

RIdEC

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria



SUMARIO

Editorial

Espacio AEC

Originales

- Descripción del tipo de motivación de pacientes con diabetes tipo 2 para realizar actividad física
- Validación de un cuestionario: apoyo familiar para el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva (CAF-LME)
- Grado de control de las personas en tratamiento oral con antagonistas de la vitamina K en Atención Primaria
- Innovación en educación para la salud: taller para promover el autocuidado en procesos agudos leves
- Percepción y conocimientos de los factores de riesgo cardiovasculares

Artículo Especial

Investigación enfermera y valor del cuidado

Noticias

Resumen del Congreso AEC (Murcia 2018)

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)

Editor Dr. Vicente Gea Caballero

DAEeditorial
Grupo Paradigma

RIdEC

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

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

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

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

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

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

RIdEC es una publicación semestral que publica artículos científicos revisados de forma ciega por al menos dos profesionales expertos en la disciplina enfermera. Los idiomas español 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

Esta publicación está incluida en:



Cuidatge

Dialnet

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

Envío de artículos: ridec@grupo-paradigma.com E-mail de atención al cliente, publicidad y administración: dae@grupo-paradigma.com
Periodicidad: 2 números al año.

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

RIdEC se distribuye gratuitamente entre los socios de AEC.

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

© AEC

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos.

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

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

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR

Dr. Vicente Gea Caballero

EDITOR ASOCIADO

Dr. José Ramón Martínez Riera

EDITOR ASOCIADO

Francisco Javier Pastor Gallardo

CONSEJO DE REDACCIÓN Y REVISIÓN

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

Dr. Raúl Juárez Vela
 Dr. Jorge Casaña Mohedo
 Dr. Antonio Ruíz Hontangas
 Dr. Pablo Martínez Cánovas
 Dra. Begoña Pellicer García
 Dr. Jorge Mínguez Arias
 Dr. Enrique Castro Sánchez

CONSEJO ASESOR

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

RIdEC

Sumario • Summary

Vol. 11 - nº 2 diciembre 2018-mayo 2019

Editorial

- La promoción colectiva de la salud comunitaria. A propósito del informe SESPAS 2018 4
Andreu Segura-Benedicto, Dr. Vicente Gea-Caballero

Espacio AEC

- Sociedades científicas. Diferentes voces para un mismo objetivo 6
José Ramón Martínez Riera

Originales

- Descripción del tipo de motivación de pacientes con diabetes tipo 2 para realizar actividad física
Description of the types of motivation to perform physical activity in patients with type 2 diabetes 8
Cristina Papin Cano, Xana González Méndez, Rubén Martín Payo
- Validación de un cuestionario: apoyo familiar para el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva (CAF-LME)
Validation of a questionnaire: family support to maintaining exclusive breast feeding (CAF-LME) 16
María Reyes Meza, Jacqueline Ibarra Peso
- Grado de control de las personas en tratamiento oral con antagonistas de la vitamina K en Atención Primaria
Control level in patients receiving oral vitamin K antagonists in Primary Care 28
Josep Mercader-Coma, Núria Puig-Girbau, Mireia Mañas-Peña, Cristina Dorado-Sabaté, Tomás Escolano-Hernández, M^a José Parejo-Martín
- Innovación en educación para la salud: taller para promover el autocuidado en procesos agudos leves
Innovation in health education: a workshop to promote self-care in mild acute disorders 39
María Henar Lobo Callejo
- Percepción y conocimientos de los factores de riesgo cardiovasculares
Prevention and knowledge about cardiovascular risk factors 48
Lara Menéndez González, Gloria María González Sánchez

Artículo especial

- Investigación enfermera y valor del cuidado 60
Carmen Domínguez-Alcon

Noticias RIdEC

- Resumen del congreso AEC (Murcia 2018) 76

Editorial

LA PROMOCIÓN COLECTIVA DE LA SALUD COMUNITARIA. A PROPÓSITO DEL INFORME SESPAS 2018

Andreu Segura-Benedicto

Médico de Salud Pública. Vocal del Consejo Asesor de Salud Pública y del Comité de Bioética del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Vocal de Grupos de trabajo de SESPAS. Editor invitado de Salud Comunitaria en Gaceta Sanitaria. Jubilado.

Vicente Gea-Caballero

Profesor Escuela de Enfermería La Fe, Valencia (España). Grupo de Investigación Emergente Acreditado en Arte y Ciencia del Cuidado GREIACC, IIS La Fe, Valencia. Director de la Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria, RIDE. Asociación de Enfermería Comunitaria, AEC.

Una de las primeras definiciones de salud pública fue la que publicó en la revista *Science* el eminente microbiólogo y director de la escuela de Yale C-E A Winslow. Según su criterio, la salud pública (SP) sería "la ciencia y el arte (entendido como destreza) de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud (...) mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para sanear el entorno, controlar las epidemias, proporcionar criterios y principios de higiene personal, orientar los servicios médicos y de enfermería al diagnóstico y tratamiento precoz y desarrollar la maquinaria social que garantice a cada persona de la comunidad unas condiciones de vida adecuadas para mantener la salud, de modo que todos los ciudadanos sean conscientes de su derecho a la salud y a la longevidad" (1). Una definición que el *Institut of Medicine* sintetizaría setenta años después al considerar que la SP es "aquello que nosotros, como sociedad, hacemos para mantener y mejorar la salud de la gente" (2).

Como ya señalaba Rosen en 1953 (3), la salud pública nace con las ciudades, puesto que la viabilidad de los asentamientos humanos permanentes requiere imprescindiblemente de un programa de saneamiento capaz, por lo menos, de abastecer de agua potable, almacenar y conservar alimentos y evacuar adecuadamente los residuos. Instalaciones y equipamientos que encontramos en las ciudades más antiguas de la humanidad. Claro que tal vez entonces, estas actividades todavía no se asociaran directamente con la salud de la población. Aunque como bien sabemos hoy, la salubridad del entorno es un determinante principal de nuestra salud, como lo son también el confort y la estética, factores que importaban a los primitivos urbanistas como ilustran algunas instalaciones recreativas de la época y, desde luego, los complejos diseños de las ciudades helénicas y romanas. Un patrimonio urbano que se corresponde con los actuales activos de salud comunitarios. No está de más recordar que en griego y en latín la ciudad era respectivamente *polis* y *civis*, etimologías compartidas con política y civismo, conceptos fundamentales para la convivencia y para la buena salud de la población.

La salud de la población no es, pues, un propósito exclusivo del sistema sanitario, sino del conjunto de la sociedad. Lo que implica asumir que tanto la protección como la promoción de la salud, entendida como algo más y distinto que la mera ausencia de enfermedad, es uno de los compromisos de las administraciones públicas para con la ciudadanía. Algo que se puede apreciar no solo en la arqueología urbana, sino también en algunos de los hitos de la historia de la SP como la creación de los cuerpos imperiales de funcionarios que Roma dedicaba al mantenimiento de acueductos y cisternas a la vez que a la inspección de los mercados de víveres, o el establecimiento de cuarentenas a finales de la edad media y, sobre todo, la promulgación de la ley de SP en la Inglaterra de 1848. Iniciativas todas ellas que tienen como principales protagonistas a las autoridades políticas de las ciudades.

Todo lo anterior tiene que ver con la iniciativa de Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), de la que la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) es uno de sus socios destacados, de dedicar el informe bienal de este año a la Salud Comunitaria y a la Administración local (4). Una iniciativa que no necesita mayor justificación puesto que la promoción (y la protección) de la salud comunitaria no es otra cosa que la aplicación de la SP en la dimensión social más básica, la comunidad, y las administraciones públicas más cercanas a la comunidad son las municipales.

Aunque tal vez sí convenga constatar que este informe SESPAS 2018 (#informesespas2018) se trata de una contribución de SESPAS a la Alianza de la Salud Comunitaria (5), plataforma de la que forma parte desde su creación en 2013 y desde la que se pretende materializar la reorientación de los servicios sanitarios que propugnaba la carta de Ottawa y apuntaba la conferencia de Alma-Ata, con el propósito de poner al sistema sanitario de forma efectiva al servicio de la población, trabajando codo a codo con la ciudadanía, sin suplantarla ni encandilarla con expectativas quiméricas o intervencionismos exacerbados que a menudo distraen sobre el origen de muchos problemas de salud cuyas causas directas son sociales como también lo son sus soluciones.

En este enfoque salubrista y comunitario, conviene no descuidar el rol y la responsabilidad que las enfermeras deben asumir y materializar junto al resto del equipo de agentes de salud, la comunidad y la administración, no siendo devoradas por otros enfoques más tradicionales, técnicos y/o biologicistas.

Bibliografía

- [1] Winslow C.-EA. The untilled fields of public health. *Science* 1920; 51:23-33.
- [2] Committee for the Study of the Future of Public Health; Division of Health Care Services. The future of Public Health. Institute of Medicine (IoM) [internet]. Washington: National Academic Press. 1988. p. 240 [cited 8 nov 2018]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218218/pdf/Bookshelf_NBK218218.pdf
- [3] Rosen G. A history of public health. Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press; 1993.
- [4] Hernan M, Botello B, Cubillo J, Gea V, March S, Segura A (eds.). La salud comunitaria y la administración local. *Gac Sanit* [internet] 2018(sup 1) [citado 8 nov 2018]; 32:1-102. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-quien-como-que-salud-comunitaria-articulo-S021391118301869>
- [5] Alianza de Salud comunitaria [sede web]. [citado 8 nov 2018]. Disponible en: <http://www.alianzasaludcomunitaria.org/>

ESPACIO AEC

Sociedades científicas.

Diferentes voces para un mismo objetivo

Dicen que la madurez de una profesión es directamente proporcional al desarrollo de sus sociedades científicas. En este sentido hay que destacar que la Enfermería, como profesión, aún está lejos de alcanzar un grado de madurez aceptable, o cuanto menos deseable, dada la, todavía, escasa cultura de asociacionismo existente entre las enfermeras.

Es cierto que el número de sociedades científicas ha crecido en los últimos 25 años. Pero no es menos cierto que la incorporación de las enfermeras a las mismas aún es escasa cuando no residual. No existe una cultura de asociacionismo ni una necesidad interiorizada de pertenecer a una sociedad científica como decisión voluntaria, a incorporarse para participar y beneficiarse del necesario desarrollo científico-profesional en un ámbito concreto de la actividad o conocimiento enfermeros.

También es de justicia destacar que las sociedades científicas han trabajado de manera muy seria alcanzando niveles de calidad muy meritorios que contribuyen, de manera decidida, al avance profesional y a la generación de evidencias científicas. Otra cosa es si han sabido trasladar a las enfermeras estos resultados y lo que a ellas como profesionales les aporta de valor añadido.

Sucedo, sin embargo, que en consonancia a lo que ha venido siendo habitual en enfermería, cada cual ha ido arrimando el ascua a su sardina, aunque para ello alguno se quedase sin brasas con las que continuar con el necesario "asado". Se pensaba más en clave particular que colectiva, más por tratar de defender la parcela de cada cual que por defender el territorio común, más por intentar sobresalir aunque fuese a costa de ocultar al vecino... y de esta manera se generaba una visibilización de división y enfrentamiento que para nada contribuía a mejorar la imagen de las sociedades científicas ni a corregir la idea de subsidiariedad que existe entre las enfermeras con relación a pertenecer a una sociedad de este tipo, al contrario de lo que sucede en otras profesiones con mayor desarrollo que no se cuestionan esta pertenencia, sino que la llevan a cabo de manera casi automática y natural en cuanto adquieren sus competencias profesionales para trabajar como médicos, psicólogos, abogados, arquitectos...

Las enfermeras precisamos de sociedades científicas fuertes que puedan dar respuestas a los interrogantes que se generan en torno al desarrollo científico-profesional enfermero y de las necesidades y demandas que plantea la sociedad. Pero al mismo tiempo precisa que dichas sociedades científicas identifiquen la importancia de aunar esfuerzos y energías que permitan generar sinergias compartidas en aspectos que les son comunes y que precisan de respuestas colectivas y sin fisuras.

Hasta ahora las relaciones entre sociedades científicas se limitaban a una discreta comunicación y una constante vigilancia por lo que cada una de ellas decía o hacía, con el consiguiente recelo y sospecha instalados permanentemente como única respuesta. Se mantenía un posturo protocolario tan artificial como poco resolutivo. Pero desde hace algo más de un año, las principales sociedades científicas decidieron dar un paso al frente. Aparcaron diferencias para identificar los aspectos que les unen y que les preocupan, con el objetivo de avanzar de manera firme y decidida desde la unidad de acción, con el fin de visibilizar social y profesionalmente dicha unidad y trasladar una imagen de cohesión ante los problemas que actualmente tienen las enfermeras en el ámbito de su desarrollo científico-profesional.

La AEC, como no podía ser de otra manera, ha participado de manera clara, directa y decidida en este proceso que ha logrado dirigir ya a la profesión enfermera, pero también a las administraciones y organizaciones del ámbito sanitario, su capacidad de integración y de voz única en defensa de los intereses de las enfermeras y que, sin duda, redundará muy positivamente en las estrategias que cada una de las sociedades científicas de manera individual luego desarrollen en el ámbito de su campo de actuación.

No se ha tenido que renunciar a nada, salvo al individualismo, para alcanzar este consenso. Tan solo ha sido necesario que se rompieran las barreras que dificultaban la necesaria e imprescindible comunicación para darse cuenta de cuántos puntos en común existen y qué pocos nos separan.

El diálogo, el análisis reflexivo, el pensamiento crítico y, sobre todo, el respeto y la humildad han permitido que el conocimiento científico haya prevalecido por encima de cualquier otro planteamiento, sin con ello descartar la diversidad de criterios, la disparidad o la discrepancia que lo único que hacen es, desde este planteamiento de unidad, incorporarse en el discurso científico para enriquecer el resultado final.

Las sociedades científicas enfermeras han dado un paso importantísimo para lograr el objetivo común de avanzar y lograr que las enfermeras seamos conocidas y reconocidas por el valor de lo que aportamos en beneficio de las personas, las familias y la comunidad y no por las diferencias entre nosotras.

Este punto de inflexión debe servir, además, para que la profesión en su conjunto identifique que por encima de las personas están las organizaciones e instituciones que han de jugar un papel fundamental en el desarrollo científico-profesional enfermero. No basta con decir no me gusta lo que se está haciendo. Es necesario implicarse para cambiarlo y mejorar. La crítica sin más tan solo conduce, como ya hemos tenido ocasión de comprobar, a la división y a la parálisis.

Sigamos avanzando desde la unidad derivada del debate vivo y constructivo, que no desde el conformismo.



ASOCIACIÓN DE
ENFERMERÍA COMUNITARIA

José Ramón Martínez Riera

Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Descripción del tipo de motivación de pacientes con diabetes tipo 2 para realizar actividad física

¹ Cristina Papín Cano
² Xana González Méndez
³ Rubén Martín Payo

¹ Enfermera. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de salud (CS) Piedras Blancas. Castrillón, Asturias. Dirección de contacto: cristina.papin@sespa.es

² Enfermera. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. CS Las Vegas. Corvera de Asturias. Asturias.

³ Doctor en Ciencias de la Salud. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo. Asturias.

Resumen

Objetivo: describir el tipo de motivación y las necesidades psicológicas básicas (NPB) relacionadas con la realización de actividad física (AF), y la resiliencia de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) del Área Sanitaria III del Principado de Asturias.

Material y métodos: se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal de una muestra de 235 pacientes con DM2 obtenida a través de un muestreo consecutivo en diversos centros de salud del área sanitaria de estudio. Se empleó un cuestionario diseñado para medir la motivación de los pacientes con DM2 en la realización de actividad física y otro para medir su resiliencia. Se utilizó el SPSS versión 24.0 para el análisis de datos.

Resultados: casi un 80% de las personas encuestadas está motivada para realizar AF de forma habitual, pero solo un 23,1% varía el tipo de actividad llevada a cabo. Se encontró una relación positiva entre la motivación para efectuar AF y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad, las NPB (autonomía, competencia y apoyo social) y la resiliencia de los encuestados. Además, se halló una relación inversa entre la HbA1c y la motivación para efectuar AF y las NPB.

Conclusiones: orientar la educación para la salud de las personas con DM2 en función de su motivación y de sus NPB relacionadas con la AF podría lograr un mejor autocontrol de su enfermedad, mejorar su calidad de vida y evitar o reducir las elevadas complicaciones derivadas de ella.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2; ejercicio; motivación; resiliencia psicológica.

Abstract

Description of the types of motivation to perform physical activity in patients with type 2 diabetes

Purpose: to describe types of motivation and basic psychological needs (BPN) related to physical activity, as well as resilience of patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) in Health Area III in the Principality of Asturias.

Material and methods: a cross-sectional descriptive study was conducted in a sample of 235 patients with T2DM based on consecutive sampling in several health centers in the health area. A questionnaire specifically designed to measure motivation in patients with T2DM was used to describe physical activity, and another one was used to measure resilience. The SPSS package version 24.0 was used for data analyses.

Results: near to 80% of interviewees showed motivation to perform routine PA, but only in 23.1% a variation in types of activity is used. A positive correlation was found between motivation to perform PA and time since the diagnosis of the disease, BPN (autonomy, competence and social support), and resilience in interviewees. Additionally, a negative relationship was observed between HbA1c and motivation to perform PA and BPN.

Conclusions: focusing health education in patients with T2DM based on their motivation and BPN related to PA could provide them with a better self-control for the disease, an enhanced quality of life, and avoidance or reduction of their high complications of the disease.

Key words: type 2 diabetes mellitus; exercise; motivation; psychological resilience.

Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica de las más extendidas en el ámbito mundial (1). Las cifras de morbilidad atribuibles a la misma son elevadas (2), suponiendo un deterioro de la calidad de vida, además de un elevado coste para los sistemas sanitarios (3). La incidencia de la DM ha aumentado en las últimas décadas y el pronóstico es que siga aumentando por factores conductuales como la obesidad y el sedentarismo (4). Esta enfermedad se puede controlar con cambios en la dieta, aumento de la actividad física (AF) (4) y reducciones moderadas en el peso (5). Por tanto, motivar a los pacientes en la realización de AF de forma regular es una parte fundamental del régimen terapéutico (6). La Federación Internacional de Diabetes manifiesta que se necesita más educación para mejorar el control de la misma e integrar los estilos de vida necesarios para ello (4). Esto enfatiza la necesidad de crear programas de salud que no se centren únicamente en transmitir conocimientos, sino en promover un rol activo, lo que se traduce en potenciar la capacidad y la motivación de las personas (7).

Existen diferentes marcos teóricos que enfatizan el papel destacado de la motivación para promover cambios de conducta. De ellos destaca la teoría de la autodeterminación (TAD) de Deci y Ryan (8), la cual analiza el grado en que las conductas humanas son autodeterminadas, es decir, el grado en que las personas realizan sus actos al nivel más alto de reflexión. Este marco teórico define tres tipos de motivación: la desmotivación, que se produce cuando el individuo no valora una actividad, no se siente competente para hacerla o no espera resultados de la misma (9); la motivación extrínseca, según la cuál la conducta se lleva a cabo para satisfacer una demanda externa o por la existencia de premios, recompensas o evitación de castigos (10) y la motivación intrínseca, que se relaciona con el placer que provoca el hecho de llevar a cabo una actividad sin recibir ninguna recompensa externa directa (7,8).

Otro concepto incluido en la TAD es el de las Necesidades Psicológicas Básicas (NPB) que son autonomía, competencia y apoyo social. Si las personas no consiguen complacerlas manifestarán enfermedad o funcionamiento no óptimo (8).

Por otra parte, cabe destacar otro potencial determinante conductual, la resiliencia, definido como la capacidad para recuperarse y salir fortalecido de un evento psicosocial altamente estresante (11), como puede ser, por ejemplo, el diagnóstico de diabetes.

No se han encontrado estudios en este medio que describan la motivación de pacientes con DM2 para llevar a cabo conductas saludables en relación a la AF y, por ello, se consideró interesante realizar este estudio. La finalidad del mismo es que los profesionales de enfermería de Atención Primaria puedan orientar las intervenciones educativas con los pacientes que presenten dicha patología en función a las conductas saludables para las que existe desmotivación. Además, las intervenciones podrían ir encaminadas a generar motivaciones más cercanas a lo intrínseco, para que dichas conductas se mantengan en el tiempo.

Como objetivo general se planteó el de describir la adherencia y el tipo de motivación en la realización de conductas relacionadas con la AF, así como la resiliencia de pacientes con DM2 en el Área Sanitaria III del Principado de Asturias. Como objetivos específicos, los de evaluar la relación existente entre la "actividad física total" y las NPB y el de determinar la relación existente entre resiliencia, adherencia a conductas saludables relacionadas con la AF y cifras de hemoglobina glicosilada (HbA1c).

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal en los centros de salud de Sabugo, Quirinal, Cudillero, Muros de Nalón y Villalegre del Área Sanitaria III del Principado de Asturias, en el periodo comprendido entre febrero y diciembre de 2016.

La población a estudio quedó configurada por los pacientes diagnosticados de DM2 pertenecientes a los centros de salud recogidos en el trabajo. Se incluyeron aquellos pacientes con capacidad para cumplimentar los cuestionarios y que voluntariamente decidieron participar y firmaron el consentimiento informado.

Se excluyó a aquellos sujetos con incapacidad para prestar el consentimiento informado o que no desearon participar en el estudio y/o aquellos con incapacidad para entender y cumplimentar los cuestionarios.

Los pacientes que acudieron a los centros de salud participantes en el intervalo de tiempo citado anteriormente fueron informados de la intención de realizar el presente estudio. Quienes decidieron participar recibieron el consentimiento informado y los cuestionarios por escrito, dándoles la opción de cubrirlos en el acto o en su domicilio.

Para recoger las variables a estudio se utilizó el cuestionario validado Motiva. Diaf-DM2 (12). Dicho cuestionario está formado por tres bloques. El primero incluye variables sociodemográficas (edad, género, nivel de estudios) y otras variables

relacionadas con la enfermedad (años transcurridos desde el diagnóstico de la DM y el tratamiento del paciente: insulina y/o antidiabéticos orales). El segundo incluye preguntas relacionadas con el tipo de motivación de los pacientes en relación con la realización de AF, con 10 opciones de respuesta correspondiendo con el motivo que mejor explica su comportamiento. Las primeras cuatro opciones son razones por las cuales no se lleva a cabo la conducta saludable (desmotivación): "no, porque desconocía esa información", "porque no creo que me sirva", "porque supondría un gran esfuerzo para mí" y "por otras razones". Las siguientes cuatro respuestas se basan en la motivación extrínseca: "sí, porque mi familia/personal sanitario me obliga", "porque me siento mal si no lo hago", "porque sé que es bueno para mi salud" y "porque lo he hecho toda la vida". Las dos últimas respuestas están relacionadas con la motivación intrínseca: "sí, porque me gusta" y "porque me hace sentir bien". Cada una de las variables se codificó de forma descriptiva (%) y como puntuación media en un rango de puntuación comprendido entre 0 (desmotivación) y 5 (motivación intrínseca). Además, se calculó la variable sintética "actividad física total" resultado del cociente entre la puntuación media de los ítems relacionados con la motivación para realizar AF y el número total de ítems. El último bloque está compuesto por dos ítems para valorar cada una de las NPB (autonomía, competencia y apoyo social) relacionadas con la AF.

Por último, se incluyó la resiliencia, obtenida a través de la versión española del cuestionario *Brief Resilient Coping Scale* (13). Este cuestionario consta de cuatro ítems en formato tipo Likert en una escala de 1 (No me describe en absoluto) a 5 (Me describe muy bien), siendo la mayor puntuación la conducta más resiliente. El valor de la HbA1c fue recogido de la historia clínica de los pacientes.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables: frecuencias absolutas, porcentajes, medias y desviaciones típicas.

El test de Kolmogorov-Smirnov fue utilizado para determinar la normalidad de la muestra. En función a los resultados obtenidos, se optó por utilizar los test no paramétricos en los análisis de las variables a estudio.

Para evaluar las diferencias entre las variables cualitativas se llevó a cabo la prueba de Chi cuadrado. Cuando se precisó la comparación de medias entre subgrupos de población se empleó la U de Mann-Whitney. Para evaluar la asociación entre variables cuantitativas, el test de correlación de Spearman.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis multivariante de regresión lineal, tomando como variable dependiente la HbA1c y como variables independientes las variables personales, conductuales y la resiliencia.

Se utilizó el programa informático SPSS versión 24.0 para efectuar los análisis estadísticos, entendiendo que los resultados eran estadísticamente significativos cuando el valor de $p \leq 0,05$.

Resultados

La población a estudio estuvo constituida por 235 pacientes, con diagnóstico de DM2, de varios centros de salud del Área Sanitaria III del Principado de Asturias.

Del total de la muestra, la mayoría fue hombre (60,4%) y la media de edad fue de 70,2 años (DE: 10,31), siendo la edad mínima de 35 años y la máxima de 91. El nivel de estudios predominante fue primarios o menos (59,8%), seguido de secundarios (30,4%) y universitarios (9,8%). La media de años desde el diagnóstico de DM2 fue de 10,6 (DE: 8,72).

La mayor parte de las personas encuestadas no utilizaba insulina (83,3%) para el tratamiento de la DM2 y sí, por el contrario, antidiabéticos orales (74,7%). La media de HbA1c fue de 7,1% (DE: 1,30). En cuanto a la resiliencia, la puntuación media alcanzó, en un rango de 1 (comportamiento menos resiliente) a 5 (comportamiento más resiliente), un valor de 3,53 puntos (DE: 0,95).

Se analizaron los porcentajes según el tipo de motivación para cada una de las variables por separado (Tabla 1). Los porcentajes de desmotivación oscilaron entre el 22,2 y 80,2%, correspondiendo a las variables "llevar una identificación con los datos personales" y "situación de persona con diabetes" el valor más elevado. La motivación intrínseca presentó valores con un rango comprendido entre 3,8 y el 21,4%, correspondiendo, también, el mejor porcentaje al ítem relacionado con realizar varias sesiones semanales de AF de entre 20 y 60 minutos diarios.

Adicionalmente, se calculó la puntuación media para cada una de las conductas, en un rango de puntuación comprendido entre 0 (desmotivación) y 5 (motivación intrínseca) (Tabla 1).

Además, se analizó la realización (sí o no) de cada una de las recomendaciones (Tabla 2), sin observarse diferencias estadísticamente significativas según el sexo o el nivel de estudios de las personas encuestadas.

Tabla 1. Porcentaje según el tipo de motivación y la puntuación media para cada recomendación

	Desmotivación %	Motivación extrínseca %				Motivación intrínseca %	Puntuación media (DE)
		Externa	Introyectada	Identificada	Integrada		
Realizar sesiones de actividad física de entre 20 y 60 minutos diarios de tres a cinco veces por semana	22,2	2,1	3,4	44,9	6,0	6,0	2,74 (1,73)
Variar el tipo de actividad física	76,9	1,3	1,3	9,4	3,4	3,4	0,84 (1,64)
Consumir 15-30 gramos de hidratos de carbono cada 30 minutos cuando la actividad física dura más de 30 minutos	77,8	1,7	3,8	8,1	2,6	2,6	0,74 (1,51)
Consumir 15-30 gramos de hidratos de carbono tras finalizar una actividad física de duración superior a 60 minutos e intensidad moderada-alta	76,5	0,4	3,8	12,8	2,6	2,6	0,76 (1,45)
Llevar encima algún alimento con azúcar durante la realización de actividad física	58,8	3,9	3,4	21,0	1,3	1,3	1,37 (1,82)
Portar una identificación con datos personales y situación de persona con diabetes	80,2	3,0	0,4	5,2	2,6	2,6	0,73 (1,61)

Tabla 2. Porcentaje de adherencia para cada recomendación

	Sí %	No %
Realizar sesiones de actividad física de entre 20 y 60 minutos diarios de tres a cinco veces por semana	77,8	22,2
Variar el tipo de actividad física	23,1	76,9
Consumir 15-30 gramos de hidratos de carbono cada 30 minutos cuando la actividad física dura más de 30 minutos	22,2	77,8
Consumir 15-30 gramos de hidratos de carbono tras finalizar una actividad física de duración superior a 60 minutos e intensidad moderada-alta	23,5	76,5
Llevar encima algún alimento con azúcar durante la realización de actividad física	41,2	58,8
Portar una identificación con datos personales y situación de persona con diabetes	19,8	80,2

La puntuación media de la variable sintética "actividad física total" fue de 1,18 puntos (DE: 1,04). No se encontró relación estadísticamente significativa entre esta variable y la edad ($p=0,73$), el sexo ($p=0,71$), ni el nivel de estudios ($p=0,17$). Sin embargo, sí se halló una relación positiva con el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad ($r=0,27$; $p<0,001$), con la HbA1c ($r=0,26$; $p<0,001$), las NPB ($r=0,34$; $p<0,001$) y con la resiliencia ($r=0,25$; $p<0,001$). En todo caso, dado el valor de correlación no se puede tener en cuenta dicha relación.

Al evaluar cada NPB de forma independiente, las puntuaciones más bajas se observaron en el ítem relacionado con el apoyo social y en el relacionado con la competencia "me siento capaz de realizar AF de forma habitual" (Tabla 3). Además, se calculó la puntuación media de cada una de las NPB y se contrastaron por separado con las variables personales y las relacionadas con la enfermedad para detectar posibles diferencias. Se observaron diferencias significativas según el sexo en la competencia, siendo superior en hombres que en mujeres, y en la influencia social, siendo en este caso mayor en las mujeres (Tabla 4).

Tabla 3. Porcentaje, según la frecuencia de realización, de cada uno de los ítems de las necesidades psicológicas básicas

		Nunca %	Casi nunca %	A veces %	Casi siempre %	Siempre %
Competencia	Tengo confianza en mí mismo	6,1	4,0	16,7	32,3	40,9
	Me siento capaz de realizar actividad física de forma habitual	8,7	4,8	25,1	28,0	33,3
Apoyo social	Mi familia habitualmente efectúa actividad física	11,2	11,2	40,3	20,9	16,3
	Las personas de mi entorno realizan actividad física	8,6	14,5	38,7	24,2	14,0
Autonomía	Puedo decidir qué actividad física llevar a cabo	6,1	5,1	11,2	23,9	53,8
	Soy yo quien planifico la realización de actividad física	6,4	3,9	6,9	15,3	67,5

Tabla 4. Puntuación media de las necesidades psicológicas básicas y diferencias según el sexo

	Media (DT)	Sexo, media (DT)		z	p
		Hombre	Mujer		
Competencia	2,84 (1,08)	3,05 (0,93)	2,50 (1,23)	-3,05	0,002
Influencia social	2,20 (1,07)	2,08 (1,06)	2,40 (1,08)	-2,03	0,04
Autonomía	3,24 (1,09)	3,35 (0,92)	3,05 (1,31)	-0,77	0,443

Por otra parte, se puntuaron conjuntamente las NPB, en un rango que osciló de 0 (menor puntuación) a 4 (mayor puntuación), siendo la puntuación media obtenida de 2,75 (DE= 0,83). Esta fue, también, significativamente mayor ($p < 0,001$) en el caso de los hombres (2,83; DE= 0,69) que en el de las mujeres (2,63; DE= 1,02). Sin embargo, no se detectaron diferencias significativas según el nivel de estudios de las personas encuestadas ($p = 0,551$).

Se observó la existencia de una relación positiva entre la resiliencia de los pacientes y sus NPB ($p < 0,001$).

Finalmente, se realizó una regresión lineal tomando como variable dependiente la HbA1c y como independientes las distintas variables relacionadas con la motivación para la realización de AF, las NPB, el nivel de estudios y el sexo. Se observó una relación indirecta y significativa con la variable "actividad física total" ($-0,54$; $p < 0,001$) y con las NPB ($-0,43$; $p = 0,002$), suponiendo una influencia de un 16% ($R^2 = 0,16$).

Discusión

El diseño de este estudio permite conocer la adherencia y el tipo de motivación de las personas con DM2 en la realización de AF, sus NPB y resiliencia.

Las personas encuestadas se encuentran más desmotivadas a la hora de llevar una identificación con sus datos personales y su situación de persona con diabetes, mientras que el porcentaje más elevado de motivación intrínseca se observó en la realización de AF varias veces por semana. En cuanto a la resiliencia, se encontró una relación con la variable "actividad física total", aunque se trata de una relación baja. Es decir, que cuanto mayor es la resiliencia de los participantes mayor es su motivación para llevar a cabo AF. Además, se encontró relación entre la resiliencia de los pacientes y sus NPB, cuanto más satisfechas están sus NPB (autonomía, competencia y apoyo social) mayor es su resiliencia.

Los estudios de Mayberry et al. (14) y Williams et al. (15) sugieren que las estrategias de los profesionales sanitarios dirigidas a mejorar la información y la motivación de las personas con DM2 ayudan a mejorar la adherencia a la medicación y la

calidad de vida y, como consecuencia, mejora el control glucémico. Esto concuerda con la teoría de que la motivación influye en la adherencia a la hora de realizar AF, de forma que aquellas personas que tengan formas de motivación más cercanas a lo intrínseco realizarán más conductas saludables relacionadas con la AF y será más probable que las mantengan en el tiempo.

