

Contenidos

Relevancia de úlceras en el departamento de salud
Xàtiva Ontinyent. Características y tratamientos asociados

Análisis de prevalencia de diagnósticos e intervenciones
de Enfermería en el módulo de mujeres del hospital
psiquiátrico penitenciario de Alicante

Experiencia de la Intervención Grupal de enfermería en
el Taller de Espalda

El control de sesgos en la investigación cuantitativa
enfermera

La enfermería en la Sociedad Red



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

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

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

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

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

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

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

Esta publicación es miembro de:



Dirección editorial, redacción y administración:
Difusión Avances de Enfermería (DAE)
C/ Manuel Uribe, 13, bajo dcha. 28033 Madrid (España).

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

902 22 01 02

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

Periodicidad: 2 números al año.

Tarifa de suscripción anual

	España	Extranjero
Personal	25 €	35 €
Instituciones	35 €	45 €
Estudiantes	20 €	25 €

RIdEC se distribuye gratuitamente entre los socios de AEC.

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

© AEC

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

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

Normas de publicación para los autores disponibles en:
<http://revista.enfermeriacomunitaria.org/normasDePublicacion.php>

ISSN: 1988-574

COMITÉ EDITORIAL

COORDINADOR

- Dr. José Ramón Martínez Riera

DIRECTORA

- Dra. Ángela Sanjuán Quiles

COMITÉ EDITORIAL

- Dra. M^a José Cabañero Martínez
- Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza
- Dr. Juan Diego Ramos Pichardo
- Mirella Ladios Martín

COMITÉ ASESOR

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



Sumario • Summary

Vol. 4 - nº 1 enero-junio 2011

Editorial

Futuro y dudas de la Enfermería Familiar y Comunitaria. <i>José Ramón Martínez Riera</i>	3
--	---

Noticias RIdEC

6ª Reunión Nacional de Invierno AEC. Valencia 2010 <i>Vicente Gea Caballero</i>	4
II Congreso Internacional y VIII Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) <i>Asociación de Enfermería Comunitaria</i>	6

In Memoriam

Carta abierta a Concha Colomer Revuelta. <i>José Ramón Martínez Riera</i>	7
---	---

Originales

Prevalencia de úlceras en el departamento de salud Xàtiva-Ontinyent. Características y tratamientos asociados <i>Prevalence of ulcers in the Xàtiva-Ontinyent Health District. Characteristics and associated treatments</i>	8
<i>Lorena González Llopis, Carmen Conches Blasco</i>	
Análisis de prevalencia de diagnósticos e intervenciones de Enfermería en el módulo de mujeres del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante <i>Analysis on the prevalence of Nursing diagnoses and interventions in the women's module at the Alicante Penitentiary Psychiatric</i>	16
<i>José Vidal Andreu, Susana Saenz Bernabé, Javier Villaverde Jiménez, Juan Luis Mercader Rodríguez</i>	
Experiencia de la intervención grupal de Enfermería en el Taller de la Espalda <i>Experience of a group nursing intervention in a Workshop on Back Problems</i>	20
<i>Puy de Miguel Ibáñez, Mª José Echarte Equisoain, Eugenia Ancizu Irure, Mª Victoria Lorenzo Reparaz, Beatriz Olite Munárriz, Amaia Imizcoz Echarte</i>	

Metodología de la investiga-

El control de sesgos en la investigación cuantitativa enfermera	24
<i>Rafael del Pino Casado, Antonio Frías Osuna, Pedro A. Palomino Moral</i>	

Revisión

La atención al paciente geriátrico con artrosis desde Atención Primaria. Propuestas de intervención <i>The care provided to the geriatric patient with arthrosis from Primary Care. Intervention proposals</i>	35
<i>Eva María Gabaldón Bravo, Guillermo Candela Espinosa, Ángela Sanjuan Quiles, J. Mario Domínguez Santamaría, José Ramón Martínez Riera</i>	

Opinión

La Enfermería en la Sociedad Red/ <i>Nursing in the Network Society</i>	47
<i>Trinidad Carrión Robles</i>	

Editorial

Futuro y dudas de la Enfermería Familiar y Comunitaria

La aprobación y publicación del Programa de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria suponen un punto de inflexión en el futuro inmediato de la salud comunitaria.

La oferta de plazas EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria es la realidad de que ese futuro ya se ha empezado a construir.

Sin embargo, todo futuro (por cercano que sea), presenta dudas que es necesario tener en consideración para que éstas no acaben convirtiéndose en amenazas.

Cabe destacar que la elaboración y publicación del programa aludido no ha estado exento de dificultades. Este hecho, independientemente de los inconvenientes que condujeron a un retraso en su publicación, a pesar de ser el primero en presentarse de todas las especialidades de Enfermería, supuso que fuese exhaustivamente revisado, analizado y debatido. Esto permite asegurar con plena objetividad y rotundidad que se trata de un programa de garantías para los futuros residentes, para las organizaciones, para la profesión enfermera y para la comunidad.

Cualquiera que conozca mínimamente el complejo proceso de atención a la salud sabe que ésta no es una ciencia exacta en la que todo encaja con límites perfectamente definidos y competencias puras. La Enfermería Familiar y Comunitaria participa de dicha complejidad junto a otras especialidades enfermeras y otras disciplinas de las Ciencias de la Salud. El intentar poner fronteras a la actuación enfermera familiar y comunitaria más allá de lo que marca el sentido común y la ética profesional es como querer poner puertas al campo. Los miedos a invasiones injustificadas, colonizaciones figuradas o a la fagocitación imaginativa por parte de quienes consideran propiedad exclusiva la salud de una parte de la comunidad, tan solo puede conducir a una pérdida en la calidad de la atención, además de un deterioro en la deseable convivencia profesional. Hacerlo utilizando los tribunales, respetando el derecho a dicho ejercicio, pone de manifiesto la falta de diálogo, de debate constructivo y de cohesión profesional, cuando han tenido además escenarios propicios para realizarlo.

Otro elemento de duda a destacar es la confianza en que las administraciones demuestren ante lo que parece, por los datos incontestables de organizaciones internacionales, una necesidad evidente, es decir, la incorporación de enfermeras comunitarias con una formación especializada para dar respuesta a las actuales y futuras demandas de cuidados de la comunidad.

No basta con tener enfermeras especialistas. Formarlas tiene un coste muy importante. Se trata de darles cabida en las organizaciones sanitarias para que puedan ejercer las competencias adquiridas. El primer paso, el de la convocatoria de las primeras plazas de formación EIR, ya está dado. Ahora hace falta que el futuro empiece a planificarse en el presente con el fin de que, llegado el momento dentro de dos años, las nuevas enfermeras especialistas puedan empezar a trabajar en un espacio organizacional, de competencias y de responsabilidad definido y valorado.

Ni tan siquiera el discurso interesado de la crisis, que algunos pudieran esgrimir, justificaría en ningún caso la ausencia o el retraso de medidas tendentes a la implantación y consolidación de las enfermeras especialistas. Las enfermeras, en su conjunto, siempre han dado respuesta eficiente a cualquier situación. Las enfermeras especialistas, sin duda, estarán aún más capacitadas para trabajar en momentos de crisis con resultados óptimos.

La comunidad demanda y necesita de enfermeras comunitarias especialistas. Nadie debería, por tanto, ir en contra de la voluntad de la ciudadanía sembrando dudas o poniendo obstáculos a la respuesta que se precisa.

