; Tabla 1). Así mismo, tenía asignados un trabajador social y el médico de referencia.

El análisis de los resultados se ha realizado a partir una descripción en primera persona de la valoración durante la visita domiciliaria y un análisis crítico en el que se detectan los elementos pertenecientes al modelo laico *versus* el modelo biomédico. El análisis se estructura a partir de las cinco categorías de Kleinman (6) (etiología, sintomatología, fisiopatología, curso de la enfermedad y tratamiento).

La categoría "curso de la enfermedad" no ha sido analizada, ya que se trata de una primera visita domiciliaria y, por tanto, no hay valoración consecutiva de los problemas enfermeros detectados (modelo biomédico).

Resultados

Descripción densa²

Primer lunes del penúltimo mes del año. Es un día gris, sin sol y que amenaza con lluvia. En las noticias por eso no han dicho que iba a llover. Son las 8:30 de la mañana y estoy en la consulta, como de costumbre, desde hace un tiempo preparando la mochila y el papeleo para salir a la calle. De cada domicilio imprimo la hoja de receta electrónica, el último informe de alta hospitalaria o el informe clínico con toda su historia clínica resumida, también las visitas con especialistas que tiene el paciente, la mayoría de veces he hablado previamente con sus referentes (médico de familia y/o enfermera). Previamente a salir, siempre aviso a todos los pacientes por teléfono. Hoy solo uno de ellos no me ha contestado, Francisco. En su proceso de salud-enfermedad-atención y desde una perspectiva enfermera los problemas principales son:

1. Incumplimiento terapéutico del tratamiento farmacológico (hidroclortiazida).
2. Aislamiento social.

² Clifford Geertze. Define la descripción densa.

Cuando pasan 15 minutos de las 10 de la mañana salgo del CAP. Me dirijo al domicilio de Francisco. Camino por las calles durante 10 minutos en este día sin lluvia, por el momento, hasta el domicilio. Llamo al timbre, y tras poco más de 15 segundos me abre un señor alto y delgado. Tiene aspecto descuidado, lleva barba de días y va vestido con ropa sucia. Me pregunta qué quiero con la puerta entreabierta. Le digo que soy gestor de casos, finalmente le acabo diciendo que soy enfermero del CAP. Le digo que vengo de parte del médico de familia, que no sabía nada de él hacía meses, estaba preocupada y me ha comentado si podía ir a verlo. Termina accediendo a dejarme pasar. Mientras estoy en el recibidor puedo ver el pasillo que conduce al final al comedor.

Espero, ya que además debe cerrar con llave la puerta. Caminamos los dos juntos hasta llegar al comedor. Este está lleno de periódicos, propaganda, hojas con anotaciones de los partidos del Barça de todas las temporadas anteriores, entre otras tantas cosas (parece síndrome de Diógenes). Parece no haber mucho orden en la casa. Casi no hay espacio para que pueda dejar la chaqueta y la mochila domiciliaria.

Mientras dejo en un lugar casi minúsculo la chaqueta y la mochila veo, al lado del comedor donde estamos, la cocina, y un fogón está abierto. Le pregunto a Francisco que hace el fogón abierto y me dice que es para calentar la cocina, que hace mucho frío y que no tiene calefacción, que tiene que arreglar la estufa/catalítica y que esta mañana pasará el "del butano". Al decir todo esto me ha mirado como si fuera la cosa más natural del mundo y yo, por dentro, no me lo acababa de creer.

Se sienta en el comedor con mirada de incredulidad, nos miramos y comienzo la entrevista. Le comento de nuevo lo que le he dicho en la puerta de casa, que vengo de parte del médico y que estamos interesados en él y su salud. Solo terminar dice que él está bien. Continuamos con la visita, le tomo la presión arterial y está a 134/68mm Hg y 70 latidos por minuto. Le pregunto por la alimentación, dice que come bien, que come de todo y que la mujer de un vecino a veces le lleva una vez por semana comida hecha por ella. Lo explica con mucho agradecimiento, "suerte de ella". El resto de la semana come yogures, natillas, pan y leche. Poco más.

Siguiendo la visita, y concretamente la exploración, puedo observar que Francisco presenta edemas importantes en las piernas y por eso le pregunto mirando la hoja de la receta electrónica: "¿Cómo se llama el fármaco que prescribió la doctora por orinar más?". Me dice: "Hidroclortiazida". "¡Pero no! ¡No lo pienso tomar!". Me sorprende que se sepa el nombre de un tirón.

Me dice una y otra vez que no lo piensa tomar ya que le hace ir a orinar muchas veces y que no puede estar pendiente de ir al WC tan a menudo. Intento explicarle como profesional de la salud el sentido de tomarlo, ya que tiene HTA y sufre también insuficiencia cardiaca, todo ello con un lenguaje adaptado a él. Me escucha, pero me vuelve a decir que él no podrá tomarlo, que si no estará orinando todo el día y eso no puede ser. Dejo el tema por unos minutos. Mientras me escuchaba o le hablaba miraba hacia abajo como si con él no fuese aquello.

Francisco vive en la casa donde vivió con sus padres. Es hijo único y toda la vida ha vivido en Horta. Vive solo en ella desde hace 25 años. Le comento como profesional de la salud que existe la posibilidad de la teleasistencia, recurso del Ayuntamiento de Barcelona para personas mayores. Francisco me mira y lo rechaza. Interpreto esta mirada como de sorpresa de él, como si yo no entendiera que él ya está bien como está ahora mismo, que no necesita nada de mí. Me mira como si yo viera todo con un prisma radicalmente opuesto al de él.

Le comento la posibilidad de las trabajadoras familiares, personas que acuden al domicilio y echan una mano a las personas como él para la higiene de la casa, la compra, poner en orden todo un poco. Continúa mirándome con incredulidad y rechazo, como si todo no fuera por él.

Mirada etnográfica

Francisco en esta primera visita rechaza todas mis propuestas de ayuda, todo lo que le ofrezco como posible tratamiento a los problemas de aislamiento social e incumplimiento terapéutico. Reflexiono y pienso que quizás ha rechazado todo lo que le viene impuesto desde fuera y más teniendo en cuenta que alguien extraño, y sin venir a cuenta, le dice cómo y qué debe hacer con su vida y además dentro de su entorno, en su domicilio, donde él reside desde que nació. Allí mismo en esa casa lleva ya 87 años viviendo, media vida con sus padres. Ni siquiera esa persona que tiene delante le escucha ni le entiende, ni quiere comprenderlo. Ni siquiera se pone en su piel y le escucha. Además, él tiene sus creencias y sus experiencias con las que hasta ahora ha ido haciendo. De forma más general tendría que haberle preguntado y no abordarlo en el rutinario *screening* de EGC. No presuponer problemas vistos desde nuestro prisma en actividades cotidianas y decisiones que él ha tomado, preguntándole cómo se encuentra, qué necesita, y en qué puedo ayudarle.

Para él todas las propuestas no son idóneas. Para él no es una necesidad que venga una enfermera al domicilio, mientras

que para el sistema sanitario sí que es una necesidad. Aquí el gestor de casos debe tener en cuenta la imposición del modelo biomédico sobre el modelo personal de Francisco. Este es un claro ejemplo de vigilancia y control, elementos claves del sistema médico hegemónico. Para el sistema biomédico la visita es necesaria, pero no para el paciente. Mirando atrás siempre es más fácil corregir *a posteriori* y ver algo que se ha hecho mal, faltó mi presentación como EGC al hablar con Francisco, ya que me presenté como profesional, mostrando una jerarquía innecesaria que posiblemente dificultó la relación en un momento inicial.

Como enfermeros, si no fuéramos a los domicilios con el chip puesto de vigilancia y control puede que nuestras preguntas se enfocarán de forma diferente. ¿Cómo está? ¿En que podría ayudarle? ¿Por qué no le preguntamos por sus problemas e intentamos conjuntamente ayudarle? Estas podrían ser algunas preguntas.

En relación a su falta de recursos económicos se le ofrece la posibilidad de que le atienda el trabajador social para intentar ayudarle, en la medida de lo posible, para mejorar la condiciones en la que vive (calefacción, ayudas sociales).

En relación a los signos biológicos, el edema es el más importante y está asociado al incumplimiento terapéutico. Presenta un edema con fovea. A él no le preocupa, no le molesta. Él no percibe esto como un problema ni que puede llegar a serlo, no conseguiremos nada y no se ha explorado lo que realmente le molesta: orinar en cada momento. Habría que comentarle estrategias de disminución de daños, cronoterapia del diurético, explorar por qué hasta ahora tomándolo se levanta más por la noche. Sobre todo, hacerlo partícipe.

En relación a la sintomatología, para Francisco lo más importante era la frecuencia de ir al baño porque le molestaba y le ocasionaba mucha incomodidad en su día a día. En tanto para el profesional lo importante era el edema (Tabla 2).

Un curioso ejemplo de la atención preferente prestada por los organismos públicos a los intereses de los productores ante los de los usuarios, se da en el caso de los diuréticos, como en el caso de Francisco para el tratamiento de la hipertensión arterial. Los ensayos y metaanálisis demuestran que los diuréticos a bajas dosis (hidroclortiazida o clortalidona a dosis de 12,4 mg/día), como es en el presente caso, son generalmente el tratamiento inicial y de la elección en España.

Tabla 2. Confrontación de modelos: modelo laico (Francisco) vs modelo biomédico

FRANCISCO (MODELO SUBALTERNO/LAICO)	EGC Y MODELO BIOMÉDICO	
Frío (calienta fogón de la cocina)	Frío (asociado a pobreza, falta de recursos) Riesgo de hipotermia	Síntoma
	Desorden del hogar y falta de limpieza. Síndrome de Diógenes	Etiología/curso de la enfermedad
Síntoma. Su prioridad es la molestia de ir frecuentemente al baño	Incumplimiento del tratamiento parcial (PA si, ICC no) Incumplimiento terapéutico	Sintomatología
No existe síntoma asociado	Falta autocuidado enfermedad (no es consciente de su enfermedad). Falta de autocuidado en relación a la enfermedad	Signo
Reconoce la hinchazón pero no le molesta ni le preocupa	Edema con fovea. Riesgo de heridas. ECG explica mecanismo de acción del diurético	Síntoma/ fisiopatología
La vecina le trae la comida a veces. No existe síntoma asociado	Falta de autocuidado alimentaria. Riesgo de desnutrición	Signo
No existe síntoma asociado	Falta autocuidado higiénica ropa sucia y vieja	Signo
Él no se siente solo	Aislamiento social relacionado con incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias	Etiología
No quiere la ayuda porque no la necesita, porque para él no es un problema	Se ofrece ayuda para problemas de limpieza del hogar, teleasistencia (aislamiento social). Aislamiento social y soledad	Tratamiento

Probablemente uno de los problemas de Francisco está asociado con la soledad y la pobreza (¡caramba tener el fuego encendido para calentar la casa!). En este escenario la parte económica y social hay que conocerla y explorarla.

Discusión y conclusiones

Hoy en día la cultura no es vista como homogénea o estática, sino dinámica, cambiante y en construcción. La visión etnográfica/antropológica hace hincapié en que la cultura no es una sola variable, sino que comprende múltiples variables, que afectan a todos los aspectos de la experiencia. La cultura es inseparable, no se puede separar de las condiciones económicas, políticas, religiosas, sociales, psicológicas y biológicas. Esta incluye el significado en las reacciones psicofisiológicas, el desarrollo de las relaciones interpersonales, el gran rendimiento de las prácticas religiosas, las interpretaciones de sentido común (7) y el cultivo de la identidad colectiva e individual.

En toda relación terapéutica se confrontan dos modelos: el del profesional sanitario que suele estar imbuido del modelo biomédico y el modelo del paciente/persona que es reconocido como modelo subalterno. Usualmente, y tal como se desprende de los resultados, existen divergencias entre ambos modelos, ya que lo que uno reconoce como problema de salud/enfermedad/atención el otro no lo vive o experiencia como tal.

Por ello, a modo de discusión crítica nos preguntamos por qué trabajamos con un modelo biomédico que invisibiliza la libertad y la autonomía del paciente fragmentándolo en partes y órganos y lo medicaliza a partir de visitas y controles que quizá él no cree convenientes. Como todavía no compartimos un modelo, o en su defecto el encuentro terapéutico no es vivido como una negociación de dichos modelos, el modelo del profesional se impone al modelo laico/subalterno. Esto es debido a la hegemonía que sustenta el modelo biomédico, de manera que esta orientación se convierte en parte del sentido común del profesional, y de las habilidades interpersonales convertido en una parte importante de los recursos clínicos (8) del profesional. Este proceso conduce a la subordinación y descalificación de la clínica, ya que los procesos personales tanto del paciente como del profesional, que tenían significación en la relación profesional/paciente, desaparecen cada vez más en la práctica, al ser esta regida por criterios de productividad y una mayor tendencia a la medicalización y a la prescripción farmacológica *versus* la toma de decisiones compartidas, la negociación entre modelos y la humanización del sistema sanitario.

Para que ello no suceda, autores como Kleinman y Good plantean el encuentro terapéutico como un escenario dialógico entre ambos modelos y en el que el paciente ha de ser visto como un individuo y no un estereotipo. En dicho encuentro, el paciente ha de ser experienciado como un ser humano que se enfrenta a la incertidumbre asociada a los procesos SEA, es decir, no es simplemente un caso, sino una oportunidad para que los profesionales sanitarios y concretamente, los enfermeros, pueda construir la relación terapéutica como un escenario basado en el reconocimiento mutuo y con un fuerte compromiso ético (9), desterrando las visiones de los enfermos y/o pacientes como problemas de contabilidad de costes (10).

A modo de resumen Kleinman (11) enfatiza en la importancia que el clínico, como un antropólogo de clases, pueda identificarse con la experiencia vivida de la enfermedad del paciente, y trate de comprender la enfermedad que el paciente entiende, siente, percibe y responde a ella.