En cuanto a las NPB, las peores puntuaciones se observaron en la competencia y en el apoyo social, concordando con el estudio de Williams et al. (16) que sugiere que los esfuerzos de mejora de calidad en la atención han de centrarse más en la competencia y autonomía del paciente.

Además, se observó que las NPB fueron significativamente mayores en los hombres. Esto parece concordar con el estudio llevado a cabo por Trief et al. (17) en el que se realizó una intervención educativa para la pérdida de peso en personas con diabetes, que mostró un aumento significativo de la motivación autónoma en los hombres, que se mantuvo durante dos años tras la intervención, mientras que en las mujeres no produjo cambio en su motivación. Los hombres con más motivación autónoma y mayores niveles de satisfacción de las NPB perdieron significativamente más peso que aquellos con unos niveles más bajos. Esto plantea la cuestión de si los programas de educación de las personas con diabetes tienen que adaptarse según los distintos tipos de motivación y sexo.

Por otro lado, se ha observado la existencia de una relación significativa entre la variable "actividad física total", entendida como la motivación de las personas participantes en este estudio a la hora de realizar AF y sus NPB. Esto concuerda con los resultados del estudio de Moreno-Murcia et al. (18) en el que se puso de manifiesto que la satisfacción de estas necesidades está relacionada de forma directa con las formas de motivación más cercanas a lo intrínseco, que a su vez se asocian con mayores niveles de AF.

Se halló una relación positiva entre la resiliencia de los encuestados y sus NPB. Esto concuerda con un estudio (19) llevado a cabo en personas con DM2 en el que se observó una relación directa entre la capacidad para resolver problemas y la realización de AF.

En el estudio de Broadbent et al. (20), las personas con diabetes expresaron que en el control de su enfermedad lo más importante es la medicación, manifestando una mayor adherencia a la misma en comparación con la dieta y el ejercicio. Estos resultados sugieren que la adherencia al tratamiento no farmacológico puede mejorarse si se trabaja la percepción que los pacientes tienen sobre la enfermedad y su tratamiento.

Todo lo anterior sugiere la necesidad de establecer cambios organizativos en los servicios de salud a la hora de realizar la educación sanitaria de los pacientes con enfermedades crónicas, motivándolos y trabajando para aumentar sus NPB.

Como limitación del estudio se ha de tener en cuenta la posible existencia de un sesgo de complacencia, puesto que se utilizaron cuestionarios para la recogida de datos, si bien este sesgo se ve reducido debido a que los cuestionarios son anónimos y el entrevistador no estuvo presente en el momento de su cumplimentación. Otra posible limitación deriva del tipo de muestreo que se llevó a cabo, no probabilístico, corriendo el riesgo de obtener una muestra no representativa de la población a estudio, aunque esta limitación está reducida por el hecho de que se seleccionaron centros de salud tanto urbanos como rurales.

Además, ampliar la muestra en próximos estudios podría ser recomendable para conocer la adherencia, el tipo de motivación y las necesidades psicológicas básicas de estos pacientes en la realización de AF y, de esta forma, poder adaptar las intervenciones educativas a las necesidades de los mismos. A la vista de los resultados del trabajo, y dada la aplicabilidad del cuestionario, sería conveniente efectuar un estudio experimental para comprobar los cambios producidos en el autocontrol de la DM2, tras la orientación de la educación sanitaria según el tipo de motivación y las NPB de las personas con dicha enfermedad.

Conclusiones

Los participantes que poseen una motivación más intrínseca para realizar AF presentan cifras de HbA1c más bajas que los que no lo están o presentan formas de motivación más cercanos a lo extrínseco.

Por otro lado, en consonancia con el modelo teórico, se puede concluir que cuanto mayor es la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de los participantes, mayor es su motivación para la realización de AF y su resiliencia.

Orientar la educación para la salud en relación con la AF de las personas con DM2 en función a su motivación y sus NPB podría lograr un mejor autocontrol de su enfermedad.

Bibliografía

- [1] Soriguer F, Goday A, Bosch Comas A, Boriú E, Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the di@betes.es Study. *Diabetología*. 2012; 5(1):88-93.
- [2] Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre la Diabetes. Génova: OMS Document Production Services; 2016.
- [3] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [citado 8 nov 2018]. Disponible en: http://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/72/estrategia_diabetes_sns.pdf
- [4] Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes de la FID. 7ª ed. International Diabetes Federation [internet]; 2015 [citado 8 nov 2018]. Disponible en: http://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf
- [5] Evert AB, Boucher JL, Cypress M, Dunbar SA, Franz MJ, Mayer-Davis EJ, et al. Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. *Diabetes Care*. 2014; 37 Suppl 1:S120-43.
- [6] De Feo P, Schwarz P. Is physical exercise a core therapeutic element for most patients with type 2 diabetes? *Diabetes Care*. 2013; 36 Suppl 2:S149-54.
- [7] Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient education and counseling*. 2010; 79(3):277-82.
- [8] Deci E, Ryan R. The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*. 1985; 19(2):109-34.
- [9] Ryan R. Psychological Needs and the Facilitation of Integrative Processes. *Journal of Personality*. 1995; 63(3):397-427.
- [10] Ryan R, Deci E. The darker and brighter sides of human existence: basic psychological needs as a unifying concept. *Psychological Inquiry*. 2000; 11(4):319-38.
- [11] Quiceno JM, Vinaccia S. Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*. 2011; 9(17):69-82.
- [12] Martín Payo R, González Méndez X, Papin Cano C, Suarez Álvarez J. Development and validation of a questionnaire for assessing the characteristics of diet and physical activity in patients with type 2 diabetes. *Psicothema*. 2018; 30(1):116-22.
- [13] Limonero JT, Tomás-Sábado J, Gómez-Romero MJ, Maté-Méndez J, Sinclair VG, Wallston KA, et al. Evidence for Validity of the Brief Resilient Coping Scale in a Young Spanish Sample. *Span J Psychol*. 2014; 17:1-9.
- [14] Mayberry LS, Osborn CY. Empirical validation of the information-motivation-behavioral skills model of diabetes medication adherence: a framework for intervention. *Diabetes Care*. 2014; 37(5):1246-53.
- [15] Williams GC, Patrick H, Niemiec CP, Williams LK, Divine G, Lafata JE, et al. Reducing the health risks of diabetes: how self-determination theory may help improve medication adherence and quality of life. *The Diabetes Educator*. 2009; 35(3):484-92.
- [16] Williams G, McGregor H, King D, Nelson C, Glasgow R. Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians. *Patient Education and Counseling*. 2005; 57(1):39-45.
- [17] Trief PM, Cibula D, Delahanty LM, Weinstock RS. Self-determination theory and weight loss in a Diabetes Prevention Program translation trial. *J Behav Med*. 2016.
- [18] Moreno-Murcia JA, Hernández EH. The Importance of Supporting Adolescents' Autonomy in Promoting Physical-Sport Exercise. *The Spanish Journal of Psychology*. 2013; 16:E81.
- [19] King D, Glasgow R, Toobert D, Strycker L, Estabrooks P, Osuna D, et al. Self-Efficacy, problem solving, and social-environmental support are associated with diabetes self-management behaviors. *Diabetes Care*. 2010; 33(4):751-3.
- [20] Broadbent E, Donkin L, Stroh JC. Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care*. 2011; 34(2):338-40.

LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA



Cursos online

Amplio catálogo de cursos

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



aulaDAE
Grupo Paradigma

www.auladae.com

Validación de un cuestionario: apoyo familiar para el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva (CAF-LME)

¹ María Reyes Meza

² Jacqueline Ibarra Peso

¹ Enfermera. Profesora instructora. Facultad de Ciencias para el cuidado de la salud. Universidad San Sebastián. Chile.

Dirección de contacto: mariaantonietareyesmeza@gmail.com

² Nutricionista. Profesora asistente. Facultad de Medicina. Universidad Católica de la Santísima Concepción. Magister en Salud Familiar. Chile.

Resumen

Introducción/objetivo: en el mundo solo un 43% de los menores de 6 meses son alimentados con lactancia materna exclusiva (LME), pese a la difusión de sus múltiples beneficios. Los factores familiares que favorecen la lactancia materna (LM) son: conocimiento sobre los beneficios, experiencias previas LM, apoyo del padre y abuelas. Los instrumentos para valorar la LM se desarrollaron centrados en la mujer, actualmente se han ampliado a otras variables como el apoyo en el trabajo y apoyo profesional. Hasta el momento no hay instrumentos que midan el apoyo familiar (AF) para la LME.

El objetivo es la validación de un cuestionario para valorar el AF en el mantenimiento de la LME.

Materiales y métodos: el cuestionario se confeccionó basado en la evidencia sobre la caracterización de las mujeres que mantienen o interrumpen la LM y sus familias, la teoría del apoyo social de Cobb y una entrevista a expertos. La validación se realizó con expertos y una prueba piloto del instrumento en 88 mujeres con hijos menores de 6 meses que se atienden en una consulta pediátrica en la ciudad de Concepción. La confiabilidad fue medida con alpha de Cronbach y se estimó un análisis correlacional.

Resultados: el cuestionario obtuvo un alpha de Cronbach de 0,77. El análisis correlacional para las afirmaciones tienen en promedio $r = 0,4$.

Conclusiones: el cuestionario obtuvo validez de contenido y una consistencia interna aceptable. Sin embargo, el análisis mostró un bajo nivel de correlación entre cada afirmación y el total del cuestionario.

Palabras clave: lactancia materna; cuestionarios; estudios de validación; familia.

Abstract

Validation of a questionnaire: family support to maintaining exclusive breast feeding (CAF-LME)

Introduction/purpose: worldwide, only 43% of infants younger than 6 months receive exclusive breast feeding (EBF), in spite of its multiple widely-diffused benefits. Family factors favoring breast feeding (BF) include: being aware of their benefits, previous experiences with BF, father and grandmothers support. Tools used to evaluate BF were developed with a focus on women, but have currently been extended to other variables such as support in workplace and professional help. No tools are yet available to measure family support (FS) for EBF.

The present study aimed at validating a questionnaire to evaluate FS to EBF maintenance.

Materials and methods: a questionnaire based on characterization evidence for women maintaining or discontinuing BF and their families, Cobb's social support theory and experts interviews was developed. Validation was done by experts and a pilot trial of the tool in 88 women with infants younger than 6 months attending to a pediatric clinic in Concepción city. Reliability was measured with Cronbach's alpha and a correlation analysis was estimated.

Results: the questionnaire showed a Cronbach' alpha value of 0.77. Average correlation investigation for the statements was $r = 0.4$.

Conclusions: questionnaire's content validity and internal consistency were acceptable. However, a low correlation was found between each statement and the entire questionnaire.

Key words: breast feeding; questionnaires; studies on validation; family.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna exclusiva (LME) como "la alimentación por lactancia materna (LM) de la madre o de otra mujer, sin suplementos". La recomienda durante los primeros 180 días de vida, para luego complementar con otros alimentos, pero sin abandonar la LM hasta los 2 años, debido a los múltiples beneficios en la salud de los niños, las madres, la familia y la comunidad (1).

En el mundo, solo un 43% de los lactantes menores de 6 meses son alimentados con LME, cifras lejanas a la recomendación de la OMS. En América latina las cifras son similares, a excepción de Argentina que posee una estadística de lactantes menores de 6 meses alimentados con LME superior al 80% (2). En Chile un 56% son alimentados con LME. Cifra superior al 44% registrado antes de la entrada en vigencia de la ley 20.545 (Ley de pre y post natal) (3).

Las madres que dejan de amantar a sus hijos antes de los 6 meses de edad se caracterizan por ser adolescentes o mayores de 35 años, con niveles de escolaridad básicos incompletos y con la percepción de que no producen suficiente leche para la demanda del lactante o que estos quedan con hambre (4,5). Estos factores ocurren dentro de un entorno familiar (6). La familia es descrita como una instancia de mediación entre el individuo y la sociedad, es el espacio privilegiado para la acción de políticas públicas y donde pueden tener mayor impacto. La familia influye en la salud, en el bienestar físico y psíquico de sus miembros. Así lo explica Sidney Cobb (7), quien propone que el estrés influye en la salud de los individuos, en la medida que el apoyo social (AS) actúa como amortiguador. Por lo que mientras mayor es el AS con el que cuenta el individuo, mayor es la protección contra las consecuencias del estrés. Sumado a lo anterior, Cobb (7) concluyó que en el AS es fundamental la información que maneja el grupo significativo para evitar la vulnerabilidad ante la crisis. Por tanto, si el grupo significativo para un individuo es la familia, es esta su apoyo inmediato. Por lo que AS y AF funcionarían como sinónimos.

Los integrantes más influyentes en la etapa postnatal son las abuelas, maternas o paternas, quienes intervienen en la decisión final de la madre de iniciar LM, mantenerla o incorporar sustitutos lácteos. Estas pueden transformarse en un agente facilitador de la LM o un factor de riesgo, lo que dependerá de las experiencias previas de éxito o fracaso en la LME y las creencias que posean (8).

La influencia del padre es determinante, se ha evidenciado que cuando el recién nacido entra en contacto piel a piel con el padre, en aquellas madres a las que se les practicó cesárea, ocurre el inicio temprano de la LM; contrario a aquellas que no tuvieron la presencia del padre (9). Es el padre quién, junto a la madre, ha de consentir el uso del colecho, compartir la cama o habitación con los hijos lactantes, lo que lleva a efectos positivos en la LM incluso superior a los 3 meses (10,11).

Las intervenciones educativas que contemplan la incorporación de un referente familiar, y que extienden la atención hacia los domicilios, tienen un efecto sobre la extensión de la LME (12-13). Los instrumentos de medición en LM fueron creados en Estados Unidos (EE.UU). La primera escala, *Hughes Breastfeeding Support Scale*, medía varios tipos de apoyo que reciben las madres lactantes (14). Luego *Breastfeeding evaluation scale* se construyó para determinar la autoeficacia percibida por la madre para continuar con la lactancia (15). En 2003 en Canadá realizaron la validación de *Breastfeeding self-Efficacy scale* en formato corto. Esta escala cuenta con adaptaciones transculturales en España, Puerto Rico y Chile (15-17). En 2006 fue desarrollada la *Prenatal Breast-feeding Self-efficacy Scale* para evaluar la autoeficacia en lactancia percibida por las mujeres durante el periodo postparto (18). En el 2008 se desarrolló *Workplace Breastfeeding Support Scale*, con el objeto de medir el apoyo recibido en el sitio de trabajo por las madres que amamantan, a partir de la visión de ellas mismas (19). A mediados de 2010 se crea un instrumento dirigido a los empleadores, con la finalidad de evaluar el apoyo que ofrecen a las madres que lactan (20). Estas escalas son las primeras propuestas para medir el apoyo que reciben estas. Continuando con la tendencia, en 2012 se creó *Supportive Needs of Adolescents Breastfeeding Scale* (SNAB), un instrumento de medición de la percepción de las adolescentes sobre el apoyo recibido de los enfermeros para iniciar el proceso de lactancia (21). Los instrumentos para valorar la LM primeramente se desarrollan centrados en la mujer; sin embargo, se han ampliado a otra variable, como el apoyo en el trabajo y apoyo profesional. No obstante, aún no se ha desarrollado un instrumento que mida AF, a pesar que la evidencia demuestra que este es necesario para conseguir y mantener la lactancia (22). Hoy se cuenta con la descripción del perfil de las madres que ejecutan el destete precoz y con el perfil de las mujeres que realizan la lactancia materna hasta los 6 meses y más. También se cuenta con las características de las familias de estas últimas (23-25). Por consecuencia, debiera existir una relación entre el AF y la duración de la LM. El objetivo de este estudio es evaluar la validez de contenido de un cuestionario diseñado para evaluar el apoyo familiar en el mantenimiento de la LME hasta los 6 meses, en mujeres que se atienden en una consulta privada de la Ciudad de Concepción durante el año 2017.

Material y métodos

Características de la muestra: la recolección de los datos se realizó en el centro de salud Lincoyán, perteneciente al sistema

privado de salud y ubicado en Concepción, en 2017. Los criterios de inclusión fueron mujeres mayores de 18 años, con hijos menores de 6 meses de vida, trabajadoras dentro o fuera del hogar. Se llevaron a cabo dos muestreos no probabilísticos por conveniencia, uno para la prueba piloto y otro para la validación de contenido (26). El tamaño de la muestra para la prueba piloto se fijó en 20 madres, mientras que el tamaño muestral para la validación se estimó considerando un tamaño poblacional de $n=114$ mujeres con hijos menores a 6 años, con un 95% de confianza, un porcentaje de encuestas respondidas de 50%, y un error tolerable de 5%, obteniendo $n= 88$ madres (27). El consentimiento informado fue explicado a las mujeres por la investigadora principal, para luego entregarles el cuestionario el cual era de tipo autoadministrado.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables recogidas en el cuestionario, las variables cualitativas se expresaron en porcentajes y las variables cuantitativas a través de la media, mediana y desviación estándar. La consistencia interna del cuestionario y de cada una de sus dimensiones se hizo mediante el análisis de alpha de Cronbach. La correlación entre las puntuaciones de los ítems y el puntaje final se efectuó utilizando el coeficiente de correlación por rangos de Spearman. El análisis estadístico se hizo en el programa SPSS 19.0 para Windows.

Características del instrumento: el cuestionario original propone tres dimensiones, 10 indicadores y 19 preguntas (Anexo 1). Todas las preguntas están dirigidas a valorar el AF, con el que cuentan las mujeres, para la LME hasta los 6 meses del lactante. Para establecer las dimensiones del cuestionario para evaluar el apoyo familiar para el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 6 meses se llevó a cabo una revisión de la evidencia científica del área, donde se identificaron las características que tienen las familias de las mujeres que mantienen la lactancia materna hasta los 6 meses del niño. Esta información se relacionó con la teoría del apoyo social de Cobb y se presentó a un experto en nutrición y a otro en salud pública. La medición de cada pregunta se efectuó a través de una escala Likert de cinco alternativas (muy en acuerdo, en acuerdo, ni en acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo), las cuales fueron codificadas asignándoles un valor de 1 a 5, de modo que la puntuación más baja sea (1) muy en desacuerdo y la más alta (5) a muy en acuerdo.

Una vez elaborado el cuestionario se procedió a realizar la validez de contenido en dos etapas: la primera fue con expertos, seis especialistas en lactancia materna y uno en salud familiar. Reunidos los siete juicios expertos, se calculó el grado de concordancia significativa entre ellos a través de una prueba binomial. En la segunda etapa, el instrumento se aplicó en una muestra de 20 mujeres, con características similares a las de la muestra final.

Resultados

Descripción de la muestra: las características de la muestra se presentan en la Tabla 1. El promedio de edad de las mujeres encuestadas es de $31,8 \pm 4,3$ años (Tabla 2) (rango 22-40 años).

Tabla 1. Características de las mujeres de la muestra

Variable	Clasificación	Número	Porcentaje
Número de hijos	1	48	54,5%
	2	30	34,1%
	3	8	9,1%
	4	2	2,3%
Escolaridad materna	Media completa	5	6%
	Técnico profesional	9	10%
	Universitaria incompleta	6	7%
	Universitaria completa	68	77%
Estado civil	Casada	47	53,40%
	Soltera	41	46,60%
Tipo de lactancia actual	Leche materna y leche artificial	22	25%
	Lactancia materna exclusiva	61	69%
	Lactancia artificial	5	6%

Validez de contenido: para los juicios expertos se calculó el grado de concordancia entre ellos, las preguntas donde se obtenía un grado de concordancia igual o superior a 81 no se modificaban, las que obtenían un grado de concordancia entre 70 y 80 se modificaban según las observaciones hechas por los expertos. Finalmente, las preguntas que tenían un grado de concordancia inferior a 69 se reformularon (24-25) dando paso a nuevas preguntas. Luego el instrumento se aplicó en una muestra de 20 mujeres en donde se detectó dificultades de comprensión, términos técnicos escritos en el mismo, las cuales se corrigieron. Terminada la validez de contenido el instrumento mantuvo las tres dimensiones propuestas, los indicadores aumentaron de 9 a 10. Las preguntas se cambiaron a afirmaciones. Tres nuevas afirmaciones se incorporaron, las que estaban relacionadas con la técnica de extracción de leche y apoyo familiar para alimentar al lactante con leche extraída. La identificación del instrumento también sufrió modificaciones, se eliminaron los ítems teléfono, nombre del lactante, nombre del padre y se incorporaron las consultas sobre persona de mayor apoyo en el proceso de amamantar, tipo de lactancia actual y con los hijos mayores (Anexo 2).

Alpha de Cronbach: para verificar la consistencia interna del cuestionario se utilizó la prueba de alfa de Cronbach. Para el cuestionario en general entrega un valor de 0,77. La dimensión I posee un alpha de Cronbach de 0,75 (Tabla 3). La dimensión II posee un alpha de Cronbach de 0,86 (Tabla 3). La dimensión III posee un alpha de Cronbach de 0,80 (Tabla 3).

Análisis de correlaciones: se observa, en primera instancia, que todas las afirmaciones poseen una relación positiva, pero ninguna de ellas presenta un nivel de correlación fuerte (r mayor a 0,7) (Tabla 3). Las preguntas que tienen un mayor grado de asociación son la 5, 6, 7 y 8 que están en un rango de 0,55 y 0,65, estas están en la dimensión I, así como también las más débiles: 1, 2 y 13 que tienen un valor menor a $r = 0,2$; y que al mismo tiempo no son significativas (p valor $> 0,05$), por ende, son muy determinantes del puntaje total del instrumento. La mayoría de las preguntas en promedio tienen un $r = 0,4$, lo que implica un bajo nivel de correlación entre estas y el puntaje total, en consecuencia, no existe/n pregunta/s que sean más determinantes que otras.

Tabla 2. Edad de las madres de los lactantes

Edad materna	
Media	31,8
Moda	35
Desviación estándar	4,3
Mínimo	22
Máximo	40

Tabla 3. Alpha de Cronbach y correlaciones de Spearman del cuestionario para valorar el apoyo familiar para el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses del lactante

Dimensión	Pregunta	Alpha de Cronbach de la dimensión	Correlación del ítem con el total del instrumento
Dimensión I	P1	0,75	0,154
	P2		0,169
	P3		0,329*
	P4		0,511*
	P5		0,644*
	P6		0,601*
	P7		0,592*
	P8		0,566*
	P9		0,476*
	P10		0,431*
	P11		0,427*
	P12		0,297*
	P13		0,144
Dimensión II	P14	0,86	0,365*
	P15		0,461*
	P16		0,368*
Dimensión III	P17	0,7	0,334*
	P18		0,326*
	P19		0,475*
	P20		0,404*
	P21		0,293*
	P22		0,215*

Fuente: Reyes M (2017)

Discusión

La LME proporciona a corto y largo plazo beneficios para los niños y sus madres (23). La evidencia muestra que existe asociación entre el apoyo social, familiar y el mantenimiento de la LME (24). La cantidad de escalas para medir el apoyo es considerable. Los instrumentos más utilizados son: *Hughes Breastfeeding Support Scale* (HBSS) (14), *Workplace Breastfeeding Support* (WBS) (19), *Scale Psychometric evaluation of the Employer Support for Breastfeeding Questionnaire* (ESBQ) (20) y *Supportive Needs of Adolescents Breastfeeding Scale* (SNAB) (21). Sin embargo, no existe evidencia de la validación de un instrumento de evaluación del apoyo familiar en mujeres para el mantenimiento de la LME, en el periodo de 0 a 6 meses (22).

La construcción de CAF-LME, sus dimensiones e ítems, se llevaron a cabo en función a una revisión bibliográfica de la evidencia disponible en LM y la teoría del apoyo social de Cobb. HBSS (14), ESBQ (20) y SNAB (21) realizaron la revisión de la evidencia y basaron la construcción del instrumento en teorías, lo que explica el origen de las dimensiones. ESBQ se enmarcó en el modelo ecológico, mientras HBSS y SNAB utilizaron la teoría del apoyo social. WBS (19) no utilizó modelo teórico y no se describe específicamente el marco teórico que da origen a los ítems o dimensiones. Todas las escalas mencionadas y CAF-LME emplearon grupos de expertos en áreas de interés para la validez de contenido (29). Entre los profesionales se incluyen nutricionistas, enfermeras y matronas y estadísticos. CAF-LME fue evaluado por siete expertos, seis de las áreas mencionadas y un médico especialista en salud familiar. El número de expertos que evaluaron los otros cuatro instrumentos varió entre tres y ocho, conforme lo recomendado por la literatura, que indica de tres a cinco (28). ESBQ y SNAB utilizaron cálculo del índice de validez de contenido para verificar congruencia entre los juicios expertos, mientras CAF-LME utilizó la prueba binomial (26). HBSS y WABSS no destacan pruebas estadísticas para estos. Para verificar la comprensión del contenido del cuestionario CAF-LME se efectuó una prueba piloto 1 en una muestra de 20 mujeres, con SNAB se realizó una validez de apariencia con una muestra de 30 mujeres. HBSS, ESBQ y HBSS no recogen detalles de haber utilizado validez de apariencia o haber verificado la comprensión del contenido por parte de una muestra de los encuestados.

Todas las escalas, al igual que CAF-LME llevaron a cabo muestreo por conveniencia, que selecciona los participantes oportunamente disponibles (26). Mientras CAF-LME utilizó una muestra de 88 mujeres, SNAB contó con 101 adolescentes entre 15 y 20 años, ESBQ encuestó a 117 empleadores de mujeres que amamantaban, WBSS y HBSS utilizaron muestras de 66 y 30 mujeres respectivamente. Cuanto mayor es la muestra de población objetivo, mejor es el poder estadístico. Muestras demasiado pequeñas ($n < 30$) tienen menor posibilidad de representación de la población y tienen un poder estadístico reducido (28). CAF-LME, SNAB y ESBQ destacan el cálculo de tamaño muestral con un 95% de confianza y porcentaje de respuesta perdida. WBSS y HBSS no destacan los cálculos de tamaño muestral o índice de confianza.

Todos los instrumentos contenidos en esta discusión miden la confiabilidad como consistencia interna por medio del coeficiente alpha de Cronbach. El alpha de Cronbach obtenida por CAF-LME es de 0,77, mientras WBSS obtiene un alpha de Cronbach de 0,77, SNAB 0,83, HBSS 0,84 y ESBQ 0,84 (29). Los valores obtenidos están en acuerdo con los parámetros definidos para escalas nuevas, donde se aceptan coeficientes alpha de Cronbach a partir de 0,70 (27). Para CAF-LME se realizó una evaluación de la consistencia interna de cada dimensión: educación familiar sobre lactancia, posee un alpha de Cronbach de 0,75, satisfacción familiar con la lactancia alcanza un alpha de Cronbach de 0,86 y red de apoyo familiar, de 0,70. SNAB, ESBQ y HBSS llevaron a cabo una evaluación de la consistencia interna por cada dimensión obteniendo valores aceptables (29). WBSS no llevó a cabo una medición de la consistencia interna para sus dimensiones.

Al realizar un análisis de cada dimensión de CAF-LME, educación familiar sobre lactancia mide el reporte de la mujer sobre la educación que posee la familia sobre la importancia y beneficios de la LME (30) y se puede homologar con el factor de apoyo informativo de HBSS (14). Lo mismo sucede con la red de apoyo familiar, dimensión que mide el reporte de la mujer respecto al apoyo concreto que obtiene de su familia, amigos y profesionales para mantener la LME (8-11). Esta se puede homologar a apoyo instrumental de HBSS (14). La dimensión satisfacción familiar con la lactancia no es homologable con los factores de los instrumentos que miden apoyo para la lactancia.

Conclusiones

La OMS recomienda la LME los primeros 6 meses de vida del lactante, para luego complementarla con otros alimentos hasta los 2 años. Esto es debido a los múltiples beneficios en la salud física y emocional de los niños, las madres, la familia y la comunidad. La OMS pretende duplicar las cifras de LME en el año 2020. En Chile, en el mismo plazo, se ambiciona un 60% de LME a los 6 meses.

Incorporar instrumentos de medición de salud como el CAF-LME podría ofrecer a los clínicos una herramienta para explorar la dimensión familiar relacionada con la LM, que podría detectar las fortalezas y debilidades en cada familia, generando un programa de intervenciones de acuerdo a la evaluación familiar.

La validez de contenido del cuestionario se realizó a través de consultar a por siete expertos, seis de las áreas mencionadas y un médico especialista en salud familiar. Junto a esto se efectuó una verificación de la comprensión del contenido del cuestionario CAF-LME a través de una prueba piloto en una muestra de 20 mujeres.

La medición de la confiabilidad se llevó a cabo como consistencia interna por medio del coeficiente alpha de Cronbach, en una muestra piloto 2 de 88 mujeres pertenecientes a una consulta del sistema de salud privado. El alpha de Cronbach obtenida por CAF-LME es de 0,77, valor aceptable. Sin embargo, el análisis correlacional mostró un bajo nivel de correlación entre cada afirmación y el cuestionario completo, por lo que este cuestionario es una herramienta incipiente, posiblemente utilizable para evaluar el apoyo familiar para el mantenimiento de LME hasta los 6 meses del lactante en mujeres con características similares a la de la muestra piloto. La validación del cuestionario para evaluar el apoyo familiar para dicho mantenimiento es una validación inicial, que contempla solo validez de contenido y una confiabilidad basada en una consistencia interna aceptable.

Limitaciones: este estudio se efectuó como un piloto para validar un cuestionario diseñado para evaluar el apoyo familiar para el mantenimiento de la LME hasta los 6 meses del lactante, en mujeres que se atienden en una consulta privada del sistema de salud en la ciudad de Concepción. Sin embargo, el tamaño de muestra limita las conclusiones que se pueden extraer de este estudio. La muestra por conveniencia de 88 mujeres obtenidas puede no ser representativa de la población más general de mujeres con hijos menores de 6 meses. Sumado a que la conformaban, en su mayoría, mujeres con estudios universitarios o técnico profesional. Una limitación adicional es que este estudio se basó principalmente en la autoadministración del cuestionario materno. El apoyo familiar es social y emocionalmente deseable, las madres pueden haber sido sesgadas hacia la selección de puntajes bueno y muy bueno en el cuestionario.