Las dudas pueden parecer razonables. El futuro no puede, sin embargo, impregnarse de incertidumbre. La toma de decisiones, por su parte, ha de quedar al margen de interferencias intencionadas que dificulten la respuesta a una necesidad tan clara como la de una Enfermería comunitaria especializada.

José Ramón Martínez Riera
Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)



6ª REUNIÓN NACIONAL DE INVIERNO AEC. VALENCIA 2010

Los días 26 y 27 de noviembre de 2010, en el Salón de Actos del Rectorado de la Universidad de Valencia y gracias a la colaboración inestimable de su Escuela de Enfermería, cerca de 160 enfermeras y enfermeros de todo el país (también contando con asistencia internacional), se han dado cita para debatir y asistir a las contribuciones y reflexiones que los expertos han aportado a sus conocimientos.

Ha destacado la asistencia de la Directora General de Calidad de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, Dña. Pilar Ripoll, quién procedió a inaugurar el acto.

La reunión, que se ha celebrado bajo el lema "Nuevas demandas en salud comunitaria: nuevas respuestas", ha contado con la ponencia inaugural del Dr. Álvarez-Dardet, catedrático de Salud Pública de la Universidad de Alicante, donde hizo un ejercicio colectivo de reflexión y análisis de esas nuevas demandas que permitirán aumentar y mejorar el nivel de salud de la población, incentivando el espíritu de pensamiento crítico que las enfermeras deben potenciar y utilizar.

En la mesa de debate "Salud, género y práctica profesional", un grupo de tres expertas (Dña. Sara Velasco, D. Rafael del Pino y Dña. Sonia Peláez) nos hicieron ver que las enfermeras se encuentran en una posición privilegiada para participar activamente en el afrontamiento institucional de los temas de desigualdad, salud y proceso de enfermar, debiendo asumir mayor responsabilidad para garantizar la seguridad de nuestros usuarios, pero también de los profesionales.

La mesa redonda moderada por Dña. Amparo Bellver y protagonizada por el grupo ALBA, fue considerada un tremendo éxito por los asistentes. El Colectivo ALBA, compuesto por un grupo de enfermeras que han hecho del teatro su virtud y su forma de desarrollar grupalmente la promoción de la salud y la EpS, nos deleitaron, escenificando un recorrido histórico de las infinitas posibilidades de desarrollo profesional comunitario si incorporamos la creatividad y la imaginación a nuestro trabajo, siempre comprometido con una sociedad cada vez más variada y probablemente desigual.

En lo referente a la mesa de intercambio de experiencias sobre maltrato familiar, expertos en diferentes campos (maltrato infantil, violencia de género, maltrato al anciano y maltrato institucional, así como un experto en contacto con maltratadores) concluyeron que lo más importante en estas situaciones es detectarlo y prevenir su evolución. D. José Vidal, D. Juan José Tirado, Dña. M^a Luisa Ruiz y Dña. Marisa Carpio coincidieron en que la prevención, por lo tanto, es lo imprescindible, así como la detección precoz. Sin embargo, también la comunicación por las vías pertinentes a las autoridades. Las enfermeras no han de asumir un rol pasivo en estos casos, sino participar activamente incentivando las actividades de detección. Fue común la postura de crítica a los sistemas de salud y administraciones (tanto estatales como autonómicas) que no permiten todavía que profesionales como las enfermeras, con una gran capacidad de detección de este tipo de situaciones y que están en contacto continuo con los/las usuarias víctimas de maltratos, no tengan todavía la capacidad le-

gal y oficial de manejar y firmar las instancias relacionadas con situaciones que en muchos casos ellas detectan y gestionan. Permanentemente desde las administraciones se valora a las enfermeras como fuente de detección e intervención, pero se les niega el poder de firma y tramitación.

Se llevó a cabo, por parte de Dña. Trinidad Carrión y D. Miguel Ángel Díaz, un taller finalmente en forma expositiva de las inmensas posibilidades digitales y de utilización de herramientas colaborativas en red para trabajar con nuestros pacientes y aprovechar las tecnologías de comunicación al máximo, vislumbrando solamente que comienza la era digital para la salud y para la Enfermería, con su tremendo potencial de desarrollo y mejora. Será necesario, en un futuro próximo y tal vez inmediato, estar familiarizados con el uso de estas tecnologías para seguir evolucionando el concepto de cuidar.

La ponencia de clausura, a cargo de D. Enrique Oltra, presidente de la Comisión Nacional Docente de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, fue acogida con mucho cariño y emotividad por los asistentes. Nos recordó el largo y crudo camino recorrido hasta la publicación de la especialidad y sembró de ilusión a los presentes al hablarnos de las futuras competencias, de los roles, de la capacidad y responsabilidad que la especialidad aportará a la nueva figura de enfermera comunitaria. Futuro que, según D. Enrique, es presente y realidad, por lo que no caben más retrasos y hay que erigirse en líderes del cuidado comunitario, con valentía y asumiendo las nuevas responsabilidades.

En lo referente a los estudios científicos, se superaron todas las expectativas depositadas en lo que nació siendo una Reunión de Invierno, pero que acabó con contenidos y niveles de Congreso Nacional. Se tuvo que proceder, por parte del comité organizador, a desdoblarse una de las tres mesas de comunicaciones, por lo que en total fueron cuatro las mesas de presentación oral de estudios (con 20 comunicaciones). Y en cuanto a las investigaciones en formato póster, 12 grupos de profesionales fueron los que se animaron a confeccionarlos, exponerlos y defenderlos ante un tribunal.

Al final, los premios fueron los siguientes:

- Premio a la mejor comunicación del congreso, donado por el Colegio de Enfermería de Valencia: "Percepción del riesgo del consumo de drogas en los adoles-

centes de nuestro entorno" (B Gómez-Escalonilla Lorenzo, JM Marroyo Gordo, P Nombela Beltrán, R de las Mozas Lillo, MS Gómez-Escalonilla Lorenzo)

- Premio a la mejor comunicación de la Comunidad Valenciana, donado por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, CECOVA: "La vida abraza a la muerte" (A Tortosa Soriano y M Tormo Tortosa).
- Premio a la mejor comunicación en formato póster, donado por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, CECOVA: "Experiencia de Enfermería en el teléfono de la gripe: primer paso para la enfermera coordinadora de la emergencia sanitaria en Navarra" (A García Iriarte, A Granado Hualde, A Zubiaur Carreño).
- Premio a la mejor comunicación de estudiantes, donado por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante: "Chagas, una enfermedad emergente" (G Ribes y M Pau Carbonell).

Los premios fueron entregados por D. Juan José Tirado, presidente del Colegio de Enfermería de Valencia y en representación asimismo de D. José Antonio Ávila, presidente del CECOVA, también órgano colaborador y patrocinador del evento.

La AEC y el comité organizador agradecen la colaboración del CECOVA, Colegio de Enfermería de Valencia y Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante, en la dotación económica de los premios científicos.

El balance global del nivel de comunicaciones fue valorado muy positivamente tanto por los asistentes como por los organizadores. El comité científico, presidido por Dña. Mireia Ladios Martín ha realizado un gran trabajo de revisión, valoración y selección, declarando que se ha alcanzado un nivel de originalidad y rigor científico admirables.

La AEC agradece a todos, asistentes, ponentes, colaboradores y patrocinadores, comités, comunicadores, etc., su asistencia y espera poder verlos a todos de nuevo en el próximo Congreso Nacional.