Bibliografía

- [1] García Ballester L. Medicina y antropología social. Madrid. Akal universitaria; 1985.
- [2] Morales Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enf Clin* 2014; 24(1):23-34.
- [3] Dalfó Pibernat A. Paciente crónico complejo. *RCV&AP* 5; 2013.
- [4] Procter S, Wilson PM, Brooks F, Kendall S. Success and failure in integrated models of nursing for long term conditions: Multiple case studies of whole systems. *Int J Nurs Stud* 2013; 50:632-43.
- [5] Kleinman A. The illness narrative: suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books; 1988.
- [6] García Ballester L. Medicina y antropología social. Madrid: Akal universitaria; 1985.
- [7] Sahlins M. Culture and practical reason. Chicago: University of Chicago Press; 1978. p. 259.
- [8] Goethe. Elective affinities. New York: Penguin; 1978. p. 304.
- [9] Feijoo Cid M. La empatía como experiencia vivida: una mirada fenomenológica a la relación terapéutica. *Rev Rol enferm* 2014; 37(2):7.
- [10] Kleinman A. What really matters: Living a moral life amidst uncertainty and danger. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 272.
- [11] Kleinman A, Benson P. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *Plos Medicine* 2006; 3(10):1673-6.

¹ Yaiza Robayna Hernández
² María Begoña Sánchez Gómez

Osteoporosis en el climaterio: prevención y tratamiento

¹ Enfermera Hospital Quirón Costa Adeje, Tenerife.
² Enfermera, profesora en la Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria. Adscrita a la Universidad de la Laguna, Tenerife.

Dirección de contacto: yaizarobayna@gmail.com

Resumen

El climaterio se considera un proceso natural, en el que la mujer sufre cambios hormonales que pueden conllevar problemas de salud.

El objetivo de este trabajo es revisar la información disponible sobre el climaterio y la osteoporosis enfocada a la prevención, hábitos de vida saludables y tratamiento. Se realiza una búsqueda bibliográfica estructurada en bases de datos: CUIDEN, SciELO y PubMed. Se analiza la evidencia de los trabajos mediante SIGN. El calcio, la vitamina D, el ejercicio físico regular y el abandono de hábitos tóxicos son las medidas preventivas para combatir la osteoporosis. Los bifosfonatos son el fármaco de elección. Se recomiendan: 3-4 raciones/día de calcio, 10 microgramos/día de vitamina D, educación sanitaria enfocada a la inclusión de calcio y vitamina D en la dieta, evitar suplementos nutricionales, exponer la piel al sol, evitar el sedentarismo y los hábitos de vida no saludables.

Palabras clave: menopausia; alimentación; climaterio; osteoporosis; prevención; tratamiento; calcio; educación.

Abstract

Menopausal osteoporosis prevention and treatment

Menopause is considered to be a natural process, with women showing hormone changes that can result in health problems.

We aimed to review available data on menopause and osteoporosis focused on prevention, health lifestyle, and treatment. A structured literature search was carried out in the following databases: CUIDEN, SciELO, and PubMed. Quality of evidence provided by papers has been assessed using SIGN criteria. Calcium, vitamin D, regular physical activity, and avoiding smoking and substance use are the main preventive measures for osteoporosis. Bisphosphonates are the drugs of choice. The following measures are recommended: calcium 3-4 servings/day, vitamin D 10 micrograms/day; health education focused on: including calcium and vitamin D in usual diet, avoiding nutritional supplements, sun exposure, and avoiding sedentary lifestyle and non-healthy lifestyle.

Key words: menopause; diet; climacteric; osteoporosis; prevention; treatment; calcium; education.

Introducción

El climaterio se considera un proceso natural, versátil y de avance lento que constituye una etapa de la evolución y desarrollo de la mujer. Se comprende desde 2-8 años antes de la última menstruación hasta 2-6 años después. Durante su transcurso la mujer sufre importantes cambios hormonales que conllevan a su vez a problemas de salud (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa esta etapa entre los 45-64 años (2) y en ella se producen modificaciones de tipo orgánicas, sociales y psicológicas, pudiendo tener un comienzo inmediato o tardío (3).

La premenopausia es la etapa de 2 a 8 años previa a la menopausia, que puede cursar con o sin sintomatología.

La menopausia se define como el cese ininterrumpido de la menstruación durante más de 12 meses (2) debido a la pérdida de la actividad folicular ovárica, siendo esta la manifestación con más trascendencia del climaterio. Además, es importante destacar que existe la posibilidad de tener una menopausia precoz, antes de los 40 años, y una menopausia tardía, después de los 55 años, por lo que es significativo tratar todas las manifestaciones durante la perimenopausia (periodo comprendido entre el comienzo de los primeros síntomas y el primer año tras la menopausia).

Un dato a destacar es que la edad de comienzo de la menopausia se ha mantenido estable a lo largo de los años, siendo, según datos recogidos en 2006 por el Programa Poblacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama de Canarias, una edad media de inicio a los 48,5 años.

Se conocen dos tipos de posmenopausia: la inmediata cuyo periodo es de 12 meses desde la última menstruación, y la establecida con un periodo a partir de los 12 meses desde la última menstruación.

Con el aumento de la esperanza de vida, la población de mujeres climatéricas asciende de manera constante, comprobado pues en 2006 por el Instituto Nacional de Estadística, quien publicó un dato de casi 5,5 millones de mujeres entre 45-64 años. En concreto, en la Comunidad Autónoma de Canarias en 2007, el Servicio Canario de Salud registró 212.008 mujeres con edad comprendida entre los 45-64 años; suponiendo un 22% del total de la población femenina (1) (Tabla 1).

Es importante señalar que durante el climaterio y la menopausia las necesidades nutricionales se convierten en un aspecto importante, puesto que en este periodo el gasto energético disminuye (4) y aumentan los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, osteomusculares, seniles, cáncer y osteoporosis (2). Además, se debe tener conocimiento sobre la cultura de la paciente para entender el estilo de vida y enfocar la intervención para conseguir fomentar un hábito de vida saludable (3).

La osteoporosis es una enfermedad ósea que viene dada por una disminución de la resistencia ósea que predispone a fracturas (5,6).

La resistencia ósea integra aspectos cuantitativos del hueso como son el tamaño y la densidad mineral ósea (DMO), así como la calidad del hueso: macro y microarquitectura ósea, el remodelado óseo, la mineralización y la presencia de microlesiones (1).

Tabla 1. Edad y tipo de menopausia en Canarias

	MUJERES MENOPÁUSICAS EDAD MEDIO	MENOPAUSIA (AÑOS)	MENOPAUSIA PRECOZ	MENOPAUSIA TARDÍA	MENOPAUSIA NATURAL	MENOPAUSIA ARTIFICIAL
PROVINCIA DE LAS PALMAS	48.605	48,4	3.074 (6,3%)	2.011 (4%)	40.767 (83,8%)	7.117 (14,6%)
PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE	48.103	48,6	2.838 (5,9%)	2.118 (4%)	38.944 (81%)	8.815 (18%)
CANARIAS	96.708	48,5	5.912 (6,1%)	4.129 (4%)	79.711 (82%)	15.932 (16%)

Fuente: Alfonso Docampo MN, Gómez Arnáiz, Barata Gómez T, Pinos Galván JM, Guillén González V, Gutiérrez Almarza MA et al. 2007

La osteoporosis constituye un problema de salud importante, puesto que aumenta el número de fracturas y con ellas un aumento de la morbimortalidad y la alteración de la funcionalidad de las pacientes que se vean afectadas (5). Un dato relevante es que en España en 1995, el coste que acarrea el índice elevado de fracturas osteoporóticas se estimó en 18 millones de euros, siendo en la actualidad más de 25 millones.

Ferrer Mira y De la Fuente Díez (7) encuentran que los factores de riesgo son un aspecto importante a la hora de evitar fracturas y sus posibles consecuencias. Aunque diagnosticar la osteoporosis antes de que aparezca la fractura es muy difícil puesto que esta patología está considerada como la "epidemia silenciosa". (NE: 3 GR: D)(NE: nivel de evidencia según SIGN, GR: grado de recomendación según SIGN).

Proponen en su publicación dos tipos de factores de riesgo. El primero los inherentes al hueso como, por ejemplo, la masa ósea, la macro y microarquitectura, el recambio óseo y las microfracturas. Mientras que el segundo son los factores extra-esqueléticos, en los cuales están los factores no modificables como la genética y que actúan a lo largo de toda la vida como la genética, el ejercicio y la dieta, y los que pueden actuar en un momento determinado como son los fármacos, la dieta y las enfermedades.

Sobre la genética inciden en que es de los factores de riesgo más importantes, puesto que puede explicar la diferencia de más del 50% en relación a la DMO, además, ser hombre o mujer varía, siendo frecuente en el sexo femenino.

En cuanto a la edad, el pico más alto de masa ósea se logra alcanzar entre los 25-30 años, mientras que disminuye a partir de los 40 de forma lenta, aproximadamente un 0,5% al año, pudiendo tener una disminución del 3-5% a partir de los 50 años de edad.

En lo que a la alimentación y ejercicio físico se refiere, la vida sedentaria y la ingesta inadecuada de calcio y vitamina D, suponen un factor predisponente para padecer osteoporosis.

Estos autores también inciden en el riesgo que supone el tratamiento con ciertos fármacos, tales como corticoides, heparina y antiepilépticos, los cuales tienen un efecto a nivel del tubo renal, disminuyendo la formación y aumentando la resorción ósea (7).

La OMS ha establecido la densitometría ósea (DXA) como el método de referencia para diagnosticar la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas (5).

La escala T (*T-score*) es aquella que establece una comparación entre la densidad mineral ósea individual (cantidad de hueso mineralizado por unidad de volumen en mg/cm³) y la de adultos jóvenes con edades 20-35 años, sanos y del mismo sexo. Cuando la comparación se realiza con individuos del mismo sexo y edad, se habla de la Escala Z (*Z-score*). La solicitud de una densitometría ósea solo se justifica cuando el valor de la DMO fuera necesario para decidir el inicio del tratamiento (1).

Además, es importante señalar que en 1994 un comité de expertos de la OMS propuso el término de osteoporosis para así poder definir una categoría densitométrica que pudiera ser aplicable a mujeres caucásicas posmenopáusicas que presentaban una densidad mineral ósea (DMO) igual o inferior a -2,5 desviaciones estándar, respecto a la población joven del mismo sexo, es decir, un valor de T menor de -2,5.

Sin embargo, la Sociedad Internacional de Densitometría Clínica aconseja que estos criterios no se apliquen a la mujer joven, pudiendo utilizar la escala Z. No obstante, para diagnosticar una osteoporosis premenopáusica se recomienda no basarse únicamente en datos densitométricos, sino valorar los factores de riesgo tales como antecedentes de fracturas por fragilidad y las enfermedades o fármacos osteopenizantes (6).

No obstante, la función de la DXA no es un simple diagnóstico, sino que con ella se puede conocer el riesgo de fractura y evaluar pues la eficacia del tratamiento seleccionado en la menopausia. La clasificación de la osteoporosis (5) de acuerdo a la DXA está expuesta en la Tabla 2.

Tabla 2. Clasificación de la osteoporosis

DIAGNÓSTICO	T-SCORE
Normal	> -1
Baja masa ósea (osteopenia)	< -1, > -2,5
Osteoporosis	< -2,5
Osteoporosis severa	< -2,5 más, fractura de fragilidad

Fuente: Fernández Ávila DG, Mora C, Reyes Sanmiguel E, Darío Londoño J, Santos Moreno P, Valle-Oñate R. 2010.

Justificación

La relevancia de esta revisión bibliográfica se ve justificada, ya que en 2003 la esperanza de vida de la mujer es de 83,7 años (1), por lo que la menopausia y la osteoporosis secundaria a ella son aspectos que deben ser estudiados y tratados para ofrecer a las pacientes información actualizada y de calidad sobre prevención y tratamiento. El tratamiento farmacológico para la osteoporosis en el periodo de 1966-2000 se multiplicó por 16 según los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, lo que implica un coste de 156,26 millones de euros en el año 2000 (7). Por tanto es importante, desde el punto de vista enfermero, realizar una adecuada intervención sanitaria enfocada a la alimentación, ejercicio físico, tratamiento farmacológico, reducción del consumo de tabaco y alcohol en esta etapa, para asegurar a las pacientes una calidad de vida óptima tanto en el ámbito personal, familiar y laboral.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es revisar la información disponible sobre el climaterio y la osteoporosis enfocada a la prevención, hábitos de vida saludables y tratamiento.

Material y métodos

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos: CUIDEN, SciELO y PubMed, y páginas web específicas con los descriptores en ciencias de la salud: menopausia, conducta alimentaria, prevención primaria, osteoporosis, calcio, educación continuada, climaterio. La estrategia de búsqueda se incluye en las Tablas 3 y 4.

Tabla 3. Estrategia de búsqueda bibliográfica en bases de datos CUIDEN, SciELO y PubMed

FECHA DE BÚSQUEDA	BASE DE DATOS	DESCRIPTORES EN CIENCIAS DE LA SALUD	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
6/11/2014 10/11/2014	CUIDEN SciELO	Español: menopausia, climaterio, conducta alimentaria, prevención primaria, osteoporosis, calcio, educación continuada Inglés: <i>menopause, climateric, feeding behavior, primary prevention, osteoporosis, calcium, education continuing</i> Portugués: <i>menopausa, climatérico, comportamento alimentar, prevenção primária, osteoporose, cálcio, educação continuada</i>	629 50	4 8
11/11/14	PubMed	Español: menopausia, osteoporosis Inglés: <i>menopause, osteoporosis</i> Portugués: <i>menopausa, osteoporose</i>	7.650	1

Fuente: elaboración propia

Tabla 4. Estrategia de búsqueda bibliográfica específica en página web

FECHA	BÚSQUEDA ESPECÍFICA (PÁGINA WEB)	DESCRIPTORES EN CIENCIAS DE LA SALUD	PUBLICACIONES ENCONTRADAS	PUBLICACIONES UTILIZADAS
05/11/2014	Página del Gobierno de Canarias	Climaterio	15	1

Fuente: elaboración propia

El análisis de la evidencia de los trabajos se ha realizado mediante SIGN.

Inicialmente se seleccionaron los artículos publicados entre 2007 y 2014, pero debido a la escasez de estudios se amplió la búsqueda a 10 años.

Los criterios de inclusión de los artículos son: publicaciones entre 2004 y 2014 en castellano e inglés en texto completo, muestra superior a 15 individuos.

Los criterios de exclusión fueron: menopausia no fisiológica, metodología no clara, publicaciones cuyos resultados no tienen significación estadística.