Bibliografía

- [1] Organización Mundial de la Salud (OMS). La alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Nutrición del lactante [internet]. 2010. [citado 8 nov 2018]; 1-107. Disponible en: <http://es.slideshare.net/eddvalen/lactancia-materna-21123269>
- [2] Victora C, Aluísio J, Barros A, Bahl R, França G, Horton S, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* [internet]. 2016. [cited 8 nov 2018]; 387:475-90. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltext)
- [3] Ministerio de Salud. Departamento de estadísticas e información en salud [internet]. 2016. [citado 8 nov 2018]. Disponible en: <http://www.deis.cl/estadisticas-de-atenciones-y-recursos-para-la-salud>
- [4] Sun k, Chen M, Yin Y, Wu L, Gao L. Why Chinese mothers stop breastfeeding: Mothers' self-reported reasons for stopping during the first six months. *J Child Health Care* [internet]. 2017. [cited 8 nov 2018]; 21(3):353-63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29119825>
- [5] Balogun OO, Dagvadorj A, Anigo KM, Ota E, Sasaki S. Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. *Maternal and Child Nutrition* [Internet]. 2015. [cited el 28 de diciembre de 2017]; 11(4):433-451. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25857205>
- [6] Tchaconas A, Keim A, Heffern D, Adesman A. Pediatric Care Providers, Family, and Friends as Sources of Breastfeeding Support Beyond Infancy. *Breastfeed Medicine* [internet]. 2017 [cited 8 nov 2018]; 12(6):1-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29240448>
- [7] Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* [internet] 1976. [cited 8 nov 2018]; 38(5):300-14. Available from: http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Citation/1976/09000/Social_Support_as_a_Moderator_of_Life_Stress.3.aspx
- [8] Losa M, Rodríguez R, Becerro R. Papel de la abuela en la lactancia materna. *Aquichan* [internet] 2013 [cited 8 nov 2018]; 13(2):270-9. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2129>
- [9] Rengel C, Morales J, Labajos M. El contacto piel a piel con padres y su efecto sobre la lactancia materna. Un ensayo clínico no aleatorizado. *Revista Cuidándote digital* [internet] 2013. [citado 8 nov 2018]; 5(3):1-14. Disponible en: http://revistacuidandote.eu/fileadmin/VOLUMENES/2013/Volumen5/Articulos/1CONTACTO_PIEL_A_PIEL.....pdf

- [10] Esparza A, Aizpurua P. Amamantar al bebé y compartir la cama con él a los tres meses de vida se relaciona con una mayor prevalencia de lactancia materna al año. *Evidencias en pediatría* [internet] 2010. [citado 8 nov 2018]; 6:11. Disponible en: http://archivos.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/_LLP3k9qgzlh7aNOBAdwMTeriAUAmMjmh2Sb6au6xRnHIJSevuowsXEKtnm3LjWumzQjf37kmPXWi3H6HfUJgg
- [11] Maldonado M, Lecannelier F. El padre en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum* [internet] 2008 [citado 8 nov 2018]; 22:145-54. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21219>
- [12] Lucchini C, Uribe C, Villarroel L, Rojas A. Determinantes para una lactancia materna exitosa: intervención integral vs. cuidado estándar. Ensayo clínico aleatorio controlado. *Revista Chilena de Pediatría* [internet] 2013. [citado 8 nov 2018]; 84(2):370-410. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062013000200003&script=sci_arttext
- [13] Becerra-Bulla F, Rocha-Caladerón L, Fonseca-Silva D, Bermúdez-Gordillo LA. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Rev. Fac. Med.* [internet] 2015 [citado 8 nov 2018]; 63(2):217-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n2/v63n2a06.pdf>
- [14] Hughes R. The development of an instrument to measure perceived emotional, instrumental, and informational support in breastfeeding mothers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* [internet] 2009. [cited 8 nov 2018]; 7:357-62. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/ref/10.3109/01460868409009772?scroll=top>
- [15] Leff E, Jefferis S, Gagne M. The development of the maternal breastfeeding evaluation scale. *JHL* [internet] 1994. [cited 8 nov 2018]; 10(2):105-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7619250>
- [16] Goddard Hernández BE. Adaptación transcultural de la escala de autoeficacia para el amamantamiento formato corto, al contexto Chile. Tesis de Grado licenciatura en Enfermería. Universidad Austral de Chile [internet] 2010 [cited 8 nov 2018]. Available from: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fmg578a/doc/fmg578a.pdf>
- [17] Barria M, Vera L. Autoeficacia del amamantamiento y soporte social en salud. Fondo nacional de investigación y desarrollo en salud -FONIS-CONICYT-MINSAL. Chile: Universidad Austral de Chile; 2010.
- [18] Mulder P, Johnson T. The Beginning Breastfeeding Survey: measuring mothers' perceptions of breastfeeding effectiveness during the postpartum hospitalization. *Research in Nursing & Health* [internet] 2010. [cited 8 nov 2018]; 33(4):329-44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20645422>
- [19] Bai Y, Peng C, Fly A. Validation of a short questionnaire to assess mothers' perception of workplace breastfeeding support. *J Am Diet Assoc* [internet] 2008. [cited 8 nov 2018]; 108(7):1221-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18589033>
- [20] Rojjanasrirat W, Wambach K, Sousa V, Gajewski B. Psychometric evaluation of the Employer Support for Breastfeeding Questionnaire (ESBQ). *JHL* [internet] 2010. [cited 8 nov 2018]; 26(3):286-96. Available from: https://www.researchgate.net/publication/45508503_Psychometric_Evaluation_of_the_Employer_Support_for_Breastfeeding_Questionnaire_ESBQ
- [21] Grassley J, Spencer B, Bryson D. The development and psychometric testing of the Supportive Needs of Adolescents Breastfeeding Scale. *JAN* [internet] 2013. [cited 8 nov 2018]; 69(3):708-16. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2648.2012.06119.x>
- [22] Casal C, Lei A, Young S, Tuthill EL. A critical review of instruments measuring breastfeeding attitudes, knowledge and social support. *JHL* [internet] 2017. [cited 8 nov 2018]; 33(1):21-47. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28135474>
- [23] Ratnasari D, Paramashanti B, Hadi H, Yugistyowati A, Astiti D, Nurhayati E. Family support and exclusive breastfeeding among Yogyakarta mothers in employment. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition* [internet] 2017. [cited 8 nov 2018]; 26(1):31-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=.+Family+support+and+exclusive+breastfeeding+among++Yogyakarta+mothers+in+employment>.
- [24] Horta B, Bahl R, Martínez J, Victora C, WHO. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses [internet]. Geneva: WHO; 2007. [cited 8 nov 2018]. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230>
- [25] Boccolini C, Carvalho M, Oliveira M. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2015 [cited 8 nov 2018]; 49:91. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100409&lng
- [26] Pedrosa I, Suárez J, García E. Evidencias sobre validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Revista Acción Psicológica* [internet] 2014 [citado 8 nov 2018]; 10(2):3-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000200002
- [27] Lévy-Mangin J, Varela J. Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales. *Temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales*. A Coruña: Netbiblo; 2006.

- [28] Lynn R. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research* [internet]. 1986. [cited 8 nov 2018]; 35(1):382-5. Available from: http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Citation/1986/11000/Determination_and_Quantification_Of_Content.17.aspx
- [29] Santos de F, Pedrosa L, Pontes M. Estudios de validación de instrumentos de medición en lactancia materna. *Index Enferm* [internet]. 2017. [citado 8 nov 2018]; 26(1-2):77-81. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100017&lng=es
- [30] Cardenas M, Montres E, Varon M, Arenas N, Reina R. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de la lactancia materna exclusiva. *Enferm Global* [internet] 2010. [citado 8 nov 2018]; 20:1-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300004

Anexo I

Cuestionario para determinar el apoyo familiar para el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses del lactante

Instrucciones:

El presente cuestionario está diseñado para determinar el apoyo familiar con el que usted cuenta para mantener la lactancia exclusiva hasta los 6 meses.

Para cada una de las siguientes preguntas responderá si está de acuerdo con lo planteado. Por favor, rodee la opción que lo represente. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Identificación:

Folio:	
Edad:	
Escolaridad:	
Estado civil:	
Número de hijos:	
Tipo de parto:	
Teléfono:	
Nombre del niño/a:	
Edad del niño/a:	
Nombre del padre:	
Edad:	
Escolaridad:	
Integrantes de su familia:	

Variable	Clasificación	Número	Pregunta	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Apoyo de la familia para el mantenimiento de la lactancia	I. Educación familiar sobre lactancia	Nivel de conocimientos sobre beneficios de la lactancia materna	¿Su familia sabe que el bebé ha de tomar el pecho cada vez que él quiera?	5	4	3	2	1
			¿Su familia sabe que el bebé puede tomar el pecho todo el tiempo que él quiera?	5	4	3	2	1
			¿Su familia conoce los beneficios de la lactancia materna para su hijo/a?	5	4	3	2	1
			¿En su familia saben sacar la leche materna de sus pechos?	5	4	3	2	1
			¿En su familia saben cómo mantener la leche materna congelada?	5	4	3	2	1
			¿En su familia saben cómo descongelar la leche materna?	5	4	3	2	1
	Percepción sobre la alimentación para el lactante		¿Su familia considera provechoso sacar la leche de sus pechos?	5	4	3	2	1
			¿Su familia considera que la leche en polvo es conveniente para su hijo?	5	4	3	2	1
	II. Satisfacción familiar con la lactancia	Nivel de satisfacción con la producción de leche materna	¿Su familia dice que usted tiene suficiente leche para alimentar a su hijo/a?	5	4	3	2	1
			¿Su familia considera que su hijo se ve satisfecho alimentado con leche materna?	5	4	3	2	1
		Crecimiento del lactante	¿Su familia considera que su hijo crece lo suficiente con la leche materna?	5	4	3	2	1
		Afrontamiento de problemas de lactancia	¿En su familia saben cómo aliviar el dolor de los pezones?	5	4	3	2	1
			¿En su familia saben cómo aliviar las gritas de los pezones?	5	4	3	2	1
	III. Red de apoyo familiar	Apoyo en el quehacer del hogar	¿Usted tiene alguien que la ayude con los quehaceres del hogar para poder dedicar tiempo a dar el pecho a su hijo?	5	4	3	2	1
		Apoyo para el descanso	¿Usted tiene alguien que la ayude con su hijo/s cuando está cansada?	5	4	3	2	1
		Apoyo para el cuidado del o los hijos	¿Usted tiene alguien que la ayude con su hijo/s cuando necesita salir de casa?	5	4	3	2	1
		Decisión familiar de amamantar	¿Usted y el padre de su hijo/s han establecido el tiempo que durará la lactancia materna?	5	4	3	2	1
			¿Usted percibe que el padre de su hijo/s apoya la decisión de amamantar a su hijo con leche materna?	5	4	3	2	1
			¿Si usted y su familia tienen dudas sobre el proceso de amamantar tienen a quien preguntar?	5	4	3	2	1

Anexo II

Instrumento para determinar el apoyo familiar para el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses del lactante

Instrucciones:

El presente cuestionario está diseñado para determinar el apoyo familiar con el que usted cuenta para mantener la lactancia exclusiva hasta los 6 meses.

Para cada una de las siguientes preguntas responderá si está de acuerdo con lo planteado. Por favor, rodee la opción que lo represente. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Identificación:

Folio:			
Edad materna:			
Escolaridad materna:			
Estado civil:			
Número de hijos:			
Tipo de parto:			
Edad de los hijos:			
Tipo de lactancia actual:	Lactancia materna exclusiva	Lactancia materna y lactancia artificial	Lactancia artificial
Tipo de lactancia anterior:	Lactancia materna exclusiva	Lactancia materna y lactancia artificial	Lactancia artificial
Edad del padre:			
Escolaridad del padre:			
Integrantes de su familia (describa según parentesco)			
Persona de mayor apoyo en el proceso de amamantar			

Variable	Dimensión	Indicador	Número	Pregunta	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Apoyo de la familia para el mantenimiento de la lactancia	I. Educación familiar sobre lactancia	Nivel de conocimientos sobre beneficios de la lactancia materna	1	Su familia sabe que el bebé ha de tomar el pecho cada vez que él quiera	5	4	3	2	1
			2	Su familia sabe que su hijo/a puede tomar de uno o dos pechos hasta saciarse sin límite de tiempo	5	4	3	2	1
			3	Su familia reconoce los beneficios de la lactancia materna para su hijo/a y su salud	5	4	3	2	1
			4	En su familia saben hacer la extracción manual de la leche materna de sus pechos	5	4	3	2	1

>> continuación

Variable	Dimensión	Indicador	Número	Pregunta	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	
Apoyo de la familia para el mantenimiento de la lactancia	I. Educación familiar sobre lactancia		5	En su familia saben cómo mantener la extracción mecánica o por bomba eléctrica de la leche materna de sus pechos	5	4	3	2	1	
			6	Su familia sabe cómo mantener la leche materna, una vez extraída	5	4	3	2	1	
			7	Su familia sabe cuánto dura la leche en el refrigerador	5	4	3	2	1	
			8	Su familia sabe cuánto dura la leche congelada	5	4	3	2	1	
			9	Usted cuenta con alguien que sepa alimentar a su hijo/a con la leche extraída, cuando necesita salir de casa	5	4	3	2	1	
			Afrontamiento de dificultades de la lactancia	10	En su familia saben cómo aliviar el dolor de los pechos	5	4	3	2	1
				11	En su familia saben cómo aliviar el dolor de las grietas de los pezones	5	4	3	2	1
			Percepción sobre el efecto de la lactancia materna en la alimentación para el lactante	12	Su familia considera provechoso sacar la leche de sus pechos	5	4	3	2	1
				13	Su familia considera que la leche materna es más conveniente para su hijo/a que la leche en polvo los primeros 6 meses de vida	5	4	3	2	1
	II. Satisfacción familiar con la lactancia	Nivel de satisfacción con la producción de leche materna	14	Su familia dice que usted tiene suficiente leche para alimentar a su hijo/a	5	4	3	2	1	
			15	Su familia considera que su hijo/a se ve satisfecho alimentado con leche materna	5	4	3	2	1	
		Crecimiento del lactante	16	Su familia considera que su hijo/a crece lo suficiente con la leche materna	5	4	3	2	1	
	III. Red de apoyo familiar	Apoyo en el quehacer del hogar	17	Usted tiene alguien que la ayude con los quehaceres del hogar para poder dedicar tiempo a dar el pecho a su hijo	5	4	3	2	1	
Apoyo familiar para lograr el descanso materno		18	¿Usted tiene alguien que la ayude con su hijo/s cuando está cansada?	5	4	3	2	1		
Apoyo para el cuidado del o los hijos		19	Usted tiene alguien que la ayude con su hijo/s cuando necesita salir de casa	5	4	3	2	1		

>> continuación

Variable	Dimensión	Indicador	Número	Pregunta	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
		Decisión familiar de amamantar	20	Usted y el padre de su hijo/s han establecido el tiempo que durará la lactancia materna	5	4	3	2	1
			21	Usted percibe que el padre de su hijo/s apoya la decisión de amamantar a su hijo con leche materna	5	4	3	2	1
			22	Si usted y su familia tienen dudas sobre el proceso de amamantar tienen a quien preguntar	5	4	3	2	1

Grado de control de las personas en tratamiento oral con antagonistas de la vitamina K en Atención Primaria

Josep Mercader-Coma
Núria Puig-Girbau
Mireia Mañas-Peña
Cristina Dorado-Sabaté
Tomás Escolano-Hernández
M^a José Parejo-Martín

Enfermero/a. CAP Bordeta-Magòria. Institut Català de la Salut (ICS). Barcelona.

Dirección de contacto: jmercader.bcn.ics@gencat.cat

Resumen

Objetivos: conocer el grado de control de las personas en tratamiento con antagonistas de la vitamina K (AVK) en el ámbito de Atención Primaria, mostrar los factores de riesgo asociados al mal control, el nivel de conocimientos sobre INR (*International Normalized Ratio*) y la utilización de diagnósticos enfermeros e intervenciones asociadas.

Método: estudio observacional retrospectivo/transversal en un centro de salud urbano con una población de 30.804 habitantes. Criterios inclusión: pacientes que tomaban AVK en febrero de 2015. Variable a estudio: valores de INR; variables secundarias: edad, género, así como dos preguntas cerradas sobre el conocimiento del valor de INR y sus consecuencias.

Resultados: 541 pacientes, se evaluaron los controlados exclusivamente en Atención Primaria (296); edad media de 79±9 años (48,6% mujeres). Se realizaron 3.080 controles, 81,8% control en la consulta y 18,2% en domicilio. Un 69,3% de los pacientes tenía ≥ 60% de INR en rango (últimos seis meses), un 48% presentó la INR en rango (tres últimos controles), un 32,4% (dos últimos). El 37,8% mostró un riesgo elevado de sangrado. Un 50,2% de los pacientes desconocía si tenía el INR en rango, similar porcentaje (50,4%) no sabía interpretar el riesgo de estar fuera de rango. El 82,4% de los pacientes presentaba fibrilación auricular (FA), el 74,3% hipertensión, entre otras.

Conclusiones: se observa un grado de control INR superior en la presente muestra al de la literatura. La mitad de pacientes no conoce si está en rango de INR ni sus riesgos, sin efecto sobre el grado de control. La comorbilidad más habitual según CIE-10 es fibrilación auricular; y según NANDA "Riesgo de sangrado"; la principal intervención según NIC son las precauciones con las hemorragias.

Palabras clave: Atención Primaria; anticoagulantes orales; antagonistas de la vitamina K; control de la razón internacional normalizada; conocimiento razón internacional normalizada; NIC.

Abstract

Control level in patients receiving oral vitamin K antagonists in Primary Care

Purpose: to assess the control level in patients receiving vitamin K antagonists (VKAs) in Primary Care, and to recognize risk factors associated to a poor control, the level of knowledge on INR and the use of nursing diagnoses and associates procedures.

Methods: an observational retrospective/cross-sectional study in a urban health center serving a population of 30,804 residents. Inclusion criteria: patients taking VKAs in February 2015. Endpoint: INR values; secondary endpoints: age, gender, and two closed questions on the knowledge on INR value and its impact.

Results: 541 patients; only those entirely controlled in Primary Care (296) were evaluated; mean age was 79±9 years (48.6% females). Overall, 3,080 measurements were performed, 81.8% in the clinic and 18.2% at home. INR was ≥ 60% within range in 69.3% of patients (last six months), 48% (last three measurements) and 32.4% (last two measurements). A high risk for bleeding was observed in 37.8% of patients. Overall, 50.2% of patients did not know whether their INR value was within range, and 50.4% could not explain the risk of being out of the range. Atrial fibrillation (AF) was present in 82.4% of patients and high blood pressure was found in 74.3%, among others.

Conclusions: well-controlled INR in our sample is more common than in previous literature. Half of participants did not know whether they had INR within range, their levels of risk, or its impact on their control. Based on IDC-10 classification and on NANDA "risk of bleeding", the most common co-morbidity is atrial fibrillation; and the main procedure based on NIC are preventive measures to avoid bleeding.

Key words: Primary Care; oral anticoagulants; vitamin K antagonists; international normalized ratio control; awareness of international normalized ratio; NIC.

Introducción

El uso terapéutico de los anticoagulantes orales (ACO) se inició en la década de los años 50 (1). Su utilización a modo preventivo ha mejorado considerablemente el pronóstico de una de las mayores causas de discapacidad en el adulto, como es la enfermedad tromboembólica (2).

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2050 la población mayor de 65 años representará un 46% del total, casi la mitad estaría en riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular (3).

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida crónica más común en la población adulta, cuya prevalencia se dobla cada diez años de vida, desde un 0,55% a los 50-59 años hasta el 9% a los 80-89 años (4). La causa de la mayor prevalencia de la FA es multifactorial, y como factores coadyuvantes asociados a la edad están la diabetes mellitus, la insuficiencia cardiaca y la hipertensión arterial, todos ellos factores de riesgo de ictus (accidente vascular cerebral), que incrementa el riesgo global en cinco veces comparado con los pacientes sin FA (5).

Se ha demostrado que la anticoagulación con fármacos antagonistas de la vitamina K (AVK) reduce la incidencia de eventos tromboembólicos en un 64% y la mortalidad en un 26% (6).

El tratamiento con ACO está en plena actualidad en la práctica clínica. Su uso ha aumentado en los últimos años debido al envejecimiento de la población y a la mayor supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas.

Actualmente, la anticoagulación con AVK tiene importantes limitaciones. A destacar, la variabilidad de la respuesta clínica individual debida a múltiples factores que influyen en la efectividad farmacológica; así como, el incumplimiento terapéutico, la interacción con otros fármacos o fitoterapia, cambios en la dieta, consumo de alcohol y procesos agudos. Todos estos factores pueden exponer a los pacientes a eventos tromboembólicos y/o hemorrágicos (6).

En la última década, los equipos de Atención Primaria (EAP) de Catalunya han incorporado progresivamente en su cartera de servicios el seguimiento de pacientes en tratamiento AVK, que hasta entonces se llevaba a cabo en el área de hematología de los hospitales. La capacitación de los profesionales y la dotación tecnológica con coagulómetros portátiles de medición capilar a los EAP lo ha hecho posible (7). Corroboramos estos datos, el hecho que en la actualidad alrededor del 70% del manejo del paciente anticoagulado en Catalunya es asumido por Atención Primaria (8,9). Debido a que se trata de pacientes crónicos, los hace candidatos a ser seguidos por los profesionales de enfermería y susceptibles de tener diagnósticos enfermeros (10).

En el centro de salud (CS) donde se desarrolla este estudio, los controles de seguimiento los llevan a cabo los profesionales enfermeros referentes de cada paciente, mediante un plan de intervención específico que incluye realizar la técnica y la educación sanitaria. El contenido de esta educación versa específicamente sobre el resultado del *International Normalized Ratio* (INR) obtenido, el cumplimiento terapéutico, interacciones y riesgos de sangrado.

El control del tratamiento con AVK se efectúa mediante la prueba estandarizada INR. El rango terapéutico de seguridad de la INR para asegurar el efecto anticoagulante tiene que mantenerse entre 2-3 (2,5-3,5 para prótesis valvulares mecánicas), en consecuencia han de realizarse controles de forma periódica.

El riesgo hemorrágico se valora con la escala HAS-BLED, que, además, muestra una capacidad predictiva para eventos cardiovasculares (11).

Para el registro y seguimiento en la historia clínica informatizada (en Catalunya e-CAP), esta técnica se puede relacionar con un diagnóstico de enfermedad según la Clasificación Internacional (CIE-10) y/o un diagnóstico de enfermería NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association International*); también se puede registrar como una intervención de enfermería NIC (*Nursing Intervention Classification*) (12).

Este estudio pretende conocer el grado de control de las personas en tratamiento AVK en el ámbito de Atención Primaria y mostrar los factores de riesgo asociados al mal control.

Como objetivos secundarios están: describir el grado de conocimiento del usuario sobre el valor del INR y sus posibles repercusiones; además conocer la utilización de los diagnósticos enfermeros y las intervenciones (NIC) asociadas.

Método

En el presente EAP, la enfermera realizaba el control del INR, tanto en consulta como en el domicilio. Tras obtener una muestra de sangre capilar, el coagulómetro portátil (CoaguChek® XS de Roche) analizaba el INR del paciente. Los valores que

proporcionaban se introducían en el e-CAP, este generaba las tablas de ajuste de dosis y de esta manera se obtenía la nueva pauta de tratamiento. El EAP trabaja con un protocolo consensuado que permite al servicio de enfermería gestionar la dosificación dentro de unos intervalos establecidos. Se consultaba con el médico de familia en caso de estar fuera del rango terapéutico, con un margen de confianza del 40% protocolizado en el CS.

Población y muestra

Se diseñó un estudio transversal a toda la población mayor de 15 años, adscrita a un CS urbano de la ciudad de Barcelona, que atiende a 30.804 habitantes. En el mes de febrero de 2015 se seleccionó sin muestreo a toda la población que tenía historia clínica informatizada (e-CAP) y que estaba en tratamiento con AVK, un total de 541 personas. La recogida de datos se realizó mediante el programa informático e-CAP, en el periodo comprendido entre el 1 de mayo al 31 de agosto de 2015.

Criterios de inclusión

Todas las personas mayores de 15 años con AVK en tratamiento previo de seis meses antes de la inclusión al estudio, cuyo seguimiento se efectuaba en el CS o en atención domiciliaria (ATDOM).

Criterios de exclusión

Se excluyeron a las personas que no realizaban el seguimiento en el CS, las que interrumpieron el tratamiento, fueron éxitos o se trasladaron de CS durante el desarrollo del estudio.

Variables

Se elaboró un manual para estandarizar la recogida de datos. Para sistematizarla la realizaron 18 enfermeras, se llevó a cabo una sesión práctica de formación de una hora de duración. El contenido de la sesión explicaba el manejo del manual de recogida de datos y cómo efectuar las dos preguntas estandarizadas.

Se registraron datos demográficos (edad y sexo), lugar de seguimiento de la anticoagulación (Atención Primaria/hospital), si estaba incluido en ATDOM, el tratamiento que recibían con AVK (acenocumarol, warfarina), duración del tratamiento (en meses), número de fármacos que tomaban en el momento del estudio, fármacos que interaccionan con AVK (antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos, corticoides) durante el último año. También se recogió si tomaban otros fármacos antiagregantes (ácido acetilsalicílico, Clopidrogel®) y anticoagulantes durante el último año (heparina de bajo peso molecular, nuevos anticoagulantes orales: dabigatran, rivaroxaban o apixaban); grado de morbilidad según el agrupador *Clinical Risk Groups* (CRG), que puede tener valores entre 0 y 9; número de ingresos hospitalarios en el último año según registro; índice de masa corporal (IMC) (considerando obesidad $IMC \geq 30$); enfermedades relevantes etiquetadas con diagnósticos según el CIE-10: fibrilación auricular (I48), prótesis valvular/valvulopatía (Z95.2, Z95.3, Z95.4, Z95.8, Z95.9 /I34-I37, I05-I08) ictus o AVC (I61,I64), cardiopatía isquémica (I20,I25), tromboembolismo pulmonar (I26), hipertensión arterial (I10,I13,I15), diabetes mellitus (E10,E14); diagnósticos de enfermería NANDA (13) relacionados con los ACO: protección eficaz (00043), riesgo de sangrado (00206), e intervenciones de enfermería NIC asociadas a los diagnósticos enfermeros: muestra de sangre capilar (4035), manejo de la medicación (2380), educación sanitaria (5510), precauciones con las hemorragias (4410); también se registró el problema de salud: anticoagulantes orales (Z92.1).

Finalmente se evaluó el riesgo de sangrado según la escala validada HAS-BLED, que toma valores de 0 a 9, donde puntuaciones iguales o superiores a 3 indican alto riesgo hemorrágico (14).

Esta escala evalúa la hipertensión arterial (HTA), función renal y hepática alteradas, accidente cerebrovascular, INR lábil, edad mayor de 65 años, toma de fármacos y/o alcohol.

Para evaluar el conocimiento del paciente de estar o no en rango (buen control) y el significado del valor del INR se hicieron dos preguntas *ad-hoc* con tres posibilidades de respuesta (correcto, incorrecto, no lo sabe): 1. "¿El valor del INR que le ha salido, qué significa? (sangre espesa, normal o líquida)"; 2. "¿El valor que le ha salido, significa que tiene más riesgo de trombo/hemorragia?".

Para sistematizar la recogida de datos, que realizaron 18 enfermeras, se llevó a cabo una sesión práctica de formación de una hora de duración. El contenido de la sesión explicaba el manejo del manual de recogida de datos y cómo efectuar las dos preguntas estandarizadas.

Aspectos éticos

El estudio obtuvo la aprobación de la dirección del Centro de Atención Primaria. La recogida de datos se llevó a cabo mediante consentimiento verbal en la consulta de enfermería de seguimiento del INR o en el domicilio del paciente.

Análisis de datos

Para el procesamiento y el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows V17.

Para definir el buen control respecto al rango terapéutico de seguridad de la INR se llevaron a cabo dos métodos:

- Método 1) Porcentaje de INR en rango $\geq 60\%$ de los últimos seis meses, con dos opciones de corte: una con el margen de error del 10% ($\pm 0,2$) y otra con el margen del 15% ($\pm 0,3$).
- Método 2) Porcentaje de INR en rango en los últimos tres valores. El margen de error es del 15% ($\pm 0,3$) (9).

Se utilizó el rango ajustado del 10% por un posible margen de error del coagulómetro portátil (15), reconocido como válido en las recomendaciones del Ministerio de Sanidad (6) y el rango ampliado del 15% es el que utilizó el *Institut Català de la Salut* (ICS) (16).

En el análisis estadístico de las variables se emplearon medidas de centralidad y dispersión media, desviación estándar, mediana, y cálculo de proporciones. En el análisis bivariante se utilizaron las pruebas de la Chi cuadrado (variables cualitativas), t de *Student* y análisis de la varianza (variables cuantitativas) e índice de Kappa para evaluar la concordancia.

Resultados

De 541 pacientes que tomaban AVK se excluyeron 198 (36,59%) por seguir controles en el ámbito hospitalario y 47 (8,69%) fueron pérdidas por éxitus, cambio de domicilio o ingreso de larga estancia. La muestra definitiva fue de 296 pacientes (54,71%). La media de edad era de $79,26 \pm 9,10$ años y la mediana de 50 años.

Un 48,6% era mujer, con una media de edad superior (80,5 años) a la de los hombres (78,11 años). Se apreciaban diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,026$).

Las características principales de la población estudiada se muestran resumidas en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de la población

	Mínimo	Máximo	Media (DE)	N
Edad (años)	40	102	79,26 ($\pm 9,19$)	296
Tratamiento (meses)	6	171	62,38 ($\pm 44,06$)	296
IMC	18,4	47	29,40 ($\pm 5,34$)	262
Escala HAS-BLED	0	5,0	2,17 ($\pm 1,04$)	296
Filtrado glomerular (mg/ml)	7	90	61,08 ($\pm 17,92$)	281
Nº de ingresos	0	8	0,65 ($\pm 1,08$)	296
Nº de fármacos	1	21	8,53 ($\pm 3,34$)	296
INR	1	7,4	2,52 ($\pm 1,29$)	296
			n (%)	N
CRG				N= 296
0			4 (1,4%)	
1			2 (0,7%)	
5			24 (8,1 %)	
6			198 (66,9%)	
7			43 (14,5%)	
8			21 (7,1%)	
9			4 (1,4%)	

Tabla 1. Características de la población (*continuación*)

	Mínimo	Máximo	Media (DE)	N
Otros tratamientos				N=296
AAS			33 (11,1%)	
Clopidrogel			7 (2,4%)	
NACOS			1 (0,3%)	
Heparina de BPM			50 (16,9%)	
Conocimiento del resultado				N= 296
Interpretación correcta			33 (11,1%)	
Interpretación incorrecta			7 (2,4%)	
No lo sabe			1 (0,3%)	
			50 (16,9%)	
Conocimiento del riesgo				N = 231
Conoce el riesgo			102 (44,2 %)	
Conocimiento incorrecto			24 (10,4 %)	
No lo sabe			105 (45,4 %)	
Riesgo de sangrado (HAS-BLED)				N = 294
Riesgo bajo (HAS-BLED < 3)			183 (62,2 %)	
Riesgo alto (HAS-BLED ≥ 3)			111 (37,8 %)	
Resultado HAS-BLED				N= 295
0			5 (1,7%)	
1			84 (28,5%)	
2			95 (32,2%)	
3			81 (27,5%)	
4			25 (8,5%)	
5			5 (1,75)	
Tres últimos controles INR				N =296
En rango los tres			142 (48%)	
En rango dos de tres			96 (32,4%)	
En rango uno de tres			52 (17,6%)	
Ninguno en rango			6 (2%)	

DE: desviación estándar. IMC: índice de masa corporal. INR: ratio internacional estandarizado. CRG: clasificación grupos riesgo

El anticoagulante AVK más prescrito fue acenocumarol de 4 mgr en el 90,5% de los casos, el 8,1% tomaba acenocumarol de 1 mg y un 1,4% warfarina.

En el 81,8% de los casos, el seguimiento periódico era realizado en la consulta y un 18,2%, en domicilio. Durante el periodo de estudio se efectuaron un total de 3.080 controles, que representaba 1,73 controles por paciente y mes.

El $69,3 \pm 19,99\%$ (205) de los pacientes tenían el INR en rango terapéutico según el método 1 (margen de error 15%). Según el método 2, un 48% de los pacientes (142) presentó la INR en rango en los tres últimos controles y un 32,4% (96) en los dos últimos.

La media según la escala HAS-BLED fue de $2,17 \pm 1,04$ con un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 5. El 37,8% mostró un riesgo elevado de sangrado.

Sobre el grado de conocimiento, un 50,2% de los pacientes decía no saber si tenía el INR correcto (en rango), aproximadamente el mismo porcentaje (50,4%) afirmó no saber interpretar el riesgo de no estar en rango.

En la Tabla 2 se muestran los NANDA y NIC; cabe destacar que casi una tercera parte de los pacientes tenía algún diagnóstico NANDA (29,7%), y un 43,9% algún plan de intervención NIC.

La Tabla 3 muestra la prevalencia de las comorbilidades de los pacientes.

Resaltar los diagnósticos conjuntos de DM con HTA en un 25,3% de personas; ACxFA con prótesis valvular en un 10,6% y ACxFA con HTA en un 2,7%.

Los pacientes estudiados tenían prescritos una media de $8,56 \pm 3,3$ fármacos. La prescripción de fármacos que interaccionan con los AVK está descrita en la Tabla 4. Respecto al uso concomitante de otros fármacos, un 33% precisó en algún momento del estudio tomar antibióticos, un 27,6% antiinflamatorios no esteroideos y un 28% corticoides.

La media del IMC era de $29,4 \pm 5,3$, presentando el 35,1% un $IMC \geq 30$ kg/m². El 39,9% de los pacientes tuvo algún ingreso hospitalario registrado.

En la Tabla 5 se comparan las variables según el control de la INR. Se destaca la variable HAS-BLED, que mostró un mayor riesgo de sangrado entre los pacientes que presentaban un mal control (≥ 60), existiendo diferencias estadísticamente significativas, tanto si la variable era tratada de forma cuantitativa o cualitativa ($p = 0,001$).

El número de ingresos entre los pacientes con mal control era mayor, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,002$).

En cuanto a la estratificación en grupos de riesgo, según el sistema de clasificación CRG, un 89,8% tenía un riesgo elevado ($CRG \geq 6$). Así mismo, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con buen control y mayor CRG ($p = 0,045$).

Al comparar los pacientes que realizaban el control en AP o en el hospital de referencia, se observó que la media de edad de los controlados en AP era mayor (79,2 años) respecto a los controlados en el hospital (72,2 años), encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,001$). También había un mayor número de mujeres en tratamiento con AVK en AP, que en el hospital (48,6% respecto 41,6%), aunque no se encontraron diferencias significativas ($p = 0,26$).

Al comparar las dos opciones de corte del método 1 para definir buen control (margen de error 10% y 15%) se obtuvo una alta concordancia (Kappa 0,86).