*D. Vicente Gea Caballero
Presidente de la 6ª Reunión de Invierno
Vocal Comunidad Valenciana
Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)*



II CONGRESO INTERNACIONAL Y VIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)

En el mes de mayo de 2012 la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) llevará a cabo su II Congreso Internacional y VIII Congreso Nacional, en la ciudad de Barcelona.

Así mismo se celebrará el I Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

En un momento en el que la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria está iniciando su andadura en España creemos trascendente facilitar un foro donde sea posible reflexionar y compartir esta experiencia entre quienes la están viviendo intensa y directamente: tutores, residentes y toda la Enfermería Comunitaria de este país, así como exponerla a la comunidad enfermera internacional.

Los retos que suponen los problemas de Salud Pública y Comunitaria traspasan fronteras y afectan a toda la comunidad internacional. Precisan de un abordaje especializado, integral, global y multidisciplinar. Compartir los diferentes enfoques experimentados en diversos países y continentes será una magnífica fuente de enriquecimiento común.

Por todo ello, la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), una vez más, plantea una apuesta seria, reflexiva y científica.

El Congreso se estructurará de tal manera que sea dinámico, atractivo, cercano y realista, sin renunciar al rigor

científico. Se contará con la participación de importantes profesionales nacionales e internacionales que analizarán, debatirán y reflexionarán con los participantes sobre aspectos de actualidad e interés para profesionales, organizaciones y ciudadanos.

La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria tendrá un papel relevante con la celebración del I Encuentro de Tutores y Residentes. Se desarrollarán talleres, se presentarán recursos didácticos, herramientas metodológicas, etc., que permitan dar respuestas a la nueva realidad formativa. Así mismo, los residentes contarán con un foro específico y especializado en el compartir experiencias, analizar situaciones, debatir resultados y plantear estrategias de intervención fruto de su trabajo fin de residencia en las diferentes Unidades Docentes en las que desarrollen su especialidad.

Barcelona, por tanto, se configura en mayo de 2012 como un punto de referencia indiscutible y atractivo al que desde la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) os invitamos a participar.

En breve comunicaremos las fechas exactas y el avance del programa. ¡PREPÁRATE!

In Memoriam

CONCHA COLOMER REVUELTA



Querida Concha,

No nos has dado tiempo a reaccionar. Te has ido en silencio, sin aspavientos y dejando detrás de ti una estela de admiración y cariño. Te has ido con discreción, sin darnos tiempo a despedirnos como hubiésemos querido. Te has ido dejándonos un vacío que difícilmente podremos ocupar. Sin embargo, a pesar de todo o precisamente por todo esto, es por lo que siempre te recordaremos. Por tu sencillez, pero al mismo tiempo por tu grandeza, por tu bondad, pero a la vez por tu constancia. Por tu voluntad no exenta de gratitud. Por tu convicción unida permanentemente al respeto, por tu conocimiento cargado de sentido común, por tus ganas de vivir, conocer y aprender...

La Salud Pública no es entendible ni comprensible sin tus aportaciones, tus reflexiones y trabajos. Has sido trabajadora incansable y defensora permanente de una salud pública, comunitaria y participativa en la que se contemplase la igualdad de la mujer. Y todo ello alejada siempre de corporativismos inútiles y protagonismos innecesarios. Tan solo desde el conocimiento, el análisis sereno, el debate respetuoso y la firmeza de tus planteamientos.

Quienes tuvimos la inmensa suerte de conocerte sabemos

de tu talante, de tu generosidad por ayudar a llevar a cabo proyectos, de tu fortaleza en defender lo que para muchos parecían causas perdidas, de tu empeño por las cosas bien hechas, de tu habilidad para saber trabajar en equipo, de tu capacidad de trabajo, de tu gratitud... Por todo esto, gracias Concha.

Te has ido en silencio, pero eso no te eximirá de nuestro recuerdo y gratitud permanentes.

Nos dejas tristeza, pero también mucha alegría. Nos dejas vacío, pero también mucha plenitud. Nos dejas confusión, pero también mucha certeza.

Dicen que nadie es imprescindible, sin embargo, que difícil va a resultar entender tantas y tantas cosas sin que tú estés. Nos tendremos que conformar con tu inmenso legado. Trataremos de seguir tus enseñanzas y tus aportaciones para continuar avanzando en el difícil camino de la salud pública en el que tantas huellas nos dejas.

Hasta siempre Concha.

José Ramón Martínez Riera

Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Prevalencia de úlceras en el departamento de salud Xàtiva-Ontinyent. Características y tratamientos asociados

¹Lorena González Llopis
²Carmen Conches Blasco

¹ Coordinadora de Enfermería de Atención Primaria, Zona Básica de Salud 14, Valencia. Miembro de la Comisión para el cuidado integral de las úlceras y heridas crónicas del Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent

Dirección de correspondencia:
Avda. Almansa 9-4-13. 46870 Ontinyent (Valencia)

E-mail: lore77@ono.com

² Adjunta de Enfermería del Hospital Lluís Alcanyís. Miembro de la Comisión para el cuidado integral de las úlceras y heridas crónicas del Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent

Resumen

Objetivos: analizar la prevalencia de úlceras y los tratamientos utilizados para su curación en la población perteneciente al Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent.

Métodos: estudio descriptivo transversal. La población a estudio ha estado compuesta por los pacientes del departamento que se han presentado en el período del estudio de úlceras. Los datos se han recogido de la historia clínica del paciente, de la observación directa del personal de Enfermería y del propio paciente y su familia. Se ha realizado un estudio exploratorio y descriptivo de los datos mediante el programa informático SPSS 15.0.

Resultados: se han registrado 202 pacientes con un total de 290 úlceras. La prevalencia de éstas ha sido de 10,78 en el Hospital Lluís Alcanyís; 8,57 en el Hospital de Ontinyent y 0,6 en Atención Primaria. El 49,3% de las úlceras han sido por presión, seguidas del 34,1% de origen vascular y 16,6% de origen diabético. Los apósitos más empleados han sido las espumas, seguido de los apósitos de plata, los de alginato cálcico y los hidrocoloides. Al 52,8% de las lesiones se les ha realizado desbridamiento.

Conclusiones: aunque la prevalencia de úlceras en nuestro departamento se encuentra dentro de los parámetros observados a nivel nacional, hemos registrado un alto número de úlceras consideradas como evitables. Es por ello que desde esta Comisión hay que seguir trabajando para disminuir los factores de riesgo asociados a las úlceras.

Palabras clave: Atención Primaria; epidemiología; hospital; prevalencia; tratamiento; úlceras.

Abstract

Prevalence of ulcers in the Xàtiva-Ontinyent Health District. Characteristics and associated treatments

Objectives: to analyze the prevalence of ulcers and the treatments used to heal this pathology in the population pertaining to the Xàtiva-Ontinyent Health District.

Methods: cross-sectional descriptive study. The study population consisted of patients registered in the district who presented ulcers in the study period. Data were collected from the patient's clinical record, direct observation by nursing personnel and by the patient and/or family. An exploratory and descriptive study of the data was performed using SPSS 15.0 software.

Results: 202 patients were included in the study totaling 290 ulcers. Ulcer prevalence was 10,78% at the Lluís Alcanyis hospital, 8,57% at the Ontinyent hospital and 0,6% in Primary Care. 49,3% were pressure ulcers, followed by 34,1% of vascular ulcers and 16,6% of diabetic ulcers. The most frequently used wound dressings were those made of foam, followed by silver, calcium alginate and hydrocolloid dressings. Debridement was performed in 52,8% of the lesions.