La extracción de datos se ha llevado a cabo mediante una lectura detenida de cada uno de los artículos encontrados, seleccionando toda aquella información y datos relevantes: conceptos esenciales como climaterio, menopausia, densidad mineral ósea, clasificación de la osteoporosis, escala *T-score*, etc. Además, se compararon los resultados obtenidos en las publicaciones seleccionadas acerca de los hábitos de vida saludables a seguir en la menopausia y después de esta para prevenir la osteoporosis, así como los tratamientos farmacológicos de elección.

Resultados

El nivel de evidencia y el grado de recomendación encontrado tras el análisis con SING se expresa como: NE y GR respectivamente.

Prevención enfocada a los hábitos de vida saludable, incluyendo alimentación, ejercicio físico y corrección de hábitos tóxicos:

Según el artículo publicado por Ferrer Mira y De la Fuente Díez (2007, p. 46-47) (7) (NE:3 GR:D), una alimentación adecuada, donde el calcio y la vitamina D se incluyan en cantidades recomendadas, servirá como método preventivo durante la menopausia para no padecer osteoporosis. La cantidad de calcio diaria recomendada es de 1.000-1.500 mg/día combinándola con una cuantía adecuada de vitamina D, ya que si hay un déficit de esta disminuye la absorción intestinal del calcio y se incrementa el recambio óseo. Los niveles adecuados y necesarios de esta vitamina se pueden lograr si se expone la piel a la luz solar, por lo que no se necesitaría ningún tratamiento farmacológico que lo supliera.

El ejercicio físico regular, en su mayoría gravitatorio, ayuda a la prevención de osteoporosis puesto que se logra con este recuperar masa ósea. Evitar el sedentarismo, ya que es considerado como un factor de riesgo. Además, durante esta etapa no se pueden realizar actividades que conlleven un riesgo de caídas, ni la posibilidad de ocasionar microtraumatismos óseos.

Las autoras recomiendan corregir los hábitos tóxicos. El tabaco se asocia con hipoestronismo y disminución de la masa ósea. La cafeína y la teína aumentan la excreción de calcio a nivel renal y el alcohol disminuye la formación ósea por hiperaldosteronismo, acidosis y alteraciones en el metabolismo de la vitamina D.

Durán FE, et al. (2008, p. 201-205) (2) (NE:2+ GR:C) realizan un estudio de casos con una muestra de 23 mujeres. Encontraron que un índice alto de sobrepeso, que no guarda relación con el aporte calórico, puede deberse a que la información de la que disponen las pacientes acerca de que alimentos contienen menos calorías es inexacta o bien que el sobrepeso y la obesidad son resultados de un proceso crónico.

Se encuentra una preferencia por alimentos proteicos, que aumentan la excreción de calcio a nivel renal. Sin embargo, el consumo de hidratos de carbono es bajo, ya que 15 de las 23 mujeres no los incluyen en su alimentación de manera abundante. Sí se consumen en abundancia azúcares, es decir, hidratos de carbono simples, siendo dato de referencia para actuar en las consultas de Atención Primaria sobre los consejos alimentarios. La ingesta de grasas saturadas y totales es adecuada, mientras que el consumo de frutas y verduras es insuficiente.

La cantidad de calcio consumida por la muestra resultó ser inferior a la recomendada, puesto que se toma menos de tres porciones de lácteos al día. Se hace hincapié en la importancia de consumir entre 1.000-1.500 mg/día de calcio, ya que la deprivación hormonal en la menopausia conlleva a una pérdida de masa ósea.

Este estudio concluye con la necesidad de realizar una intervención en alimentación puesto que la cadencia de calcio y de otros nutrientes suponen un factor de riesgo importante en esta etapa de la vida para padecer osteoporosis (2).

La revisión bibliográfica de Martínez Morillo, et al. (2011, p. 94) (6) (NE:3 GR:D) coincide con las publicaciones anteriores,

puesto que optan por una prevención basada en el ejercicio físico regular, una dieta rica en calcio y vitamina D, aportando suplementos de estos si hubiera déficit nutricional, evitar el tabaco y el alcohol, además de mantener un índice de masa corporal en normopeso, nunca inferior ni superior.

Ortega Anta, et al. (2013, p.307,309,311-312) (4) (NE:2+ GR:C) obtuvieron, tras un estudio con una muestra de 547 mujeres, que con la edad aumenta el sobrepeso y la obesidad, y que el consumo de lácteos, legumbres, verduras, frutas y pescado también asciende. Sin embargo, no ocurre lo mismo con la carne, pues su consumo disminuye.

La muestra estudiada no llega a la cantidad de lácteos recomendada, pues obtuvieron un 79,6% de ingestas menor a las aconsejadas. Se insiste en la importancia de ingerir 3-4 raciones al día de lácteos para obtener un nivel de calcio adecuado, frente a las 2-3 raciones/día recomendadas años anteriores.

El aporte de vitamina D en las mujeres menopáusicas de este estudio no alcanza lo indicado, puesto que un 85,2 % presenta un consumo inferior a lo recomendado.

Se insiste en la necesidad de una buena educación sanitaria.

Este trabajo aclara que se publicaron recientemente las ingestas recomendadas de calcio aumentando estas en 200 mg/día hasta los 50 años de edad (3-4 raciones de lácteos/día) y de vitamina D, estableciendo la cantidad en 10 microgramos/día. Una ingesta inadecuada de calcio y vitamina D, se asocia con un índice de masa corporal (IMC) superior al que obtienen aquellas mujeres con menopausia que sí consumen las cantidades adecuadas de estos nutrientes.

Concluyen su publicación con la necesidad de una mejora en la alimentación, sobre todo para lograr un incremento del consumo de alimentos ricos en calcio y vitamina D, mediante el aumento del conocimiento de la población sobre cómo mejorar la salud ósea en la menopausia (4).

Igualmente el ensayo clínico aleatorizado de Pérez Fernández et al. (2014, p.164) (8) (NE:1+ GR:A), mediante un grupo de control de 106 mujeres y uno de intervención de 110, obtiene que realizando una sesión educativa sobre este último se aumenta la actividad física, la exposición al sol y la ingesta de calcio, por lo que se demuestra la eficacia de la educación sanitaria a pacientes en esta etapa (8).

No obstante, el estudio comparativo observacional transversal de Moure Fernández et al. (2010, p. 5,7) (9) (NE:3 GR:D), obtiene que el 53% toma un aporte adecuado de lácteos, debido a que es una medida preventiva de la osteoporosis que requiere menor esfuerzo en comparación con el ejercicio físico.

Pese a esto, el 44,1 % de las mujeres consumía más de dos veces al día café o té, al igual que el 57,6% toma alcohol. Aún así cabe mencionar que el 63% no era fumadora o había dejado el tabaco (9).

Al igual que muchas de las publicaciones expuestas anteriormente, el estudio descriptivo comparativo de González et al. (2007, p. 384, 388, 389) (10) (NE: 2++ GR: B), obtiene resultados de sedentarismo en la muestra estudiada, siendo este un factor de riesgo para padecer osteoporosis. Lo mismo ocurre con el tabaco, puesto que se encuentra relación directa entre ser fumadora y padecer esta patología.

Sin embargo, afirman que el consumo de alcohol no es factor de riesgo puesto que las mujeres estudiadas dicen no tomar alcohol con frecuencia, tan solo un 9,5% de ellas lo confirma. No obstante, no puede considerarse relevante este dato, ya que se cree que la mayoría pudo no decir la verdad en la encuesta (10). De hecho, toda la bibliografía anterior consultada, aclara que el alcohol sí se considera factor de riesgo.

En lo que se refiere al calcio, vuelve a suceder lo mismo, el consumo es deficiente, siendo este un predisponente para padecer osteoporosis (10).

Tratamiento farmacológico

Martínez Morillo et al. (2012, p. 94-95) (6) (NE:3 GR:D), en su revisión bibliográfica sobre el tratamiento farmacológico en la premenopausia, dice que los bifosfonatos se utilizan en situaciones concretas y con un número muy limitado de pacientes.

En concreto, el risedronato y alendronato vía oral y el zolendronato y pamidronato vía intravenosa, puesto que previenen la pérdida de masa ósea, debido a que provocan acumulación ósea; ya que su excreción perdura varios años aun habiendo suspendido el tratamiento. Como efecto secundario existente se tiene la dificultad para consolidar fracturas.

En el caso de la terapia hormonal sustitutiva y anovulatorios, solo se están recomendando a pacientes con amenorrea o menopausia precoz. Pese a esto, cada vez se están pautando en menor medida puesto que no existen guías consensuadas.

El siguiente fármaco propuesto es la teriparatida, que se recomienda en el tratamiento de la osteoporosis que ha sido consecuencia del uso de glucocorticoides.

La calcitonina no ha demostrado de momento mejorar la DMO, mientras que los ahorradores de calcio como las tiazidas, amilorida, indapamida y clortalidona sí la mejoran y disminuyen el riesgo de fracturas en pacientes con hipercalcemia (6).

Outeiriño Fernández (2013, p. 88) (11) (NE:2+ GR:D), en su revisión sistemática, también refleja que el uso de bifosfonatos es el tratamiento de elección en la menopausia, aunque insiste en que su uso conlleva, a nivel óseo, un incremento de fracturas atípicas, dolor músculo-esquelético o osteonecrosis maxilar, no siendo frecuente esto último pues un estudio refleja que el riesgo es de 1/10000 y 1/1000000 pacientes/tratamiento/año (11).

En cuanto a la revisión de Fernández Ávila et al. (2010, p. 98-100, 103-105) (5) (NE:3 GR: C), sobre el tratamiento farmacológico en la posmenopausia es destacable que coincide con la anterior, puesto que los bifosfonatos son el grupo de medicamentos de elección para la osteoporosis. Como su absorción por vía oral es escasa, apenas un 0,7%, se indica que debe tomarse en ayunas, con agua y mínimo una hora antes de desayunar. El 50% de la dosis se adhiere al hueso y la otra se excreta por el riñón. Entre los efectos adversos se encuentran el vómito, el estreñimiento, el dolor abdominal, la cefalea, las úlceras a nivel esofágico y la irritación del tracto gastrointestinal superior.

A diferencia del uso de la calcitonina en la premenopausia que no era efectivo, en la posmenopausia se ha demostrado que aumenta la densidad ósea a nivel lumbar y en el antebrazo, aunque no en abundancia.

La terapia de reemplazo hormonal, al igual que en la revisión anterior, ha sido considerada una opción de segunda línea para el tratamiento, puesto que los efectos negativos sobre la salud de la mujer superan a los positivos.

El raloxifeno, único modulador de los receptores selectivos de estrógenos disponible en el mercado y utilizado como tratamiento para la osteoporosis. Se recomienda sobre todo en aquellas mujeres que no han tolerado bien los bifosfonatos, sin existencia de antecedentes de tromboembolismo venoso y sin síntomas vasomotores y sin riesgo de padecer cáncer de mama.

El ranelato de estroncio cuya actuación se basa en un mecanismo dual provocando la inhibición osteoclástica y con ello la disminución de la resorción ósea, y estimula la actividad osteoclástica incrementando la formación del hueso. En Europa es utilizado para reducir el riesgo de fracturas vertebrales y de cadera. No obstante, es importante tomarlos dos horas después de cenar, puesto que su absorción es inferior al combinarlo con los alimentos, los lácteos y los suplementos de calcio. Los efectos adversos conocidos son las náuseas y la diarrea, desapareciendo estos a los tres meses del inicio del tratamiento.

Por último, la hormona paratiroidea, la cual resulta beneficiosa si se administra de forma intermitente puesto que estimula la formación ósea, aumentando pues el número de osteoblastos y su actividad. A cantidades altas se produciría una resorción ósea. Sus efectos secundarios son las náuseas y la cefalea (5).

La información extraída del boletín canario de uso racional del medicamento del SCS (año 2012, pág. 4-6) (12) reitera todo lo expuesto anteriormente; en la posmenopausia, al igual que en la premenopausia y menopausia, el tratamiento de elección son los bifosfonatos con un periodo de duración de cinco años, pudiendo aumentar el tiempo del tratamiento según la DMO de la paciente.

También coincide en lo que al raloxifeno se refiere, ya que sí reduce el riesgo de fracturas vertebrales en mujeres osteoporóticas, pero aumenta la probabilidad de tromboembolismos y de ictus.

En suma, ocurre lo mismo con la terapia hormonal sustitutiva y con la calcitonina, ya que la descarta de las líneas de tratamiento, a no ser que las probadas anteriormente no resulten beneficiosas para la paciente.

El denosumab inhibe la resorción ósea aumentando la DMO, por lo que es utilizado en aquellas pacientes posmenopáusicas con alto riesgo de fractura y que no toleran los bifosfonatos. No obstante, no se conoce su toxicidad a largo plazo.

Sobre la paratohormona tan solo dice incrementar la DMO y reducir las fracturas vertebrales, aunque no hace distinción entre cantidades elevadas y un tratamiento intermitente.

Este documento aporta información sobre el ranelato de estroncio, comentando que sí que reduce el riesgo de fracturas vertebrales y de caderas como se ha visto en la revisión anterior, pero que también supone riesgos para la salud de la

paciente, pues la Agencia Francesa de Seguridad sobre los Productos Sanitarios (AFSSAPS) realizó un informe mediante el cual afirma estar relacionado el consumo de este fármaco con eventos tromboembólico-venosos y con alergias tipo DRESS (*Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms*). Debido a todo esto, solo será recomendado a mujeres de menos de 80 años con riesgo muy alto de fracturas y cuando los bifosfonatos no sean tolerados (12).

Discusión

La intervención principal para la prevención de la osteoporosis es la educación para la salud (EpS) centrada en:

- **Calcio:** las medidas preventivas eficaces son el consumo adecuado de calcio y vitamina D, teniendo en cuenta que las cantidades recomendadas de ambos han sido aumentadas en el año 2010, siendo para el calcio 3-4 raciones/día de lácteos y para la vitamina D 10 microgramos/día (4). Es vital enfocar la educación sanitaria a obtener estos dos nutrientes a través de la dieta, evitando los suplementos nutricionales (2,4,7). Para ello, se le debe informar a la paciente sobre los alimentos ricos en calcio y qué cantidad es necesaria ingerir para obtener unos niveles de calcio adecuados (Tabla 5) (1).
- **Vitamina D y exposición solar:** es necesaria la exposición solar para cubrir las necesidades de vitamina D y que ni la absorción intestinal de calcio ni el recambio óseo se vean disminuidos (6-8). La exposición solar debe ser regular y teniendo en cuenta que los protectores solares minimizan la síntesis de la vitamina D a través de la piel. Es decir, sería conveniente una exposición solar moderada y controlada sin protector solar (15).
- **Ejercicio físico y regular combinado con el abandono de hábitos tóxicos:** el ejercicio físico regular y el abandono de hábitos tóxicos ayudan a prevenir la aparición de osteoporosis en la menopausia (6-8). El tabaco está asociado con el hipoestronismo que a su vez provoca una disminución de la masa ósea (7,10). Además, la cafeína y la teína intervienen de forma negativa en la recuperación del calcio por el hueso, ya que aumentan la excreción renal de este (7).