Discusión y conclusiones

En este ámbito, existe una alta prevalencia de personas con

Tabla 2. Diagnósticos NANDA e intervenciones de enfermería (NIC)

NANDA		N= 98
Riesgo de sangrado	38 (38,8%)	
Protección ineficaz	3 (3,1%)	
Otros	57 (58,2%)	
NIC (intervenciones enfermeras)		N= 126
Precauciones con hemorragias	54 (18,2%)	
Educación sanitaria	43 (14,5%)	
Manejo de la medicación	21 (7,1%)	
Muestra de sangre capilar	19 (6,4%)	
Otros	11 (3,7%)	

Tabla 3. Diagnósticos CIE-10 (n= 296)

AC x FA	244 (82,4%)
Valvulopatía	46 (15,5%)
Accidente vascular cerebral	47 (15,9%)
Cardiopatía isquémica	65 (22%)
Trombo embolismo pulmonar	27 (9,1%)
Demencias	15 (5,1%)
Diabetes	85 (28,7%)
Hipertensión arterial	220 (74,3%)
Anticoagulantes orales	269 (90,9%)

CIE: clasificación internacional de enfermedades
AC x FA: arritmia cardiaca por fibrilación auricular

Tabla 4. Fármacos prescritos

Antibiótico	35 (11,7%)
Antibiótico + AINES	23 (7,7%)
Antibiótico + AINES + prednisona	25 (8,4%)
Antibiótico + prednisona	16 (5,4%)
AINES	30 (10%)
AINES + prednisona	5 (1,7%)
Prednisona	38 (12,7%)
Nada	127 (42,5%)

AINE: antiinflamatorios no esteroideos

Tabla 5. Comparación de las variables según buen control-mal control

	Buen control \geq 60%	Mal control $<$ 60%	p
EDAD (media)	79,07 \pm 8,87	79,9 \pm 9,93	0,585
SEXO			0,663
Hombre	107 (70,4)	45 (29,6)	
Mujer	98 (68,1)	46 (31,9)	
Nº INGRESOS (media)	0,52 \pm 0,98	0,95 \pm 1,21	0,002
IMC (media)*	29,63 \pm 5,22	28,83 \pm 5,63	0,272
HAS-BLED (media)	2,03 \pm 0,99	2,51 \pm 1,09	0,000
Nº FÁRMACOS (media)	8,49 \pm 3,26	8,61 \pm 3,56	0,772
FILTRADO GLOMERULAR (media)	62,13 \pm 16,24	58,70 \pm 21,16	0,140
INR (media)	2,56 \pm 1,38	2,43 \pm 1,08	0,432
IMC			0,080
No obesidad (IMC $<$ 30)	105 (66,9)	52 (33,1)	
Obesidad (IMC \geq 30)	80 (76,9)	24 (23,1)	
CRG			0,045
0	2 (50)	2 (50)	
1	1 (50)	1 (50)	
5	15 (62,5)	9 (37,5)	
6	144 (72,7)	54 (27,3)	
7	32 (74,4)	11 (25,6)	
8	8 (38,1)	13 (61,9)	
9	3 (75)	1 (25,0)	
INTERVENCIONES ENFERMERAS			
Muestra de sangre capilar	11 (57,9)	8 (42,1)	0,267
Manejo de la medicación	11 (52,4)	10 (47,6)	0,082
Educación sanitaria	26 (60,5)	17 (39,5)	0,177
Precauciones con hemorragias	37 (68,5)	17 (31,5)	0,897
Otros	7 (63,6)	4 (36,4)	0,681
DIAGNÓSTICOS NANDA			0,521
Riesgo de sangrado	2 (66,7)	1 (33,3)	
Protección ineficaz	28 (73,7)	10 (26,3)	
Otros	47 (82,5)	10 (17,5)	
DIAGNÓSTICO MÉDICO			
AC x FA o FA	165 (67,6)	79 (32,4)	0,187
Prótesis valvular/valvulopatía	28 (60,9)	18 (39,1)	0,180
Anticoagulantes orales	188 (69,9)	81 (30,1)	0,457
ICTUS o AVC	33 (70,2)	14 (29,8)	0,907
Cardiopatía isquémica	40 (61,5)	25 (38,5)	0,115
Trombo embolismo pulmonar	21 (77,8)	6 (22,2)	0,298
OTROS DIAGNÓSTICOS			
Hipertensión arterial	156 (70,9)	64 (29,1)	0,295
Diabetes mellitus	59 (60,5)	26 (47,6)	0,971
Demencia	11 (73,3)	4 (26,7)	0,725

Tabla 5. Comparación de las variables según buen control-mal control (*continuación*)

	Buen control \geq 60%	Mal control $<$ 60%	p
OTROS TRATAMIENTOS			
AA.SS.	20 (60,6)	13 (39,4)	0,172
Clopidogrel	6 (85,7)	1 (14,3)	0,311
NACOS	1 (100)	0 (0)	0,693
Heparina B.P.M.	31 (62)	19 (38)	0,147
CONOCIMIENTO RESULTADO INR			0,558
Correcto	71 (69,6%)	31 (30,4)	
Incorrecto	14 (58,3)	10 (41,7)	
NS/NC	72 (68,6)	33 (31,4)	
CONOCIMIENTO RIESGO SANGRADO			0,480
Conoce el riesgo	56 (65,1)	30 (34,4)	
Desconoce el riesgo	18 (62,1)	11 (37,9)	
NS/NC	83 (52,9)	33 (44,6)	
RESULTADO HAS-BLED			0,005
0	4 (80)	1 (20)	
1	66 (78,6)	18 (21,4)	
2	71 (74,7)	24 (25,3)	
3	51 (63)10	30 (37)	
4	10 (40)	15 (60)	
5	3 (60)	2 (40)	
TRES ÚLTIMOS RESULTADOS			0,000
En rango los tres	126 (88,7)	16 (11,3)	
En rango dos de tres	64 (66,7)	32 (33,3)	
En rango uno de tres	14 (26,9)	38 (73,1)	
Ninguno en rango	1 (16,7)	5 (83,3)	
Salvo otra variación los valores se expresan en n (%) p: significación estadística AC x FA o FA: arritmia cardiaca por fibrilación auricular DE: desviación estándar IMC: índice de masa corporal INR: ratio internacional estandarizado CRG: clasificación grupos riesgo			

tratamiento con AVK (17/1.000 habitantes) comparando con otros estudios similares del entorno (17) (13/1.000). Una posible explicación es la elevada edad de la población del presente artículo.

Estudios recientes concluyen que más del 40% de los pacientes anticoagulados no alcanza el mínimo de tiempo en rango terapéutico para beneficiarse de este tratamiento (6).

Los estudios ANFAGAL (6), CALIFA (18) y PAULA (19) relacionan el mal control de la anticoagulación a diversos factores y no plenamente coincidentes: insuficiencia renal, sexo femenino y hábitos dietéticos.

Los resultados del presente estudio mostraron que el 69,3% de los pacientes anticoagulados con AVK se encontraba en rango terapéutico el tiempo suficiente para beneficiarse del tratamiento anticoagulante. El grado de control obtenido coincide con otros estudios publicados de poblaciones más amplias, que oscilan del 45% al 75,8% (6) y comparado con otros estudios realizados en España es algo superior (6,9).

Respecto a la comorbilidad asociada, la presencia de HTA es similar a otros estudios donde los resultados en Atención Primaria y Especializada oscilan del 75,3 al 80,2% (9,18).

El alto porcentaje del estudio (48%) de buen control (3 de 3) en el método tres últimos controles, sorprende al compararlo con los de Catalunya, 19,7% y el estudio FIATE 32,4% (9).

Sorprende que las personas que presentaban un riesgo elevado ($CRG \geq 6$) tenían buen control, y no al contrario.

Cabe destacar el elevado número de fármacos prescritos a los pacientes, especialmente si se tiene en cuenta que la muestra estudiada es de edad avanzada, y que va en sentido contrario a las últimas recomendaciones sobre desprescripción (20). Un aspecto a mejorar en la atención de estos pacientes sería indicar la anticoagulación según el riesgo embólico y no conforme al tipo de FA subyacente (8).

Existe una gran variabilidad entre los profesionales a la hora de relacionar la visita con un diagnóstico de enfermedad según CIE-10, un diagnóstico NANDA o con una intervención NIC en el e-CAP. Más del 90% de los pacientes tiene el diagnóstico anticoagulantes orales, que se suele complementar con un diagnóstico CIE-10.

Alrededor de un tercio de las enfermeras utilizan diagnósticos NANDA en las visitas de seguimiento. Es una herramienta eficaz que permite cuantificar la labor educativa de enfermería y evaluarla (13). Ciertos estudios relacionan la presencia de lenguajes estandarizados como el NANDA y NIC-NOC con el gasto sanitario, en concreto, con un aumento del coste anual por paciente (21).

Destaca el elevado porcentaje de pacientes con desconocimiento de la interpretación del valor de su INR y sus posibles consecuencias. No se han encontrado estudios relacionados al respecto. La evidencia de los escasos conocimientos que el paciente anticoagulado tiene de su enfermedad y del tratamiento que toma, a pesar de la intervención educativa realizada en las visitas, hace necesaria una revisión de la metodología empleada para adaptarla a la población y a obtener mejores resultados.

Los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental en el manejo, control y seguimiento de estos pacientes. Se ha de formar al enfermo en el hecho de que está tomando un fármaco que comporta una responsabilidad. Fomentar la adherencia al tratamiento y el autocuidado, potenciar la educación sanitaria ayudarán a disminuir las complicaciones, la morbimortalidad y el gasto sanitario además de contribuir a la mejora de su calidad de vida.

Una de las experiencias educativas interesantes en Catalunya ha sido el taller grupal paciente experto (22). En estos talleres, tutelados por enfermeras/os, se forma a un paciente en su autocuidado para realizar educación grupal, y así empoderar a otros afectados con el mismo problema de salud, en este caso concreto, personas en tratamiento con AVK.

Acercar la tecnología a la Atención Primaria y dotarla con más recursos favorece la accesibilidad y disminuye el coste, esto aporta un valor añadido a la atención integral del paciente crónico y contribuye a alcanzar los objetivos claves de la atención primaria.

La importancia de la atención integral al paciente, junto al conocimiento por parte del EAP de este, coloca a la AP en un lugar privilegiado para llevar a cabo una buena educación sanitaria continua.

Se considera un hallazgo interesante la alta concordancia entre el método del rango ampliado del grado de control al 10% y al 15%, sugestivo de análisis para futuros estudios.

Es preciso señalar que las pérdidas de la población del estudio han sido básicamente por ingreso en centro sociosanitario, de larga estancia o por cambio de domicilio.

Como limitaciones, hay un posible sesgo en la recogida de datos cuando ha sido la enfermera referente del paciente la que ha pasado el cuestionario de las dos preguntas. Otra limitación es que la mayoría de personas atendidas en ATDOM no tiene el peso o la talla registrada, con lo que la variable IMC puede también tener un sesgo. En otros estudios, la variable obesidad ha estado relacionada con el mal control (6).

Al utilizar la variable buen control cuando el tiempo en rango terapéutico es mayor o igual del 60% de los controles, no tiene en cuenta el estado del INR intercontroles. Por este motivo, la literatura recomienda el método Rosendaal, aunque la realidad del entorno es que se utiliza el método ampliado de forma mayoritaria.

Por todo ello, se constata que el papel de AP es cada vez más importante en el seguimiento de las personas en tratamiento con AVK. El seguimiento desde los equipos de AP facilita la accesibilidad al paciente. Los fármacos AVK, a pesar de sus limitaciones, son seguros y ampliamente empleados.

Más de la mitad de los pacientes en tratamiento con AVK identifican si están o no en rango terapéutico y lo que significa. Este conocimiento da una oportunidad de mejora en la educación sanitaria llevada a cabo por los profesionales enfermeros. Este estudio ha permitido conocer el grado de utilización de los planes de intervención de enfermería.

Bibliografía

- [1] López Sánchez RM, Aldeguer Corbí J, Martínez Ruiz J, Liria García E. Autocuidado en pacientes en tratamiento con anticoagulación oral, una intervención comunitaria. Rev Paraninfo digital [internet] 2015 [citado 8 nov 2018]; 22. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/534.php>
- [2] Federación Española del Ictus (FEI). Ictus: un problema socio-sanitario [internet]. Madrid: FEI; 2017 [citado 8 nov 2018]. Disponible en: <https://ictusfederacion.es/>
- [3] OMS. Prioridades estratégicas del Programa de la OMS sobre enfermedades cardiovasculares [internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 8 nov 2018]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascu/Octlar_diseases/priorities/es/
- [4] García-Seara J, González-Juanatey JR. Epidemiología de la fibrilación auricular y comorbilidades asociadas. Rev Española Cardiol Supl 2012; 12:3-10.
- [5] López-Lanza JR, López-Videras R, Pérez-Martín Á, Ovejero Gómez V, Bustamante Cruz E, Gerez Gómez R. Pacientes con anticoagulación oral supervisados en consultas de atención primaria: estudio en un centro de salud. Med Gen y Fam 2016; 5:91-6.
- [6] Cinza-Sanjurjo S, Rey-Aldana D, Gestal-Pereira E, Calvo Gómez C. Evaluación del grado de anticoagulación de pacientes con fibrilación auricular en el ámbito de atención primaria de Galicia. Estudio ANFAGAL. Rev Esp Cardiol 2015; 68:753-60.
- [7] Fernández López P, López Ramiro MI, Merino de Haro I, Cedeño Manzano G, Díaz Siles FJ, Hermoso Sabio A. Estado de control de pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales antagonistas de la vitamina K en atención primaria. Estudio ECOPAVIK. Semer-Med Fam 2016; 42:530-7.
- [8] Victoria V, Soler G, Duque A. SVMFiC. I Jornada Anticoagulación en Atención Primaria fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria [internet] 2014 [citado 8 nov 2018]. Disponible en: http://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201404/18supl1_jornada_anticoagulacin.pdf
- [9] Lobos-Bejarano JM, del Castillo-Rodríguez JC, Mena-González A, Alemán-Sánchez JJ, Cabrera de León A, Barón-Esquivas G, Pastor-Fuentes A. Características de los pacientes y abordaje terapéutico de la fibrilación auricular en atención primaria en España: Estudio FIATE. Med Clin (Barc) 2013; 141:279-86.
- [10] Romero Ruiz A, Parrado Borrego G, Rodríguez González J, Caparrós Miranda IS, Vargas Lirio MI, Ortiz Fernández P. La consulta de terapia antitrombótica: progresando hacia la Enfermería de Práctica Avanzada. Enferm Clin 2014; 24:200-4.
- [11] Gallego P, Roldán V, Torregrosa JM, Gálvez J, Valdés M, Vicente V, et al. Relation of the HAS-BLED bleeding risk score to major bleeding, cardiovascular events, and mortality in anticoagulated patients with atrial fibrillation. Circ Arrhythm Electrophysiol 2012; 5:312-8.
- [12] Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros: revision crítica y guía practica. Elsevier Health Sciences Spain [internet]. 2013 [citado 8 nov 2018]. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/los-diagnosticos-enfermeros-9788445824047>
- [13] Herdman TH, North American Nursing Diagnosis Association. NANDA International nursing diagnoses: definitions & classification 2012-2014 [internet]. Chichester UK: Wiley-Blackwe; 2012. [cited 8 nov 2018]. Available from: <http://www.worldcat.org/title/nanda-international-nursing-diagnoses-definitions-classification-2012-2014/oclc/762244322>
- [14] Marín F, Gallego P, Torregrosa JM, Manzano-Fernández S, Valdés M, García V, YH Lip G, et al. La escala de riesgo de sangrado HAS-BLED predice también eventos cardiovasculares y mortalidad en pacientes con fibrilación auricular bajo tratamiento anticoagulante. Rev Esp Cardiol 2011; 90-1.
- [15] Alonso-Roca R, Figueroa- Guerrero CA, Mainar de Paz V, Arribas-García MP, Sánchez-Perruca L, Rodríguez-Barrientos R. Grado de control del tratamiento anticoagulante oral en los centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid: estudio CHRONOS-TAO Quality control of oral anticoagulant therapy in Primary Care in Madrid City, Spain: CHRONOS-TAO study. Med Clin 2015; 145:192-7.
- [16] Grup d'Avaluació, Estratègica (SIDIAPI). Maneig del risc trombòtic en la fibril·lació auricular a l'atenció primària de l'ICS [internet] 2015 [cited 8 nov 2018]. Available from: http://www.sidiapi.org/images/stories/ComHoFem/1._informe_llarg_def.pdf

- [17] Navarro JL, César JM, Fernández MA, Fontcuberta J, Reverte JC, Gol-Freixa J. Morbilidad y mortalidad en pacientes con tratamiento anticoagulante oral. *Rev Esp Cardiol* 2007; 60:1226-32.
- [18] Anguita Sánchez M, Bertomeu Martínez V, Cequier Fillat A. Calidad de la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K en España: prevalencia de mal control y factores asociados. *Rev Esp Cardiol* 2015; 68:761-8.
- [19] Barrios V, Escobar C, Prieto L, Osorio G, Polo J, Lobos JM, et al. Control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular asistidos en atención primaria en España. Estudio PAULA. *Rev Esp Cardiol* 2015; 68:769-76.
- [20] Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing Inappropriate Polypharmacy The Process of Deprescribing. *JAMA Intern Med.* 2015 May; 175(5):827-34.
- [21] Company-Sancho MC, Estupiñán-Ramírez M, Sánchez-Janáriz H, Trisancho Ajamil R. Relación entre diagnósticos de enfermería y uso de recursos sanitarios. *Enferm Clín* 2017; 27:214-21.
- [22] González Mestre A. Programa Pacient Expert Catalunya®: una estratègia per potenciar autorresponsabilitat del pacient i el foment de l'autocura [internet]. Generalitat de Catalunya 2015 [citado 8 nov 2018]; 1-5. Disponible en: [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3288/programa_pacient_expert_catalunya_estrat%
c3%a8gia_potenciar_autorresponsabilitat_pacient_foment_autocura_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3288/programa_pacient_expert_catalunya_estrat%c3%a8gia_potenciar_autorresponsabilitat_pacient_foment_autocura_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

María Henar Lobo Callejo

Innovación en educación para la salud: taller para promover el autocuidado en procesos agudos leves

Enfermera. PAC Zarautz, OSI-Donostialdea. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. País Vasco.

Dirección de contacto:
MARIAHENAR.LOBOCALLEJO@osakidetza.eus

Resumen

Introducción/objetivo: se encuentra una población envejecida, con frecuente patología crónica y demandante. Generalmente, los programas de educación para la salud se dirigen a la patología crónica, considerándose la necesidad de capacitar a la población para el autocuidado de procesos agudos. Esto le devolvería confianza y autonomía para cuidar su salud.

El objetivo ha sido valorar la eficacia de una intervención de educación para la salud sobre autocuidados básicos y procesos agudos.

Método: estudio de intervención cuasiexperimental sin grupo control con medida de resultados antes-después en una muestra de conveniencia. Intervención dirigida a población general mayor de 16 años. Consistió en cuatro talleres de tres sesiones de dos horas semanales, en noviembre/diciembre de 2017, impartidos por profesionales de la Unidad de Atención Primaria de Zarautz (País Vasco), basándose en una pedagogía activa, participativa y reflexiva. La tos, fiebre, diarrea, heridas, contusiones o botiquín fueron algunos de sus contenidos. Para la evaluación se recogió información sobre el conocimiento en autocuidados básicos antes y después de la intervención mediante un cuestionario *ad hoc* de conocimientos de 18 preguntas.

Resultados: participaron 56 personas. La mayoría era mujer (80%) con una edad media 60,2 años. Hubo una mejora pre-post de 3,5 preguntas correctas (IC95%: 2,5-4,5; $p < 0,0001$), no asociada con edad o sexo. Mostraron un nivel de satisfacción alto y demandaron la continuidad del taller y la inclusión de nuevas temáticas.

Conclusiones: esta intervención mejora los conocimientos de los asistentes, proporcionándoles herramientas para gestionar su autocuidado, y fomenta la participación ciudadana, contribuyendo así a la sostenibilidad del sistema.

Palabras clave: autocuidado; educación en salud; promoción de la salud; enfermería en salud comunitaria; participación del paciente; enfermedad aguda; heridas y lesiones.

Abstract

Innovation in health education: a workshop to promote self-care in mild acute disorders

Introduction/purpose: an aging population, with common chronic and demanding disorders is found. Usually, health education programs are targeted to chronic diseases. Training people on self-care for acute disorders appears to be needed. This would provide self-confidence and autonomy to take care of themselves.

We aimed at assessing the efficacy of an health education intervention on core self-care and acute disorders.

Methods: a quasi-experimental interventional study, with no control group, with pre-post measurements in a convenience sample. An intervention intended for people older than 16 years in general population. Four workshops consisting in three weekly 2-hour sessions were given in November/December 2017 by health workers at Primary Care Unit in Zarautz (Basque Country), using an active, participative and reflective teaching method. The content included, among other matters, cough, fever, diarrhea, wounds, injuries or first-aid kits. Data on knowledge about core self-care pre- and post-intervention were collected and assessed using a 18-question *ad hoc* questionnaire on knowledge.

Results: there were 56 participants. Most of them were women (80%), mean age was 60.2 years. A pre-post improvement of 3.5 right answers was found (95%CI: 2.5-4.5; $P < 0.0001$); no association with age or sex was observed. Participants showed a high level of satisfaction and demanded an extension of workshops to include additional topics.

Conclusions: the present intervention improves knowledge in participants, and provides them with tools to manage their self-care. It also promotes citizens' participation and contributes to system sustainability.

Key words: self-care; health education; health promotion; community health nursing; patient participation; acute disease; wound and injuries.

Introducción

La población cada vez está más envejecida, con más patología crónica y más demandante. Una de las razones que justifica este aumento de la demanda es la necesidad o conveniencia de consultar por cualquier problema de salud que se ha transmitido a la población. La población consulta por fiebre, tos, resfriado, gastroenteritis, heridas, epistaxis, etc., patologías agudas que se hubieran podido solucionar en el domicilio con la Educación Sanitaria necesaria. Este aumento de las consultas contribuye a incrementar el gasto y las necesidades en los centros sanitarios, lo cual aboca en un posible colapso del sistema sanitario (1-3).

Una posible solución a este problema sería desarrollar una estrategia sanitaria dirigida a recuperar la autonomía del paciente en sus cuidados (1,2), es decir, su autocuidado, ya sea en el mantenimiento/restauración de su salud, como en evitar complicaciones (2,4-6) de las patologías crónicas que les acompañan.

Se define "autocuidados" como las actividades dirigidas al reconocimiento y evaluación de síntomas y la respuesta a ellos en la vida cotidiana. Son el primer paso en la asistencia sanitaria, por eso es necesaria su potenciación (7).

Actualmente en esta dirección se están desarrollando programas dirigidos principalmente a la patología crónica (1,3,5,8,9) como el de paciente activo (<http://www.osakidetza.euskadi.eus/pacienteeactivo/>) (2,5,9,10) (programas que tienen como objetivo que el enfermo esté informado y formado, se preocupe y se responsabilice de su enfermedad y tratamiento), pero, en este sentido, se encuentra un gran vacío cuando se refiere a la patología aguda (8) o cuidados básicos de salud. La capacidad de participar en el cuidado de uno mismo se construye sobre acciones que permitan a la persona reconocer, tratar y gestionar sus propios problemas de salud, de forma autónoma y sabiendo que el sistema sanitario está a su lado (2,5).

La forma tradicional utilizada por los profesionales de salud para aproximarse a fortalecer el autocuidado de las personas ha sido la educación (2), mediante un sistema unidireccional (11) en el que el paciente recibía una charla, unos folletos, etc., era más pasiva y directiva. Sin embargo, con el tiempo se ha visto que esos métodos no resultan efectivos (5,11).

Actualmente, en el campo de la educación para la salud se apuesta por una "pedagogía activa y participativa" que, basada en el respeto al educando y el "aprendizaje significativo" (la persona aprende desde sus experiencias, vivencias y conocimientos, reorganizándolos y modificándolos en el proceso educativo ante las nuevas informaciones o experiencias) (12), utiliza métodos y técnicas pedagógicas activas, recursos didácticos variados y un rol educador de ayuda y facilitador de aprendizajes (13,14).

Según Hernández-Díaz (12), una de las estrategias de promoción de la salud es el desarrollo de habilidades para la vida considerando a las propias personas como principal recurso para su salud. Un taller ha de conseguir que sus participantes se conviertan en "activos" (14) para tomar decisiones y generar salud, centrándose en el desarrollo y adquisición de habilidades en grupo de una manera motivadora y con la finalidad de alcanzar unos objetivos de salud.

Por ello, no se da una charla. Se pretende que sean los propios pacientes los que definan cómo actúan ante estos problemas, haciendo una puesta en común de sus actuaciones, luego se refuerzan las actuaciones correctas, se corrigen las erróneas y se resuelven dudas e inquietudes, logrando autoconfianza y autorresponsabilidad. Como apoyo, tras cada sesión, se entrega documentación escrita de los temas tratados.

En la práctica asistencial se observa que muchos usuarios consultan por procesos agudos, bien por inseguridad, bien porque desconocen cómo pueden realizar su propio autocuidado. En Enfermería Familiar y Comunitaria la educación para la salud es una de las actividades asistenciales más importantes para promocionar la salud (6,14,15). Por todo ello, se planteó desarrollar este trabajo dirigido a valorar la eficacia de una intervención de educación para la salud sobre autocuidados en procesos agudos leves (patología aguda y cuidados básicos de salud). Asimismo, se identificaron nuevas necesidades formativas de salud de los participantes (valoración de nuevos talleres) (16); se recogieron las características basales de los asistentes al taller y generaron una oportunidad para la participación ciudadana y el acercamiento a los profesionales de salud para el abordaje comunitario de la salud.

Método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de publicaciones en inglés y castellano en las bases de datos *Pubmed*, *Cuiden*, *ScienceDirect* y Biblioteca Virtual en Salud, con el objetivo de identificar intervenciones educativas en cuidados básicos de salud. En la búsqueda se combinaron términos relacionados con la educación en salud, el autocuidado y problemas de salud leves (fiebre, catarro, gripe, tos, diarrea, vómitos, quemaduras, contusiones, mordeduras, picaduras, heridas y epistaxis). La evidencia encontrada fue escasa, por lo que se decidió diseñar una intervención educativa y un modelo de evaluación *ad hoc*.

Se realizó un estudio de intervención cuasiexperimental con medida de resultados antes y después, y sin grupo control, con muestreo no probabilístico, de conveniencia. La intervención educativa fue dirigida a usuarios mayores de 16 años pertenecientes a la Unidad de Atención Primaria (UAP) de Zarautz (País Vasco), que acudieron voluntariamente a la formación tras la captación por el equipo sanitario, carteles y/o prensa. Los recursos disponibles de este proyecto permitieron la participación de un número aproximado de 40 individuos. A cada uno de los participantes se le asignó un número de registro por el cuál se le identificó a lo largo de todas las fases del estudio (captación, impartición del taller y recogida y análisis de datos).

La intervención consistió en una acción grupal de educación para la salud para promover el autocuidado en el manejo de problemas de salud leves (fiebre, catarro, gripe, tos, diarrea, vómitos, heridas, quemaduras, contusiones, mordeduras, botiquín, etc.) mediante pedagogía activa, participativa y reflexiva. Su diseño se basó en la metodología de Hernández-Díaz (12), Sánchez (11) y Pérez (13).

La intervención se concretó en cuatro talleres de tres sesiones, de dos horas cada una, con una periodicidad semanal, que se celebraron los días 22 y 29 de noviembre y el 13 de diciembre de 2017; se impartieron dos talleres en castellano y dos en euskera, puesto que se trataba de una población bilingüe, en horario de mañana y tarde. Los talleres se llevaron a cabo en la biblioteca del centro de salud de Zarautz (País Vasco), bajo el título "Aprender a cuidarse" y fueron liderados por personal asistencial del centro. En cada sesión participaron dos profesionales, uno dirigía y el otro apoyaba con el reparto de la documentación, la resolución de dudas, etc.

En la primera sesión se realizó la presentación del estudio, se entregó la Hoja de Información al Paciente y se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los participantes. Se invitó a estos a exponer sus expectativas con respecto al taller; se pasó el cuestionario de datos sociodemográficos/basales y el cuestionario de conocimientos pre-intervención y se trataron los temas de patología aguda (fiebre, gripe, resfriado, tos, vómitos, náuseas). En la segunda sesión se resolvieron dudas y se trataron los temas de cuidados básicos (heridas, epistaxis, quemaduras, contusiones, picaduras, mordeduras, golpe de calor). En la tercera sesión se informó de páginas web donde poder consultar, se aclararon dudas y se pasó el mismo cuestionario de conocimientos (post-intervención educativa), junto con un cuestionario de satisfacción para valorar el taller y conocer sus necesidades formativas; se despidió y cerró el taller recogiendo su impresión sobre el mismo.

A continuación se exponen las variables estudiadas y cómo fueron medidas. La más importante, el cambio en el número de respuestas correctas del cuestionario de conocimientos. Para valorar la eficacia de la intervención educativa se diseñó un cuestionario *ad hoc* de 18 preguntas sobre nueve temas (fiebre, tos, diarrea, quemadura, heridas, epistaxis, contusión, picaduras, golpe de calor) de opción múltiple con tan solo una respuesta correcta, que los asistentes debían responder en 15 minutos, que se pasó antes y después de la intervención.

Además se recogió información relativa a datos basales de los participantes (la edad, el sexo, la situación laboral, la presencia de diagnósticos activos de enfermedad crónica, y se preguntó si tenían personas a su cargo). Para su recogida se elaboró un cuestionario diseñado por los investigadores.

Finalmente, se recogió la satisfacción de los participantes con la utilidad, los contenidos, la preparación y el rol de los docentes, y otros temas organizativos como el horario, la sala, los materiales empleados, etc. Cada aspecto se evaluó en una escala de 0 (peor valoración) a 10 (mejor valoración). Además se recogieron, en forma de texto libre, las respuestas de los pacientes sobre sus expectativas, los logros conseguidos, qué se podía mejorar del taller y otras demandas formativas.

Para el análisis cuantitativo las variables categóricas se presentan con frecuencias y porcentajes (%) y las continuas con medias y desviaciones estándar. Las comparaciones entre grupos se realizaron con las pruebas de Chi cuadrado y t test de *Student*. Las relaciones entre variables continuas se estudiaron con la correlación de Spearman. P-valores < 0,05 indicaron resultados estadísticamente significativos. Los análisis se efectuaron con el *software* SPSS v. 23.

El proyecto fue aprobado por el CEIC de Gipuzkoa el 9 de octubre de 2017 (código: MAR-INN-2017-01). Toda la información contenida en este estudio se consideró como información confidencial, respetando el anonimato en todo momento, tal y como marca la legislación vigente (Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal LOPD 15/1999).

El estudio ha sido financiado por la OSI Donostialdea, Osakidetza (referencia: 18OSI003).

Resultados

De los 56 participantes, 49 proporcionaron datos en la primera sesión. Se trataba de un grupo con una edad media de 60,2 años, con edades comprendidas entre 27 y 82. El 80% era mujer. El 48% estaba jubilado, el 35% estaba en activo, el 15%

parado y el 2% presentaba algún tipo de incapacidad laboral. El 46% presentaba alguna enfermedad crónica como hipertensión, cardiopatías, diabetes, párkinson, hipersensibilidad bronquial. El 42% tenía a su cargo algún familiar (padres, pareja, hijos).

En lo referente a las expectativas de los participantes se recogen de sus respuestas el deseo de resolver dudas, reciclarse, aprender y adquirir herramientas/instrumentos para saber cómo actuar y evitar errores, así como evitar consultar asiduamente. Lo reflejan como: "tenemos personas a nuestro cargo, cada vez somos más mayores, tenemos más enfermedades, entonces tendremos más necesidades y por ello necesitamos saber cómo actuar", "para ayudar bien" y "a veces no sabes cómo actuar, si lo estamos haciendo bien", "ver si lo que hacemos lo hacemos bien o no", "quitar miedos a actuar", "acudir al CS cuando sea necesario, evitar venir", "para venir menos", "soy cuidadora de dos personas mayores y para saber qué hacer sin llamar al médico/112".

Las respuestas correctas del cuestionario de conocimientos pre y post-intervención se exploraron de modo conjunto, por un lado, y desglosadas por temática (patología aguda, cuidados básicos), por otro. Se observaron mejoras estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) en todos los temas tratados (Tabla 1).

No se encontró asociación entre las mejoras en el conocimiento pre-post ni con el sexo ($p = 0,708$), ni con la edad de los asistentes ($p = 0,713$).

Los talleres impartidos en castellano presentaron mejoras poco más elevadas frente a los impartidos en euskera. Concretamente las diferencias entre los grupos oscilaron de 0,5 a 1,6, pero ninguna de ellas fue estadísticamente significativa (p -valores entre: 0,125-0,348); por lo que no se puede concluir que el idioma del taller afecte los resultados.

Asimismo, se estudió el número de respuestas correctas pre-post de los 35 participantes que cursaron completamente el taller (Tabla 2). Se realiza para ayudar a entender cuáles fueron los temas de mayor o menor dificultad para los asistentes y los conocimientos previos que tenían (poco sobre fiebre, más sobre golpe de calor). También refleja cual ha sido la mejora post-intervención (tras finalizar el taller los participantes adquirieron más conocimiento sobre cómo tratar quemaduras y picaduras).

A través de los cuestionarios de la tercera sesión y de la pregunta que da fin a la formación "¿en una palabra o frase con qué idea os quedáis del taller?" se recogen los logros del taller (lo más positivo para los participantes) y su satisfacción. El taller les ha ayudado a repasar ideas básicas, corregir-aclarar dudas y costumbres, aprender y mejorar, "he visto que cosas que hacía no son así", "información que me hacía falta, tétanos pensaba que solo era por clavos", "corregir algunas cosas que creíamos que estábamos haciendo bien", "aclarar muchas cosas y corregir algunas viejas costumbres", "poner en práctica en mi misma (esta semana he tenido catarro)", "he aprendido cómo ayudar a alguien inconsciente, lavar heridas con agua y jabón, vacuna antitetánica", "he cumplido objetivos, la idea con la que venía. La idea que tenía". Refieren: "quitar miedos", "confianza en nosotros mismos para no acudir al CS sin necesidad", les ha proporcionado seguridad.