Conclusions: even though the prevalence of ulcers in our district is within the parameters observed at national level, we have recorded a high number of ulcers considered as "avoidable". This is why from this Commission we must continue working to decrease those risks factors that are associated with ulcers.

Key words: Primary Care; epidemiology; hospital; prevalence; treatment; ulcers.

Introducción

En las últimas décadas las úlceras se han convertido en un gran reto para los profesionales de la salud, debido al envejecimiento de la población, al aumento de las tasas de prevalencia e incidencia, a su consecuente impacto potencial en los programas sociales y sanitarios de atención y a los costes derivados para los individuos, sus familias y la sociedad en su conjunto.

El aparente incremento de úlceras en el Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent unido a la diversidad de criterios en cuanto al abordaje del cuidado y la gran oferta de nuevos productos disponibles en el mercado, fue el desencadenante para que un grupo de profesionales preocupados por este tema trataran de encontrar una solución, creándose así en el 2005 la "Comisión para el Cuidado Integral de las úlceras y heridas crónicas" del Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent de la Comunidad Valenciana.

La bibliografía considera que las úlceras, y más concretamente las úlceras por presión, son evitables en el 95% de los casos y que para conseguir erradicarlas es necesario un amplio conocimiento de sus posibles causas (1), que permitan establecer unos cuidados específicos o emplear sistemas de prevención adaptados al riesgo de desarrollarlas. Por ello, desde esta Comisión se está trabajando para minimizar los efectos adversos que pueden derivarse de una hospitalización, mediante la unificación de criterios de valoración y actuación en las pautas de Enfermería relacionadas con las lesiones tisulares, consiguiendo que se estreche la relación entre primaria y especializada y facilitando el intercambio de información para mejorar la atención a los pacientes, rompiendo barreras de relación entre los propios profesionales y estableciendo pautas de tratamiento comunes para todo el Departamento de Salud.

Concienciados del problema que representan las úlceras y la importancia de los indicadores epidemiológicos como un instrumento de calidad y de los costes derivados de su tratamiento, tanto en Atención Primaria como Hospitalaria, hemos decidido dimensionar la magnitud real del problema, valorando la prevalencia de úlceras y los tratamientos utilizados para su curación en la población perteneciente al Departamento Xàtiva-Ontinyent de la Comunidad Valenciana.

Métodos

Se llevó a cabo un corte de prevalencia en noviembre de 2010. La población a estudio ha estado compuesta por los pacientes ingresados en los hospitales "Lluís Alcanyis" de Xàtiva, Hospital de Ontinyent y los pacientes de las 17 Zonas Básicas de Salud (ZBS) del Departamento Xàtiva-Ontinyent que presentaron en el período a estudio úlceras. Se excluyeron los pacientes de obstetricia, pediatría, agudos

de psiquiatría, toxicómanos y aquéllos que de manera expresa declinaron participar en el estudio.

Se elaboró un cuestionario específico para la recogida de datos que incluía tres partes: la primera relacionada con los datos del origen del registro, la segunda sobre los datos socio-demográficos y morbilidad del paciente y la tercera parte sobre las características y tratamiento de las lesiones que presentaba el paciente.

La recogida de datos se llevó a cabo los días 24 y 25 de noviembre, contando para ello con tres grupos de observadores de dos personas en el Hospital "Lluís Alcanyis", con un grupo de dos observadores en el Hospital de Ontinyent y con los coordinadores de Enfermería de las distintas Zonas Básicas de Salud. Los datos se recogieron de la historia clínica del paciente, de la observación directa del personal enfermero y del propio paciente y familia.

Se realizó un estudio exploratorio y descriptivo de los datos mediante el programa informático SPSS 15.0. Para el cálculo de la epidemiología de las úlceras de etiología venosa se emplearon los indicadores epidemiológicos siguientes: Prevalencia Cruda (PC) = (todos los pacientes con úlceras/total de pacientes estudiados en cada nivel) x 100 en ámbito de atención hospitalaria y Prevalencia (P) = (total pacientes con úlceras/población mayor de 14 años) x 100 y (P) = (total pacientes con úlceras/población mayor de 65 años) x 100 en el ámbito de Atención Primaria.

En todo el estudio se aseguró la confidencialidad de los participantes, así como de los datos extraídos de las entrevistas.

Resultados

Se han registrado 202 pacientes con un total de 290 úlceras, pertenecientes a las 17 ZBS al Hospital "Lluís Alcanyis" de Xàtiva y al Hospital de Ontinyent.

Datos sociodemográficos y de morbilidad

Del total de usuarios registrados el 37,6% (n = 76) son varones y el 59,9% (n = 121) son mujeres. La edad media de la muestra es de 77,28 años, con una desviación típica de 12,29, una mediana de 80 y un recorrido de 14 a 95 años de edad. El 21,8% de la muestra presenta inmovilidad total, con un tiempo medio de inmovilización de 19,69 meses y con un mínimo de un mes y un máximo de 58 meses (Gráfico 1). El 81% de la muestra presenta pluripatología (cuatro o más diagnósticos) y el 79,5% está plurimedicado (cuatro o más fármacos por día).

En el Gráfico 1 se describe el estado mental de la muestra, la movilidad, el nivel de nutrición y el patrón de eliminación. Hay que destacar el elevado número de paciente que pre-

senta alteraciones en el estado mental (28,7%), alteraciones en el estado nutricional (26,2%) y alteraciones en la eliminación (59,9%).

Prevalencia de úlceras

El censo de la población del Departamento Xàtiva-Ontinyent es de 205.288 habitantes (103.251 hombres/102.037 mujeres). Teniendo en cuenta que el total de úlceras detectadas es de 290 y el total de pacientes con úlceras es de 202 se obtiene una prevalencia de 1,4 úlceras por 1.000 habitantes y una prevalencia de pacientes con úlceras de 0,9 pacientes con úlceras por 1.000 habitantes para todo el departamento. En la Tabla 1 se describe la prevalencia según el ámbito y tipo de úlcera.

Descripción de las úlceras

El 85,05% del total de las úlceras registradas proceden de Atención Primaria, el 12,06% del Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva y el 2,4% del Hospital de Ontinyent. El 69,3% se han

originado en el domicilio, el 17,6% en los hospitales y el 2,1% en las residencias, del 11% restante no se pudieron obtener datos sobre su origen. El 70,7% de usuarios presenta una úlcera, el 18,6% dos y el 10,72% tres o más úlceras. El 80% de las úlceras registradas las sufrían personas mayores de 64 años.

El 49,3% de las úlceras han sido por presión seguidas del 34,1% de origen vascular y 16,6% de origen diabético. Si se observa el tipo de lesión según el ámbito a que pertenecen (Tabla 2), se ve que las úlceras por presión fueron las que más se presentaron en el ámbito hospitalario y las úlceras vasculares en los centros de salud ($X^2 = 14.05; p < 0,003$).

Como se puede observar en la Tabla 3 existe asociación significativa entre la etiología de úlcera que presenta el paciente y las alteraciones físicas asociadas a éste. Las personas con úlceras por presión, presentan en mayor proporción alteraciones en la movilidad, en el estado mental y en la incontinencia urinaria y fecal.