Por último, el alcohol impide la formación ósea, interfiriendo en el metabolismo de la vitamina D, provocando acidosis o por hiperaldosteronismo (7).

- **Tratamiento farmacológico:** el grupo de fármacos de elección son los bifosfonatos puesto que disminuyen la pérdida de masa ósea, siendo sustituidos por otros fármacos, comentados anteriormente, cuando la paciente no los tolera (5,6,11,12). A la hora de indicar a las pacientes su uso se debe explicar que la absorción por vía oral es muy escasa, por lo que se tomará en ayunas, con agua y mínimo una hora antes de desayunar. Tras ingerirlo, el 50% se va a adherir al hueso y así mejorará la DMO y la otra mitad será excretada por el riñón (5).
- **Prevención de la obesidad:** es importante la prevención de la obesidad como factor de riesgo. Cabe destacar que la intervención sobre la obesidad debe abordarse desde la perspectiva biológica, física, social y cultural de la persona.

Las autoras proponen una relación de equivalencia entre las intervenciones encontradas en la revisión y las intervenciones NIC con el fin de hacer operativa la información encontrada (Tabla 6). Y se relaciona cada NIC con las actividades que se consideran más relevantes atendiendo a los resultados de los trabajos revisados (Tabla 7).

Se considera necesario que se sigan estudiando las medidas preventivas y de tratamiento farmacológico para prevenir posibles complicaciones, tales como disminución de la DMO y/o fractura.

Tabla 5. Alimentos ricos en calcio

ALIMENTO	CANTIDAD	CALCIO
Leche	200 ml	240 mg
Yogurth natural	125 g	250 mg
Queso curado	30 g	225 mg
Sardinas en aceite	60 g	300 mg
Espinacas cocidas	90 g	130 mg
Chocolate con leche	50 g	110 mg
Queso tierno	30 g	80 mg
Judías cocidas	150 g	80 mg
Naranjas	Unidad	70 mg
Higos	30 g	70 mg
Almendras	30 g	70 mg
Salmón	60 g	50 mg
Pan blanco (rebanadas)	30 g	50 mg

Fuente: Alfonso Docampo MN, Gómez Arnáiz, Barata Gómez T, Pinos Galván JM, Guillén González V, Gutiérrez Almaraz MA et al. Año 2007.

Tabla 6. Relación entre los artículos empleados en la revisión bibliográfica y los NIC propuestos por las autoras

ARTÍCULOS	RESUMEN	NIVEL DE EVIDENCIA (NE) Y GRADO DE RECOMENDACIÓN (GR) SEGÚN LA SIGN	NIC PROPUESTOS
Durán FE, Soto AD, Labraña T AM, Sáez CK. Adecuación de energía y nutrientes e índice de alimentación saludable en mujeres climatéricas. Rev Chil Nutr 2008; 35(3):200-6	La cantidad de calcio, fruta y verdura consumida es inferior a la recomendada, por lo que es necesaria realizar una intervención sanitaria	NE: 2+ GR: C	NIC: 5246 Asesoramiento nutricional NIC: 5520 Facilitar el aprendizaje
Ortega Anta RM, González Rodríguez LG, Navia Lombán B, Perera Sánchez JM, Viziete Aparicio A, López Sobaler AM. Ingesta de calcio y vitamina D en una muestra representativa de mujeres españolas; problemática en menopausia. Nutr Hosp. 2013; 28(2):306-13	Las ingestas recomendadas de calcio, han sido aumentadas en 200 mg/día y las de vitamina D a 10 microgramos/día.	NE: 2+ GR: C	NIC: 5246 Asesoramiento nutricional NIC: 5520 Facilitar el aprendizaje
Fernández Ávila DG, Mora C, Reyes Sanmiguel E, Darío Londoño J, Santos Moreno P, Valle-Oñate R. Tratamiento farmacológico de la osteoporosis postmenopáusica. Rev Colomb Reumatol 2011; 17(2):96-110.	En la posmenopausia los bifosfonatos son el grupo de medicamentos de elección para la osteoporosis. Se debe indicar a las pacientes que su absorción vía oral es escasa, por lo que se toman en ayunas (mínimo una hora antes de desayunar) y con agua	NE: 3 GR: C	NIC: 5616 Enseñanza: Medicamentos prescritos NIC: 2395 Control de la medicación
Martínez Morillo M, Grados D, Holgado S. Premenopausal Osteoporosis: How to treat? Reumatol Clin 2012; 8(2),93-97.	La prevención debe estar enfocada hacia una dieta rica en calcio y vitamina D, ejercicio físico regular, evitar el tabaco y el alcohol. En cuanto al tratamiento farmacológico en la premenopausia cabe destacar que los bifosfonatos se emplean solo en casos especiales; aún así sigue siendo el tratamiento de elección frente a los otros propuestos	NE: 3 GR: D	NIC:5614 Enseñanza: Dieta prescrita NIC:5612 Enseñanza: Ejercicio prescrito NIC: 5616 Enseñanza: Medicamentos prescritos NIC: 4490 Ayuda para dejar de fumar NIC: 4510 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas NIC: 2280 Terapia de sustitución hormonal
Ferrer Mira LM, De la Fuente Díez E. Osteoporosis: una patología con afectación personal, familiar, laboral y social. Med Segur Trab II 2007; (206):43-7	Los factores de riesgo deben conocerse para evitar posibles fracturas. Existen dos tipos de factores; los inherentes al hueso y los extra-esqueléticos. Es necesaria una alimentación con las cantidades de calcio y vitamina D recomendadas	NE: 3 GR: D	NIC: 6490 Prevención de caídas NIC: 0200 Fomento del ejercicio NIC: 5446 Asesoramiento nutricional
Pérez Fernández MR, Almazán Ortega R, Martínez Portela JM, Álvarez Pérez MT, Segura Iglesias MC, Pérez Fernández R. Healthy habits and osteoporosis prevention in perimenopausal women from rural areas. Gac Sanit 2014; 28(2):163-5.	La educación sanitaria en mujeres menopáusicas es eficaz para lograr una ingesta adecuada de calcio, aumenta la actividad física y la exposición solar	NE: 1+ GR: A	NIC: 0200 Fomento del ejercicio NIC: 5246 Asesoramiento nutricional NIC: 5520 Facilitar el aprendizaje

Tabla 6. Relación entre los artículos empleados en la revisión bibliográfica y los NIC propuestos por las autoras (continúa)

ARTÍCULOS	RESUMEN	NIVEL DE EVIDENCIA (NE) Y GRADO DE RECOMENDACIÓN (GR) SEGÚN LA SIGN	NIC PROPUESTOS
Moure Fernández L, Antolín Rodríguez R, Pualto Duran MJ, Salgado Álvarez G. Hábitos alimentarios de las mujeres en relación con el nivel de conocimientos sobre el climaterio. <i>Enferm Global</i> 2010; 9(20):1-22	Un número elevado de las mujeres estudiadas consume alcohol, té y café. Además, prefieren incluir el calcio en la dieta antes de realizar ejercicio físico	NE: 3 GR: D	NIC: 5612 Enseñanza: Ejercicio prescrito NIC: 5246 Asesoramiento nutricional NIC: 4510 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas
González LA, Espinosa FV, López AF, Fernández ML. Estilo de vida saludable en la prevención de la osteoporosis en la mujer climaterica. <i>Rev Chil Obstet Ginecol</i> 2007; 72(6):283-9.	El consumo de calcio en la muestra estudiada es insuficiente. El sedentarismo predomina a la actividad física regular	NE: 2++ GR: B	NIC: 0200 Fomento del ejercicio NIC: 5246 Asesoramiento nutricional
Outeiriño Fernández A. La osteonecrosis asociada al tratamiento con bisfosfonatos en osteoporosis primaria. Revisión de la literatura. <i>An Sist Sanit Navar</i> 2013; 36(1):87-97.	El tratamiento de elección son los bifosfonatos, aunque su uso prolongado supone un mayor índice de fracturas atípicas y dolores musculoesqueléticos	NE: 2+ GR: D	NIC: 5616 Enseñanza: Medicamentos prescritos NIC: 6490 Prevención de caídas NIC: 2280 Terapia de sustitución hormonal NIC: 2395 Control de medicación
Gobierno de Canarias. Osteoporosis en la Menopausia. Servicio Canario de Salud; boletín canario de uso racional del medicamento del scs, 2012; 4(2).	Los bifosfonatos son los fármacos más utilizados en la posmenopausia, con un periodo de tratamiento de cinco años, pudiendo alargarse según cada paciente	Documento institucional	NIC: 5616 Enseñanza: Medicamentos prescritos NIC: 2280 Terapia de sustitución hormonal NIC: 2395 Control de medicación

NE: nivel de evidencia; GR: grado de recomendación según SIGN. Fuente: elaboración propia

Tabla 7. NIC con las actividades consideradas más relevantes atendiendo a los resultados de los trabajos revisados

ALIMENTACIÓN	
NIC: 5246 Asesoramiento nutricional (13)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto 2. Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente 3. Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional 4. Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos, así como la percepción de la modificación necesaria de la dieta

Tabla 7. NIC con las actividades consideradas más relevantes atendiendo a los resultados de los trabajos revisados (*continuación*)

ALIMENTACIÓN	
NIC: 5614 Enseñanza: dieta prescrita (13)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar el nivel de conocimiento de la paciente acerca de la dieta prescrita 2. Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales 3. Determinar las perspectivas, antecedentes culturales y otros factores del paciente y de la familia que puedan afectar a la voluntad del paciente para seguir la dieta prescrita 4. Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general 5. Instruir al paciente acerca de cómo mantener un diario de alimentos, según el caso
EJERCICIO FÍSICO	
NIC: 5612 Enseñanza: ejercicio prescrito (13)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar el nivel actual de ejercicio del paciente y el conocimiento del ejercicio prescrito 2. Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito 3. Enseñar al paciente a llevar un diario de ejercicios, si resulta posible 4. Enseñar al paciente una postura y mecánica corporal correctas, según corresponda 5. Ayudar al paciente a incorporar el ejercicio en la rutina diaria 6. Incluir a la familia, si resulta apropiado 7. Instruir al paciente acerca de los ejercicios de estiramientos correctos antes y después del ejercicio y el fundamento de tal acción, según corresponda
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	
NIC: 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos (13)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar al paciente tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento 2. Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento 3. Instruir a la paciente acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento 4. Revisar el conocimiento que el paciente tiene de cada medicación 5. Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento 6. Enseñar al paciente a aliviar y/o prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso
Fuente: Elaboración propia	

Conclusiones

La principal conclusión a la que se llega en este trabajo es que la EpS debe ser el centro de la intervención enfermera. Esta, convenientemente adaptada a los valores y la cultura de la mujer menopáusica y perimenopausica, consigue el cambio de hábitos de vida.

Se debe hacer una valoración de los conocimientos sobre la menopausia, la medicación, las enfermedades, los hábitos de vida, el estado nutricional, la alimentación, el ejercicio físico, los valores y las creencias sobre la menopausia y la alimentación antes de iniciar una intervención educativa.

A partir de las evidencias encontradas y su contraste con la NIC, las autoras creen que es posible el desarrollo de una o varias NIC específicas, enfocadas a la prevención de la osteoporosis en el climaterio. A partir de la NIC 5246 asesoramiento nutricional, NIC 5612 ejercicio prescrito y NIC 5616 enseñanza medicamentos prescritos. Las autoras llegan a esta conclusión después de comprobar que la evidencia encontrada, especifica las actividades asociadas a este proceso.

Entre las limitaciones presentadas a la hora de realizar esta revisión bibliográfica ha estado el tener que ampliar la búsqueda a 10 años por la escasez de información científica al respecto.