Tabla 1. Información sobre respuestas correctas en los dos momentos del estudio

Respuestas correctas	n	Media (DE)	p-valor
Total de respuestas en las 18 preguntas			
PRE	49	9,9 (2,9)	
POST	38	13,5 (3,1)	
Diferencia POST-PRE (95% IC)	35	3,5 (2,5 a 4,5)	< 0,0001
Respuestas correctas en patología aguda: fiebre/tos/diarrea			
PRE	49	2,7 (1,2)	
POST	38	4,3 (1,5)	
Diferencia POST-PRE (95% IC)	35	1,5 (0,9 a 2,1)	< 0,0001
Respuestas correctas en cuidados básicos: curas/epistaxis/contusión/picaduras...			
PRE	49	7,2 (2,1)	
POST	38	9,2 (1,9)	
Diferencia POST-PRE (95% IC)	35	2,0 (1,3 a 2,7)	< 0,0001

Tabla 2. Respuestas correctas PRE y POST para las 18 preguntas (n= 35)

Tema de salud	Respuestas correctas PRE	Respuestas correctas POST	Diferencia
Fiebre:			
1. ¿Qué temperatura se considera fiebre?	19	29	+10
2. ¿Qué es la fiebre?	28	31	+3
3. Actitud ante la fiebre	2	9	+7
4. Actuación ante una convulsión febril	5	11	+6
Tos:			
5. Actuación ante la tos y ¿qué es?	13	24	+11
Diarrea:			
6. Actitud ante vómitos y diarrea	18	28	+10
7. Actuación ante diarrea	16	23	+7
Quemadura			
8. Actuación ante quemadura	11	27	+16
Heridas			
9. Actuaciones ante herida, quemadura o contusión en mano, brazo...	24	31	+7
10. Limpieza de heridas ¿con qué?	13	23	+10
Epistaxis			
11. Actuación ante epistaxis	32	34	+2
12. Cuando cesa el sangrado, ¿qué no hacer?	23	25	+2
Contusión			
13. Actuación ante un golpe	24	30	+6
14. ¿Cómo aplicar el frío local?	26	31	+5
Picaduras			
15. Actuación ante picadura de salvera/sabirón	12	28	+16
16. Actuación ante picadura de medusa	23	29	+6
Golpe calor			
17. ¿Qué conviene hacer los días calurosos?	33	33	0
18. Actuación ante un golpe de calor	33	34	+1

La satisfacción de los participantes ha sido alta (Tabla 3). Casi todos los ítems han recibido medias > 8. Solo la pregunta sobre duración ha recibido una media de 7,9 puntos.

Valoran positivamente el método de aprendizaje (11-13), la oportunidad de participar, preguntar y aprender: "la participación en el grupo", "confianza entre los asistentes", "ambiente tranquilo, familiar", "aprender de los demás". "Oportunidad de preguntar porque antes no te daban esa opción ni en consulta tampoco", "os doy las gracias por estos talleres, por la oportunidad de participar unos hablan más, otros menos, pero todos participamos, cada uno en la medida que considera", "la posibilidad de participar que cada cual pregunte o exponga sus cuestiones, actuaciones". Respecto a la información, "muy detallada, bien preparada", "temas necesarios", "visión global de los temas", "páginas web que nos habéis dado", "responder el cuestionario, explicar las respuestas", "contenido del botiquín", "ha sido explicado muy claramente", "fácil de entender".

Han podido comprobar que los profesionales de salud están a su disposición "destacar la labor de enfermería", "nuestras enfermeras maravillosas" y valoran positivamente el taller "saber viene bien", "que se sigan haciendo cursillos", "repetir y más temas", "podrían ser más días", "está bien como está", "en general me ha gustado todo", "para mí está bien".

Tabla 3. Datos de satisfacción

Variable	Media	Desviación n estándar	Mínimo	Máximo	N
Organización	9,0	1,1	6	10	38
Contenidos	8,6	1,3	6	10	38
Utilidad	8,3	2,1	0	10	38
Metodología	8,4	1,5	5	10	37
Calidad	8,2	1,7	4	10	38
Duración	7,9	1,6	4	10	38
Horario	8,6	2,0	0	10	37
Material	8,5	1,4	5	10	37
Expectativas	8,2	1,7	3	10	38
Entorno	9,0	1,1	6	10	38
Lugar-taller	9,2	1,1	5	10	38
Recomendaría	9,1	1,2	5	10	38
Califica	8,8	1,1	6	10	37

Además, los cuestionarios recogen las sugerencias de los asistentes para mejorar el taller. En cuanto a la sala, presenta algo de eco y habría que mejorar la distribución de las sillas más cerca del proyector; respecto a la dinámica y las actividades, solicitan casos prácticos para comentar la actuación con soporte audiovisual; otros participantes piden que la duración se prolongue y que se impartan más temas e información escrita, "echo de menos algo sobre vida saludable, alimentación, deporte"; otros comentan "todo se puede mejorar, pero está bien".

De los cuestionarios también se extraen las demandas formativas y sugerencias de los asistentes, lo más demandado fue formación sobre promoción y prevención de la salud (alimentación, actividad física...), seguido de talleres de primeros auxilios ante situaciones de urgencia (reanimación, atragantamientos, infarto, ictus), cuidados específicos (sobre bebés, niños, adultos, tercera edad, climaterio, caídas, riesgos en el domicilio, cuidado de cuidadores, viajes al extranjero), monográficos de dos horas sobre enfermedades (diabetes, cardiológicas, respiratorias, traumatológicas, neurológicas, cáncer, cefalea). También solicitan la repetición del taller anualmente y más talleres prácticos.

Discusión y conclusiones

Igual que en el trabajo de González Mestre (5), gracias al desarrollo de la intervención, los participantes adoptan un rol más activo y corresponsable; en este caso, toman conciencia de los procesos agudos leves, transfieren e intercambian conocimientos y experiencias, aprenden a identificar los signos y síntomas de alarma para actuar frente a ellos o consultar, incrementan el autocuidado y mejoran su calidad de vida y participan de forma activa en su proceso de salud.

En los trabajos de Aviñó et al. (17), Álvarez González et al. (16) y en el presente, los principales cambios identificados comprenden el refuerzo de los conocimientos, el fortalecimiento de las capacidades y habilidades personales, así como la adquisición de mayor seguridad, de promoción del autocuidado y de la autonomía; y se aprecia un beneficio en la relación social, el aprendizaje y el intercambio de experiencias grupales, además fomenta el contacto con los profesionales sanitarios.

Corresponde a los profesionales de salud (4,9) contribuir con educación en el fomento del autocuidado, facilitando los mejores conocimientos y habilidades (recetando enlaces webs o blogs con mensajes útiles, fiables y con lenguaje ciudadano) para que los usuarios puedan optar por prácticas favorables para su salud escogiendo las opciones que tienen a su alcance y actuando en consecuencia.

Según González Mestre (5), la implicación de todos los agentes necesarios para el programa (pacientes y profesionales sanitarios) y la complicidad que se genera en las sesiones son dos puntos fundamentales que explican su éxito, un éxito secundado por los resultados de las evaluaciones que animan a avanzar en el desarrollo del plan, con una mayor expansión

de la actividad y con la inclusión de un número mayor de temas que tratar en las sesiones grupales para dar respuesta a las necesidades de la población identificadas, y donde la autorresponsabilidad de la persona sobre su salud será clave para avanzar.

Como la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica, si se orienta la Educación para la Salud (EpS) desde un modelo participativo y adaptado a las necesidades, la población adquirirá responsabilidad en su aprendizaje y este no estará centrado en el "saber", sino también en el "saber hacer" (12).

Se va avanzando en intervenciones de EpS incorporando pedagogía activa, pero todavía predominan las "charlas" grupales en las que los participantes siguen siendo meros receptores pasivos (11). Es hora de que los profesionales de salud, sobre todo enfermeros, vayan cambiando de actitud frente a la educación de los pacientes, se empiece a aceptar el nuevo rol de paciente independiente (8,9) y a utilizar una metodología participativa que priorice el enfoque grupal y de prevención o promoción frente al individual y asistencial. En la presente intervención, como en la de Sánchez Gómez et al. (11), se recoge que la metodología participativa ha sido bien valorada por los participantes.

Las fortalezas que se pueden destacar del estudio son: la motivación de los participantes, puesto que acuden voluntariamente; la metodología participativa, siendo los propios participantes los facilitadores del aprendizaje colaborativo al compartir sus experiencias y del mismo modo, son ellos mismos quienes informan de sus necesidades y expectativas; el fomento de la relación enfermera-pacientes, proporciona una oportunidad de consulta a la comunidad; y una potenciación de la imagen de la enfermería integral.

Este estudio presenta limitaciones, algunas de ellas derivadas de la propia búsqueda bibliográfica, puesto que no se han revisado todas las bases de datos existentes y no se han tenido en cuenta las publicaciones posteriores a la realización de la revisión; esto se puede traducir en la omisión de algunas experiencias relevantes (3) relacionadas con iniciativas de educación para el autocuidado. Hay barreras que dificultan la implantación de este tipo de proyectos como la falta de tiempo, las creencias personales o las dificultades de aceptación por parte de algunos profesionales del nuevo rol de los pacientes, la inexperiencia del equipo de investigación en intervenciones educativas con técnica activa, participativa y reflexiva.

A pesar de partir de 56 participantes, únicamente 35 completaron todo el taller, lo que se traduce en una muestra pequeña y no se pudo recabar la opinión de los participantes que no finalizaron la formación. Otra limitación fue no contemplar la devolución de resultados a los informantes. Por otra parte, el centro no cuenta con una sala muy adecuada para formación con soporte audiovisual. Parte del equipo investigador es, a su vez, motor de la intervención. Por último, el propio diseño del estudio no permite la comparación con un grupo control y los resultados positivos post-intervención se podrían haber visto afectados por el interés de los propios participantes, dado que se trata de una muestra de conveniencia. Todo ello obliga a ser prudentes en la interpretación de resultados y en su uso para mejorar la intervención y demostrar su utilidad, si bien los cambios percibidos por los profesionales y los expresados por los participantes son coincidentes.

Para concluir, el presente estudio parece sugerir que la intervención educativa, en la que el propio paciente es participe de su formación, puede contribuir a mejorar los conocimientos de los participantes y proporcionarles confianza y seguridad, lo que les va a permitir gestionar su autocuidado, generando así una población más autónoma, resolutiva, empoderada y responsable, capaz de hacerse cargo de procesos agudos leves y de consultar si surgen signos o síntomas de alarma. A su vez, se ha producido un acercamiento a los profesionales del centro que han recogido las necesidades formativas de los participantes para poder continuar realizando intervenciones educativas que puedan ayudar a la población y a la sostenibilidad del sistema de salud. A la vista de los resultados obtenidos, sería interesante seguir efectuando los talleres "Aprender a cuidarse", evaluando y evolucionando el mismo en función de los resultados; para poder incidir en los temas que les resultan más difíciles. Parece, pues, sensato invertir algo de tiempo en EpS.

Agradecimientos

La autora desea mencionar a los profesionales de la UAP de Zarautz que han participado y colaborado en la ejecución de la intervención en Educación para la Salud "Innovación en educación para la salud: taller para promover el autocuidado en procesos agudos leves", y que han hecho factible su puesta en marcha: Lorena Castro Trabanco, Maider Leunda Iruretagoyena, Teresa Chico González y Sandra Aguirrezabalaga Mendicute.

A la Unidad de Investigación AP-OSIs Guipúzcoa por su ayuda en el desarrollo de este proyecto.

Financiación

OSI-Donostialdea.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Miguélez Chamorro A. Desarrollar las competencias enfermeras en beneficio de la población, los profesionales y el sistema sanitario. Tesela [internet] 2009 [citado 8 nov 2018]; 6. Disponible en: <http://www.index-f.com.proxy1.athensams.net/tesela/ts6/ts7250.php>
- [2] Camarelles F, Tranche S, Muñoz E, Gómez JM. Semana del autocuidado semFYC. Aten Primaria. 2013; 45(5):229-30.
- [3] Nuño-Solinis R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. Gac Sanit. 2013; 27(4):332-7.
- [4] Sillas González DE, Jordán Jinez ML. Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. Desarrollo Cientif Enferm. 2011; 19(2).
- [5] González Mestre A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: de paciente pasivo a paciente activo. Enferm Clin. 2014; 24(1):67-73.
- [6] Leiton Espinoza ZE. El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. Enfermería universitaria. 2016; 13(3):139-41.
- [7] Queralt Alcaraz M, Mur Martí T, Clanchet Aisa T, López Olivares M, López Moya R, Castaño Pérez A. Autocuidado para patologías agudas en atención primaria. Resultados de un estudio cualitativo. Aten Primaria. 2000; 26:349.
- [8] Llauger MA, Contijoch C. Autocuidados y atención primaria. Aten Primaria. 1997; 19:267-70.
- [9] March Cerdà JC. Pacientes empoderados para una mayor confianza en el sistema sanitario. Rev. Calid Asist. 2015; 30(1):1-3.
- [10] Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. Aten Primaria. 2006; 38(3):234-7.
- [11] Sánchez Gómez S, Medina Moya JL, Mendoza Pérez de Mendiguren B, Ugarte Arena AI, Martínez de Albéniz Arriaran M. Investigación acción participativa; la educación para el autocuidado del adulto maduro, un proceso dialógico y emancipador. Aten Primaria. 2015; 47(9):573-80.
- [12] Hernández-Díaz J, Paredes-Carbonell J, Marín Torrens R. Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. Aten Primaria. 2014; 46(1):40-7.
- [13] Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M. Educación *versus* coerción. Una apuesta decidida por la educación para la salud. Gac. Sanit. 2013; 27(1):72-4.
- [14] Folgado HR, Orosco LM. Construyendo el autocuidado, a través del cuidado enfermero. Paraninfo Digital [internet] 2010 [citado 8 nov 2018]; 9. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n9/i054.php>
- [15] Alba Martín R. Educación para la salud en primeros auxilios dirigida al personal docente del ámbito escolar. Enfermería Universitaria. 2015; 12(2):88-92.
- [16] Álvarez González F, Añaños Artero MR, Aranda A, Rodríguez B, Soteras Pérez E, Tarrida ML. Enfermería y Comunidad, una experiencia nueva. Rev Paraninfo Digital [internet] 2008 [citado 8 nov 2018]; 5. Disponible en: <http://www.index-f.com.proxy1.athensams.net/para/n5/p014.php>
- [17] Aviñó D, Paredes-Carbonell JJ, Peiró-Pérez R, La Parra Casado D, Álvarez-Dardet C. Projecte RIU: cambios percibidos por agentes de salud y profesionales tras una intervención en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad. Aten Primaria. 2014; 46(10):531-40.



¡Enfermería21 se actualiza!

► Conoce todas las novedades incorporadas y el nuevo diseño web del portal líder de Enfermería

- Adaptado a múltiples dispositivos
- Más visual e intuitivo
- Acceso a todas las plataformas y servicios de Grupo Paradigma desde un mismo sitio
- Conoce a través de la sección de Diario DICEN todas las noticias del sector
- Acceso a toda la oferta formativa de DAE Formación: AulaDAE, AulaOPE y AulaEIR
- Ofertas de empleo, revistas de Enfermería, test, documentos, libros y multitud de recursos relacionados con el mundo de la Enfermería

Percepción y conocimientos de los factores de riesgo cardiovasculares

¹ Lara Menéndez González

² Gloria María González Sánchez

¹ Enfermera. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria y Dirección de contacto: laramenendezgonzalez@gmail.com
Salud Mental. Centro de salud (CS) Llano Gijón (Asturias).

² Enfermera. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. CS
La Felguera (Asturias).

Resumen

Objetivo: evaluar en sujetos con un riesgo cardiovascular moderado-muy alto, la percepción del riesgo cardiovascular (RCV) y el conocimiento de los factores de riesgo (FRCV).

Método: diseño trasversal analítico. Población: selección mediante muestreo aleatorio simple una muestra de 247 sujetos entre 40-65 años pertenecientes al centro de salud (CS) El Coto (Gijón), sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares (ECV) y riesgo cardiovascular moderado-muy alto a fecha de enero de 2015. Mediciones principales: entrevista personal. Variables antropométricas y biomarcadores. Instrumento para medir la percepción del riesgo cardiovascular (PRHDS), cuestionario *ad hoc* sobre el conocimiento de FRCV. Análisis: asociaciones bivariantes: test Chi cuadrado/McNemar. Índice de concordancia kappa entre variables categóricas.

Resultados: respuesta de 132 participantes. El 60,6% (IC95%:51,73-68) presentó RCV moderado, alto el 19,7% (IC95%:13,29-27,51) y muy alto el 19,7% (IC95%:13,29-27,51). El 92,3% (IC95%:74,87-99,05) de los sujetos con RCV muy alto y el 80,8% (IC95%:60,65-93,45) con RCV alto, tienen una percepción de riesgo moderada de sufrir un evento cardiaco. El nivel más alto de conocimientos en la identificación de FRCV se localizó en sujetos con RCV moderado (57,6%) frente al RCV muy alto (27,3%) ($p=0,05$). Se mostró bajo nivel de conocimientos de los objetivos terapéuticos, siendo la tensión arterial el parámetro con mayor nivel de conocimiento (61,4%) y la obesidad abdominal el de menor conocimiento (9,1%).

Conclusiones: la existencia de una brecha entre percepción y riesgo real de sufrir ECV, junto con el bajo nivel de conocimientos de los FRCV, señala la necesidad de estrategias de comunicación de riesgo eficaces y la aplicación de las directrices europeas para la prevención primaria de ECV.

Palabras clave: conocimiento; factores de riesgo; enfermedad cardiovascular.

Abstract

Prevention and knowledge about cardiovascular risk factors

Purpose: to evaluate cardiovascular risk (CVR) perception and knowledge on cardiovascular risk factors (CVRF) in subjects with moderate-to-very high cardiovascular risk.

Methods: a cross-sectional analytic study. Population: participants were recruited by means of a simple random sampling to select a sample of 247 subjects aged 40-65 years in the health center (HC) El Coto (Gijón, Spain), with no history of cardiovascular diseases (CVD) and moderate-to-very-high cardiovascular risk in January 2015. Main assessment: a personal interview. Anthropometric variables and biomarkers. A tool to measure cardiovascular risk perception (PRHDS), *ad hoc* questionnaire on CVRF knowledge. Analysis: bivariate associations: chi-squared/McNemar tests. Kappa concordance index between categorical variables.

Results: answers from 132 participants were available. CVR was moderate in 60.6% (95%CI: 51.73-68) of participants, high in 19.7% (95%CI: 13.29-27.51) and very-high in 19.7% (95%CI: 13.29-27.51). A moderate perception of the risk of a cardiac event was found in 92.3% (95%CI: 74.87-99.05) of subjects with a very-high CVR and in 80.8% (95%CI: 60.65-93.45) of subjects with a high CVR. The highest level of knowledge on the identification de CVRF was observed in subjects with a moderate CVR (57.6%) compared to the ones with a very high CVR (27.3%) ($P=0.05$). A low knowledge on therapeutic targets was found, with the best known factor being blood pressure (61.4%) and worst known one being abdominal obesity (9.1%).

Conclusions: an existing gap between perception and actual risk to have a CVD, as well as the low level of knowledge on CVRF highlight the need for effective communication strategies on the risk and for applying current European guidelines for primary prevention of CVD.

Key words: knowledge; risk factors; cardiovascular disease.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se han convertido en un problema de salud de primer orden. Se calcula que de aquí a 2030 casi 23,6 millones de personas morirán por alguna ECV, principalmente por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (ACV). Hay que tener en cuenta que el aumento de la prevalencia significará una mayor demanda de recursos en el futuro, constituyendo una fuente muy importante de discapacidad. Hoy en día ya suponen el 15% de los costes sanitarios totales (1).

La prevención de las ECV se basa tradicionalmente en el control de los factores de riesgo (FR) de los individuos (2-4). Un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) es una característica biológica, un hábito o un estilo de vida, que aumenta la probabilidad de padecer o de morir a causa de una ECV en aquellos individuos que lo presentan (5).

Los FR pueden ser no modificables, confieren el riesgo basal para cada individuo: edad, sexo, factores genéticos/historia familiar; o modificables, tienen un efecto modulador sobre el riesgo predeterminado y son los de mayor interés, con una asociación más fuerte con la ECV y muy habituales en la población. La ventaja de los FR modificables es que cabe actuar de forma preventiva: hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus (DM), glucemia basal alterada y sobrepeso/obesidad (particularmente la obesidad abdominal o visceral), de forma habitual unidos a la inactividad física y a los malos hábitos alimentarios (5-11).

La lucha contra los FR modificables de las ECV es uno de los aspectos críticos de la prevención primaria (5,6,13) según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Con cambios adecuados del estilo de vida se podría prevenir más de tres cuartas partes de la mortalidad cardiovascular (CV), reduciéndola más que los tratamientos farmacológicos, pero la falta de adherencia es un problema fundamental en la modificación del riesgo (2).

Aunque está demostrado que la prevención funciona, existe una subestimación del enfoque no farmacológico en la gestión del riesgo de ECV: más del 50% de la reducción de la mortalidad CV se relaciona con la modificación de los FR y el 40% con la mejora de los tratamientos (6).

El concepto de RCV es epidemiológico, se aplica en el ámbito individual, y se define como la probabilidad de presentar cierto evento cardiovascular a lo largo de un determinado periodo de tiempo (13,14).

Las creencias personales ejercen una importante influencia sobre la salud de los individuos, pues un estímulo pone en evidencia las creencias de la persona e inicia un proceso de cambio (9).

El primer paso fundamental en la prevención de ECV es tener consciencia de que se está en riesgo (15). Esto requiere que cada persona conozca las cifras de sus parámetros de RCV y tenga una percepción correcta del riesgo de enfermedad que esos valores significan (2,3,15,16-19).

En relación al RCV, existe una gran brecha entre el riesgo percibido y el riesgo objetivamente medido, además del desconocimiento de las cifras objetivo (15,20,21). Este hecho podría incidir en los aspectos conductuales y explicar en parte los escasos comportamientos de salud positivos (17,20).

Las enfermeras y otros profesionales de salud tienden a asumir que los pacientes tienen el mismo sistema de percepción que el suyo (2,3). Sin embargo, se sabe que la realidad no es así, sino que las personas subestiman constantemente su riesgo de tener un evento cardiovascular, de esto deriva que si la percepción de un individuo difiere del riesgo evaluado por el profesional de salud, puede indicar que la persona no esté preparada para realizar cambios en su estilo de vida (2,16,22).

Es indispensable a la hora de proyectar estrategias de educación para la salud en estos pacientes, conocer cuál es su nivel de conocimientos. Es importante que las personas con algún RCV tengan un buen conocimiento de su riesgo, puesto que la mayoría de ellos lo desconoce, así como de los beneficios del tratamiento y del control de las cifras que, en definitiva, incidirán en una mayor cantidad y mejor calidad de vida. Pero para que esto ocurra, se requiere la participación de una educación sanitaria en todos los niveles asistenciales (18,23).

Por ello, como objetivo principal se plantea el evaluar en personas entre 40-65 años con un riesgo cardiovascular moderado-muy alto, la percepción del RCV y el conocimiento de los FRCV, en un centro de salud.

Como objetivos específicos se encuentran:

- Determinar la prevalencia real del RCV y de los FRCV.
- Estudiar la relación entre la prevalencia de los FRCV y el conocimiento para la identificación de dichos factores de riesgo.

- Evaluar la relación entre el riesgo cardiovascular y el conocimiento en la identificación de los FRCV.
- Estudiar si la prevalencia de cada FRCV se asocia al conocimiento de dicho factor de riesgo.
- Evaluar la percepción sobre el riesgo que tiene para su salud cardiovascular, la presencia de FRCV.

Método

Diseño y ámbito de estudio

Se realizó un estudio transversal sobre una muestra de población con un riesgo cardiovascular moderado, alto o muy alto, entre abril y diciembre de 2015 en el CS El Coto, perteneciente al área V del Sistema de Salud del Principado de Asturias.

Población y muestra

La población diana la constituyeron 1.630 sujetos entre 40-65 años, con un registro de riesgo cardiovascular (*Systematic Coronary Risk Evaluation*; SCORE \geq 2%) en el último año y que no hubiesen presentado ningún evento cardiovascular previo, a fecha del 31 de enero de 2015.

Para seleccionar la población diana se basó en la *Guía europea sobre prevención de enfermedades cardiovasculares en la práctica clínica* (6).

El tamaño de la muestra fue determinado teniendo en cuenta la media media ($\bar{x}= 43$) y la desviación típica ($SD\pm 7,46$) del estudio realizado por Ammouri et al. (2), *Perception of risk of coronary Heart disease among Jordanians* que evalúa la percepción del riesgo cardiovascular en una población adulta jordana. Para el cálculo de la muestra se tuvo en cuenta un 30% de pérdidas.

El tamaño de la muestra diseñada fue de 247 sujetos, con una precisión de ± 1 (confianza del 99%) que cumplieran los criterios de selección.

La selección se llevó a cabo mediante un muestreo aleatorio simple, a partir de la aplicación informática OMI-AP para la gestión de historias clínicas en Atención Primaria en el Principado de Asturias. Se invitó a participar directamente a los sujetos seleccionados de manera telefónica y se les explicó el objetivo del estudio y el procedimiento de la investigación.

Todo el proceso de muestreo se llevó a cabo con el programa estadístico Epidat 4.0.

Variables e instrumentación

Se estudiaron las variables sociodemográficas: sexo, estado civil y estudios finalizados. Para la estratificación del RCV se utilizó el sistema de cuantificación del riesgo cardiovascular SCORE para países de bajo riesgo cardiovascular.

Variables principales:

Factores de riesgo cardiovasculares. Se considerará la presencia del factor de riesgo cardiovascular en función de los datos recogidos durante la entrevista y los datos registrados en la aplicación OMI-AP para la gestión de la historia clínica electrónica, basándose en los rangos de los parámetros antropométricos y biomarcadores determinados en la *Guía Europea sobre prevención cardiovascular*, 2012 (6).

- Sexo masculino.
- Edad > 55 en hombre y > 65 en mujeres.
- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz (< 55 años en hombres y < 65 años en mujeres).
- Tabaquismo. Fumador: persona que ha fumado durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. Exfumador: persona que habiendo sido fumadora no ha consumido tabaco en los últimos 12 meses.
- Tensión arterial elevada: registro de episodio de HTA y/o sujetos con tratamiento farmacológico antihipertensivo.
- Colesterol total elevado: sujeto con tratamiento farmacológico antilipemiente o cifras \geq 200 mg/dl presente en una bioquímica sanguínea realizada hace menos de un año.

- Obesidad: IMC ≥ 30 en el momento del estudio.
- Obesidad abdominal: perímetro abdominal ≥ 102 cm en hombres/ ≥ 88 cm en mujeres en el momento del estudio.
- Sedentarismo. Valoración de la actividad física a través del cuestionario validado IPAQ (24).
- Diabetes mellitus: registro de episodio de DM I/DM II en la historia clínica OMI-AP con o sin tratamiento farmacológico mediante el CIAP-T90.
- Alcohol: cuantificación de unidades de bebida estándar (UBE) siendo factor de riesgo un consumo de alcohol en mujeres > 10 UBE y en hombres > 20 UBE.

La variable principal del estudio fue la percepción del riesgo cardiovascular evaluada mediante el PRHDS (2,3); instrumento validado y autoadministrado para medir la percepción del riesgo de padecer una enfermedad cardíaca. El PRHDS original se compone de 38 elementos, con tres subescalas: alto riesgo (siete ítems), riesgo (seis ítems) y riesgo desconocido (siete ítems). Los ítems se codifican utilizando una escala Likert de cuatro puntos que van desde 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). Las puntuaciones más altas en las subescalas PRHDS indican una mayor percepción de riesgo de contraer enfermedades del corazón: riesgo alto (20-40 puntos), de riesgo (40-60 puntos), riesgo desconocido (60-80 puntos). El alfa de Cronbach total fue de 0,80 para la escala total.

Se creó un cuestionario *ad hoc* donde se evaluó el conocimiento y percepción de los sujetos acerca de cuatro FRCV: tensión arterial elevada, colesterol, obesidad, obesidad abdominal y diabetes mellitus. También se pasó un listado con todos los FRCV para que los sujetos los identificasen.

El desarrollo del estudio se dividió en dos momentos. Un primer momento donde se realizó la entrevista personal estructurada y un segundo momento donde se llevó a cabo un examen físico, midiendo y registrando mediante métodos directos de medida estandarizados: peso, talla, perímetro abdominal y tensión arterial.

Aquellos pacientes que no tuviesen una analítica en un periodo inferior de un año, se les citó para la extracción de una bioquímica sanguínea.

Análisis de datos

Se calcularon estadísticos descriptivos para las variables cuantitativas: la media, desviación estándar (DE), rango observado, rango posible e intervalos de confianza al 95% (IC95%). Para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes.

El análisis comparativo de las variables cuantitativas se realizó mediante la prueba ANOVA o prueba estadística no paramétrica del test de Kruskal-Wallis. Se aplicaron las pruebas *post-hoc* adecuadas según la homogeneidad (Scheffe o Games-Howell) para determinar específicamente entre qué grupos hubo diferencias significativas. Para la comparación de variables categóricas se empleó el test Chi cuadrado.

Para evaluar el índice de concordancia entre dos variables categóricas se utilizó el índice de concordancia kappa (Landis y Koch): < 0 pobre, 0 a 0,20 leve, 0,21 a 0,40 mediana, 0,41 a 0,60 moderada, 0,61 a 0,80 sustancial, 0,81 a 1,00 casi perfecta.

Se asumió un nivel de significación $p < 0,05$. El análisis de datos se efectuó con el programa estadístico SPSS 21.0.

Consideraciones éticas

El estudio de investigación fue aprobado por el Comité de ética e investigación del Hospital de Cabueñes y reúne los requisitos éticos de la declaración de Helsinki. Se explicó a los participantes los objetivos del estudio y se les solicitó que firmaran un consentimiento informado.

Resultados

La muestra seleccionada final estuvo conformada por 132 sujetos. El porcentaje de pérdidas fue del 46,56% de la muestra total inicial, debido principalmente a la imposibilidad de contacto telefónico con los sujetos seleccionados (59,5%), no aceptación en la participación del estudio (23,9%) y otras causas 16,6% (evento cardiovascular, exitus, dificultad de desplazamiento). En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra total.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra total

VARIABLES	n= 32	Porcentaje (%)	IC 95%	
Sexo				
Hombre	89	67,4	58,72	75,32
Mujer	43	32,6	24,68	41,27
Estado civil				
Casado	98	74,2	65,91	81,46
Soltero	13	9,8	5,35	16,25
Divorciado/separado	16	12,1	7,09	18,94
Viudo	5	3,8	1,24	8,62
Estudios finalizados				
No completo Ed. Primaria	3	2,3	0,47	6,50
Ed. Básica	61	46,2	37,50	55,10
Ed. Secundaria	30	22,7	15,89	30,83
Ed. Superior	38	28,8	21,24	37,31
	Media	DE	Máx	Mín
Edad	60,36	4,98	66	42

El RCV estimado fue de: 19,7% (IC 95% 13,29-27,51) RCV muy alto, 19,7% RCV alto (IC 95% 13,29-27,51) y 60,6% (IC 95% 51,73-68) RCV moderado; teniendo en cuenta que para este análisis se eliminaron los sujetos que presentaban DM, ERC moderada o FR muy elevado, ya que la *Guía europea de prevención cardiovascular* (6) los define directamente como sujetos de riesgo alto/muy alto.

El promedio de FR presentes en la muestra fue de 4,67 (DE \pm 1,86) por persona, siendo los FR más prevalentes el CT alto (68,9%), el sexo (67,4%), la edad (59,1%) y cifras de TA elevadas (64,4%). El 80,3% de la muestra total presentaba algún FR no modificable y a su vez el 97% presentaba algún FR modificable. En la Tabla 2 se presentan los FRCV modificables y no modificables.

La puntuación media para el PRHDS fue de 53,54 (DE \pm 6,34), observándose que un 2,3% de la muestra total tenía una percepción de riesgo desconocido para padecer enfermedades cardíacas, un 85,6% una percepción de riesgo moderado y un 12,1% una percepción de alto riesgo. El 92,3% de los sujetos con un RCV muy alto y el 80,8% de los sujetos con un RCV alto, tienen una puntuación en el cuestionario PRHDS que corresponde con una percepción de riesgo moderado de padecer enfermedades del corazón ($p= 0,446$) (Tabla 3).

Con respecto al conocimiento para la identificación de los FRCV por parte de los sujetos del estudio, los FR identificados con menor frecuencia fueron: el sexo masculino (25,8%), la edad en hombres (39,4%), la edad en mujeres (33,3%), antecedentes familiares de ECV (49,2%) y diabetes mellitus (62,9%).

El nivel más alto de conocimiento en la identificación de los FRCV se localiza en los sujetos con RCV moderado (57,6%) en comparación con los sujetos con un RCV muy alto (27,3%) $p= 0,05$. Se observó que un 22% de la muestra tenía conocimiento de todos los FRCV.

Se estudió el conocimiento acerca de los FRCV: tensión arterial, colesterol total, obesidad, obesidad abdominal y diabetes mellitus (Tabla 4).