Respecto al estadio de las lesiones registradas, en el 3,4% de los casos no se registró el estadio de las úlceras, el 17,6% (n=

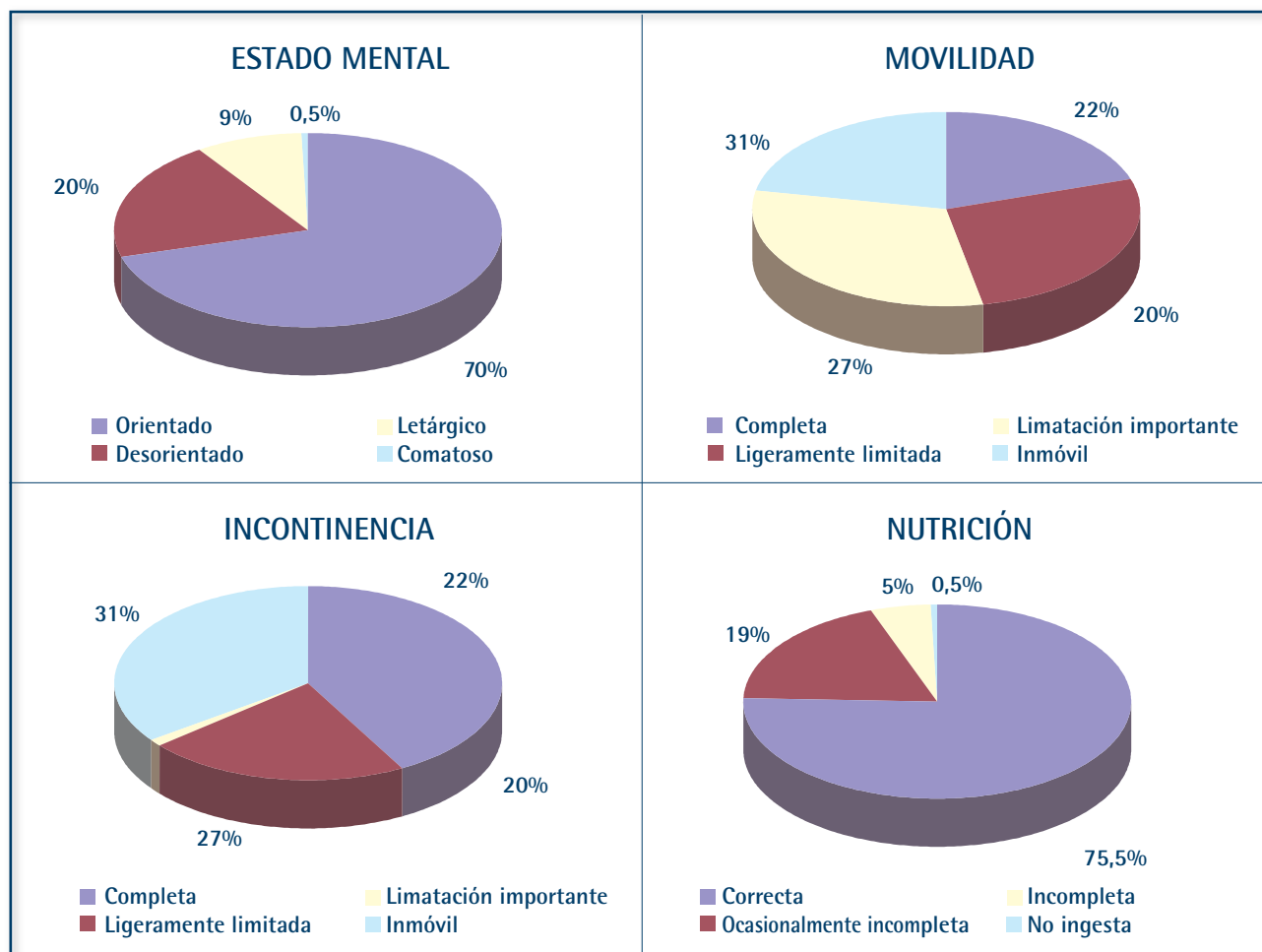


Gráfico 1. Estado mental, patrón de eliminación, de movilidad y nivel de nutrición

Tabla 1. Prevalencia de úlceras según el ámbito y tipo de úlcera

	Pacientes observados	Tipo de úlcera	Pacientes con úlceras	prevalencia
H. Lluís Alcanyís	204	TOTAL	22	10,78
	204	Vascular	4	1,96
	204	Diabética	3	1,47
	204	UPP	15	7,35
H. d'Ontinyent	35	TOTAL	3	8,57
	35	Vascular	1	2,85
	35	Diabética	0	0
	35	UPP	2	5,71
	Población total	Tipo de úlcera	Pacientes con úlceras	prevalencia
Atención Primaria	<14 122462	TOTAL	177	0,14
		Vascular	82	0,06
		Diabética	33	0,02
		UPP	74	0,06
	<65 31451	TOTAL	149	0,47
		Vascular	82	0,26
		Diabética	33	0,10
		UPP	74	0,23

Tabla 2. Datos descriptivos de las lesiones según su origen y ámbito a que pertenecen

	Atención Primaria		Atención Hospitalaria	
	n	%	n	%
VASCULAR	93	37,5	6	14,28
DIABÉTICA	43	17,33	5	11,90
UPP	112	45,16	31	73,80

Tabla 3. Alteraciones en estado de los pacientes según la etiología de las úlceras

	MOVILIDAD		ESTADO MENTAL		INCONTINENCIA		NUTRICIÓN	
	n	%	n	%	n	%	n	%
VASCULAR	70	70,7	12	12,1	42	42,4	21	21,2
DIABÉTICA	34	70,8	9	18,8	23	47,9	15	31,3
UPP	133	93	23	47,9	120	83,9	32	22,49
	$\chi^2 = 27,57$		$\chi^2 = 66,27$		$\chi^2 = 63,57$		$\chi^2 = 1,50$	
	p = 0,47		p < 0,0001		p < 0,0001		p < 0,0001	

51) corresponden al estadio I, el 45,2% (n = 131) al estadio II, el 24,5% (n = 71) al estadio III y el 9,3% (n = 27) al estadio IV. En la Tabla 4 se describe la severidad de las úlceras según su etiología ($X^2 = 14,73$; p < 0,02).

Como se observa en la Tabla 5 existe asociación entre la localización de las lesiones y la etiología de la úlcera ($X^2 = 294,00$; p < 0,0001). Las úlceras de origen vascular se localizan principalmente en la zona tibial, maléolo externo y

Tabla 4. Severidad de las úlceras según su etiología

	ESTADIO I		ESTADIO II		ESTADIO III		ESTADIO IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
VASCULAR	22	7,59	47	16,21	21	7,24	4	1,37
DIABÉTICA	2	0,69	19	45,2	17	5,86	7	2,41
UPP	27	9,31	65	22,42	33	11,38	16	5,51
TOTAL	51	17,6	131	45,2	71	24,5	27	9,3

Tabla 5. Localización de la lesión según la etiología de la úlcera

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN		TIPO DE ULCERA			TOTAL
		VASCULAR	DIABÉTICA	UPP	
ZONA PLANTAR		0	10	4	14
TALÓN		0	7	38	45
MALEOLO EXTERNO		33	8	9	50
PANTORRILLA		21	0	5	26
ISQUIÓN		0	0	6	6
CODO		0	0	3	3
ZONA OCCIPITAL		0	0	1	1
MALEOLO INTERNO		9	2	1	12
TROCANTER		1	0	12	13
ZONA COSTAL		0	0	1	1
MUÑECA		0	0	1	1
ZONA TIBIAL		31	3	4	38
SACRO/COXIS		0	0	44	44
OMOPLATO		0	0	3	3
DEDOS DE LOS PIES		1	14	5	20
BRAZO		0	0	1	1
ESPALDA		0	0	4	4
GLÚTEO		0	0	1	1
PIE		1	3	1	5
MUSLO		0	0	1	1
TENDÓN AQUILES		0	1	0	1
TOTAL		97	48	145	290

maléolo interno, las úlceras de origen diabético en la zona plantar y dedos de los pies y las úlceras por presión en el sacro-coxis, trocánter y talón.