Bibliografía

- [1] Alfonso Docampo MN, Gómez Arnáiz A, Barata Gómez T, Pinos Galván JM, Guillén González V, Gutiérrez Almarza MA, et al. (2007). Climaterio: Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva. Las Palmas de Gran Canaria: Servicio Canario de Salud y Dirección General de Programas Asistenciales. [citado 15 dic 2015]. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7079cc99-f6a5-11dd-958f-c50709d677ea/Climaterio.pdf>
- [2] Durán FE, Soto AD, Labraña T AM, Sáez CK. Adecuación de energía y nutrientes e índice de alimentación saludable en mujeres climáticas. *Rev Chil Nutr* 2008; 35(3): 200-206. [citado 15 dic 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v35n3/art05.pdf>
- [3] Argote O LA, Mejía R EM, Vásquez T ML, Villaquirán de González ME. Climaterio y menopausia en mujeres afrodescendientes: una aproximación al cuidado desde su cultura. *Aquichán* 2008; 8(1):33-49. [citado 15 dic 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v8n1/v8n1a04.pdf>
- [4] Orteaga Anta RM, González Rodríguez LG, Navia Lombán B, Perera Sánchez JM, Viziete Aparicio A, López Sobaler AM. Ingesta de calcio y vitamina D en una muestra representativa de mujeres españolas; problemática en menopausia. *Nutr Hosp*. 2013; 28(2):306-13. [citado 15 dic 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n2/06original01.pdf>
- [5] Fernández Ávila DG, Mora C, Reyes Sanmiguel E, Darío Londoño J, Santos Moreno P, Valle-Oñate R. Tratamiento farmacológico de la osteoporosis postmenopáusica. *Rev Colomb Reumatol* 2010; 17(2):96-110. [citado 15 dic 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012181232010000200004
- [6] Martínez Morillo M, Grados D, Holgado S. Premenopausal Osteoporosis: How to treat? *Reumatol Clin* 2012; 8(2):93-7. [citado 15 dic 2015]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90122698&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=373&ty=55&accion=L&origen=reuma&web=www.reumatologiaclinica.org&lan=en&fichero=373v08n02a90122698pdf001.pdf
- [7] Ferrer Mira LM, De la Fuente Díez E. Osteoporosis: una patología con afectación personal, familiar, laboral y social. *Med Secur Trab, II* 2007; (206):43-7. [citado 15 dic 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v53n206/original7.pdf>
- [8] Pérez Fernández MR, Almazán Orteaga R, Martínez Portela JM, Alvez Pérez MT, Segura Iglesias MC, et al. Healthy habits and osteoporosis prevention in perimenopausal women from rural areas. *Gac Sanit* 2014; 28(2):163-5. [citado 15 dic 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24315409>
- [9] Moure Fernández L, Antolin Rodríguez R, Pualto Duran MJ, Salgado Álvarez G. Hábitos alimentarios de las mujeres en relación con el nivel de conocimientos sobre el climaterio. *Enferm Global* 2010; 9(20):1-22. [citado 15 dic 2015]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/110801>
- [10] González LA, Espinosa FV, López AF, Fernández ML. Estilo de vida saludable en la prevención de la osteoporosis en la mujer climática. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 72(6):283-9. [citado 15 dic 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n6/art05.pdf>
- [11] Outeiriño Fernández A. La osteonecrosis asociada al tratamiento con bisfosfonatos en osteoporosis primaria. Revisión de la literatura. *An Sist Sanit Navar* 2013; 36(1):87-97. [citado 15 dic 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v36n1/revision3.pdf>
- [12] Gobierno de Canarias. Osteoporosis en la Menopausia. Servicio Canario de Salud; boletín canario de uso racional del medicamento del scs, 2012; 4:2. [citado 15 dic 2015]. Disponible en: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1187f576-c67d-11e1-adc8-491cdb90fd3e/Publicaciones_BOLCAN_OSTEOPOROSIS.pdf
- [13] Bulechek GM, Butcher Howard K, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- [14] Alonso Coello P, Asensio del Barrio C, Briones Pérez de la Blanca E, Casariego Vales E, Díaz del Campo Fontecha P, Estrada Sabadell MD, et al. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Aragón: Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2007. [citado 15 dic 2015]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/documentos/Manual%20metodologico%20-%20Elaboracion%20GPC%20en%20el%20SNS.pdf>
- [15] Córdoba Chicote C, Granado Lorenzo F. Vitamina D: una perspectiva actual. [Libro electrónico]. Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular. [citado 15 dic 2015]. Disponible en: http://www.seqc.es/es/Actualidad/2/212/Monografia_Vitamina_D:_una_perspectiva_actual/

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



Recibe toda la información en tu correo electrónico

Suscríbete al Boletín

Conoce nuestra nueva web
Nuevo interfaz, mayor usabilidad

www.diariodicen.es

Tú también puedes **HACERTE OÍR.**

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

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

En DICEN tú tienes el protagonismo.



TU **NUEVO** DIARIO INDEPENDIENTE

Modelo de enfermería comunitaria. Una propuesta para el abordaje integral de la salud en Nicaragua

Lester Fidel García Guzmán

Enfermero. Docente Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, UNAN - León

Dirección de contacto: lesfigar@gmail.com

Resumen

Hablando del resguardo de la salud comunitaria en la labor de enfermería en Nicaragua estamos dando nuestros primeros pasos, lo que hace necesario proponer un modelo de enfermería para estandarizar el lenguaje y la acción de los profesionales en cuanto a la articulación las diferentes organizaciones y grupos de individuos presentes en la comunidad en pro del resguardo de su salud y para llegar a todos los miembros de la población.

Podemos definir enfermería comunitaria como el conjunto de cuidados y procedimientos orientados al resguardo de la salud de un grupo de individuos con características y objetivos en común. El estudio es de tipo descriptivo de análisis documental, la recolección de información se realizó a través de la lectura en profundidad de las bibliografías consultadas. Se respetó el derecho de autor en todas las bibliografías citadas. El modelo de enfermería comunitaria trata que las acciones estén guiadas a alcanzar la apropiación de los conocimientos, la adopción de hábitos y conductas saludables, la culturización de la salud, la participación ciudadana y la inter/extra-institucionalización de la salud.

Palabras clave: salud pública; prevención; promoción; organización; responsabilidad compartida; atención de enfermería; enfermería comunitaria.

Abstract

A community nursing model. A proposal for an integral approach to health in Nicaragua

Nursing role in community health protection is now being introduced in Nicaragua. Thus, a proposal for a nursing model to standardize professional language and actions in order to coordinate various organizations and groups of people in the community becomes a need for health protection being provided to the whole population.

Community nursing can be defined as a set of care activities and procedures focused on health protection in a group of people having shared purposes and characteristics. This is a descriptive document analysis; data were collected through careful reading of bibliographic references. Copyright was fully respected for all references mentioned. The community nursing model intends nursing actions to be targeted to get knowledge, adopt healthy behaviors and lifestyle, raise awareness of health, increase citizen involvement, and promote health inter/extra-institutionalization.

Key words: public health; prevention; promotion; organization; shared responsibility; nursing care; community nursing

Introducción

Cuando hablamos de enfermería comunitaria muchas veces pensamos que este es un campo ya muy conocido, aplicable *a priori* en el quehacer diario de la profesión, otros pueden pensar que este término es únicamente responsabilidad del personal de Atención Primaria en salud y es un instrumento de poca o nula utilidad para los que trabajan en atención secundaria o terciaria.

Respecto al resguardo de la salud dentro del ámbito comunitario en la labor de enfermería en Nicaragua, estamos dando nuestros primeros pasos y es determinante que sean de calidad para no dejar caer todo un prometedor manejo del sistema de salud.

El Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa), a partir de los buenos resultados de la labor de los profesionales de la enfermería, implementa en 2007 un nuevo modelo de salud, el cual aborda y resguarda la salud en el ámbito familiar y comunitario y compromete al personal de salud a dejar de ser un profesional de escritorio y acercarse a conocer las problemáticas a nivel comunal. Este nuevo modelo de salud se basa en la aplicación del modelo de enfermería de Orem, el cual trata de conllevar a los beneficiarios del sistema sanitario a fomentar el autocuidado a través de la adquisición de hábitos saludables y prevención de las conductas de riesgo.

Este primer acercamiento del MINSa con los modelos de enfermería es una ventaja única para fortalecer nuestro trabajo y ser punta de lanza en la aplicación de las estrategias y políticas del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFc), pero también debe ser un impulsor en la creación de nuevo conocimiento y nuevos paradigmas en la atención de enfermería para poder dejar de consumir teorías y empezar con la producción y aplicación de modelos que surjan como resultado de las evidencias de la práctica en nuestra región.

La enfermería comunitaria es entendida como la disciplina que sintetiza los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas enfermeras y de la salud pública, además los aplica como alternativa de trabajo en la comunidad, con el fin de promover y mantener y restaurar la salud de la población, contando con la participación de esta mediante cuidados directos e indirectos a los individuos, a las familias y a otros grupos y a la propia comunidad en su conjunto como miembro de un equipo multidisciplinario en el marco de la planificación general de atención a salud.

La necesidad principal para proponer un modelo de enfermería comunitaria es la de estandarizar el lenguaje y la acción de los profesionales en cuanto a la articulación las diferentes organizaciones y grupos de individuos presentes en la comunidad en pro del resguardo de su salud, y poder llegar a cada uno de los miembros a través de la implementación de acciones en salud dirigidas a nivel macro en la comunidad.

Objetivo

Proponer un modelo de atención de enfermería comunitaria acorde con las estrategias propuestas por el Ministerio de Salud para garantizar el acceso y la calidad de la salud pública en Nicaragua (Cuadro 1).

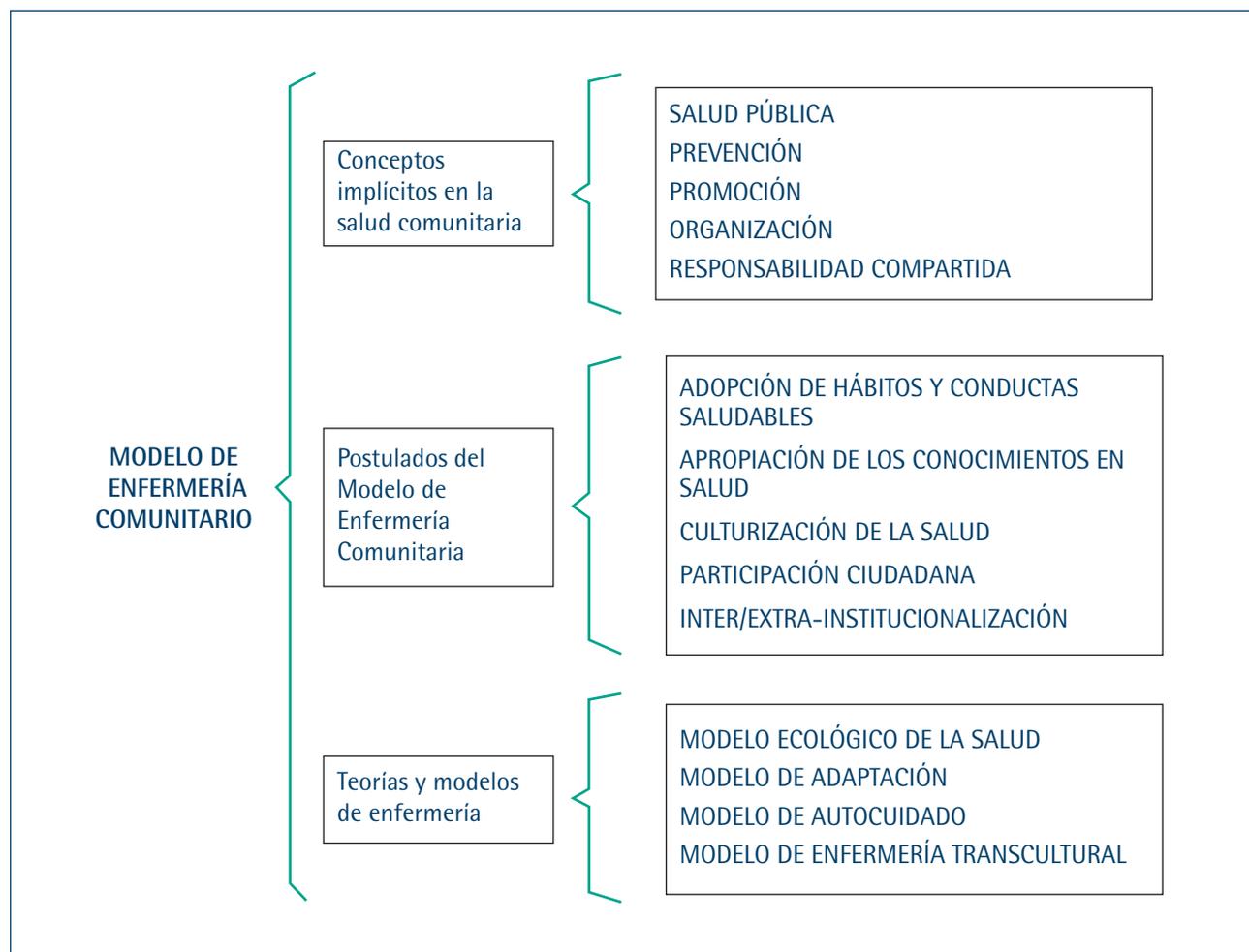
Objetivos específicos:

- Establecer los conceptos implícitos en el abordaje comunitario de la enfermería nicaragüense.
- Interrelacionar e integrar teorías y modelos previos de enfermería para describir el metaparadigma del modelo de enfermería comunitario nicaragüense.
- Describir los postulados del abordaje de la salud pública en la integración comunal para proponer un modelo de enfermería comunitaria.

Conceptos implícitos en la salud comunitaria

Salud pública

Tomando de referencia la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999, consideraremos a la salud pública como: "La ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud mental y física, y la eficiencia a través de los esfuerzos organizados de la comunidad" (1).

**Cuadro 1.** Esquema del Modelo de Enfermería Comunitaria

Vemos en esta definición que el término "salud pública" se refiere a las interacciones ejercidas por los individuos a nivel macro en un ambiente variante, no controlado llamado comunidad, las cuales les permiten alcanzar un estado de salud. Además, se realiza la necesidad de salir del paradigma individualista, de organismos microscópicos como únicos seres que afectan la salud y de una atención meramente curativa; a proponer una visión más amplia de los procesos de salud-enfermedad y cómo los factores y situaciones alrededor del individuo afectan la salud, pero nos indica que la forma de prevenir estas situaciones es a través de la canalización de los esfuerzos y acciones de los miembros de la comunidad hacia un mantenimiento de óptimos niveles de salud desde un enfoque biopsicosocial.

Podemos entender entonces la misión de la salud pública como el fin de proteger, promover y restaurar la salud de los miembros de la comunidad a través de la realización de acciones colectivas, sostenidas y continuas que permitan la adaptación hacia los modos de vida que potencien un óptimo nivel de bienestar y el autocuidado en el ámbito comunitario.

Para poder desarrollar este concepto, más allá de una utopía, los entes responsables de la salud deben guiar sus esfuerzos mediante las siguientes funciones:

- Valorar la situación de las diferentes comunidades.
- Formular políticas, estrategias y acciones con la comunidad y sus líderes.
- Asegurar el acceso equitativo y oportuno de los servicios sanitarios y no sanitarios a todos los miembros de la comunidad (1).

En la labor de enfermería para resguardar y mantener la salud en las comunidades intervenidas, se debe tomar como pilares fundamentales de la salud pública la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la organización de las instituciones y entes comunitarios, y la responsabilidad compartida de los actores sociales y de todos los miembros de la comunidad para el acceso a altos niveles de salud.

Para mayor comprensión de los conceptos implícitos dentro las acciones de la enfermería comunitaria en el cumplimiento de las políticas de la salud pública, definiremos estos pilares fundamentales a continuación.

Promoción de la salud

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

La salud se percibe no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, por tanto, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (2).

En la proporción de medios para un goce máximo de la salud, el Ministerio de Salud de Nicaragua ha eliminado la brecha de acceso a la salud de nuestra población a través de intervenciones de salud gratuitas, accesibles, integrales, longitudinales y coordinadas entre los diferentes niveles de atención, esto se ha logrado con el establecimiento de políticas y el desarrollo de estrategias que mejoren la calidad de vida de las poblaciones.

Sin embargo, el principal medio para garantizar altos niveles de salud continúa siendo el acceso a la información y la capacitación constante sobre los aspectos y situaciones que afectan y/o fortalecen la salud de la comunidad.