Conocimientos sobre el FR tensión arterial

Un 62,7% (IC 95% 53,64-71,15) de la muestra total del estudio presentaba el FR TA elevada, de estos un 40,5% (IC 95% 31,83-49,58) refirió ser hipertenso ($k= 0,516$; $p < 0,01$). Un 13,5% (IC 95% 5,59-25,79) de los sujetos a tratamientos farmacológico ($n= 52$) consideraba no ser hipertensos.

Tabla 2. Factores de riesgo cardiovascular de la muestra total

Variables	n= 32	Porcentaje (%)	IC 95%	
FR no modificables	106	80,3	72,49	86,71
FR sexo	89	67,4	58,72	75,32
FR edad	78	59,1	50,20	67,56
FR antecedentes familiares de ECV	21	15,9	10,13	23,28
FR modificables	120	97	92,42	99,17
FR tabaco	43	32,6	24,68	41,27
FR tensión arterial \geq 140/90 mmHg	85	64,4	55,59	72,53
FR colesterol total \geq 200 mg/dl	91	68,9	60,30	76,70
FR obesidad	42	31,8	23,99	40,49
FR obesidad abdominal	55	41,7	33,15	50,56
FR sedentarismo	42	31,8	23,99	40,49
FR diabetes mellitus	19	14,4	8,89	21,56
FR alcohol	24	18,2	12,01	25,83
	Media	DE	Min	Máx
Nº de FRCV	4,67	1,86	1	10

Tabla 3. Percepción de padecer enfermedades cardíacas (n= 132)

Variable	Media	DE	Rango observado	Rango posible	IC 95%
Total PRHDS	53,54	6,34	32-73	20-80	52,45-54,63
Percepción de riesgo desconocido	19,80	3,17	10-28	7-28	19,25-20,35
Percepción de riesgo moderado	16,39	2,68	6-22	6-24	15,93-16,85
Percepción de riesgo alto	17,34	3,36	7-25	7-28	16,76-17,92

Tabla 4 Conocimiento sobre los FRCV

Variables [%]		Prevalencia real	Prevalencia percibida	Grado de concordancia	valor p
Conocimientos sobre el FR tensión arterial (TA)					
FR tensión arterial		62,7	40,5	51,6	< 0,01
Conocimiento de sus cifras de TA	Total	18,9	66,7	20,9	< 0,01
Conocimiento cifras de normalidad TA	Total	61,4	71,2	74,8	< 0,01
Conocimientos sobre el FR colesterol total					
FR colesterol total (CT)		68,9	31,7	31,7	< 0,01
Conocimiento de sus cifras de CT	Total	18,2	38,2	53,3	< 0,01
Conocimiento cifras de normalidad CT	Total	40,4	54,5	73,2	< 0,01
Conocimientos sobre el FR obesidad					
FR obesidad		31,8	24,2	59	< 0,01
Conocimiento de su peso actual	Total	70,8	90,9	27,5	< 0,01

Tabla 4 Conocimiento sobre los FRCV (continuación)

Variables [%]		Prevalencia real	Prevalencia percibida	Grado de concordancia	valor p
Conocimientos sobre el FR obesidad abdominal					
FR Perímetro abdominal (PA)		41,7	53,8	33,5	< 0,01
Conocimiento de sus cifras de PA	Total	4,5	10,6	57,3	< 0,01
Conocimiento cifras normalidad PA	Total	9,1	12,1	84,1	< 0,01
Conocimientos sobre el FR diabetes mellitus					
FR diabetes mellitus		14,4	12,9	84,4	< 0,01
Conocimiento de sus cifras de glucosa basal	Total	9,8	22,9	54,1	< 0,01
Conocimiento cifras de normalidad glucosa basal	Total	19,7	36,2	61,3	< 0,01

Se encontró un grado de concordancia insignificante entre la percepción de los sujetos y la clasificación de las cifras de TA media ($k = 0,128$; $p < 0,01$). El 17% de los sujetos que presentaba cifras medias de TA muy altas considera que sus cifras son altas y el 83% consideraba que estaba dentro de los límites de normalidad ($p < 0,01$).

Un 28,8% (IC 95% 21,24-37,31) de la muestra refiere no conocer los valores objetivo de buen control de la TA.

El 41,2% de los sujetos hipertensos ($n = 85$; IC 95% 30,61-52,38) no cree que sus cifras de TA afecten a su salud cardiovascular.

Conocimientos sobre el FR colesterol total (CT)

El 68,9% (IC 95% 60,30-76,70) de los sujetos del estudio presentaba el FR CT alto, el 55,8% de los pacientes con este FR considera no presentarlo ($k = 0,317$; $p < 0,01$). Un 26,3% (IC 95% 9,15-51,20) de los sujetos a tratamiento farmacológico con antidiisipemiantes ($n = 19$) consideraba no presentar dicho FR.

El 59,3% de las personas con el FR que presentaba cifras de CT muy altas, consideraba que sus cifras eran altas y el 37% que estaba dentro de los límites de normalidad ($p < 0,01$).

Se encontró un grado de concordancia considerable y estadísticamente significativo entre el investigador y los sujetos del estudio ($k = 0,732$; $p < 0,01$) con respecto al conocimiento de las cifras de normalidad del CT, existiendo un mayor porcentaje de acierto entre los sujetos que presentaban el FR con respecto a los que no lo presentaban (78,2% vs. 64,7%; $p < 0,01$).

El 39,6% de los sujetos que presentaba el FR CT ($n = 91$; IC 95% 29,46-50,36) no cree que sus cifras de CT afecten a su salud cardiovascular.

Conocimientos sobre el FR obesidad

El FR obesidad estaba presente en el 31,8% (IC 95% 23,99-40,48) de los sujetos, siendo dicho FR reconocido en un 24,2% (IC 95% 17,21-32,47) de estos.

El 80,5% de los pacientes que presenta el FR no conoce su estado nutricional, el 73,2% considera que presenta sobrepeso y un 4,9% normopeso. De la misma manera un 29,8% de los individuos con sobrepeso percibe encontrarse dentro de los límites de normalidad ($p < 0,01$).

El 21,4% (IC 95% 10,30-36,81) de los individuos obesos ($n = 42$) no cree que su peso afecte a su salud cardiovascular.

Conocimientos sobre el FR obesidad abdominal

Un 41,7% de los sujetos del estudio (IC 95% 33,15-50,56) presentaba el FR obesidad abdominal; de estos, el 21,8% consideraba no tener obesidad abdominal.

Un 55,1% (IC 95% 45,66-64,25) de los sujetos de la muestra total no tiene una apreciación correcta de su grado de obesidad abdominal; el 80,4% de estos que presentaba un perímetro abdominal muy alto, considera que su perímetro abdominal era alto y el 13% considera que era normal ($p < 0,01$).

Se encontró un grado moderado de concordancia con respecto al conocimiento de sus cifras del perímetro abdominal ($k=0,573$; $p<0,01$), observándose un mayor porcentaje de acierto por parte de los sujetos que presentaban el FR frente a los que no presentaban dicho FR (60% vs. 33,3%; $p<0,01$).

El 30,9% de los sujetos que presenta el FR obesidad abdominal ($n=55$) no cree que sus cifras de perímetro abdominal afecten a su salud cardiovascular.

Conocimientos sobre el FR diabetes mellitus (DM)

El 14,4% (IC 95% 8,89-21,56) de la muestra total presentaba el FR DM. El 15,8% de los sujetos con este FR consideraba que no era diabético.

En lo que respecta a la clasificación de sus cifras de glucosa, el 57,1% de los sujetos diabéticos que presentaba cifras de glucosa muy alta consideraba que estas eran altas y el 28,6% consideraba que estaban dentro de los límites de normalidad ($p<0,01$).

Con respecto al conocimiento de los valores objetivo de buen control de la glucosa basal, un 62,9% (IC 95% 54,04-71,12) de la muestra total refiere no conocerlos, siendo los sujetos diabéticos los que refirieron un mayor conocimiento de los valores de normalidad que los que no presentaban dicho FR (84,2% vs. 27,4%; $p<0,01$).

El 36,8% de los pacientes diabéticos ($n=19$; IC 95% 16,29-61,64) no cree que sus cifras de glucosa basal afecten a su salud cardiovascular.

El 14,3% (IC 95% 3,38-39,58) de los sujetos diabéticos refirió conocer las cifras de normalidad de la HbA1c, de estos sujetos, ninguno conoce realmente las cifras de normalidad.

Un 21,1% (IC 95% 6,05-45,56) de los pacientes con diabetes considera que sus cifras de HbA1c no afectan a su salud cardiovascular.

Discusión y conclusiones

Según los hallazgos de un estudio (25) de prevalencia realizado en España, existe una tendencia ascendente de la prevalencia de los FRCV que se asemejan a los del presente estudio para la diabetes mellitus (14,4% vs. 13%), tabaco (32,6% vs. 25%) y obesidad (31,8% vs. 29%), siendo superiores estas prevalencias en este estudio para el FR tensión arterial (64,4% vs. 43%) y colesterol total (68,9 vs. 41%). Hay que tener en cuenta que en el presente estudio se parte de sujetos con un RCV reconocido, de ahí la mayor proporción de FRCV; a esto hay que sumarle que la media de edad se sitúa entre 42 y 66 años, sabiendo que la frecuencia de algunos FR como la HTA se incrementan con la edad, alcanzando cifras de prevalencia en torno al 68% en personas de edad ≥ 60 años (5).

A pesar de que la mortalidad por ECV es la principal causa de muerte en España (5,22), se evaluó una percepción de riesgo moderada de sufrir un evento cardiovascular para una población entre los 40 y 65 años; resultados muy similares a los del estudio original (2) y al último estudio de prevalencia que se realizó en España en el 2013 para las mismas franjas de edad (26). Se objetiva una subestimación del riesgo cardiovascular real, puesto que el 92,3% de los sujetos con un RCV muy alto percibe tener un riesgo moderado de padecer enfermedades del corazón.

Estos resultados apoyan los hallazgos de Perez-Manchon et al. (27) y el estudio di@bet.es (28) que encuentran una concordancia insignificante entre el RCV real y el percibido por los sujetos. Esta infravaloración del RCV concuerda con los resultados de Coca et al. (20), en los que del 60% de los pacientes que presentaba un RCV alto/muy alto, solo el 27% lo percibía como tal.

La subestimación del RCV pudiera estar influenciada por diversos factores, entre los que destaca la escasa información que se proporciona a los sujetos sobre la realidad de su estado de salud, en algunos casos porque los profesionales de la salud tienden a asumir que los pacientes tienen el mismo sistema de percepción que el suyo, lo que conlleva a subestimarlo y a infratratarlo (2,3,27).

El menor conocimiento para la identificación de FRCV se localiza en los FR no modificables, concretamente en la edad y género, constatándose estas mismas observaciones en otros estudios (4,19). Dichos resultados pudieran deberse a la imposibilidad de actuar sobre los factores de riesgo no modificables y, por lo tanto, a la escasa información que se les

proporciona a los sujetos sobre ellos. Otra explicación puede ser que los riesgos relacionados con el comportamiento son más fáciles de entender que los fisiológicos y genéticos.

La identificación de todos los FRCV se localiza en una pequeña parte de la muestra (22%), indicando que existe un escaso conocimiento del efecto sinérgico que ejercen todos los FR sobre la aparición de ECV (5,10,20).

La escasa diferencia de conocimiento que se manifiesta entre sujetos que presentan el FR y los no expuestos a dichos FR, podría explicar una infravaloración por parte de los profesionales sanitarios del proceso de informar a la población sobre sus FR y una labor insuficiente en lo que respecta tanto a la prevención primaria como secundaria.

La TA representa uno de los principales FRCV y es uno de los parámetros clínicos más controlados en las consultas de enfermería independientemente de presentar o no el FR, puesto que el 19% de los sujetos hipertensos acude una vez al mes a las consultas de AP (29). Sin embargo, el presente estudio pone de manifiesto que existe una importante proporción de sujetos (38%) que infravaloran presentar dicho FR, manifestándose este hecho en otros trabajos (28-30).

De la misma manera esta infravaloración está de manifiesto en el FR colesterol total elevado (21,28,29) y en el FR DM. Una de cada 10 personas con diabetes desconoce que lo es, resultados similares se hallaron en otros estudios (12,21,29), destacando un amplio análisis poblacional de ámbito nacional, el estudio di@bet.es (28), donde se documentó que el 13,8% de la población española padece diabetes y hasta una tercera parte lo desconoce.

El grado de conocimiento del peso actual es alto en toda la muestra, algo razonable, ya que el peso es un factor medido asiduamente, no tanto por ser un FRCV sino por ser un factor estético para la población; sin embargo, casi la mitad de la muestra tiene una distorsión de su estado nutricional real, porque más de un tercio de los sujetos obesos no creían serlo y casi tres cuartos de estos consideraban tener un problema de sobrepeso.

Sin embargo, existe una mayor percepción por parte de los sujetos de padecer obesidad abdominal en comparación con la prevalencia real, se cree que por un déficit de conocimiento de lo que es realmente la obesidad abdominal, puesto que objetivamente tan solo el 9,1% conoce los valores terapéuticos del perímetro abdominal, no difiriendo de los resultados de otros estudios (21,30,31). Rivas et al. (18) concluyen en su estudio que existe un nulo conocimiento de dichas cifras.

En lo que respecta al conocimiento de sus cifras de TA, más de la mitad de la muestra refirió tener conocimiento de sus cifras de TA, pero la realidad es que tan solo el 18,9% tenía un conocimiento real, resultados muy similares ocurren con el FR CT; este porcentaje disminuye todavía más en el conocimiento de las cifras de su perímetro abdominal (4,5%).

Más de la mitad de los sujetos que presentaba cifras muy altas de TA creía que sus cifras estaban dentro de la normalidad, esta infravaloración del riesgo coincide con los resultados de Celentano et al. (12) donde el 26% de los sujetos que refería tener una tensión arterial con cifras dentro del rango de normalidad, realmente presentaba valores superiores a 140/90 mmHg.

Existe una sobrevaloración en lo que respecta al conocimiento de las de las cifras terapéuticas de la TA, siendo el conocimiento real del 61,4%; resultado superior al de otros estudios (18,21,30) que reportan porcentajes bastante inferiores, en torno al 26-38% (30). De la misma manera se detectó una alta concordancia con respecto al conocimiento de las cifras control del colesterol, porcentaje bastante superior al de otros estudios (18).

El escaso conocimiento de las cifras de normalidad del perímetro abdominal puede estar relacionado con el bajo conocimiento que muestran los profesionales sanitarios, puesto que tan solo un 9,8% de los profesionales sanitarios de un estudio (21) realizado en el ámbito estatal conocía las cifras de normalidad de dicho parámetro.

El conocimiento del objetivo terapéutico para la glucosa basal fue bajo (19,7%), aunque superior a otros estudios (18,21) que reportaron cifras entre el 1,2-8%. Cuando se han estudiado solo a sujetos diabéticos la proporción de personas con conocimiento asciende (68,4%), pero sigue siendo escasa en comparación con otros trabajos (31).

El conocimiento de las cifras de normalidad de la hemoglobina glicosilada por parte de los pacientes diabéticos es nulo en comparación con el estudio realizado en Murcia (31) donde un tercio de los sujetos conocen dichas cifras.

Más de un tercio de los pacientes de este estudio no cree que los FR hipertensión, dislipemia y obesidad abdominal supongan un riesgo sobre su salud cardiovascular, menor percepción del riesgo (4% para el riesgo cardiaco y 13% para el daño cerebrovascular) muestra el estudio de Banegas et al. (29).

Dos de cada 10 sujetos no pensaban que su peso pudiese afectar a su salud cardiovascular, la obesidad además de ser un FRCV en sí mismo, se asocia con un mayor riesgo de HTA, dislipemia, GBA y obesidad abdominal; el control de dicho factor de riesgo contribuirá a la reducción del riesgo asociado de otros factores.

Pese a que la diabetes supone un incremento del riesgo del 20% de sufrir un evento cardiovascular (32), el 36,8% de las personas con diabetes refirió que sus cifras de glucosa no afectaban a su salud cardiovascular.

El estudio es importante porque se han encontrado escasos estudios en este medio que hayan explorado la percepción de riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares en pacientes con un riesgo cardiovascular establecido, pero hay que tener en cuenta sus limitaciones. La principal limitación del estudio es el tamaño muestral, aunque el número de pacientes estudiados es elevado (más de un centenar), al hablar de FRCV este número puede resultar pequeño. Se superó el 30% de pérdidas esperadas debido a una imposibilidad de localización telefónica de los sujetos.

Hay que tener en cuenta que el estudio se basa en las respuestas subjetivas de los sujetos participantes, por lo que puede estar alterado el grado de sinceridad de las mismas.

Como conclusiones destacan:

- El déficit global de conocimiento de los FRCV refleja la necesidad de una actividad por parte de los profesionales sanitarios que aumente la concienciación de los individuos sobre los FRCV, y trabaje la adopción de comportamientos saludables, con el fin de obtener una reducción del riesgo cardiovascular global.
- La existencia de una brecha entre la percepción de los sujetos y el riesgo real de sufrir una enfermedad cardiovascular proporciona información que puede servir para replantear el abordaje actual y preparar programas de educación para la salud dirigidos a aumentar los conocimientos sobre los FRCV, así como la actitud y comportamientos hacia estilos de vida saludables. Se ha de plantear una nueva forma de transmitir conocimientos que sea capaz de generar los cambios de conducta idóneos para crear estilos de vida más saludables, evitando la realización de controles analíticos y clínicos innecesarios que solo llevan a la medicalización de la sociedad.
- Se han de promover campañas que aumenten la comunicación objetiva de riesgos a la población y que incrementen su implicación en la mejora y mantenimiento de su salud con el objetivo de controlar mejor sus FRCV.
- Por tanto, en las estrategias actuales de prevención cardiovascular, la reducción del riesgo global tiene que representar la meta en la práctica clínica. Este objetivo se logra mediante la estratificación inicial individual del nivel de riesgo y posteriormente pactando las modificaciones necesarias en el estilo y hábitos de vida, junto con la más eficaz estrategia terapéutica dirigida al conjunto de los factores de riesgo.
- Es preciso una participación activa de las instituciones en lo que respecta a las políticas de salud, destinadas no solo a la curación, sino también a la prevención de enfermedades crónicas, como la enfermedad cardiovascular.
- Se requieren futuros estudios donde se evalúe la eficacia de diferentes formas de comunicación de riesgos para lograr una reducción de enfermedades cardiovasculares a través de cambios conductuales.

Bibliografía

- [1] Grupo de trabajo sociedades de enfermería en cuidados cardiovasculares integrales. Cuaderno del Paciente. Autocuidados Saludables [internet]. Madrid: SEMAP; 2012. [citado 8 nov 2018]. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/cuaderno_paciente.pdf
- [2] Ammouri AA, Neuberger G. The Perception of Risk of Heart Disease Scale: development and psychometric analysis. *J Nurs Meas*. 2008; 16(2):83-97.
- [3] Ammouri AA, Neuberger G, Mrayyan MT, Hamaideh SH. Perception of risk of coronary heart disease among Jordanians. *J Clin Nurs*. 2011 Jan; 20(1-2):197-203.
- [4] Querales M, Ruiz N, Rojas S, Espinoza M. The level of knowledge concerning cardiovascular risk factors in people living in Naguanagua, Venezuela. *Rev Salud Publica (Bogotá)*. 2011; 13(5):759-71.
- [5] Bejarano JM, Cuixart CB. Cardiovascular risk factors and Primary Care: evaluation and intervention. *Aten Primaria*. 2011; 43(12):668-77.
- [6] Perk P, de Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). *Rev Esp Cardiol*. [internet] 2012; 65(10):e1-e66. [citado 8 nov 2018]. Disponible en: <http://www.revvespcardiol.org/es/guia-europea-sobre-prevencionenfermedad/articulo/90154893/>

- [7] Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ ESC para el manejo de la hipertensión arterial (2013). *Rev Esp de Cardiol.* 2013; 66(11):880.e1-880.e64.
- [8] Saldarriaga L. Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al centro de salud Corrales, Tumbes, Perú 2007. NURE Inv. [internet] 2010 [citado 8 nov 2018]; 45. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:KLrnQ4gtrJKJ:www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/479/468+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es>
- [9] Pérez L. Estrategia de comunicación para la prevención de riesgos cardiovasculares a través de la promoción de comportamientos saludables, dirigida a usuarios de consulta prioritaria de Coomeva y consulta externa atendidos en el Hospital Universidad del Norte, 2011. Versila. Biblioteca Digital: Universidad del Norte (Barranquilla, Colombia); 2013.
- [10] SACYL. Guía Clínica basada en la evidencia. Valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular. Castilla y León: Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud; 2008.
- [11] EHRICA. Guías de intervención en hipertensión y riesgo cardiovascular para enfermería. Madrid: Asociación EHRICA Imprenta Tomás Hermanos; 2013.
- [12] Celentano A, Palmieri V, Arezzi E, Sabatella M, Guillaro B, Brancati C, et al. Cardiovascular secondary prevention: patients' knowledge of cardiovascular risk factors and their attitude to reduce the risk burden, and the practice of family doctors. The "Help Your Heart Stay Young" study. *Ital Heart J.* 2004; 5(10):767-73.
- [13] Cuende JI. Riesgo vascular. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2011; 28(4):121-5.
- [14] Maiques Galán A. Valoración del riesgo cardiovascular. ¿Qué tabla utilizar? *Aten Prim.* 2003; 32(10):586-9.
- [15] Gómez García B, Bautista-Samperio L. Detección de factores de riesgo cardiovascular y nivel de conocimientos de los mismos por el adulto. *Rev Fac Mec UNAM.* 2009; 52(6):248-52.
- [16] Lira MT, Kunstmann S, Caballero E, Guarda E, Villarroel L, Molina JC. Cardiovascular prevention and attitude of people towards behavior changes: state of the art. *Rev Med Chil.* 2006; 134(2):223-30.
- [17] Estrada Reventos D, Ho Wong TM, Agudo Ugena JP, Arias Barroso P, Capillas Pérez R, Gibert Llorach E, et al. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2013; 30(4):127-34.
- [18] Rivas Baez JA, Leal Hernández M, Navarro Oliver AF, Abellán Alemán J. Objetivos de control de los factores de riesgo cardiovascular. ¿Conocidos por nuestros pacientes hipertensos? *Hipertens Riesgo Vasc.* 2014; 31(4):164.
- [19] Choiniere R, Lafontaine P, Edwards AC. Distribution of cardiovascular disease risk factors by socioeconomic status among Canadian adults. *CMAJ.* 2000; 162(9 Suppl):S13-24.
- [20] Coca A, Gómez P, Llisterri JL, Camafort M. Riesgo cardiovascular percibido por el paciente hipertenso y grado de cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial: estudio Complimenthta. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2012; 29(4):136-44.
- [21] Guerrero L, Fernández L, Andúgar J, Casal MC, Segura J. Conocimiento del paciente de su riesgo cardiovascular evaluado por enfermería (CORE). *Rev Soc Esp de Enferm Nefrol.* 2007; 1(32).
- [22] Perestelo L, Rivero A, González M, Pérez J, Serrano P. Efectividad de la comunicación del riesgo cardiovascular. Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud 2010 [internet]. [citado 8 nov 2018]. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/d8ee2c6d-ab92-11e4-9053-9d1690bb437a/SESCS%202009_01_riesgo%20cardiovascular.pdf
- [23] Saffi MA, Jacques de Macedo Junior LJ, Trojahn MM, Polanczyk CA, Rabelo-Silva ER. Validity and reliability of a questionnaire on knowledge of cardiovascular risk factors for use in Brazil. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(5):1084-90.
- [24] International Physical Activity Questionnaire. IPAQ [internet]. [cited 8 nov 2018]. Available from: <http://www.ipaq.ki.se>
- [25] Grau M, Elosua R, Cabrera dL, Guembe MJ, Baena-Diez JM, Vega Alonso T, et al. Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS. *Rev Esp de Cardiol.* 2011; 64(4):295-304.
- [26] Amor AJ, Masana L, Soriguer F, Goday A, Calle-Pascual A, Gaztambide S, et al. Estimating Cardiovascular Risk in Spain by the European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* 2015; 68(5):417-25.
- [27] Pérez-Manchon D, Álvarez-García GM, González-López E. Perception of cardiovascular risk in an out patient population of the Madrid Community. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2015; 32(3):100-4.

- [28] Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study *Diabetologia*. 2012; 55(1):88-93.
- [29] Banegas JR, Graciano A, Guallar P, León LM, Gutiérrez JL, López E, et al. Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA). Madrid: Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid; 2011.
- [30] Estrada Reventos D, Jiménez Ordóñez L, Pujol Navarro E, de la Sierra Iserte A. Nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un Servicio de Medicina Interna sobre la hipertensión y el riesgo cardiovascular. *Hipertensión*. 2005; 22(2):54-8.
- [31] Navarro Oliver AF, Martínez Navarro A, Martínez Navarro MA, Leal Hernández M. What do type II diabetics know about cardiovascular risk factors? Relationship with the level of control of these factors. *Semergen*. 2014 Sep; 40(6):352-3.
- [32] Rundek T, Sacco RL. Risk Factor Management to Prevent First Stroke. *Neurol Clin*. 2008; 26(4):1007-45.

ARTÍCULO ESPECIAL

PONENCIA DE LA ENTREGA DE PREMIOS
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

INVESTIGACIÓN ENFERMERA Y VALOR DEL CUIDADO

Prof. Carmen Domínguez-Alcon
PhD Sociology, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris
Universidad de Barcelona, España
cda.dominguez@ub.edu
carmen.dominguez.alcon@gmail.com



En primer lugar quiero agradecer muy sinceramente al Doctor José Ramón Martínez Riera y a la *Cátedra de Enfermería Familiar y Comunitaria* la invitación en este acto de entrega de premios al mejor trabajo de fin de residencia, de tesis doctoral, de unidad docente y de reconocimiento en la especialidad, y la oportunidad de compartir con Vds. un breve tiempo para comentar algunas ideas a propósito de la investigación enfermera y el valor del cuidado.

Voy a centrarme en tres puntos: 1) valor del cuidado: distintas perspectivas; 2) por qué es importante la investigación enfermera; y 3) retos y prioridades en salud y en cuidados, hacia 2030-2050.

En el primer punto voy a comentar distintas perspectivas en la aproximación al valor del cuidado, poniendo énfasis en la justicia y el cuidado, en lo que se denomina la "ley de hierro del cuidado", y añadiré algunos comentarios sobre la percepción de la población acerca del valor del mismo. Para completar este apartado me refiero a un enfoque analítico del cuidado y al compromiso con el buen cuidado. En el segundo punto, centro la atención en por qué es importante la investigación enfermera y la necesidad de investigación para informar la práctica. Hago referencia al énfasis actual en los resultados basados en la evidencia, así como la importancia de difundir y utilizar el nuevo conocimiento. Para terminar y plantear algunas reflexiones acerca de los retos y prioridades en salud y en cuidados, hacia 2030 y 2050, me fijo en las prioridades en salud, y en ese marco sitúo las prioridades de investigación enfermera y la importancia de hacer visible la investigación en cuidados. Termino con algunos comentarios sobre lo que podemos aprender de otras experiencias.

Avanzar el conocimiento, hacer preguntas

Es especialmente grato para mí abordar el tema de la investigación enfermera y el valor del cuidado al hilo de la celebración de lo que suponen los trabajos que se premian hoy, en el complejo y exigente entramado que es la investigación. Se investiga para avanzar el conocimiento, la investigación es indispensable para informar la práctica. Son múltiples las preguntas que nos hacemos al profundizar en un tema, en este caso el cuidado, con el objetivo y la responsabilidad de conocer, comprender, mejorar la calidad del cuidado desde la práctica profesional, con el deseo e intención de que los resultados obtenidos puedan mejorar prácticas tradicionales o iniciar y consolidar otras que se evidencian beneficiosas para un mejor servicio profesional y contribución al cuidado, al bienestar y a la calidad de vida de la población.

Valor del cuidado: distintas perspectivas

Al tratar el tema en los tres puntos que he indicado, la intención es que sugiera preguntas. No es mi intención que las formulen Vds. hoy aquí al final de la charla, aunque si lo creen oportuno también, lo que me gustaría es que pudieran hacerles reflexionar sobre algunas cuestiones que en el interés común por el cuidado, desde distintos enfoques, puedan ayudarnos a aportar elementos para el debate.

Voy a empezar comentando algunas aproximaciones al valor del cuidado desde distintas perspectivas. Desde la filosofía, con algunos puntos que Victoria Camps nos muestra como esenciales. Comentaré a continuación la visión económica y

social que realiza M. Ángeles Durán, desde la sociología, sobre la riqueza invisible del cuidado. Apuntaré brevemente algunos aspectos del valor del cuidado desde la necesidad y percepción de la población. También quiero recordar algunos puntos del enfoque analítico que propone Joan Tronto sobre el cuidado, lo que me servirá para enlazar con el punto siguiente en que haré referencia al compromiso de las enfermeras con el buen cuidado y su visibilidad social.

El segundo punto acerca del que querría comentar algunos aspectos se centra en la importancia de la investigación enfermera, para comprender y hacer frente a los cambios en el papel que desempeña ese colectivo en el siglo XXI, trabajando en distintos entornos y situaciones, atendiendo a población diversa y haciendo frente a nuevos riesgos. Y lo que supone la responsabilidad enfermera en conseguir resultados basados en la evidencia, difundirlos y utilizarlos, ante las expectativas del nuevo papel que se espera desempeñe ese colectivo en los sistemas de salud y en la sociedad.

En la parte final de la presentación voy a comentar algunos aspectos de la investigación y producción científica enfermera en el contexto de las prioridades y retos de salud y cuidados hacia 2030/2050, a fin de reflexionar sobre lo conseguido con las respuestas que hasta ahora se han ofrecido y puesto en práctica, y como ir más allá, hacia el futuro, en un horizonte de nuevas preguntas, enfoques, formas de hacer, investigar y avanzar.

Antes de hablar del valor del cuidado, conviene recordar que el cuidado es un concepto polivalente, multidimensional. No existe una definición consensuada, pero es un término esencial en las políticas públicas. Existe una abundante literatura acerca del concepto de cuidado y una amplia revisión de la misma (1) con publicaciones recientes que tratan el tema y analizan distintos posicionamientos de autores desde diferentes disciplinas (2-9). M. Ángeles Durán, que es una de las autoras que ha dedicado gran parte de su trabajo a ese tema (7), nos recuerda que ante la "gran variedad de definiciones del cuidado utilizadas en investigación, todas ellas correctas pero dispersas y difícilmente comparables, sería de gran utilidad la obtención de una serie de definiciones consensuadas y un mapeo de campos especialmente necesitados de investigación".

Para hacer referencia al valor del cuidado es importante adoptar una perspectiva, una definición y enfoque del cuidado defendible, en la que nos sintamos cómodos, que nos ayude a la reflexión y que desde la investigación pueda aportar elementos al debate que proponen los distintos autores. En mi caso, como explico más adelante, la definición de cuidado (10) y el enfoque que se propone me parecen útiles a ese propósito. Fisher y Tronto sugieren entender el cuidado como:

"Actividad genérica que comprende todo lo que hacemos para mantener, perpetuar, reparar nuestro mundo de manera que podamos vivir en el mejor posible. Este mundo comprende nuestro cuerpo, nosotros mismos, nuestro entorno, y los elementos que buscamos enlazar en una red compleja de apoyo a la vida".

Volveré más adelante a la definición y al enfoque de la politóloga Joan Tronto, reconocida internacionalmente por sus aportaciones al tema del cuidado y de la ética del mismo. Entro ahora en las aproximaciones al valor del cuidado a las que quería referirme.

Justicia y cuidado

En la reflexión desde la filosofía, Victoria Camps escribe un capítulo para el *Libro Blanco sobre el envejecimiento activo* (11) y defiende el valor e importancia creciente del cuidado: *"El cuidado es un valor socialmente tan importante como la justicia, por lo que debe ser contemplado como un valor fundamental en la búsqueda de una sociedad más equitativa".*

Esa idea surge con Carol Gilligan (13) quien demuestra con sus estudios que la ética de la justicia necesita de la ética del cuidado. Se reconoce el valor del cuidado porque establece una relación de proximidad, calidez, acompañamiento, comprensión. Considera la perspectiva de distribución de obligaciones y responsabilidades entre familia y Estado.

Camps añade otros cuatro puntos igualmente fundamentales, que vienen a completar la idea que quería resaltar hoy acerca del valor del cuidado. Además, los temas que resume en ellos sugieren varias preguntas si las afirmaciones de Camps se contrastan con los abundantes datos disponibles que Durán aporta, y que yo les recordaré, al considerar el valor del cuidado desde las perspectivas que comento más adelante.

Camps completa la idea del valor del cuidado y nos recuerda entre otros aspectos que: *"El cuidado debe ser contemplado como uno de los fines propios de la protección de la salud, un derecho fundamental que el estado debe garantizar.*

El ejercicio del cuidado no tiene género [...]. Habrá que poner en marcha medidas educativas que responsabilicen a todos, hombres y mujeres, de la obligación de atender a los seres más vulnerables.

No es equitativo cargar sobre la familia todas las obligaciones del cuidado. [...] Las medidas públicas han de ir destinadas a evitar que eso ocurra y a conseguir que sea compatible dedicarse a las necesidades familiares sin abandonar otros intereses.