Tratamiento de las úlceras

En relación al tratamiento utilizado por los profesionales, al 52,8% de las lesiones se les realizó desbridamiento. Como se puede observar en el ámbito hospitalario se ha utilizado casi en su totalidad el desbridamiento enzimático, mien-

tras que en los centros de salud, se combina varios tipos de desbridamiento ($X^2 = 14,122$; $p < 0,04$). En la Tabla 6 se describe el tipo de desbridamiento empleado por los profesionales según el ámbito al que pertenecen.

En cuanto al apósito secundario utilizado se muestra en el Gráfico 2 como los apósitos más empleados son las espumas, seguido de los apósitos de plata, los apósitos de alginato cálcico y los hidrocoloides. En la atención hospitalaria, los apósitos de espuma, los ácidos grasos hiperoxigenados y los hidrocoloides son los más usados y en Atención Primaria

Tabla 6. Desbridamiento según el ámbito de atención

	TOTAL		ATENCIÓN HOSPITALARIA		ATENCIÓN PRIMARIA	
	n	%	n	%	n	%
CORTANTE	5	2,79	0	0	5	2,79
ENZIMÁTICO	80	44,69	11	6,14	69	38,55
AUTOLÍTICO	18	10,05	0	0	18	10,05
CORTANTE + ENZIMÁTICO	49	27,37	2	1,11	47	26,25
CORTANTE + AUTOLITICO	5	2,79	0	0	5	2,79
ENZIMATICO+AUTILITICO	2	2,53	0	0	2	1,11
CORTANTE+ENZIMÁTICO+AUTOLÍTICO	2	2,53	0	0	2	1,11
TOTAL ÚLCERAS CON DESBRIDAMIENTO	179	100	13	7,29	148	82,69

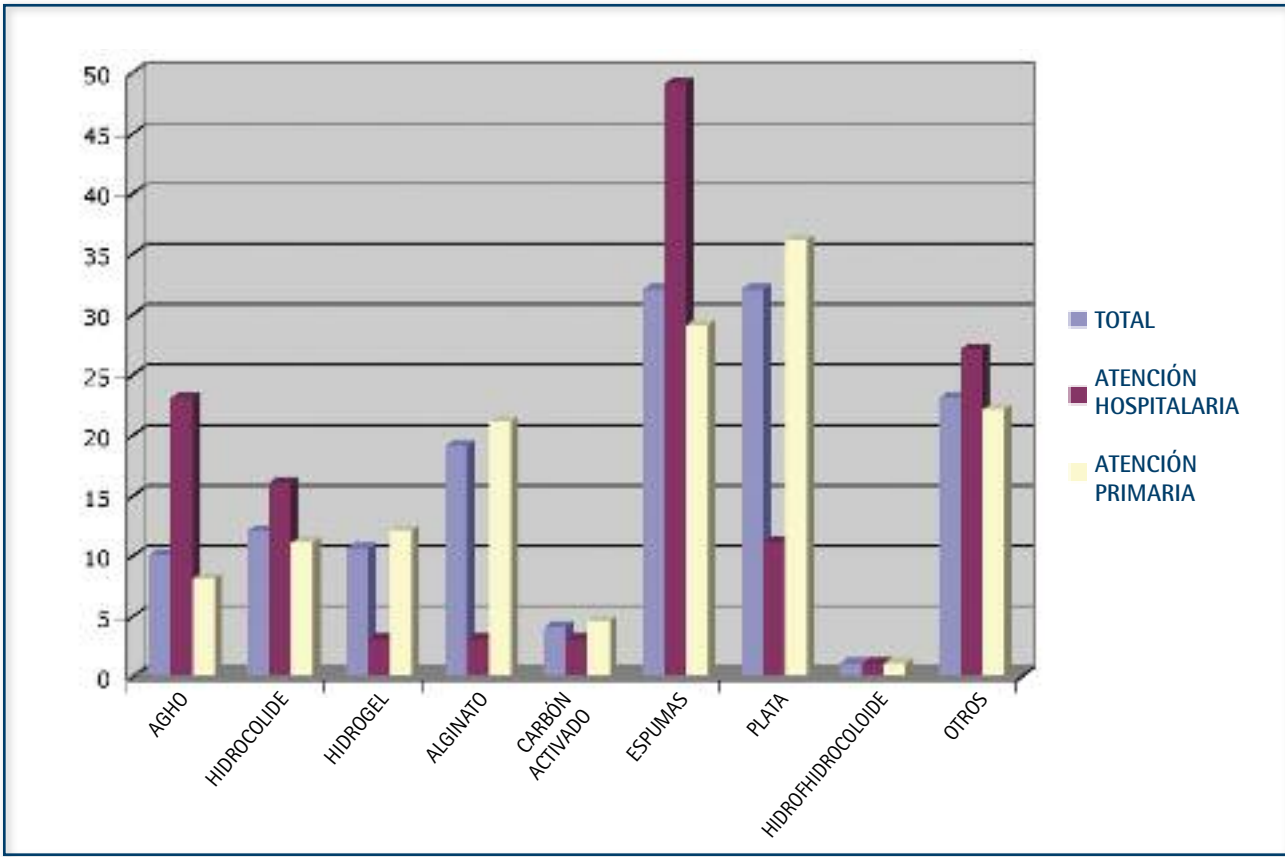


Gráfico 2. Apósito secundario empleado en la muestra

los apósitos de plata, los apósitos de espuma y los de alginato cálcico.

Respecto al tipo de úlceras, en las úlceras por presión los apósitos más utilizados fueron los apósitos de espumas y en las úlceras vasculares y diabéticas los apósitos de plata (Gráfico 3).

Discusión

En cuanto a la distribución por sexos, nuestros resultados concuerdan con los estudios epidemiológicos llevados a cabo en el ámbito español donde existe mayor prevalencia en las mujeres y en edades avanzadas (1, 6).