El objetivo es que los miembros de la comunidad comprendan que una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Además, se enfatiza en la comprensión de que los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. Este acceso oportuno a la información permite que los individuos tengan las habilidades de ejercer control sobre estos factores pudiendo modificarlos para su beneficio (2).

La función del personal de enfermería en la promoción de la salud debe ser a través de la actuación como mediador, en cuanto a la adquisición y aprovechamiento de la información en salud y la adopción de modos de vida que potencien la salud de todos los miembros de la comunidad.

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: el gobierno, el sector sanitario y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están implicadas en tanto que son individuos, familias y comunidades.

La base del control de los determinantes de la salud consiste en el reforzamiento de la acción comunitaria, por tal razón es necesario que la labor del personal de enfermería dentro de la comunidad trate de unir y organizar esfuerzos de todas las organizaciones y miembros individuales de la población, para que ellos mismos tengan la posibilidad de modificar los determinantes de la salud de forma positiva.

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la identificación de problemáticas, la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y de control que tengan sobre sus propios empeños y destinos (2).

Prevención

Es la aplicación de la tecnología y métodos científicos, a nivel ya sea de grupos o de individuos, para promover, mantener o restaurar la salud (3).

La prevención es el establecimiento de una barrera que evite el contacto entre el individuo, con aquellos factores que lo pueden conducir a una determinada enfermedad. Si nos ubicamos en un plano longitudinal podemos decir que prevenir sería la capacidad de mantener el punto A (paciente) lo más lejos posible del punto B (enfermedad), cuanto mayor sea la efectividad de las intervenciones de enfermería mayor será la distancia entre ambos puntos.

La enfermera comunitaria debe vigilar la salud en la comunidad como un todo y determinar el impacto de sus acciones sobre grupos o conjuntos de grupos servidos en relación con la comunidad total y su nivel de salud. Sirve a la comunidad por medio de acciones que conducen a la utilización de los recursos existentes y potenciales, individuales y colectivos, para la solución de problemas prioritarios de salud y del ambiente, comunes a individuos de grupos o conjuntos de grupos y que influyen en el nivel de salud de la comunidad. En asistencia de enfermería comunitaria se debe potenciar cualquier acción dirigida a prevenir la enfermedad y a favorecer la salud para evitar la necesidad de una asistencia sanitaria primaria, secundaria o terciaria.

Dependiendo del momento que se realice la intervención para el mantenimiento de la salud podremos considerar:

Intervención preventiva primaria (IPP): es la que se produce antes de que la enfermedad aparezca y está encaminada a proteger a las poblaciones vulnerables frente a aquellos factores que pueden causar la enfermedad. Caso bien conocido de este tipo de intervención es el destinado a inmunizar a la población en contra de ciertas enfermedades contagiosas (3).

Intervención preventiva secundaria (IPS): está encaminada a intervenir en la fase presintomática o silenciosa de la enfermedad, y frenar su desarrollo en los momentos iniciales (3).

Las campañas de detección de CACU son los ejemplos más característicos de esta intervención.

Intervención preventiva terciaria (IPT): es la que se produce cuando ya el individuo está enfermo y se interviene para reducir el daño, curarlo, rehabilitarlo y atender a sus necesidades de reintegración al entorno del cual procede. Esta incluye la medicina curativa, la atención de personas con problemas crónicos y la rehabilitación física, psicológica y social del paciente (3).

Organización de los entes comunitarios para la provisión de cuidados de salud

La organización de los servicios de salud sobre la base de un modelo de atención familiar y comunitaria requiere el desarrollo de un sistema integrado de provisión de cuidados donde se establezca una definición clara de las responsabilidades de los diferentes prestadores de atención y de los diferentes sectores sociales involucrados en el mejoramiento de la salud.

La base del acceso a altos niveles de salud comunitaria gira en torno al funcionamiento integral y complementario de las intervenciones, siendo necesario coordinar y regular las acciones de los actores sociales e instituciones para evitar un funcionamiento independiente de los esfuerzos dirigidos al mantenimiento de la salud, evitando diferencias en la accesibilidad, cantidad y calidad de los servicios, que generen brechas en la atención para los grupos más vulnerables (4).

Para lograr la calidad de la atención con criterios de integralidad, integración y continuidad, la provisión de los servicios de salud debe organizarse en redes, con base en los niveles de atención establecidos por la Ley 42, Ley General de Salud de la República de Nicaragua (4).

Una red de servicios de salud organizada la conforman un conjunto de recursos comunitarios, establecimientos públicos y privados, instituciones, ong, grupos civiles y actores sociales de diversa complejidad y modalidades de atención, que comparten objetivos comunes y se articulan entre sí, para ser capaz de cumplir las necesidades en salud de la comunidad.

Una enorme experiencia de los recursos de enfermería en el proceso de organización de los actores sociales ha sido el establecimiento, desarrollo y acompañamiento de la red comunitaria. Esta es un tejido social organizado de forma voluntaria para la promoción de la salud y la defensa de los derechos ciudadanos. Está conformada por: líderes comunitarios, consejos, comités, redes de organizaciones, promotores, brigadistas, parteras, colaboradores voluntarios (Col-Vol.), curanderos, chamanes, clubes y cualquier otra forma de organización de la comunidad.

Responsabilidad compartida

La responsabilidad compartida se conoce como corresponsabilidad. Esto quiere decir que dicha responsabilidad es común a dos o más personas bien sean naturales o jurídicas, quienes comparten una obligación o compromiso (5,6).

En el ámbito del trabajo de enfermería consiste en el grado de responsabilidad que tiene la enfermera en el resguardo o recuperación de la salud del paciente y el grado de responsabilidad del beneficiario mismo en el cumplimiento de los planes terapéuticos y en la adaptación de hábitos que potencien la salud y su autocuidado. La balanza para definir el peso de quien tiene mayor grado de compromiso depende del estado del individuo y su capacidad para suplir sus necesidades, pero lo ideal es que el mayor grado de responsabilidad en el cumplimiento del tratamiento y resguardo de la salud sea del beneficiario mismo.

La responsabilidad compartida en las organizaciones sirve para la delegación de responsabilidades y de trabajo, para que determinadas obligaciones y deberes no recaigan sobre un solo individuo. Esta es una corresponsabilidad planeada y dirigida. Sin embargo, otras formas de corresponsabilidad surgen de forma espontánea según aparezcan eventos que afecten la salud de la población.

En el ámbito institucional podemos definirla como "una acción concertada por parte de todos los actores implicados, que deberán cooperar entre sí. El concepto de "responsabilidad compartida" implica no tanto la selección de un determinado nivel en perjuicio de otro, sino, más bien, una intervención mixta de actores e instrumentos en los niveles adecuados" (5,6).

En salud comunitaria la responsabilidad compartida permite distribuir el grado de compromiso en las intervenciones entre las diferentes instituciones que conforman la comunidad y reparte el trabajo a realizar entre los actores sociales, para lograr que estos sean los propios artífices del desarrollo de las acciones que potencien su estado de salud.

Modelo de Enfermería Comunitaria, una propuesta para el abordaje integral de la salud en Nicaragua

Con la definición de los diferentes procesos implicados en el desarrollo de políticas de salud pública para potenciar el acceso a los servicios de la población, podemos describir los aspectos fundamentales del trabajo de enfermería en el aseguramiento y resguardo de la salud de los grupos de individuos a través de la presentación del siguiente modelo de enfermería comunitaria.

Metaparadigma

Enfermería comunitaria: es el conjunto de cuidados y procedimientos de enfermería orientados al resguardo de la salud de un grupo de individuos con características y objetivos en común, entendiéndolos como un todo continuo, siendo la única forma de resguardar la salud de uno solo de sus miembros, a través de la intervención como conjunto.

La acción de la enfermera en la comunidad debe ser un proceso cíclico continuo a través de la identificación de nuevas situaciones que afectan la salud y la modificación de factores para el bienestar de los individuos y los grupos que componen la comunidad, la enfermera comunitaria debe caracterizarse por su capacidad de liderazgo, organizar y coordinar los grupos de individuos y sus esfuerzos para lograr el cumplimiento de objetivos.

Entendamos estos factores como el conjunto de situaciones, conflictos lugares o comportamientos que vuelven vulnerable al individuo y más propenso a enfermar, estas situaciones pueden ser de orden biológico (contaminación del manto acuífero), psicológico (baja autoestima), social (consumo de sustancias psicoactivas), o de orden espiritual (conflicto de creencias ante situaciones como el aborto), que rompen el equilibrio entre las actividades cotidianas de las personas y causan un determinado grado de estrés que asciende temporalmente y provoca el aislamiento y desorganización de los grupos, de separándolos de su objetivo/ propósito conjunto como es el mantenimiento de la salud.

Paciente: unidad básica de la comunidad, ser único abierto que amerita establecer interrelaciones con otros individuos para satisfacer el cumplimiento de las necesidades.

El paciente tiene la capacidad de ejercer influencias positivas o negativas en cuanto a salud sobre otros individuos, pero por su característica de ser abierto es influenciado por otros individuos o grupos de individuos que a través de la magnitud de sus interrelaciones puede modificar sus hábitos, creencias, actitudes, acciones y modos de vida.

Comunidad: conjunto de dos o más individuos los cuales se encuentran unidos por características y/u objetivos en conjunto, que permiten el intercambio de información y acciones y beneficios entre sus miembros, fortaleciendo su estructura organizacional y potenciando sus capacidades para el mantenimiento de la salud.

En un sentido estructural podemos ver jerárquicamente el orden en que se coordinan las acciones y el poder de su influencia a medida que asciende el nivel de su posición.

- Paciente.
- Familia.
- Comunidad.

A su vez, el conjunto de comunidades que interactúan y ejercen sinergia entre las mismas serán consideradas como una organización a nivel macro a la cual denominamos sociedad. Por su amplia interacción en este nivel no se pueden llevar a cabo acciones ni estrategias con efectivo poder de influencia, se tiene que considerar el establecimiento de políticas que rijan los mecanismos adecuados a las necesidades de cada grupo de comunidades y coordinen sus acciones en salud.

Las comunidades presentan características únicas que las diferencian unas de otras y ejercen sinergia con los individuos que las conforman, estas características van desde las representaciones culturales, creencias, modos de vida, alimentación, rubros y actividades laborales, modos de concebir la salud y formas de ejercer influencia sobre otros individuos y otras comunidades

Cuidados: acciones, habilidades y técnicas dirigidas a coordinar esfuerzos para organizar los diferentes entes que conforman la comunidad y llevarlos a un fin común que es el mantenimiento de la salud.

Los cuidados en enfermería comunitaria tratan de fortalecer las capacidades de los grupos de individuos para adaptarse a situaciones continuamente y de adoptar conductas protectoras para sí mismas y su grupo de interrelaciones.

Estas acciones deben centrar su máximo esfuerzo en identificar factores de riesgo que afecten la salud desde un enfoque biopsicosocial, y lograr hacer que los individuos reconozcan el peligro de estos y unifiquen esfuerzos y acciones conjuntas para convertirlos en factores protectores para salvaguardar la salud y el bienestar de la comunidad.

El perfil de los cuidados de enfermería debe ser preventivo-curativo, siendo las intervenciones más como forma de asesoría y organización de los esfuerzos en vez de la provisión de cuidados y cumplimiento de necesidades dirigidas de forma directa a un individuo como estamos acostumbrados, se puede referir como brindar las habilidades para que el derecho del acceso a la salud sea cumplido por el mismo beneficiario, no necesite en gran medida la intervención de un tercero para obtenerlo.

Salud: es un estado dinámico de bienestar físico, psicológico, social y espiritual que experimentan los individuos durante su vida, les permite poder interactuar de forma adecuada entre sí y poder establecer redes de apoyo para la satisfacción de sus necesidades.

Salud comunitaria: la podemos entender como el bienestar que presentan todos los miembros de un grupo de personas que les permite mantener su funcionamiento en las actividades cotidianas de forma adecuada, también podemos incluir la capacidad del grupo de afrontar positivamente la falta de cumplimiento de las necesidades de uno o varios miembros del mismo y el apoyo mutuo entre la comunidad para asumir y cumplir sus roles cotidianos.

Entorno: conjunto de elementos y circunstancias externas al individuo presentes en su alrededor que forman parte y dan identidad a la comunidad. Estas pueden ser de orden biológico, geográfico, cultural, social, organizacional, afectivo y relacionado a las creencias y acciones de los grupos de individuos, que influyen y determinan sus estilos de vida.

El objetivo del trabajo de la enfermería comunitaria con el entorno es poder llevar este al máximo nivel posible de adecuación para el desarrollo de un óptimo estado de salud en la población, a través de la identificación de factores de riesgo y el trabajo en conjunto con personas claves y las diferentes instituciones, para convertirlos en factores protectores que permitan mantener un alto nivel de salud en los miembros de la comunidad.

Postulados del modelo de Enfermería Comunitaria

Para poder alcanzar el mayor grado de salud en todos los individuos que conforman la comunidad la labor de enfermería debe implementar estrategias y acciones y dirigir los esfuerzos conjuntos para alcanzar los siguientes postulados:

- **Apropiación de los conocimientos en salud:** es el proceso por el cual el individuo obtiene información relacionada a los procesos de aseguramiento y resguardo de la salud, analiza el contenido, profundiza e interioriza los conocimientos, vol-

viéndolos propios, siendo estos una herramienta adecuada para la protección de su salud, permitiéndole adaptarse a las diferentes situaciones que afectan su ser biopsicosocial y afrontarlas positivamente, además de reforzar sus habilidades y capacidades de autocuidado.

Para poder lograr la adecuada apropiación de los conocimientos en salud se debe hacer un proceso de educación constante de las situaciones que ejercen mayor impacto en la salud de los individuos y afectan la continuidad de las acciones en la comunidad, esta información debe estar guiada bajo procesos pedagógicos y androgógicos que permitan la captación y comprensión de la información en las diferentes comunidades, pero también con procesos de evaluación constante que favorezcan el refuerzo de los puntos donde se presenten obstáculos en la apropiación de la información.

- **Adopción de hábitos y conductas saludables:** es la capacidad del individuo para adoptar conductas protectoras para sí mismo y su comunidad que permita potenciar su nivel de salud y prevenir las situaciones que generen desequilibrio en su bienestar y sus interrelaciones, además este proceso incluye el abandono o abstinencia de actividades que el individuo realiza y que afecten a su salud y disminuyan su calidad de vida o sean un factor de riesgo para enfermar y ponga en riesgo a otros individuos.