Cuidar al que lo necesita es una obligación y responsabilidad compartida, por lo que las medidas asistenciales deberán ir acompañadas de medidas educativas hacia la ciudadanía".

Para el objetivo de la sesión de hoy me fijo especialmente en la afirmación de Camps "el cuidado es un valor socialmente tan importante como la justicia" y relaciono esa afirmación con un escrito anterior de la misma autora, que en 2005, en la presentación de la traducción del documento del *Hastings Center* "The goals of the medicine", autora¹ afirma:

"La novedad fundamental del texto que traducimos es haber podido formular unas nuevas prioridades en la práctica de la medicina. Los fines de la medicina, a finales del siglo XX, deben ser algo más que la curación de la enfermedad y el alargamiento de la vida. Han de poner un énfasis especial en aspectos como la prevención de las enfermedades, la paliación del dolor y el sufrimiento, han de situar al mismo nivel el curar y el cuidar, y advertir contra la tentación de prolongar la vida indebidamente".

Colocar cuidar y curar al mismo nivel es relevante e imprescindible en el avance de la consideración social en cuanto a los resultados que cuidar logra, además del reconocimiento y trascendencia del valor del cuidado (13). El tiempo disponible hoy permite apenas enunciar algunas ideas y por ello presento a continuación otra aproximación acerca del valor del cuidado, que pone énfasis en aspectos normativos, económicos y sociales. Son de distinta índole a los que se refiere Camps, pero de consideración igualmente necesaria para el acercamiento al valor del cuidado.

La Ley de hierro del cuidado: necesidad, demanda y organización social del cuidado

M. Ángeles Durán en su reciente obra *La riqueza invisible del cuidado*² presenta un enfoque relevante acerca del valor del cuidado. Parte de las reflexiones que realizo tienen como base consideraciones que lleva a cabo la autora en esa obra. La necesidad de cuidado se produce en contextos cada vez más difusos, que muestran la distinta percepción del valor del cuidado al considerar los factores, actores que intervienen y contextos en que ocurre la producción y el consumo de cuidado. El análisis de Durán incluye múltiples aspectos y abundantes datos, todos ellos de interés y utilidad. Para el objetivo de hoy me fijo en algunos que ponen énfasis en el valor del cuidado, en los que señala matices diferenciales a los que se identifican desde otras perspectivas.

Durán se refiere al cuidado y su valor en el Código Civil. En ese texto son escasas las menciones al cuidado. Una excepción es el artículo 68 que se refiere a la "obligación de compartir responsabilidades domésticas y de cuidado y atención a descendientes". Además, el Código Civil "ofrece la base legal para la valoración económica del cuidado". Se detalla en los artículos que se refieren a la sociedad de gananciales, al fijar la equiparación dentro del matrimonio del valor del trabajo de ambos cónyuges. El cuidado es equiparable, aunque no idéntico a la "prestación material de alimentos, o al abono de gastos de educación, vestido, asistencia médica. A pesar de que puede trasladarse a terceros y monetizarse, el cuidado consiste básicamente en asumir responsabilidades y en la cesión de tiempo propio". El valor de lo producido en los hogares incluye las horas dedicadas, la cualificación de quienes dedican tiempo, el coste oportunidad, la proporcionalidad entre el valor de lo producido y los ingresos obtenidos fuera del hogar mediante rentas de trabajo, capital u otros. También se determinan las reglas de prestación de cuidado, y se reconoce la relatividad del concepto de necesidad.

Un aspecto en el que Durán fija la atención, al igual que lo han hecho los autores, es en el valor del cuidado en la aplicación de las leyes de cuidados. Por ejemplo, la Ley 39/2006 de autonomía del paciente (LAPAD 2006) que reconoce la existencia de un amplio sector de población que presenta necesidades especiales de cuidado, que requieren cobertura. Además de la dificultad e incapacidad de las familias para resolver por sí mismas la situación, Durán se refiere a la Ley de hierro del cuidado entendiendo con esa expresión que "la capacidad de adquirir cuidado remunerado por los hogares es muy baja e inversamente proporcional a la necesidad de cuidado" (7). Cuanto mayor es la necesidad, más improbable que quien necesita el cuidado pueda recibirlo. Aspecto que la autora documenta ampliamente al tratar de la demanda insolvente y la escasa capacidad de los hogares para financiar el cuidado. El tema clave aquí son los efectos/consecuencias del precio/valor del cuidado sobre la población que lo necesita.

¹ Victoria Camps en la "Presentación" *Los fines de la medicina*. Barcelona: Fundación Víctor y Grifols; 2005. p. 5 y ss.

² M. Ángeles Durán. *La riqueza invisible del cuidado*. Valencia: Universitat de Valencia; 2018. p. 518. En la obra se realiza un estudio exhaustivo y riguroso. Antonio Ariño en la presentación (pp. 9-13) afirma que "Se trata de una obra magistral [...] supone un hito histórico en la visión académica y científica del trabajo de cuidado [...] M. Ángeles Durán culmina —por ahora— la aplicación de una perspectiva y una metodología de análisis preocupada por la inserción del trabajo no remunerado en la estructura social, así como la relación de la microeconomía y macroeconomía, relaciones de poder y los procesos de producción del conocimiento científico".

Es difícil trazar la frontera entre trabajo doméstico no remunerado y el cuidado. Las Encuestas de empleo del tiempo ayudan a ello. Según la realizada en 2010 se dedica al trabajo del hogar y familia casi 3 horas/día. Si se añade la ayuda informal a otros hogares alcanza 3 h 15 min. Los estudios no siempre desagregan suficientemente los datos para establecer mayor precisión. Los datos del Barómetro del CIS de febrero de 2016 indican que el 34% de mayores de 18 años ha cuidado a alguien por enfermedad en los últimos seis meses y un 70% ha prestado apoyo emocional a alguna persona. Es una estimación más de la necesidad de cuidado. En 2017, según la EPA, había 617.400 personas ocupadas por hogares, empleadores de personal doméstico. La cifra es algo inferior a 2009, que era 724.000. Suponen el 3,3% de ocupados y el 3,9% de asalariados. Son un componente de la estructura social más voluminoso que, por ejemplo, los seguros o las actividades financieras (7).

Si se considera el valor del cuidado prestando atención a lo que costaría sustituir el trabajo de cuidado que se realiza en los hogares por trabajo contratado, habría que saber los costes reales que se pagan por hora de cuidado. El INE en 2003 valoraba el "salario sombra" en 4,33 € (precio que se pone a un trabajo que carece de precio estable en el mercado laboral). En 2010 se estimaba en 8,09 € y en 2016 entre 12 y 30 € hora.

La mayoría de datos confirma que se asigna un valor muy bajo al trabajo de cuidado. Aunque la variabilidad es notable y la cantidad que se paga al proveedor/gestor del servicio no es la que recibe la persona cuidadora. La información es limitada, predomina la jornada reducida y el trabajo sumergido. La situación de cuidado se resuelve en el marco de las migraciones y la economía global, y no en el marco de la sociedad y economía local como ocurría hasta hace poco. La preocupación ahora existe vinculada a la cantidad de cuidado necesario y lo que supone la demanda en relación con la cobertura.

El cuidado es de fácil obtención para quien tiene medios económicos, pero es una posibilidad heterogénea y limitada, o quizá nula, para quien no los tiene. Según datos del Informe anual (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Hacienda y Función Pública, febrero 2017) sabemos que en 2016 en España se realizaron un total de 1.622.203 peticiones de prestación de ayuda para personas en situación de dependencia. De ellas se resolvieron con derecho a prestación 74% (1.213.873 solicitudes, grados de dependencia I-II-III). Del total de personas con derecho, recibieron la prestación un 71% (865.564 personas³) que son el 53% de solicitantes. Quedando sin prestación, en lista de espera, un 28% (348.309 personas p. 38 del informe de 2017). Es casi un tercio de personas que tienen reconocido el derecho de prestación, pero no la reciben. El 34% de ellas está evaluada en los grados de dependencia II y III. De entre las personas en lista de espera para recibir la prestación y que no reciben ayuda, el 39,5% (137.826 personas) es baja por fallecimiento del solicitante de la prestación (p. 40 del informe).

El resumen es que se trata de personas con necesidades graves, que quedan sin cobertura institucional, al amparo y cuidado de su familia, o de personas en el entorno, hasta que el sistema pueda ofrecerles la prestación que se les ha reconocido por derecho.

La situación es injusta para ambas partes, para la persona enferma que no recibe la prestación y para la persona cuidadora que debe seguir haciendo frente a la realidad cotidiana de proveer cuidado hasta que la situación se resuelva institucionalmente. ¿Cuál es el valor del cuidado en esa situación?

Es un modelo de cuidado cuya provisión fluctúa entre la exclusión de las personas cuidadoras, la sobrecarga ampliamente documentada y las condiciones precarias que suscitan reivindicaciones de trabajo digno para las personas cuidadoras. Además de la necesidad de una mejor cobertura para quien precisa el cuidado. Son realidades que ilustran el valor del cuidado y muestran la complejidad de las situaciones de cuidado, así como las múltiples dimensiones implicadas, y la diversidad de actores que concita (9). Hay más ejemplos y cuestiones a considerar, pero más que exhaustividad, he buscado mostrar la variedad de factores que es preciso considerar al tratar de la investigación enfermera y el valor del cuidado. Quizá los temas en los que me he extendido hasta ahora relacionados con la percepción económica y social les hayan resultado algo extraños o alejados, pero precisamente con mi charla querría mostrar la conexión y la labor privilegiada que desde la investigación enfermera puede hacerse mediante una mirada amplia, y con visión de conjunto que incluya enfoques desde otras disciplinas y sensibilidad hacia temas que quizá han estado poco presentes desde la perspectiva enfermera, en los escenarios de salud y cuidado, pero que vinculan estrechamente aspectos de salud y sociales de imprescindible consideración y búsqueda de solución conjunta.

Percepción de la población

Los datos generales que recogen los sistemas de salud sobre la calidad de los servicios no suelen referirse específicamente al valor del cuidado, aunque proporcionan un acercamiento valioso al tema ya que tratan de la satisfacción del paciente,

³ Que incluyen distintos tipos de prestación previstos según el grado/nivel de afectación I-II-III: teleasistencia; atención a domicilio; centro de día, residencia; prestación económica vinculada al servicio; cuidado familiar; asistente personal.

aportan datos sobre el sistema, calidad de los servicios y modelo de atención⁴. La satisfacción con el cuidado de enfermería y con las enfermeras suele ser positiva (14-17). Un ejemplo de esa información, susceptible de ser utilizada, son los resultados globales del proyecto PLAENSA[®], que muestra un marco general con información relevante que permite profundizar en la atención al cliente y la calidad de la asistencia. En el documento *La voz de la ciudadanía* se valoran aspectos relacionados con la percepción de la población sobre el cuidado. En la convicción que la atención de calidad va más allá de la calidad técnica, la competencia de los profesionales y de la efectividad diagnóstica y terapéutica.

En el proyecto PLAENSA[®] hay ítems comunes en todos los cuestionarios. Por ejemplo: satisfacción global; si pudiese elegir volvería a ese centro; tiempo que le dedica el médico; sentirse en buenas manos; trato personal del médico; trato personal de la enfermera; se entienden las explicaciones; no le dan información contradictoria; disposición para escuchar y hacerse cargo; poder dar su opinión. Los aspectos más valorados en las encuestas de 2003 y 2005 están relacionados con la confianza, la competencia y el trato con los profesionales. Los susceptibles de mejora se relacionan con la accesibilidad. Como ejemplo de información relacionada con el cuidado, en ediciones recientes, (encuesta 2015) destacan varios ítems por encima del 90%. Por ejemplo: si entienden [los pacientes] las explicaciones que se les ofrecen (96%)⁵; si consideran que la información es coherente (94%); acerca del trato personal recibido por parte del personal de enfermería (95%); si consideran que la enfermera escucha y se hace cargo (93%), si pueden dar su opinión (91%). Son avances relevantes que, junto con el movimiento impulsado de la atención centrada en el paciente presente en el sistema de salud desde los años ochenta⁶, ofrecen el marco para garantizar el protagonismo de la persona atendida, así como su consideración acerca del valor del cuidado y de quienes lo proveen. Aunque publicaciones recientes apuntan que todavía queda mucho por hacer (*El médico interactivo* 2106; Fundación Pílares 2011)⁷. Cabría esperar que desde la perspectiva enfermera, que da muestras continuadas de creatividad e innovación, pueda aportar enfoques y propuestas que pongan de relieve los múltiples matices a considerar que permitan visualizar y "medir" los resultados de la práctica enfermera y mostrar el valor del cuidado vinculado a la misma.

Un enfoque analítico

La definición de cuidado de Fisher y Tronto (10) es muy amplia:

"Actividad genérica que comprende todo lo que hacemos para mantener, perpetuar, reparar nuestro mundo de manera que podamos vivir en el mejor posible. Este mundo comprende nuestro cuerpo, nosotros mismos, nuestro entorno, y los elementos que buscamos enlazar en una red compleja de apoyo a la vida".

Pero queda más clara si se incluyen varias fases del cuidado. Las autoras especificaron la existencia de cuatro fases del cuidado: en primer lugar, la necesidad de interesarse por una situación. Si una persona no identifica una necesidad a satisfacer no se inicia ningún proceso de cuidado. Posteriormente, Tronto describió el requisito moral para dicho interés como "atención". En segundo lugar, una vez se ha identificado una necesidad, alguien o alguna entidad necesita encargarse de ella, es decir, "asumir la responsabilidad" (su cualidad moral). En tercer lugar, para satisfacer una necesidad se necesita el trabajo real del cuidado. Tronto describe la "competencia" como la noción moral necesaria para satisfacer dichas necesidades. Finalmente, quien recibe el cuidado responde; la fase conocida como recepción del cuidado. Para Tronto, esto requiere la cualidad moral de la "capacidad de respuesta". Tronto añadió una quinta fase del cuidado [3], cuidar con, que hace referencia al hecho de que, mientras se produce el cuidado, las personas tienden a confiar en la provisión continuada de dicho cuidado. Las cualidades morales en esta fase son la "confianza y la solidaridad".

Fisher y Tronto observaron que, a menudo, los procesos de cuidado no se describen de forma holística, señala que a menudo estos aspectos se encuentran fragmentados, divididos. El enfoque que propone Tronto es de gran utilidad para analizar

⁴ En Cataluña, el documento *La voz de la ciudadanía. Como la percepción de la ciudadanía se vincula a la mejora de los servicios sanitarios y el sistema de salud de Cataluña* (Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2014) ofrece detalles sobre el proyecto PLAENSA[®] Plan de encuestas de satisfacción de Cataluña, desde la puesta en marcha del sistema, la primera Encuesta de salud de 1994 y primera edición del PLAENSA 2003-2005, hasta los datos más recientes de 2016 que pueden consultarse en <http://catsalut.gencat.cat/plaensa>

⁵ Se refiere a la proporción de quienes responden que están de acuerdo en los temas que se pregunta.

⁶ Con la Ley 14/1986 de Sanidad que incluye la carta de derechos y deberes de los pacientes y posteriormente con la Ley 41/ 2002 reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

⁷ El modelo de salud centrado en las personas obligará a reestructurar los sistemas de AP. *El médico interactivo* [internet]. [citado 8 nov 2018]. Disponible en: <http://elmedicointeractivo.com/modelo-salud-centrado-personas-obligara-reestructurar-sistemas-ap-20161201154650107463/>
El modelo de atención integral y centrado en la persona. Fundación Pílares, 2011. [citado 8 nov 2018]. Disponible en: http://www.fundacionpilares.org/docs/en-cuentro_PPT_Rodriguez.pdf

distintos elementos en cada una de las fases. La propia autora en un texto posterior (4) indica las ventajas de usar el cuidado cuando este se desglosa en sus componentes. Por ejemplo en cuanto a los diferentes niveles de poder de las personas cuidadoras y receptoras de cuidados. Cuando se comprende que el cuidado es fluido y supone una situación de poder, también se reconoce que las responsabilidades del cuidado se pueden aceptar o rechazar de innumerables maneras. Se trata pues de encontrar formas de planificar y armonizar este tipo de situaciones.

Está claro que el poder relativo de diferentes actores afecta al resultado de las políticas, a menos que se produzca una verdadera negociación que incluya a todo el mundo. En el pasado, se han usado dos mecanismos principales para evitar que la gente acepte sus responsabilidades de cuidado. Tronto denomina a esta situación la "irresponsabilidad privilegiada". Hace referencia al hecho de que aquellas personas que se encuentran en posiciones relativas de poder pueden evitar sus responsabilidades de cuidado reasignándolas a otras personas ¿Cómo entender aquí el valor del cuidado?

Compromiso con el cuidado

Las enfermeras están especialmente comprometidas con el cuidado⁸, ya que, a pesar de la amplia influencia de la medicina, focalizan la atención en la ayuda para satisfacer las necesidades de salud y cuidado que las personas no pueden lograr por sí mismas, ya sea por una enfermedad, una situación vital o cualquier otra circunstancia. Son las enfermeras quienes mayor caudal de conocimiento aportan al concepto del cuidado de las necesidades de salud, tanto desde la óptica teórica como empírica (Edwards, 2015). El trabajo de algunos autores⁹ (1) al profundizar en el concepto y definiciones del cuidado, adecuación, aplicabilidad y brechas existentes en la investigación, muestran la variedad de componentes, interpretaciones y enfoques que derivan de las diferentes aproximaciones y estilos de interacción posibles. La evolución del conocimiento en la práctica enfermera, con los desarrollos más recientes (18), ayuda a comprender el alcance y dimensión de los elementos del cuidado profesional y de la ética del cuidado que subyacen en ello. La reflexión sobre tales aspectos es imprescindible para definir las "buenas" políticas públicas sociosanitarias y las "buenas actuaciones". La preocupación sigue siendo el "buen cuidado", que se constata mediante logros que muestran el valor del cuidado.

Visualizar la presencia y resultados del cuidado y reconocer sus dimensiones, su complejidad y su significado es imprescindible. Investigar y disponer de datos estandarizados del trabajo de las enfermeras facilita la comparación de resultados, permite identificar con claridad las situaciones de cuidado, las prácticas que se realizan y los resultados que de ello se derivan para las personas que son sujeto del cuidado, para el sistema, y para la profesión. Investigar y disponer de datos es la forma en que las enfermeras pueden mostrar el valor de cuidado. De esa forma se ilustra el impacto del cuidado en el sistema y se pueden dirigir los esfuerzos hacia los factores que permitan obtener los mejores resultados, confirmando así que el buen cuidado de enfermería marca la diferencia (19-22).

Por qué es importante la investigación enfermera

Parece que las preguntas "¿por qué investigación enfermera?, ¿cuál es el valor de la investigación enfermera?, ¿para qué?" son recurrentes en diferentes entornos de la práctica profesional y en ámbitos relacionados directa o indirectamente con la disciplina y la ciencia enfermera. Varios autores han profundizado en ello tratando de aportar elementos para la reflexión (23-25). Los comentarios pueden resumirse en algunos puntos: disponer de evidencias para tomar decisiones; necesidad de nueva información para mejorar el cuidado y los resultados logrados; responder a cambios y hacer frente a nuevos riesgos; la rápida obsolescencia de la información; la necesidad de elementos que marquen la práctica; mejorar los tratamientos, procedimientos, técnicas, protocolos; corregir errores, entre otros aspectos.

Si ahora cada uno de nosotros tuviera que responder qué destacaríamos, yo misma me planteo varias preguntas sobre las que me gustaría disponer de información. Por ejemplo:

- ¿Cómo mostrar lo esencial de la investigación en distintos procesos educativos?
- ¿En qué centrar la atención al investigar para dar respuesta y servicio profesional competente y experto a las cambiantes necesidades de la población en el siglo XXI?

⁸ Estas ideas se desarrollan en: Domínguez-Alcón C, Busquets Surribas M, Ramió Jofre A, Cuxart Ainaud N. Hacer visible el cuidado. Nuevas políticas del cuidar: Alianzas y redes en la ética del cuidado. Barcelona: COIB; 2018.

⁹ Morse J. Concepts of caring and caring as a concept. *Advanced Nursing Science*. 1990; 12(1):1-14.

- ¿Qué exigencia supone el trabajo en distintos entornos, situaciones, con diversidad de población y nuevos riesgos?
- ¿Hacia qué orientar la mejor defensa de la población a quien se presta servicio?
- ¿En qué temas prioritarios pensamos en el contexto de Alicante, Barcelona, de cada CC.AA., de España, o en el contexto internacional?
- ¿Qué participación han tenido las enfermeras en la elaboración de Planes de salud, Planes estratégicos o documentos de planificación vigentes en el contexto en que se desarrolla la práctica profesional de cada uno de nosotros?
- ¿Cuál es el lugar de la investigación entre las prioridades enfermeras?
- ¿Qué aspectos se plantean las enfermeras al pensar en investigación?
- ¿Cuál es la preocupación de las enfermeras, los síntomas complejos, el bienestar y calidad de vida de las personas, la autonomía y autogestión?

- ¿Las dificultades para investigar son el escaso tiempo para leer y estar al día?
- ¿Disponer de datos específicos en su área de interés, o de práctica profesional, son coincidentes?
- ¿Consideran las enfermeras que la investigación es una necesidad?
- ¿Qué saben acerca de la financiación para investigación enfermera?
- ¿Cómo logran saber las enfermeras lo que contribuye a la recuperación de salud y al bienestar de las personas?

- ¿Qué signos se pueden identificar de "normalidad" de la investigación enfermera en la práctica cotidiana?
- ¿La investigación se percibe como una actividad que parece ocurrir en una "torre de marfil" alejada de la realidad cotidiana?
- ¿Cómo conocen y tienen en cuenta las enfermeras las inquietudes, preferencias, deseos de la población y de los pacientes para defenderlos?
- ¿Qué ocasiones y espacios tienen las enfermeras para hacer preguntas innovadoras, debatir temas poco usuales o profundizar desarrollar e investigar en los temas que les parecen esenciales?
- ¿Cómo nos muestra la investigación disponible los logros y resultados de la práctica enfermera?

Y podría seguir. Hay muchas más preguntas, algunas de más fácil respuesta que otras

En cualquier caso lo importante es en qué fijar la atención, qué priorizar en cada contexto. Es esencial estar al día. Pensar en la necesidad de conocer distintos tipos de investigación para elegir la apropiada. Ser conscientes de que investigar en un tema es el inicio de un camino que no termina, sino que comienza. Se trata de obtener resultados basados en la evidencia. Hay que difundir y utilizar el nuevo conocimiento ya que forma parte de la responsabilidad enfermera. En la convicción de la necesidad de investigación para informar la práctica y mostrar el valor del cuidado. Personalmente, en una obra reciente, he reflexionado sobre varios aspectos relacionados con la investigación enfermera (6) señalando las pautas y la evolución desde los años setenta hasta la actualidad¹⁰ nuestro también la iniciativa y rasgos de la investigación enfermera entre 1977 y 2016 con abundantes referencias de autores que han tratado el tema desde las perspectivas señaladas.

Necesidad de investigación para informar la práctica

Las enfermeras tienen la responsabilidad de evaluar el efecto de su práctica, de las intervenciones que realizan. Deben poder medir y evaluar los logros que consiguen, pero no es tarea fácil. Avanzamos en la cambiante sociedad del siglo XXI y nos hallamos inmersos en lo que algunos autores plantean como las cuatro grandes perturbaciones mundiales: megaciudades, cambio tecnológico, cambio demográfico e interconexión creciente (8,26). Son procesos que inciden de diversas formas en la salud de la población, en las profesiones sanitarias y en las enfermeras. Este colectivo en particular ha pasado de una práctica que ponía énfasis en "lo que hace", a una práctica que presta atención a "lo que logra". Ahora se centra la atención en los "resultados" de la práctica enfermera en las personas que reciben cuidado/acción/servicio profesional.

¹⁰ Tabla 8.14 pp. 598-60. En esa publicación y Tabla 8.15 pp. 602 y 603.

La asistencia es labor de equipos, y los resultados no son de un solo proveedor. Identificar la contribución única es un reto. La necesidad de comprender mejor la manera óptima de configurar los recursos o el impacto de algunas medidas, ha llevado a realizar estudios basados en la evidencia. Entre ellos, algunos muestran consecuencias negativas de la reducción de personal de enfermería (27). Un obstáculo para avanzar es que los datos disponibles no son suficientes para explicar la contribución enfermera, y mostrar lo que es fundamental para lograr avances y el mejor resultado en la calidad del cuidado, bienestar de personas, familias y comunidad. Es necesario establecer vínculos empíricos entre el cuidado que se provee mediante la práctica enfermera y los resultados en el paciente (21). Las limitaciones e insuficiencia de datos dificultan la posibilidad de establecer vínculos. El estudio reciente (21) revisa la medición de resultados de enfermería y considera que los retos actuales en el tema son: 1) La fuerte presión para evaluar resultados, como área de rendición de cuentas; 2) Que Enfermería no aplica el conjunto de medidas que reflejan el alcance del servicio que prestan; 3) Afirma que la contribución enfermera no ha sido suficientemente cuantificada y la revisión muestra que apenas ha cambiado en tres décadas; 4) Señala que los indicadores sensibles a la práctica enfermera representan < 3% de las más de 500 medidas aprobadas por NQF (*National Quality Forum*¹¹).

En España, el uso de registros, protocolos, manuales de actividad, funcionamiento, procedimientos o similar, es la forma mediante la que las enfermeras dejan constancia del servicio prestado. Esa información pasa a formar parte de la documentación asistencial.

El Real Decreto 1093/2010 establece el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Esa normativa concreta la inclusión en la historia clínica del informe de cuidados de enfermería (artículo 3. g) junto con otra documentación. El avance en los registros es desigual según territorios en España. Debido a la diversidad de contextos y condiciones existentes, con impacto de aspectos internos y externos a la profesión enfermera. Además de que no se ha establecido consenso sobre el enfoque de lo que se considera prioritario recoger como información esencial acerca del cuidado; aunque son los aspectos que incluyen la visualización del conocimiento experto existente de la aportación enfermera y permiten la evaluación de los resultados de la intervención enfermera. En el proceso intervienen varios factores, se relacionan con: las condiciones de trabajo, cambios, normativas y dinámicas del entorno organizacional. A menudo, con un liderazgo incipiente, o no suficientemente robusto de Enfermería en cuanto a ejercer una posición de influencia, como colectivo profesional en el sistema.

Resultados basados en la evidencia

La fuente más válida de datos sobre el cuidado y la respuesta del paciente a la intervención de los profesionales de enfermería es la documentación enfermera que recoge la profesional en distintos contextos. El interés por los indicadores de evaluación del cuidado surge de la preocupación por la calidad de la asistencia, los resultados en salud y la voluntad de hallar instrumentos que ayuden a "medir" y "evaluar" de forma sistemática lo "que hacen" las enfermeras y enfermeros, "cómo lo hacen"¹² y "qué resultados obtienen".

En diciembre de 2011, el Consell de la Profesió Infermera de Catalunya CPIC decide la elaboración de un documento como parte de propuestas para mejorar la calidad.

El objetivo de los indicadores es la mejora del cuidado, que permitan una evaluación integral y sistemática de los cuidados y de la aportación enfermera a la salud de la población (*Consell de la Profesió Infermera a Catalunya*, 2014, 6). En enero de 2014, la Comissió d'indicadors d'avaluació del CPIC hace público el documento que supone avanzar en: potenciar protocolos de cuidados basados en la evidencia científica, programas de estandarización de cuidados, y garantizar la seguridad del paciente. Siguen los trabajos y en junio de 2015 la Dirección Estratégica de Enfermería del *Departament de*

¹¹ Tabla 8.14 pp. 598-60. En esa publicación y Tabla 8.15 pp. 602 y 603.

¹² La calidad de la asistencia se declara como prioridad del sistema de salud y varios estudios e informes se relacionan con el tema dando cumplimiento al Plan de calidad para el SNS. Además del documento *Plan de calidad para el sistema Nacional de salud. Balance de actividades y acciones previstas 2006-2010*. (Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009), el Ministerio de Sanidad y Consumo publica: *Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente*, 2008; Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA. Madrid: Ministerio Sanidad y Política Social, 2008. La seguridad en los cuidados de los pacientes hospitalizados. Proyecto SENECA Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social 2010. Indicadores de calidad para los hospitales del SNS. Sociedad española de calidad asistencial, 2012. Algunos documentos se centran en los efectos adversos: Estudio nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005 Ministerio de Sanidad y Consumo; Estudio APEAS sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo; 2008; Estudio EARCAS sobre efecto adversos en residencias y centros asistenciales socio sanitarios Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

Salut de la Generalitat de Catalunya junto con la decana del *Consell d'Infermeras i Infermers de Catalunya* presentan el documento *Indicadors d'avaluació de les cures infermeres*.

Ese documento constituido por 38 indicadores supone una buena base para el objetivo inicial explicitado. Está dividido en tres ámbitos: indicadores de estructura (8), de proceso y resultados en Atención Primaria (9), y de proceso y resultados en hospital y sociosanitario (21). La *Central de Resultats*¹³ es el organismo que, en Cataluña, recoge la información sobre la calidad de la asistencia y la hace pública.

En el documento de 2015 *Central de resultats, àmbit hospitalari. Dades 2015*, con datos de 2014 incluye 78 indicadores. Fija la atención en nueve ámbitos, y enfermería está poco presente en ellos. Ese año (2015) se anuncia que de los 38 indicadores se eligen dos: *Mortalitat per complicacions greus en pacients de risc ("failure to rescue")*; *Mortalitat en grups relacionats amb el diagnòstic de baixa mortalitat*¹⁴. Posteriormente se añade un tercero: úlceras por presión.

En 2018 son tres el número de indicadores sensibles a la práctica enfermera, que se consideran en el conjunto de datos globales del sistema. La incorporación de más indicadores a los globales de evaluación del sistema requiere todavía de revisión, desarrollo y consenso.

Han trabajado en ello varios grupos y organismos. Por ejemplo, la *Unió Catalana* de Hospitales utilizaba seis indicadores que posteriormente incrementaron a 13. Hay otras iniciativas, pero todavía no se ha llegado a la decisión de incorporar de manera formal y efectiva un mayor número de indicadores en los documentos oficiales de evaluación en Cataluña. A pesar de los años transcurridos entre 2011 y 2018.

Un documento que recoge información a considerar es las *Veus de la ciutadania* (28). No se trata de un documento de "resultados" pero es un acercamiento sugerente a desarrollar, completar, o matizar desde la perspectiva enfermera, en relación a los logros del cuidado.

Me he referido a esa información al tratar de la percepción de la población sobre el valor del cuidado. Los ítems comunes en todos los cuestionarios utilizados en *La veu de la ciutadania* son: 1) Satisfacción global; 2) Si pudiera elegir volvería a este centro; 3) Tiempo que le dedica el médico; 4) Sentirse en buenas manos; 5) Trato personal con el médico; 6) Trato personal con la enfermera; 7) Se entienden las explicaciones; 8) No le dan información contradictoria; 9) Disposición a escuchar y hacerse cargo y 10) Poder dar su opinión.

La realidad en 2018 muestra que a pesar de disponer de la información y medios valiosos, no se emplean. Lo que supone un perjuicio para el paciente, para los profesionales, para el sistema y para la sociedad. Nadie se beneficia del nuevo conocimiento validado. Se desaprovecha la información, y los recursos, es fuente de insatisfacción, e incluso frustración para los profesionales que no ven valorado el esfuerzo investigador (6) que facilitaría y contribuiría al reconocimiento de avances realizados.

Difundir y utilizar el nuevo conocimiento

Para abordar el tema desde la enfermería, el objetivo es que los indicadores que llegan a la *Central de Resultats* recojan de forma lo más amplia y completa los resultados de la práctica enfermera, en los ámbitos que ese organismo considera: hospitalario, Atención Primaria y sociosanitario.

Al observar los indicadores que se analizan (*Central de resultats, àmbit hospitalari. Dades 2014, 81*), los relacionados con la práctica enfermera están poco presentes. Así lo evidencia el detalle de indicadores de la *Central de resultats*, que distribuye el total en nueve ámbitos:

- 1) Datos generales (incluye ocho) se refieren a hospitalizaciones del SISCAT, convencionales, médicas, quirúrgicas CMA, índice casemix e importe.

¹³ La *Central de Resultats* es un organismo de la *Agencia de Qualitat i Avaluació Sanitàries* del Dt. de Salut de la Generalitat de Catalunya que se crea en 2003 para medir, evaluar y difundir los resultados en salud y calidad alcanzados por diferentes agentes que integran el sistema sanitario. Agradezco a Anna García Altés su disponibilidad, comentarios y precisiones sobre los indicadores que recoge la *Central de Resultats* y documentos accesibles en la red al respecto.

¹⁴ El grupo *benchmarking* enfermería de atención hospitalaria de *La Unió* reemprende su trabajo el mes de octubre de 2015, con el objetivo de adaptarse al nuevo escenario para mejorar su propuesta de indicadores. Los primeros resultados del *benchmarking* enfermería se presentaron en 2011 en la III *Jornada Tècnica d'Infermeria de La Unió* y en noviembre de 2015 se presentaron algunos resultados actualizados en la I *Jornada de Benchmarking de La Unió*.