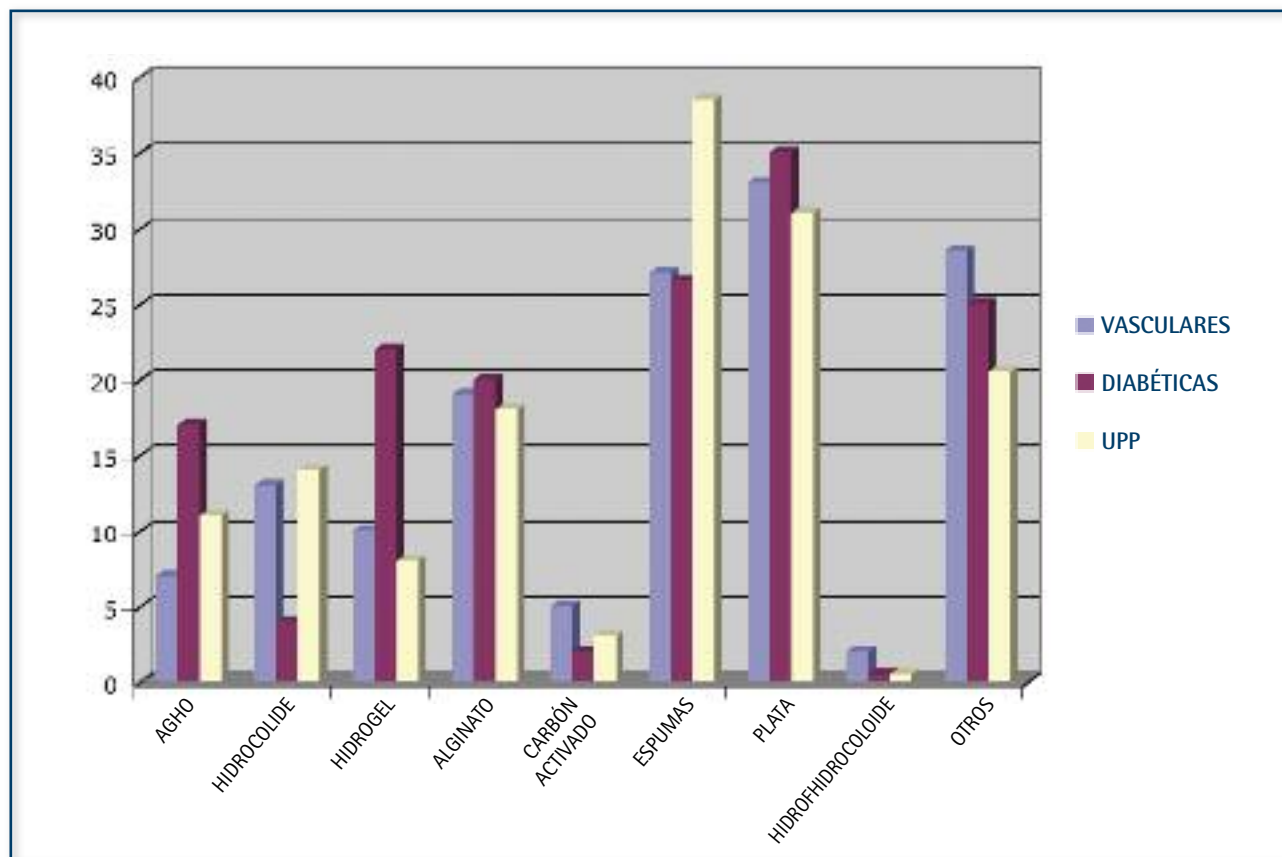


Gráfico 3. Tipos de úlceras de la muestra

Las úlceras de etiología vascular y diabética tienen una incidencia significativa en cuanto a la calidad de vida del paciente (3) dada la elevada cronicidad asociada que conllevan y debido a que el paciente portador de este tipo de úlceras acostumbra a acumular una larga experiencia y bagaje de visitas y consultas de Enfermería de Atención Primaria (7, 8). La prevalencia de las úlceras de etiología vascular descrita en la literatura se mueve alrededor del 0,10 a 0,30% (2) y se incrementa con la edad adulta (9). Esto concuerda con los datos obtenidos en este estudio donde la prevalencia obtenida en este tipo de pacientes que acuden a la Atención Primaria de salud es del 0,26%. En cuanto a los pacientes con úlcera de etiología diabética, en la bibliografía consultada se estiman prevalencias que van del 4 al 10% (10, 11), cifras ligeramente superiores a las encontradas en este trabajo tanto en el ámbito hospitalario (1,47%) como en el ámbito de Atención Primaria (0,10%).

En cuanto a la prevalencia de úlceras por presión, los datos acercan a los estudios revisados (4, 5, 6) donde la prevalencia para la muestra de Atención Primaria es de 0,07% en pacientes mayores de 14 años y 0,33% en pacientes mayores de 65 años, siendo la prevalencia para este estudio de 0,06 y 0,23%, respectivamente. Respecto a la prevalencia

en el ámbito hospitalario, ésta (7,35% Hospital de Xàtiva y 5,71% Hospital de Ontinyent) es inferior a la detectada en el segundo estudio nacional de prevalencia, con datos referidos al año 2005, donde la prevalencia de úlceras por presión en hospitales fue de 8,24%.

Sin embargo, resulta difícil comparar los datos obtenidos en este trabajo con otros realizados a nivel nacional, debido principalmente a la utilización de criterios distintos de inclusión en la elección de la muestra y a la inclusión de úlceras de diferente etiología a las incluidas en otras investigaciones. Además el tamaño muestral dificulta la extrapolación los resultados a la población en general. No obstante, la prevalencia de úlceras ha sido semejante a las reflejadas en otras investigaciones más específicas realizadas en España (3, 4, 5).

En relación al tratamiento elegido por los profesionales sanitarios se observa como en el ámbito de Atención Primaria, los apósitos de plata, los apósitos de espuma y los de alginato cálcico son los más empleados. Esto concuerda con el hecho de que más del 50% de las úlceras detectadas en Atención Primaria, corresponden a úlceras de etiología venosa y diabética, las cuales como hemos comentado anteriormente tienden a la cronicidad y con ello a la sobreinfección.

ción. Lo mismo ocurre en el tratamiento elegido por los profesionales que trabajan en el ámbito hospitalario, cuyos tratamientos elegidos: ácidos grasos hiperoxigenados, los apósitos de espuma y los hidrocoloides, se corresponde con que más del 70% de las úlceras detectadas en este ámbito son por presión.

En conclusión, aunque la prevalencia de úlceras en nuestro departamento se encuentra dentro de los parámetros observados a nivel nacional y teniendo en cuenta que éstas y específicamente las úlceras por presión son evitables en el 95% de los casos, en nuestro departamento de salud, el 49,31% de las úlceras detectadas se consideran como evitables. Es por ello que desde la Comisión para el Cuidado Integral de las Úlceras y Heridas Crónicas del Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent hay que seguir trabajando para disminuir los factores de riesgo asociados a las úlceras y orientar el plan estratégico de cuidados hacia la prevención y el uso de protocolos de actuación estandarizados.

Agradecimientos

Desde esta comisión agradecemos a todos los profesionales que han participado en el presente estudio de forma desinteresada y que nos ayudan a continuar con el proyecto de mejorar la calidad de los cuidados que prestamos a los pacientes. A la dirección de Enfermería del departamento por su apoyo a la comisión y por reconocer y favorecer el trabajo realizado.

Bibliografía

- [1] Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de calidad para la salud nacional. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2005.
- [2] Proyecto IDEA. Estudio de la incidencia de efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2004.
- [3] Álvarez Fernández LJ, Lozano F, Marinel. Io Roura J, Masegosa Medina JA. Encuesta epidemiológica realizada en España. DETECT-IVC 2006. *Angiología* 2008; 60(1): 27-36.
- [4] Torra i Bou JE, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J. Primer Estudio Nacional de prevalencia de úlceras por presión en España. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones de los pacientes. Gerokomos* 2003; 14(1): 37-47.
- [5] Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, Mayán Santos JM. Segundo Estudio Nacional de prevalencia de úlceras por presión en España, 2005. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos* 2006; 17(3): 154-172.
- [6] Posnett J, Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE. Epidemiología y costo de las úlceras por presión en España. Estudio GNEAUPP 2005. Zaragoza: VI Simposio Nacional de Úlceras por Presión; 2006.
- [7] Rodríguez Piñero M. Epidemiología, repercusión sociosanitaria y etiopatogenia de las úlceras vasculares. *Angiología* 2003; 55(3): 260-267.
- [8] Roche E, Cabot X, Mejía S, Rodríguez J, Puig A, Fuentes JM et ál. Proyecto organizativo: centro de atención de heridas crónicas de las extremidades inferiores. *Anales de Cirugía Cardíaca y Vascul ar* 2005; 11(5): 278-289.
- [9] Abellán ML. Clasificación de las úlceras de las EE. II. Diagnóstico diferencial. *Anales de Cirugía Cardíaca y Vascul ar* 2005; 11(5): 278-289.
- [10] Singh N, Armstrong D, Lipsky B. Prevención de las úlceras del pie en pacientes diabéticos. *Jama* 2005; 293(2): 217-228.
- [11] Rodríguez Piñero M. Epidemiología, repercusión sociosanitaria y etiopatogenia de las úlceras vasculares. *Angiología* 2003; 55(3): 260-267.
- [12] Marinel. Io J, Blanes JL, Escudero JR, Ibáñez V, Rodríguez J. Consenso de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul ar sobre Pie Diabético. *Angiología* 1997; XLIX(5): 193-230.