La adopción de hábitos y conductas saludables se logra a través de los esfuerzos conjuntos de la comunidad por modificar los modos de vida de sus miembros a través de procesos de educación, promoción y evaluación constante de situaciones relacionadas con la salud.

- **Culturización de la salud:** característica fundamental de las políticas estratégicas y acciones dirigidas a la salud de la población para adaptar sus procesos a las particularidades y cualidades propias y únicas de la comunidad a intervenir, permitiendo que las acciones de enfermería tengan la flexibilidad de adaptarse a la cultura y modos *vivendum* de la población, para potenciar la fijación, aceptación y consecución de las acciones dirigidas para mantener altos niveles de salud.

Cuando una intervención en salud no es flexible y adaptable a la cultura y sistema de creencias y forma de vivir de la comunidad se convierte en otra acción destinada a fracasar y no generar el impacto deseado, pues los miembros de la comunidad no logran adaptarse a esta y se convierte en una carga no deseable para los actores sociales, genera fuga de presupuestos y de energías en el personal de salud.

- **Participación ciudadana:** tomando como referencia la Constitución Política de la Republica de Nicaragua, en la Ley 475 de Participación Ciudadana, la definiremos como un proceso de involucramiento de actores sociales en forma individual o colectiva, con el objeto y finalidad de incidir y participar en la toma de decisiones, gestión y diseño de las políticas públicas en los diferentes niveles y modalidades de la administración del territorio nacional y las instituciones públicas, con el propósito de lograr un desarrollo humano sostenible en corresponsabilidad con el Estado (6).

Las acciones de la enfermería comunitaria deben tener como objetivo lograr la articulación y participación protagonista de los diferentes entes presentes en la comunidad en el cumplimiento de las políticas y los procesos de salud que garanticen el bienestar de todos los miembros de la comunidad. Además, se debe fomentar la participación voluntaria, continua y organizada de cada individuo de nuestra población diana en los procesos de identificación de problemas y factores que afecten la salud, toma de decisiones y ejecución de acciones que permitan convertir estos factores de riesgo y determinantes del entorno en factores protectores para la salud de los individuos.

- **Inter/extra-institucionalización:** consiste en que las diferentes instituciones, organizaciones, grupos civiles y personas claves que conforman la comunidad tengan su propio plan de salud que brinde respuesta a las necesidades de cada uno de los miembros de la institución y a sus beneficiarios (inter-institucionalización), pero que a la vez estas estrategias y acciones se encuentren involucradas en un plan macro que contemple todos los esfuerzos de cada uno de los entes comunitarios en una estrategia general que permita el acceso y resguardo a altos estándares de salud a toda la comunidad como conjunto (extra-institucionalización).

Esta organización de los esfuerzos de los entes comunitarios les permite actuar de forma propia a cada organismo de acuerdo a su campo de función y experiencia en ejecución de acciones dirigidas a su salud, y a su vez a integrar cada esfuerzo en una estrategia conjunta que le permite compartir experiencias y conocimientos en los diferentes campos de la salud, fortaleciendo así los lazos estructurales de la comunidad.

Proceso de enfermería comunitaria

Para planificar los cuidados se propone un proceso cíclico, constante de solución de problemas a través del siguiente proceso de enfermería comunitaria:

- **Establecimiento de la relación enfermera-comunidad:** en todo proceso de la atención de enfermería el primer paso para la administración de cuidados que mejoren de forma positiva el estado de salud, es el establecimiento de una relación cálida y de calidad con nuestro paciente, que permita el intercambio de información personal y brinde seguridad, confianza y que permita conocer más a fondo la identidad de las personas.

En la labor del trabajo con la comunidad este primer paso es el más importante y determinante en el futuro desarrollo de acciones y estrategias que permitan el mayor grado de salud y satisfacción de los usuarios.

La relación enfermera-comunidad podemos entenderla como el primer contacto del personal de salud con la comunidad, la cual trabajará y formará parte como líder en los procesos sanitarios, en esta etapa la enfermera debe obtener la mayor cantidad de información en cuanto a datos sociodemográficos de la comunidad y sus miembros, que permitan brindarle una noción sobre el terreno a intervenir, los datos geográficos, los mapas de riesgo para identificar los puntos vulnerables y las posibles amenazas, puntos estratégicos como escuelas, iglesias, refugios, lugares de concentración de masas, datos epidemiológicos, los datos de dispensarización y familiogramas, nombres y funciones de las instituciones y organismos que trabajan en la comunidad, identificar las personas claves para su futura interrelación (estas son los líderes comunales y actores sociales).

Además de buscar la mayor cantidad de información disponible sobre la comunidad, se deben programar encuentros con las instituciones y organismos presentes en la comunidad y con las personas clave, hablar de calidad y abierta con ellos, detallando los objetivos de nuestro trabajo y la necesidad de su intervención y participación en cada una de los procesos y acciones para el mantenimiento de la salud de la comunitaria. Cada encuentro debe ser un puente para adquirir confianza y redes de apoyo entre los asistentes además de tratar de establecer líneas y estrategias de acción con el involucramiento y la colaboración de todos los entes comunitarios.

- **Valorar del estado de salud y los factores del entorno:** la valoración del estado de salud de la comunidad se realizara a través del uso de la herramientas más antigua y efectiva de la práctica de enfermería: la observación. Esta debe realizarse a través de un proceso de análisis profundo de cada uno de los elementos, factores de riesgo/protectores, situaciones y características propias del entorno comunal y cómo estas pueden afectar el mantenimiento de la salud. Este proceso solo puede lograrse a través de la visita directa a la comunidad, dejando así el antiguo paradigma de la enfermera de escritorio y estableciendo contacto directo con las situaciones que se desarrollan en la comunidad.

Para realizar una valoración completa de la salud comunitaria los datos obtenidos con la observación de las situaciones y acontecimientos del entorno, debe acompañarse de los registros de la dispensarización de los pacientes, la información obtenida por los entes comunitarios y la apreciación de estos sobre la salud de la comunidad, además del uso de mapas de riesgo que permitan identificar y puntualizar los lugares de mayor riesgo y vulnerabilidad para la afectación de la salud.

- **Diagnóstico comunitario:** el procesamiento de la información obtenida previamente para poder identificar las principales afectaciones de la salud comunitaria es un proceso que debe ser llevado a cabo por la enfermera en acompañamiento con los representantes de instituciones y organizaciones presentes en la comunidad, y con las personas clave, pues estos conocen más que nadie las situaciones que afectan la salud de la comunidad y cuáles son las problemáticas que se tiene la capacidad de brindar respuesta de forma inmediata. Además, sienta un compromiso de los entes comunales en el cumplimiento y acompañamiento de las acciones y estrategias planteadas para dar respuesta a la problemática identificada.

Este proceso se puede iniciar como una presentación de los datos obtenidos por el análisis de la información que realiza el personal de enfermería, que sugieran las posibles problemáticas que afectan la salud de la comunidad, no debe ser un proceso rígido y dictatorial, debe estar abierto a la opinión y crítica de los demás entes involucrados, además estos pueden sugerir otras situaciones o factores que afectan la salud, a través de un proceso de tormenta de ideas.

El diagnóstico comunitario debe ser el proceso por el cual se identifiquen las principales problemáticas y factores que pongan en riesgo la salud de la comunidad y para la definición de estos podemos usar algunas herramientas pedagógicas/ organizacionales como:

- **Diagrama de Ishikawa o diagrama causa efecto:** permitirá que el factor de riesgo pueda ser desglosado en cada una de sus partes hasta identificar cuáles han sido las situaciones que los han causado, y los posibles puntos a intervenir.

La forma de usar el diagrama de Ishikawa o también llamado Espina de Pescado es ubicando el problema en la cabeza del pescado, y luego las espinas de mayor tamaño las llamaremos causas principales o primarias y estas son las que causan con mayor magnitud la presencia del problema, de estas espinas más grandes dependen unas de menor tamaño, a estas llamaremos causas secundarias y estas son aquellas situaciones de menor magnitud que colaboran a la formación del problema o producen la causa principal (Figura 1).

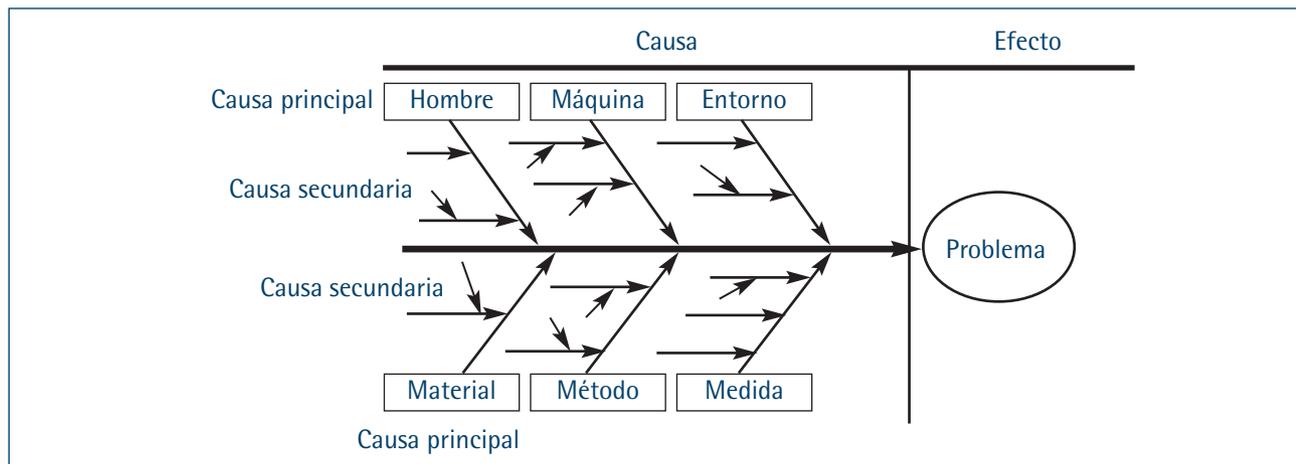


Figura 1. Diagrama de Ishikawa.

- **Método Hanlon de priorización del problema:** es un método para el establecimiento de prioridades basado en la magnitud del problema, severidad del problema, eficacia de la solución, factibilidad de programa o de la intervención.

El método Hanlon está basado en cuatro componentes:

1. A: magnitud del problema.
2. B: severidad del problema.
3. C: eficacia de la solución del problema.
4. D: factibilidad de programa o de la intervención.

La clasificación ordenada de los problemas se obtiene por el cálculo de la siguiente fórmula que se aplica a cada problema que se considera:

Puntuación de prioridad: $(A + B) C \times D$

Mediante este método es posible multiplicar la puntuación obtenida por cada componente que se juzgue como más importante por una cifra correspondiente al peso acordado a cada criterio, que se describe a continuación.

- Componente A: magnitud del problema de acuerdo al número de personas afectadas por el mismo, en relación a la población total (adaptable al tamaño del territorio que se estudia). Su puntuación será del 1 al 10.

Lo ideal es que sea medido de acuerdo a las tasas de población afectada dentro de la comunidad, pero este tipo de datos no está siempre disponible en las organizaciones que trabajaran de la mano con el sector salud, además puede ser no entendido por algunos entes comunitarios; por lo cual trabajaremos de acuerdo al porcentaje de población afectada, así si un 10% de la comunidad se ve perturbado lo tomaremos como uno, tomando como 10 la afectación del 100% de los miembros de la comunidad.

- Componente B: severidad del problema. Este componente puede definirse de diferente manera:
 - Con datos subjetivos: carga social que genera el problema.

- Con datos objetivos: indicadores de salud como: tasas de mortalidad, morbilidad, de incapacidad y costos asociados al problema.
- Cada factor se valora del 1 al 10, dependiendo de la severidad del problema.
- Componente C: eficacia de la solución. Los parámetros que se toman en cuenta son los recursos y la tecnología actual; otorgando una escala de 0,5 a los problemas difíciles de solucionar y 1,5 a los que tienen una posible solución.
- Componente D: factibilidad del problema o de la intervención. Agrupa factores que no están directamente relacionadas con la necesidad o con la eficacia, pero determinan si un programa o una actividad particular pueden ser aplicados.

Toma en cuenta los siguientes componentes:

- P= pertinencia.
- E= factibilidad económica.
- R= disponibilidad de recursos.
- L= legalidad.
- A= aceptabilidad.

Este componente determina si impide o permite la realización del programa o de la intervención, cuando se responde con un sí el valor es de 1 punto y de 0 puntos cuando la respuesta es no. Un valor positivo de factibilidad constituye una condición necesaria pero no suficiente para que el problema pueda ser clasificado como prioritario (8).

Para organizar los datos del método Hanlon podemos usar la siguiente matriz (Tabla 1):

Problema	Magnitud del problema (A)	Severidad del problema (B)	Eficacia de la solución del problema (C)	Factibilidad de programa o de la intervención (D)	Puntaje Hanlon (A + B) C x D

- **Planificación de las acciones e intervenciones con la participación de los entes comunitarios:** este es un punto crítico y de vital importancia en la administración de cuidados de enfermería comunitaria, pues aquí se definirán las acciones y estrategias a desarrollar para mantener o recuperar la salud comunitaria, además debe definirse cuidadosamente qué entes comunitarios serán los responsables en el cumplimiento de cada cuidado y establecerse presupuestos alcanzables y accesibles a las capacidades de respuesta de las organizaciones y personas involucradas en este proceso.

En la definición de las acciones a desarrollar la enfermera debe servir como un monitor el cual ayuda a brindar la mejor dirección de las opciones que proponen los entes comunitarios para solucionar las problemáticas que afectan la comunidad, en el planteamiento de las acciones se debe hacer el mayor esfuerzo para promover la participación de la ciudadanía en cada uno de los procesos así se garantiza su compromiso y adaptación al resguardo de su propia salud.

Se debe usar estrategias que permitan modificar los hábitos y estilos de vida de la población y que logren el mayor nivel posible de adaptación a las nuevas situaciones del entorno, que brinde habilidades y actitudes para fomentar el autocuidado en cada uno de los individuos de la comunidad.