- 2) Atención centrada en el paciente, incluye ocho indicadores que se refieren al índice de satisfacción, fidelidad, valoración del trato médico, coordinación entre el médico de primaria y especialista, seguimiento y control del problema de salud, valoración del tiempo de espera con el especialista, comodidad de la sala de espera, limpieza del centro.
- 3) Adecuación que incluye ocho indicadores relacionados con porcentaje de ingresos urgentes, cesáreas, neumonías sin complicaciones, recién nacidos prematuros, código de infarto y tiempos de atención.
- 4) Efectividad que considera veintidós indicadores relacionados con mortalidad y reingresos en distintas circunstancias relacionadas con aspectos médicos y negativas familiares acerca de trasplantes.
- 5) Seguridad se refiere a ocho indicadores acerca de bacteriemia de catéter venoso, infecciones, mortalidad en casos de complicaciones y úlceras por presión.
- 6) Eficiencia contempla seis indicadores relacionados con sustitución de CMA, ambulatorización, estancia media.
- 7) Sostenibilidad considera nueve indicadores que recogen aspectos de rentabilidad, liquidez, endeudamiento, coste, productividad.
- 8) Docencia con dos indicadores sobre la puntuación médica de los tres primeros residentes médico y enfermero que elijen el hospital.
- 9) Tecnologías de información y comunicación con ocho indicadores relacionados con dispositivos y digitalización.

Es llamativo que incluso el grupo de indicadores que se refiere a la Atención centrada en el paciente (*Central de resultats, àmbit hospitalari dades 2014*, 81) no mencione indicadores vinculados con la práctica enfermera. Lo cierto es que la presencia de indicadores relacionados y sensibles a la práctica enfermera, considerados como resultados, es reducida. El esfuerzo que se explicita en el propio documento de la *Central de Resultats* es todavía insuficiente. Parece imprescindible incluir indicadores "sensibles" a la práctica enfermera, que por el momento no están presentes, o no lo están suficientemente, en los documentos de evaluación de resultados. Es esencial que los indicadores de evaluación del cuidado se incluyan entre el total de los que considere la *Central de Resultats* del *Departament de Salut*, o el organismo responsable en otros territorios. Lo que interesa es identificar el buen cuidado, que sea posible conocer y comparar resultados, y reconocer de esa forma su valor.

En resumen, en cuanto a indicadores de evaluación del cuidado, es positiva su existencia que suponía la posibilidad de poner en práctica estrategias para conseguir el objetivo que en 2011 movió a su elaboración: "la mejora del cuidado y que permitan una evaluación integral y sistemática de los cuidados y de la aportación enfermera a la salud de la población". El objetivo es la calidad y mejora del cuidado, y a través de la investigación promover conocimiento disciplinar y avances en la práctica, visualizando de forma pertinente y clara la aportación enfermera. Es esencial que los procesos destinados a ese fin estén ya en marcha. Se avanza con excesiva lentitud y sería deseable un ritmo más intenso en la implementación de decisiones de mejora del cuidado. Se trata de buscar la forma de favorecer su desarrollo, ampliación, consolidación, visualización y celeridad en su aplicación.

Entre las recomendaciones para la acción en contextos en que se profundiza en ese tema, se señala la necesidad de acciones innovadoras y colaborativas sostenidas por las distintas partes interesadas y que constituyan una prioridad de investigación enfermera (21). Se precisa mayor énfasis en establecer relaciones clínicamente significativas entre las medidas específicas del proceso de enfermería y los resultados en el paciente. Es también una responsabilidad conjunta de enfermeras científicas, junto con las proveedoras directas de cuidado, gestoras y académicas, entre otras instancias. Conviene mantener acciones innovadoras y colaborativas de las múltiples partes interesadas. El desarrollo de medidas de calidad basadas en la evidencia y sensibles a las enfermeras deben cumplir con los estándares de consenso establecidos para los indicadores y convertirse en una prioridad de investigación.

En un estudio personal reciente al analizar las innovaciones relacionadas con la calidad del cuidado en la práctica enfermera, se hace patente que están estrechamente vinculadas a la investigación y a la práctica basada en la evidencia. Es parte de una realidad que muestra la creatividad e innovación continuadas en la práctica enfermera. Son temas en los que no voy a entrar ahora pero he reflexionado y escrito sobre ello (6). Se trata de iniciativas, quizá todavía poco usuales, aunque hacen suponer un previsible potencial de desarrollo futuro vinculado a la creatividad, emprendedoría y liderazgo presentes en la profesión enfermera en las sucesivas etapas de su evolución y en la actualidad.

Retos y prioridades en cuidados y en salud, hacia 2030-2050

Debo ir terminando, ya me he extendido demasiado, aunque hay que reconocer que el tema objeto de la charla tiene múltiples posibilidades para seguir hablando. Para concluir estaría bien si consigo centrar la atención en pocos puntos. Hay varios que parecen esenciales e imprescindibles, se hace difícil elegir solo alguno. Me centro en los siguientes: 1) Las prioridades en investigación enfermera; 2) Hacer visible la investigación en cuidados; 3) Qué podemos aprender de otras experiencias para fomentar el avance de la investigación enfermera.

Prioridades en investigación enfermera

Al igual que en otros ámbitos establecer prioridades es una necesidad frente a los recursos limitados de los que se dispone en distintos sectores. En el ámbito sanitario esa es una preocupación constante, objeto de estudio, reflexión y publicaciones. Me he referido antes a la cambiante sociedad del siglo XXI, en la que nos hallamos inmersos en varios procesos de impacto social, que inciden de distintas formas en la salud de la población, en las profesiones sanitarias en general y en las enfermeras en particular. En una publicación reciente de la Fundación Grifols (2018) con el título *Prioridades y políticas sanitarias* varios autores ofrecen posicionamientos sugerentes. Me he fijado en la aportación que se refiere a las desigualdades en salud (29) que pone de manifiesto, entre otros aspectos la persistencia de la desigualdad social y de salud, su evolución, los efectos de todo ello sobre la salud y el papel a desempeñar por las políticas.

La autora de ese capítulo, Callejón, afirma que:

"La atención sanitaria es el servicio público de bienestar con mayor impacto en la reducción de la desigualdad y con un impacto muy directo en la mejora de la esperanza de vida. También se ha comprobado que las condiciones de control y autonomía personal influyen en el estado de salud. Se trata de dos campos donde es posible plantear objetivos de política pública" (29).

Esa idea la expresan Wilkinson y Pickett en su reciente obra *The Inner Level* (32) y explican cómo niveles más altos de desigualdad nos hacen más estresados y deprimidos. Argumentan a favor de una mayor igualdad y consideran la desigualdad un problema de salud pública, además de una cuestión política y económica. Wilkinson y Pickett afirman que:

"Es importante reconocer que las mejoras en nuestro entorno social y nuestras relaciones ahora pueden proporcionar avances muy importantes en la calidad de vida".

Son posicionamientos que sugieren conexión con la contribución que es posible esperar y realizar desde la práctica enfermera, sustentada por la investigación, y basada en la evidencia, prestando atención a las prioridades de investigación enfermera, vinculadas a las políticas de salud. Ya me he referido antes a ello al comentar la importancia de una mirada amplia, desde la investigación enfermera. Con visión de conjunto, que incluya sensibilidad hacia temas que han estado poco presentes, desde la perspectiva enfermera, en los escenarios de salud y cuidado, pero que vinculan estrechamente situaciones y problemas de salud y sociales relacionados con el cuidado, de imprescindible consideración y búsqueda de solución conjunta.

Se espera que los profesionales sanitarios, entre ellos las enfermeras, tengan en cuenta los documentos de planificación sanitaria vigentes en los territorios en los que desempeñan su actividad profesional y la estrecha conexión del cuidado con temas esenciales de la sociedad actual. He publicado algunas reflexiones al respecto, identificando 20 temas globales de la sociedad actual y su relación con el cuidado (6)¹⁵. Las enfermeras parecen disponer de información limitada sobre la presencia de los temas del cuidado en la agenda política (31). Aunque expresan la importancia de conocer los documentos de planificación y estratégicos, no siempre tienen la oportunidad de estar lo suficientemente implicadas y/o con participación establecida formalmente para influir en las políticas, en su planificación, estableciendo prioridades, y disponer de conocimiento de los resultados de las mismas. De ahí la importancia de reunir datos, tener en cuenta las experiencias de países que han avanzado en el tema, reflexionar sobre los logros alcanzados, elaborar argumentos consistentes y defenderlos al plantear las prioridades de investigación enfermera. Con el objetivo de conseguir su presencia y consolidación en el sistema, en consenso entre las diferentes instancias implicadas y con la población.

El interés y atención hacia las líneas prioritarias de investigación enfermera están presentes en España desde 1989 con una trayectoria de visibilidad y repercusión dispar hasta 2018. Con iniciativas de diferentes organismos que centran la atención en financiar proyectos, intensificar la investigación mediante programas, acciones estratégicas a nivel estatal y de las CC.AA. Varios trabajos dan cuenta de ello¹⁶. No voy a extenderme ahora en ese tema, es una línea a profundizar y en el último punto me refiero de nuevo a ello.

¹⁵ Tabla 9.2 de la cita 6.

¹⁶ Puede verse una amplia información al respecto en Carmen Domínguez Alcón. Evolución del cuidado Barcelona: Ediciones San Juan de Dios; 2016. p.552-68.

Hacer visible la investigación en cuidados

Voy a prestar atención a tres aspectos que parecen ilustrativos: la producción científica enfermera, la base de datos de tesis doctorales TESEO y las convocatorias de ayudas a la investigación de diferentes organismos

Una primera consideración es la idea de "normalidad" de la investigación enfermera. La investigación es algo habitual, no una rareza, y aporta valor al cuidado. Hay que entenderla como "intervención profesional constituida por una variedad de parámetros medidos a través de los resultados" (32). Para conocer la producción científica una fuente de datos a tener en cuenta es el documento de la Fundación Española de Ciencia y Tecnología (FECYT) sobre los indicadores bibliométricos de la actividad científica española 2005-2014 que incluye datos sobre la producción científica enfermera. Enfermería es una disciplina más de entre las 27, cuya actividad analiza ese organismo en la década 2005-2014. La selección viene dada porque es la base de citación, por revisión de pares, que utiliza SCOPUS, con 60 millones de documentos y más de 21.500 revistas.

Enfermería es un área con fuerte incremento FWCI (Impacto normalizado de citas) (+0,27) cerca de Medicina (+0,29) FECYT y a distancia de otras profesiones de salud, por ejemplo Odontología y Farmacología (+0,19). Es también una de las áreas de mayor crecimiento en FWDI (Impacto normalizado de descargas) (47%), Medicina (25,3%), profesiones de salud (14,5%). Teniendo en cuenta que entre las áreas temáticas, 15 tienen cifras de crecimiento negativo. La colaboración internacional TCAT (Crecimiento anual compuesto) es particularmente elevada (25) en Psicología (21). La influencia y colaboración internacional crecen con fuerza y de forma constante. En los parámetros de excelencia y liderazgo, en Enfermería hay más producción de liderazgo. Se define así cuando el primer autor es afiliado a una institución. La excelencia se define como nº de publicaciones que pertenecen al 10% de artículos más citados en el mundo. En la producción científica enfermera según territorios, Cataluña y Madrid realizan más de 2/3 de la producción científica española. Las tres comunidades más prolíficas son Cataluña, Madrid y Andalucía. En la producción científica especializada (IAR) al considerar Enfermería hay diferencias entre territorios: Andalucía (1,60) Cataluña (1,21) Comunidad Valenciana (1,01). En cuanto a la utilización un aspecto a destacar es el incremento y uso mayoritario de los recursos electrónicos

El informe FECYT incluye otros datos de interés, pero los que he resumido muestran lo que puede interpretarse como situación de normalidad e incluso una posición de notable presencia de la actividad científica enfermera entre las 27 disciplinas que considera el informe. Las tesis doctorales realizadas por enfermeras y enfermeros suponen una valiosa aportación, aunque su contribución al desarrollo de la disciplina enfermera no está suficientemente estudiada. Es esencial que centren la atención, con perspectiva enfermera, en los temas en que la disciplina y la ciencia enfermera pueden suponer una aportación esencial y específica. Aspectos en los que la investigación enfermera establezca indicadores de calidad que apoyen programas de doctorado de alta calidad e investigación postdoctoral que evidencie los resultados positivos de la intervención enfermera y logros en el cuidado.

Según la información acerca de las tesis doctorales, a partir de la base de datos TESEO, la primera tesis enfermera que figura en esa base es de 1983¹⁷ y hasta 1993 no se superan las 10 tesis por año. Entre 1994 y 2007 se defienden un promedio de 15 tesis al año. Y a partir de 2008 la cifra parece triplicarse. Las universidades de Alicante (con 58 tesis) y Granada (con 38) son las que reúnen mayor número (33). Los temas de las tesis se relacionan con especialidades médicas, salud pública y otras ciencias sociales: Psicología, Sociología, Pedagogía, y cuestiones de género. Entre 1988 y 2011, Brito (en 2011) según TESEO identifica 133 tesis doctorales relacionadas con Enfermería, en 39 universidades españolas. Destacan los temas: formación y docencia (17%); estrés laboral y *burnout* (16%); rol e identidad (11%); gestión y calidad (8%); teoría y ciencia; intervención y práctica clínica; mujer y género; transculturalidad (5%); infancia (4%); paliativos (3%); diagnóstico enfermero (1).

Un estudio de 2107 sobre producción de tesis doctorales en España, (33) (Rodrigo Sánchez et al. 2017)¹⁸ no incluye a la Enfermería. Utiliza los códigos UNESCO y aunque ese organismo incluyó Enfermería en 2011 no está actualizado en TESEO, que sigue sin considerarla entre las disciplinas de las que reúne datos, con escasas diferencias con las utilizadas por FECYT, que sí considera esa disciplina.

¹⁷ En diciembre de ese mismo año 1983, Carmen Domínguez Alcón realiza la defensa de su tesis doctoral de Tercer Ciclo sobre *Los cuidados y la profesión enfermera en España*, en l'École d'Hautes Études en Sciences Sociales. París. La autora de la investigación es diplomada en Enfermería y obtiene el título de doctora en Sociología con Mención "Muy Bien". El título de doctor obtenido en Francia es homologado por el Ministerio de Educación y Ciencia, en España.

¹⁸ Agradezco a Rodrigo Sánchez y su equipo las facilidades proporcionando datos relacionados con la disciplina Enfermera que están en proceso de elaboración, y que permitirán aportar algo más de información sobre el tema.

Los datos disponibles acerca de las tesis defendidas por enfermeras no siempre facilitan saber si se accede a la información global real. Dada la diversidad de programas y centros¹⁹ conviene disponer de información actualizada, acerca de temas y disciplinas en la que se presentan las tesis, a fin de constatar los avances reales que suponen para la disciplina enfermera.

En las convocatorias de ayudas a la investigación es esencial que en las palabras clave se incluya el cuidado, y palabras/términos relacionados con la "práctica enfermera", "intervención enfermera" y "perspectiva enfermera" a fin de que no haya duda acerca de que se habla de la "disciplina y de la ciencia enfermera". De forma que en el conjunto, no se "diluya" ni quede invisibilizado el cuidado, la disciplina y la ciencia enfermera. Es crucial señalar este aspecto, porque una tendencia que se observa con frecuencia es que en los proyectos de investigación en la disciplina enfermera y en las tesis las palabras clave, a menudo, no identifican el cuidado, la disciplina ni la ciencia enfermera. No se trata de un detalle sin importancia, es esencial, imprescindible, que en el título de una investigación, de un estudio, entre las palabras clave que identifican el tema, se reconozca siempre el cuidado, la disciplina enfermera, la perspectiva enfermera y la ciencia enfermera. Y cuantas palabras o términos pertinentes se puedan incluir que ayuden identificar el tema con la profesión, disciplina, ciencia enfermera y el cuidado.

No hay que olvidar que nombrar tiene consecuencias políticas. Es esencial tener presente que los conceptos juegan un papel clave en el aspecto teórico y empírico. Nombrar y desarrollar terminología es crucial porque invoca la historia y el uso del concepto. Son aspectos que se argumentan de forma excelente en el cap. 2 de la obra de Goertz Gary y Amy Mazur (34). Esos autores muestran la importancia del "nombrar" en cómo se usa y recibe un concepto, además de las repercusiones políticas. "Nombrar" y "registrar" son aspectos cruciales en el "estar presente". Los informes sobre las convocatorias de ayuda a la investigación ilustran igualmente acerca de la importancia de la utilización/o ausencia algunos términos; como formas de hacer "presente" y visible la investigación enfermera y los resultados que se consiguen con el cuidado. El documento *Central de Resultats de Recerca. Convocatòries PERIS 2017 (Pla Estratègic Recerca e Innovació en Salut)* es un buen ejemplo para la reflexión sobre el tema desde la perspectiva enfermera.

¿Qué podemos aprender de otras experiencias para fomentar el avance de la investigación?

He mencionado la importancia de establecer prioridades de investigación enfermera y creo que resumir cómo aborda este tema el *National Institute of Nursing Research* (NINR) puede contribuir a hacernos reflexionar y seguramente aportar algunas ideas interesantes. Ese organismo ha elaborado, en 2016, su Plan Estratégico de investigación enfermera *Advancing Science Improving Lives. A visión for Nursing Science*. El NINR había realizado, en 2011, el anterior plan estratégico y buscó implementar el nuevo plan teniendo en cuenta los logros conseguidos desde entonces. El documento del NINR, de 2016, desarrolla cuatro áreas que considera con mayores necesidades y las establece como prioridades de investigación enfermera. Son las siguientes: 1) ciencia de los síntomas; 2) bienestar; 3) autocontrol de enfermedades crónicas; 4) cuidados al final de la vida y cuidados paliativos. Manifestando el compromiso con una nueva generación de enfermeras científicas. También identifica dos áreas transversales que considera esenciales: a) promover la innovación tecnológica para mejorar la salud; y b) enfermeras científicas del siglo XXI: con estrategias innovadoras para carreras de investigación.

Acerca del documento *Advancing Science Improving Lives. A visión for Nursing Science*, al entrar en el detalle del mismo, es posible que veamos que las prioridades de investigación en nuestro país resultan coincidentes o cercanas a las que se plantea el NINR. Lo que me parece relevante y quería destacar no son tanto los temas, que pueden variar según el contexto, sino el proceso de elaboración del plan estratégico. El documento contó con:

- La colaboración de científicos de varias disciplinas.
- Incorporó los comentarios de "preguntas innovadoras" a través de un proceso participativo que abrió el ninr animando a la población a participar sobre ¿qué investigar? ¿cómo mejorar la salud y la calidad de vida?
- Consideró el plan estratégico de prioridades en investigación enfermera como un documento dinámico, adaptable a nuevas necesidades. La intención es trabajar conjuntamente para avanzar.

¹⁹ En 2015, en España, el *Grado de Enfermería* se imparte en 60 centros (ANECA 2015). La tipología de centros en los que se imparten esas enseñanzas incluyen 17 denominaciones diferentes: 1) Centro de Enfermería; 2) Centro Universitario de Enfermería; 3) Centro de Grado en Enfermería; 4) Escuela Universitaria de Enfermería; 5) Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia; 6) Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Nutrición; 7) Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología; 8) Escuela Universitaria de estudios sanitarios; 9) Escuela Superior de tecnología y ciencias experimentales 10) Escuela Universitaria de ciencias de la salud; 11) Facultad de ciencias; 12) Facultad de Medicina; 13) Facultad de ciencias de la salud; 14) Facultad de ciencias sociosanitarias 15) Facultad de ciencias biosanitarias; 16) Facultad de Enfermería; y 17) Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología.

La parte de "Preguntas innovadoras" es especialmente sugerente ya que ofrece la posibilidad de diálogo con todas las partes interesadas (comunidad científica, profesionales y población) para identificar nuevas preguntas científicas a través de dos iniciativas: talleres y una web. La propia web es un recurso interesante. Consigue información sobre nuevas direcciones para desarrollar prioridades de investigación en áreas emergentes, explora preguntas esenciales para producir investigación orientada a resultados, al mismo tiempo, a través de esa iniciativa, mejora la comprensión de la ciencia enfermera por parte de la población y en otros entornos.

Termino ya.

De acuerdo con la propuesta inspiradora de NINR, todos y todas podemos estar de acuerdo en el objetivo de prestar especial atención a las estrategias innovadoras para las carreras de investigación, y conseguir un nutrido equipo de enfermeras científicas.

Ese es un objetivo presente en NINR desde su creación que considera esencial que la fuerza laboral científica del futuro sea innovadora, multidisciplinaria y diversa para apoyar los avances en la ciencia y las mejoras de salud.

Es esencial además que las enfermeras sean vistas bajo esa perspectiva investigadora, capaz de producción científica y realizando una notable contribución a la ciencia como cualquier otra disciplina. Ya se ha recorrido una parte del camino, conviene aprovechar con imaginación y talento todas las opciones posibles para seguir avanzando.

Bibliografía

- [1] Morse J. Concepts of caring and caring as a concept. *Advanced Nursing Science*. 1990; 12(1):1-14.
- [2] Tronto JC. *Moral Boundaries*. Nueva York: Routledge; 1994.
- [3] Tronto J. *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice*. Nueva York: NYU Press; 2013.
- [4] Tronto J. La democracia del cuidado como antídoto frente al neoliberalismo. En: Domínguez-Alcón C, Kholen H, Tronto J (eds.). *El futuro del cuidado: comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera*. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios; 2017. p. 19-35.
- [5] Esquivel V, Kaufmann A. *Innovations in care*. Friedrich Ebert Stiftung United Research Institute for Social Development; 2017.
- [6] Domínguez-Alcón C. *Evolución del cuidado y profesión enfermera*. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios; 2016. p. 681.
- [7] Durán MA. *La riqueza invisible del cuidado*. Valencia: Universitat de Valencia; 2018.
- [8] Domínguez-Alcón C, Kholen H, Tronto J (eds.). *El futuro del cuidado: comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera*. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios; 2017.
- [9] Domínguez-Alcón C, Busquets M, Ramió A, Cuxart N. *Hacer visible el cuidado*. En: *Nuevas políticas de cuidar: alianzas y redes en la ética del cuidado*. Barcelona: COIB; 2018.
- [10] Fisher B, Tronto JC. *Toward a Feminist Theory of Caring*. En: Abel E, Nelson M. *Circles of Care*. Nueva York: University of New York Press; 1990. p. 35-61.
- [11] Camps V. *El valor del cuidado*. En: *Libro Blanco sobre el envejecimiento activo*. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad Imsero; 2011. p. 633-78.
- [12] Camps V. *Presentación*. *Los fines de la medicina*. Barcelona: Fundación Víctor y Grifols; 2005. p. 5 y ss.
- [13] Gilligan C. *In: a Different Voice*. Cambridge: Harvard University Press; 1982. Versión española. *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica; 1985.
- [14] Engster D, Hamington M (eds.). *Care Ethics & Political Theory*. Oxford: Oxford University Press; 2015.
- [15] Fontova A. *Estudio de la satisfacción de pacientes y profesionales en un servicio de Urgencias hospitalario [tesis doctoral]*. Girona: Universitat de Girona; 2015. [citado 8 nov 2018]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/302799/tafa.pdf?sequence=5>
- [16] Ibarrola S. *Evaluación de la satisfacción con los cuidados de Enfermería en el área de hospitalización de Cardiología*. *Enfermería en Cardiología* 2011; 53(2):27-33.
- [17] Dios Guerra C. *Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en centros de salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación*. *Enferm Global* 2013; 12(31).
- [18] González MA. *Satisfacción de los pacientes con cervicalgia y lumbalgia en un servicio de rehabilitación*. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2005; 28(3).

- [19] Pepin J, Kérouac S, Ducharme F. *La pensée infirmière*. Montreal: Cheneliere; 2010.
- [20] VanDeVelde S, Doran D, Grispun D, Hayes L, Boal A, Velij K, et al. *Measuring Outcomes of Nursing Care, Improving the Health Canadians: NNQR ©, C-HOBIC and NQuiRe. Nursing Leadership*. 2012; 25(2):26-37.
- [21] Planas C, Quintó M, Icart-Isern T, Calvo EM, Ordi J. *Nursing contribution to the achievement of prioritized objectives in primary health care: a cross sectional study*. *European Journal of Public Health* [internet] 2016 [cited 8 nov 2018]; 26(1):53-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26142404>
- [22] Jones TL. *Outcome Measurements in Nursing: Imperative, Ideals, History and Challenges* OJIN [internet] 2016 [cited 8 nov 2018]; 21(2). Available from: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-21-2016/No2-May-2016/Outcome-Measurement-in-Nursing.html>
- [23] Aiken L, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L, Neff DF. *The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals with Different Nurse Works Environements*. *Med Care*. 2011; 49(12):1047-53.
- [24] Aiken L, Rettiganti M, Shah KM, Gossett JM, Daily JA, Seib PM, et al. *Is Magnet recognition associated with improved outcomes among critically ill children treated at freestanding children's hospitals?* *Journal of Critical Care*. 2017; 43:207-13.
- [25] Buelow J. *Why Nursing Research*. *Journal of Neuroscience Nurs*. 2008; 40(4):196-7.
- [26] Tinggen MS, Burnett AH, Murchison RB, Haidong Z. *The Importance of Nursing Research*. *Journal of Nursing Education* [internet] 2009 [cited 8 nov 2018]; 48(3):167-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3677814/>
- [27] Albin A, Perry L. *Nurses do research too and here's why it matters*. UCLA 2016. [cited 8 nov 2018]. Available from: <http://newsroom.ucla.edu/stories/nurses-do-research-too-and-heres-why-it-matters>
- [28] Dobbs R, Mankiya J, Woetzel J. *No ordinary Disruption: The Four Global Forces Breaking All the Trends*. McKinsey Global Institute; 2015.
- [29] Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M. *Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States*. *BMJ* [internet] 2012 [cited 8 nov 2018]; 344. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- [30] *Veus de la ciutadania*. Departament de salut. Servei Català Salut; 2015. p. 64 y ss.
- [31] Callejón M. *Las desigualdades en salud: una perspectiva desde la economía y la economía política*. Barcelona: Fundación Victor Grifols. *Prioridades y políticas sanitarias*; 2018. p. 72-97.
- [32] Wilkinson R, Pickett K. *The Inner Level: R: How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Sanity and Improve Everyone's Well-being*. Milton Keynes, Reino Unido: Allen Lane of Penguin/Random House; 2018.
- [33] Domínguez Alcón C. *Concern for care in the political agenda. A case study: Catalonia in Spain*. First Annual CERC Conference. The Care Ethics Research Consortium. *Care-Ethics*org Care Ethics and Precarity*. Portland State University; 2018.
- [34] Planas C, Icart-Isern MT. *Indicadores sensibles a la práctica enfermera: una oportunidad para medir la contribución enfermera*. *Enferm Clínic*. 2014; 24(2):142-7.
- [35] Sánchez-Jiménez R, Blázquez Ochando M, Montesi M, Botezan I. *La producción de tesis doctorales en España (1995-2014): evolución, disciplinas, principales actores y comparación con la producción científica en WoS y Scopus*. *Revista Española de Documentación Científica*. 2017; 40(4):188.
- [36] Goertz G, Mazur A. *Politics, Gender, and Concepts. Theory and Methodology* Cambridge: University Press; 2008.

La Gran Biblioteca de Enfermería online

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



App disponible para
iOS y Android



Noticias RIdeC

RESUMEN DEL CONGRESO AEC (MURCIA 2018)



El V Congreso Internacional, XI Nacional y VI Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria, celebrado en la ciudad de Murcia, comenzó el día 17 de octubre con un sorprendente acto de bienvenida en el que el presidente del congreso, José Ramón Martínez Riera, y la enfermera y escritora Mariví Antón Nárdiz presentaron el libro *Alma-Ata y Atención Primaria en España. 40 años de Salud para Todos*. Este libro recoge la experiencia y los sueños de 25 autores en torno al desarrollo de la Atención Primaria, siendo representados en el acto por María Jesús Pérez Mora, enfermera comunitaria, y José María Hernández Maestre, médico de familia.

En el transcurso del congreso se han celebrado siete mesas plenarios con la participación de 33 ponentes que han planteado cuestiones muy interesantes, suscitando arduos debates entre ellos y con los congresistas. Se han ofrecido 11 talleres celebrados con gran entusiasmo, especialmente el de la Gymkana Comunitaria por la lúdica metodología empleada.

La participación activa de los congresistas en todas las actividades ha resultado extraordinaria y los trabajos presentados han sido variados y de gran calidad. El ingente y extraordinario trabajo realizado por el Comité Científico se resume en los siguientes datos:

- Comunicaciones recibidas: 207.
- Comunicaciones aceptadas: 177 (75 en formato oral y 102 en formato póster).
- Comunicaciones rechazadas: 30 (14,5% del total).

Las áreas temáticas abordadas han sido:

1. Trabajo en equipo multidisciplinar.
2. Intervenciones enfermeras en la comunidad.
3. Intervenciones enfermeras en la escuela.
4. Visibilidad de la enfermera en la comunidad.
5. Salud materno-infantil comunitaria.
6. Salud Mental comunitaria.
7. Nuevas tecnologías en el cuidado a la comunidad.
8. Innovación educativa en Enfermería Comunitaria.
9. Roles de práctica avanzada en Atención Primaria (gestión de casos, heridas crónicas,...).
10. Investigación e innovación en participación comunitaria.
11. Temática libre sobre Enfermería Comunitaria y Salud Comunitaria.

Categoría de los profesionales:

- Estudiantes de Grado: 13.
- Doctorandos/Máster/EIR: 36.
- Profesionales: 128.

Tipología de la investigación:

- Investigación original: 70.
- Revisiones bibliográficas: 21.
- Experiencias: 72.
- Casos clínicos: 14.

Procedencia de las comunicaciones

Se han recibido 169 de ámbito nacional y ocho de internacional. En el ámbito nacional ha destacado la Región de Murcia con 42 presentaciones.

Los resúmenes de las Comunicaciones están accesibles en el enlace de la web del congreso: <http://www.enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/component/gestordemanuscritos/?e=10>

Tras finalizar la última jornada de trabajo, la presidenta del Comité Científico, Ana Ariztegui Echenique, leyó las conclusiones y se procedió a la entrega de los premios concedidos a los mejores trabajos presentados a: Ángela de Castro Fernández por la Comunicación Trabajo Fin de Grado "Evaluación de la efectividad de los programas e intervenciones universales de prevención y reducción del consumo de *cannabis* en adolescentes". A Joaquín Salvador Lima Rodríguez e Isabel Domínguez Sánchez por la Comunicación oral "Factores asociados a la Salud Familiar: estudio transversal" y a Sofía Berlanga Fernández, Rosa Villafafila Ferrero, Ferrán Juaneu Azpiloea e Isabel Guillen Miguelez por la Comunicación Póster "Análisis de la utilización de las TIC en formación especializada". También se otorgó un Certificado de Distinción a José Manuel Martínez Montilla, Sara Amo Cano, María Parra Gallego y Marta Lima Serrano por la Comunicación Póster "Factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes, a través del modelo *I-Change*" por existencia de "Conflicto de intereses" por parte de una de las autoras de la comunicación, tras entregar el premio a la siguiente comunicación póster clasificada.

El Premio de Investigación "Antonio Galindo" ha recaído en el Proyecto "Impacto de la interrelación enfermera en la Atención Profesional en la Comunidad Valenciana" de los investigadores Pablo Martínez Cánovas, José Ramón Martínez Riera y Ángela Sanjuán Quiles. Y el Premio Nacional de Enfermería "Isabel Zenda y Gómez" ha sido otorgado a Lucía Mazarrasa Alvear por su intensa y valiosa labor como enfermera, profesora e investigadora en

Noticias RIdeC

Salud Comunitaria y como activista en pro de los derechos humanos, el feminismo y la salud de las poblaciones con más riesgos, desde distintas organizaciones no gubernamentales.

La concesión del **Premio AEC a la mejor Defensa de la Labor Enfermera** se ha entregado al compositor y cantante Pau Donés Cirera por su contribución al reconocimiento de las enfermeras y de su trabajo, así como el valor que concede a los cuidados. La entrega del premio a Pau Donés la realizaron las socias de AEC, Dolores Saavedra y Loreto Cruz, en su concierto de Alicante el pasado día 5 de octubre.

El congreso se clausuró el día 19 de octubre en un acto muy emotivo y con gran satisfacción por parte de los asistentes y de los Comités Organizador y Científico. La presidenta de Comité Organizador, Patricia Pina Moreno, ha sido felicitada y ovacionada por la calidad organizativa del congreso y el ambiente acogedor, alegre y de trabajo eficaz que ha propiciado con su equipo.

El acto de clausura finalizó en un muy emotivo momento con el reconocimiento de **Socia de Honor** a nuestra querida compañera y socia fundadora de la AEC, Francisca Fontestad Planes, y con el anuncio del próximo evento de la asociación.

La Vocal de la Comunitat Valenciana, Elena García Cuevas, anunció la celebración de las **X Jornadas Nacionales de la AEC y VII Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria** que coincidirán con la celebración del **25 aniversario de AEC** y el **X de la Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria, RIdeC**, en la ciudad de Valencia durante los días 23, 24 y 25 de octubre de 2019.

*Cuando dices sí a tus sueños,
dices no a tus miedos*

*Te deseamos un año lleno de
muchos sueños cumplidos*

*¡Feliz Navidad y
próspero 2019!*