Para organizar y planificar las acciones en el plan de cuidados de enfermería comunitaria la enfermera puede utilizar la siguiente matriz (Tabla 2):

Tabla 2. Plan de cuidados de enfermería comunitaria						
Diagnóstico comunitario ¹	Objetivo ²	Acciones/cuidados de enfermería comunitaria ³	Fechas a desarrollar actividades ⁴	Participantes por cada actividad ⁵	Materiales a usar por actividad ⁶	Presupuesto por actividad ⁷
Presupuesto total⁸						
<p>¹ En este acápite debe ubicarse el problema o factor de riesgo que afecte la salud comunitaria.</p> <p>² Se plantea el objetivo para dar respuesta a la problemática planteada, este debe ser medible en tiempo lugar y forma, este debe dar solución a la causa principal en el diagrama de Ishikawa.</p> <p>³ Deben proponerse acciones las cuales la comunidad este en capacidad de llevar a cabo y sostener de forma conjunta y continua, deben dar salida a los aspectos planteados como causas secundarias en el diagrama de Ishikawa.</p> <p>⁴ En cuanto a las fechas de las actividades estas deben estar acorde con la disposición y accesibilidad de las personas las cuales las llevarán a cabo.</p> <p>⁵ Deben plasmarse las instituciones organismos e individuos que cumplirán los cuidados y se les delegará la responsabilidad de su cumplimiento</p> <p>⁶ Se planteará detalladamente cada uno de los recursos necesarios para cumplir cada actividad cuente o no la comunidad con estos, pues así se podrán planear gestiones o acciones para su adquisición</p> <p>⁷ El valor monetario de cada uno de los materiales a necesitar en cada actividad a desarrollar.</p> <p>⁸ Valor total de la intervención a realizar.</p>						

- **Ejecución y monitoreo de las intervenciones enfatizando la participación ciudadana:** en esta fase la enfermera adopta la tarea de brindar asesoría y acompañamiento al cumplimiento de objetivos y actividades propuestas, tratando de brindar el mayor grado de independencia y responsabilidad en desarrollo de la actividad por parte de las organizaciones, instituciones y miembros de la comunidad.

Debe estar presente en aquellos procesos donde su rol como garante de la salud no pueda ser llevado a cabo por otro ente de la comunidad y debe priorizar aquellos problemas que pongan en mayor riesgo la comunidad para brindar asistencia directa y acompañamiento efectivo en la resolución de esta situación.

- **Evaluación de los resultados con los entes comunitarios:** posteriormente al cumplimiento de las actividades propuestas se debe hacer una evaluación detallada de los alcances de la intervención y los resultados obtenidos en cada etapa y por cada uno de los entes participantes, esto permitirá identificar aquellos puntos que se deben fortalecer en la intervención y permite valorar la efectividad y el cumplimiento de los objetivos y qué acciones necesitan ser redireccionadas.

Además, debe plantearse las fortalezas y limitantes en cada parte del proceso y compartir las experiencias e inquietudes de los participantes en la intervención.

Esta evaluación no debe ser del perfil estático, más bien debe ser un proceso constante con fines de mejora para fortalecer las capacidades y experiencias de la comunidad en la protección y mantenimiento de la salud como conjunto.

Diseño metodológico

Tipo de estudio: descriptivo, documental.

Unidad de análisis: documentos que hagan referencia a las directrices del desarrollo de la salud pública, bases conceptuales del MOSAFC, libros, *blogs* y revistas sobre los diferentes modelos de enfermería relacionados al cuidado de la comunidad.

Criterios de inclusión para el uso de bibliografía:

- Que tenga relación directa con el abordaje de la enfermería comunitaria.
- Que sean respaldados por universidades, editoriales y organizaciones en pro del desarrollo de la salud.
- Que los conceptos y datos a usar aún estén vigentes y no hayan sufrido actualizaciones recientemente.
- Documentos de teoristas aceptadas por el CIE.
- Última versión del Marco conceptual del MOSAFC.

Variable de estudio: enfermería comunitaria.

Método de recolección de datos: la recolección de la información se realizó a través de la lectura minuciosa y a profundidad de cada una de las bibliografías consultadas teniendo como dato de referencia en la búsqueda de información "enfermería comunitaria", a los documentos que cumplieran los criterios de inclusión, se tomó citas bibliográficas para hacer una explicación de los fenómenos a detallar, en algunos casos se tomó cita al no encontrar la bibliografía a la cual el autor hacía referencia en su texto.

Técnica de recolección de datos: se llevó a cabo a través del uso de ficheros bibliográficas, tomando la cita de los autores y organizándola en orden según la necesidad del documento a construir, en la cita de citas se separó en un acápite a parte para hacer una búsqueda del documento el cual refería el autor y así poder introducir la información más veraz y fidedigna en la construcción del documento.

Fuente de información:

- Secundaria: libros, revistas, manuales y protocolos de atención del MINSA (físicos y electrónicos en formato PDF y TXT), páginas web.

Consideraciones éticas: derecho de autor: se respetó el derecho de autor en todas las bibliografías citadas, haciendo una referencia del autor y del documento en el acápite de "bibliografía", para que el lector realice una revisión en profundidad de los textos consultados.

Conclusiones

- En la labor de enfermería para resguardar y mantener la salud en las comunidades intervenidas, se deben tomar como pilares fundamentales de la salud pública la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la organización de las instituciones y entes comunitarios, y la responsabilidad compartida de los actores sociales y de todos los miembros de la comunidad para el acceso a altos niveles de salud.
- En este modelo podemos definir a la enfermería comunitaria como el conjunto de cuidados y procedimientos de enfermería orientados al resguardo de la salud de un grupo de individuos con características y objetivos en común, entendiéndoles como un todo continuo, siendo la única forma de resguardar la salud de uno solo de sus miembros a través de la intervención como conjunto.
- Entendemos a la comunidad como el conjunto de dos o más individuos los cuales se encuentran unidos por características y/u objetivos en conjunto, que permiten el intercambio de información y acciones y beneficios entre sus miembros, fortaleciendo su estructura organizacional y potenciando sus capacidades para el mantenimiento de la salud.
- El modelo de enfermería comunitaria trata de que las acciones estén guiadas a alcanzar los siguientes postulados: apropiación de los conocimientos en salud, adopción de hábitos y conductas saludables, culturización de la salud, participación ciudadana e inter/extra-institucionalización de la salud.
- El proceso de enfermería comunitaria debe realizarse a través de los siguientes pasos: establecimiento de la relación en-

fermera(o) comunidad, valorar del estado de salud y los factores del entorno, establecer diagnóstico comunitario, planificación de las acciones e intervenciones con la participación de los entes comunitarios, ejecución y monitoreo de las intervenciones enfatizando la participación ciudadana, evaluación de los resultados con los entes comunitarios.

Bibliografía

- [1] Navarro V. Concepto actual de Salud Pública. Catedrático de Políticas Públicas y Sociales de la Universitat Pompeu Fabra. Barcelona Profesor de Política y Economía Sanitaria. [citado 15 dic 2015]. Johns Hopkins University, USA. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/cen-senanza/spi/fundamentos/navarro.pdf>
- [2] Conferencia internacional de la Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá de la Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa del 17 al 21 de noviembre de 1986. [citado 15 dic 2015]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottawa.html>
- [3] Halol E, Weaver J, Redding B. Enfermería en Salud Comunitaria: un enfoque de sistemas. 1° ed. en español. Organización Panamericana de la salud Oficina sanitaria panamericana, oficina regional de la Organización Mundial de la Salud 525 twenty-third street, n.w. Washington, d.c. 20037, e.u.a. 1990.
- [4] Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). Managua: MINSa; 2007. (Serie No.1 MOSAFC).
- [5] Sanz Larruga FJ. El concepto de responsabilidad compartida y el principio de subsidiariedad en el derecho ambiental. [citado 15 dic 2015]. Disponible en: <http://ruc.udc.es/bitstream/2183/2026/1/AD-3-25.pdf>
- [6] Correponsabilidad (definición). Categoría Ciencia. [citado 15 dic 2015]. Disponible en: <http://definicion.de/correponsabilidad/>
- [7] Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, Normas Jurídicas de Nicaragua. Ley de participación ciudadana, núm. 475, de 22 de octubre del 2003. Publicada en La Gaceta núm. 241, del 19 de diciembre de 2003.
- [8] Cruz García V, Fernández Argüelles CR, López Flores JF. Determinación de prioridades por el Método Hanlon en el laboratorio de análisis clínicos en un hospital de 2° nivel de atención. Hospital Civil "Dr. Antonio González Guevara", departamento de enseñanza, Waxapa 2012; Año 4, 1(6).

CONCLUSIONES.

VIII JORNADAS NACIONALES DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC).

III ENCUENTRO DE TUTORES Y RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

Las VIII Jornadas Nacionales y el III Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria de AEC, celebradas en la ciudad de Cáceres, han quedado clausuradas el día 16 de octubre de 2015 con mucha satisfacción por parte de los comités científico y organizador. Los objetivos propuestos se han cubierto con creces gracias al buen hacer de los/as compañeros/as de Extremadura y a la extraordinaria participación de casi 400 asistentes de todo el territorio nacional, entre los que se encontraban enfermeras comunitarias, otros profesionales de la salud y cuidadoras familiares.

En las VIII Jornadas Nacionales de la Asociación de Enfermería Comunitaria han sido aceptadas para su exposición 123 comunicaciones científicas y profesionales, de las cuales 53 se han expuesto oralmente y 70 en formato póster. Las comunicaciones provenían de doce comunidades autónomas y de tres países extranjeros. Los trabajos presentados han tratado sobre diversas temáticas, destacando los cuidados a personas ancianas y con enfermedades crónicas, y tal y como se había planteado el tema central de las jornadas se ha hecho especial hincapié en la realidad de las personas cuidadoras, en las necesidades que presentan y en el apoyo que se les debe brindar desde las instituciones sociosanitarias y desde la Enfermería Comunitaria en especial. Se han expuesto experiencias de educación para la salud dirigida a diversas poblaciones y se ha considerado fundamental la intervención en los centros educativos. También se han presentado trabajos que abordaron la evaluación de programas de educación para la salud.



Noticias RIIdEC

Otro tema de atención destacada ha sido la intervención comunitaria a poblaciones frágiles y desfavorecidas, el compromiso que la Enfermería Comunitaria ha de adquirir ante estas situaciones y los conocimientos y metodología necesaria para una intervención eficaz. No se ha obviado la importancia de la gestión en Enfermería Comunitaria y la necesaria formación, tanto en el grado como en la especialización. Por último, se sigue dando importancia a las competencias clínicas de la enfermera comunitaria y emerge con fuerza el campo de las intervenciones en salud pública y la aplicación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

Tras la magnífica conferencia de clausura "Pacientes, Cuidadores y Profesionales: una relación de aprendizaje y colaboración", impartida por Marta Allué Martínez, se procedió a la lectura de las conclusiones de las jornadas por parte del presidente del Comité Científico, Enrique Oltra Rodríguez, y a la entrega de los premios otorgados por dicho comité a los trabajos presentados. En la web de las jornadas pueden acceder a todas las comunicaciones presentadas y a los autores premiados.

Premios otorgados

Premio al mejor trabajo de estudiantes de Grado en Enfermería:

"Valoración de los cuidados y aportación de las TIC en cuidadores familiares".

Autora: María Sansano Muñoz. Facultad de Enfermería de Alicante.

Premio al mejor trabajo de enfermeros especialistas en formación EIR:

"Situación actual de malnutrición en el anciano en Atención Primaria".

Autores: Nieves Gómez Udías, Daniel Rodríguez Dominguez, María López Villar, Marta Pérez de Cossío y Nuria de la Torre Álvarez. Unidad Docente de Valladolid.

Premio al mejor trabajo en formato póster:

"Adherencia terapéutica en personas mayores de 65 años".

Autores: Alberto Rodríguez Seoane, Ana Belén González Alonso, Victoria Díaz Ovies, César Gerardo Fernández Delgadillo, Candelas Gómez Mateos, María Paz González Esteban. Centro de Salud Eras del Bosque (Palencia).



Noticias RIdeC

Premio al mejor trabajo presentado como comunicación oral:

"Narrativas, significados y experiencias en torno al Trastorno Límite de Personalidad".

Autores: David Conde Caballero, Lorenzo Mariano Juárez, Carmen Cipriano Crespo, Ana Martín Chamorro. Departamento de Enfermería de la Universidad de Extremadura.

La concesión del Premio "Isabel Zendal" a M^a Victoria Antón Nardiz por parte del Director de la Cátedra de Vacunología, José Tuells Hernández y el Presidente de la AEC, José Ramón Martínez Riera, causó mucha alegría y emoción entre los asistentes. Esta enfermera comunitaria, pionera y referente en la lucha por el desarrollo de la Enfermería Comunitaria en toda la reforma de la Atención Primaria en España durante las últimas tres décadas; autora, entre otros, del libro *Enfermería y Atención Primaria de Salud. De enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad*, nos contagió su entusiasmo y animó a las nuevas generaciones de enfermeras comunitarias a vivir con pasión su tiempo profesional.

El acto de clausura terminó con la concesión del premio por su apoyo al desarrollo de la AEC al ingeniero informático Lorenzo Moreno González. Para finalizar se llevó a cabo el reconocimiento de la AEC y de la actual Comisión Nacional a los componentes de la Primera Comisión Nacional de Enfermería Familiar y Comunitaria que elaboró el actual Programa Formativo de la Especialidad. Tras la lectura de la carta de agradecimiento que leyó Francisco Javier Pastor Gallardo, vicepresidente de la actual Comisión Nacional, en nombre de todos los miembros, recogieron la placa conmemorativa M^a José Benavente Sanguino, José Ramón Martínez Riera, Enrique Oltra Rodríguez y Dolores Sánchez López.

Como colofón de las Jornadas, la vocal-AEC de Castilla y León, Marta Gamarra Lousa, anunció la celebración del IV Congreso Internacional y X Congreso Nacional AEC en la ciudad de Burgos durante los días 5, 6 y 7 de octubre de 2016 proyectando el vídeo promocional.

¡ENHORABUENA por tu PARTICIPACIÓN. Te ESPERAMOS en BURGOS!

Francisco Javier Pastor Gallardo.
Presidente del Comité Organizador.
VIII Jornadas Nacionales AEC.



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



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

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

TODO ELLO ACTUALIZADO PERMANENTEMENTE POR NUESTRO EQUIPO CIENTÍFICO Y EDITORIAL

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

PODRÁS COPIAR, PEGAR E IMPRIMIR

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