Análisis de prevalencia de diagnósticos e intervenciones de Enfermería en el módulo de mujeres del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante

¹José Vidal Andreu

²Susana Saenz Bernabé

³Javier Villaverde Jiménez

²Juan Luis Mercader Rodríguez

¹ Subdirector de Enfermería del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.

² Enfermera/o del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.

Dirección de correspondencia:

Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. Complejo Penitenciario de Fontcalet. C/ Carretera Madrid-Alicante, s/n. 03113 Alicante.

E-mail: Jose.Vidal@dgjp.mir.es

Resumen

Objetivos: identificar los diagnósticos y las intervenciones enfermeras más prevalentes entre las mujeres ingresadas.

Método: estudio descriptivo transversal. La población está formada por las pacientes ingresadas en el módulo de mujeres del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. Los datos se extractaron de la historia clínica. Se analizó la variable sociodemográfica edad utilizando la media y la desviación estándar. Se empleó la clasificación de diagnósticos NANDA y la de intervenciones de Enfermería NIC. El análisis se efectuó con el programa SPSS. Se realizó análisis descriptivo de las variables, presentando sus resultados con frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados: los diagnósticos más prevalentes resultan ser: sedentarismo, desequilibrio nutricional por exceso, deterioro de la dentición, déficit de actividades recreativas, trastorno de los procesos del pensamiento, estreñimiento, déficit de autocuidado (vestido/acicalamiento), riesgo de glucemia inestable, riesgo de deterioro de la función hepática, deterioro de la interacción social, afrontamiento defensivo.

Conclusiones: el patrón de salud que agrupa más diagnósticos resulta ser: actividad/ejercicio. Las mujeres ingresadas son en general jóvenes lo que se corresponde con edades en las que no suelen existir problemas físicos. Sin embargo, los factores relacionales indican que el grave deterioro cognitivo-conductual junto con efectos secundarios de la medicación antipsicótica condiciona que aún cuando la habilidad motora está conservada, no sucede lo mismo con la habilidad cognitiva necesaria para incorporar los conocimientos suficientes que promuevan el autocuidado. En cuanto a las intervenciones enfermeras, se identifica con claridad el sistema enfermero de apoyo educativo (la intervención 5510 Educación sanitaria aparece prescrita en todas las pacientes), tal y como formula Dorothea Orem en su teoría enfermera del déficit de autocuidado (TEDA).

Palabras clave: consulta de Enfermería; diagnósticos de Enfermería NANDA; intervenciones enfermeras NIC; metodología enfermera.

Abstract

Analysis on the prevalence of Nursing diagnoses and interventions in the women's module at the Alicante Penitentiary Psychiatric

Objectives: to identify the most prevalent nursing diagnoses and interventions among hospitalized women.

Method: cross-sectional descriptive study. The population consisted of female patients admitted to the women's module of the penitentiary psychiatric hospital in Alicante. Data were retrieved from the clinical record of the inpatients. Age was analyzed as the socio-demographic variable using its mean and standard deviation. The NANDA nursing diagnosis classification and the NIC nursing intervention classification were used. The analysis was carried out using the SPSS software. A descriptive analysis of the variables was carried out, presenting the results in absolute frequencies and percentages.

Results: the most prevalent diagnoses found were: sedentarism, nutritional imbalance by excess, dentition deterioration, deficit of recreational activities, thinking process disorders, constipation, self-care deficit (dressing, self-grooming, embellishment), risk of unstable glycemia, risk of liver function deterioration, risk of social interaction deterioration, defensive coping.

Conclusions: the health pattern found to group together the most diagnoses was: activity/exercise. Hospitalized women are generally young women, which corresponds to ages where there are usually no physical problems. Nevertheless, relational factors indicate that severe cognitive-behavioral deterioration together with side effects from antipsychotic medication cause an effect on patients even in cases in which preserved motor ability is preserved. In contrast, this does not happen with the cognitive ability necessary to incorporate sufficient knowledge that promotes self-care. With regard to nursing intervention, the nursing system of educational support is clearly identified (intervention 5510 health education appears to be prescribed in all patients), as claimed by Dorothea Orem in her nursing theory of self-care deficit theory (SCDNT).

Key words: nursing consultation office; NANDA nursing diagnosis; NIC nursing interventions; nursing methodology.

Introducción

En el año 2009 se comenzó con un ambicioso análisis de la práctica enfermera del centro penitenciario. Se evidenció la necesidad de incorporar un cambio metodológico que obligatoriamente incluía la incorporación del Proceso de Atención en Enfermería, que para algunos autores (1) constituye la adaptación del método científico a la praxis enfermera, con el fin de elaborar planes de cuidados individualizados y con predominio de la perspectiva enfermera.

Dicha incorporación, motivó una necesaria reorientación de algunos elementos vitales para este ejercicio, resultando especialmente relevantes:

- Rediseño de la consulta de Enfermería dotándola de contenido propio (2) hasta convertirla en herramienta fundamental para la interacción enfermera-paciente, reivindicando la misma consideración que la de los diferentes profesionales del equipo terapéutico.
- Acordar un lenguaje común que facilitara tanto el intercambio de información entre los profesionales enfermeros del centro como con los colegas de otros recursos sanitarios comunitarios, así como con los diferentes órganos judiciales como la tabulación y evaluación resultados. Con este fin se adoptaron las taxonomías enfermeras:
 - Diagnósticos enfermeros de la NANDA (3) expresados con la fórmula PES (etiqueta + etiología + sintomatología).
 - Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (4).
 - Encontrándose en la actualidad en la última fase para incorporar la taxonomía de criterios de resultados (NOC) (5).
- Creación de registros informáticos adaptados al Proceso de Intervención de Enfermería que facilitaran en lo máximo dicho proceso.

Transcurrido un año desde el inicio de este proyecto, parece procedente realizar una revisión amplia de la situación en la que se encuentra.

Como parte de ella, creemos que realizar un análisis a modo de pilotaje, de los registros de Enfermería de alguno de los módulos de internamiento de nuestro centro y analizar datos que permitan objetivar, como avance de un proyecto mayor, la prevalencia tanto de diagnósticos (que identifican las dianas terapéuticas de Enfermería) como de intervenciones enfermeras (lo cual puede ayudar a definir y/o redistribuir las cargas de trabajo) permitiría concluir si dicho proceso de cambio camina en sentido adecuado y además goza de buena salud.

Objetivos

- Identificar los diagnósticos de Enfermería más prevalentes entre las mujeres ingresadas en el centro.

- Destacar las intervenciones de Enfermería de más incidencia entre las mujeres ingresadas en el centro.

Material y método

Se presenta un estudio descriptivo transversal. La población estudiada está formada por las pacientes ingresadas en el módulo de mujeres (n = 31). Los datos se extractaron de la historia clínica informatizada: registros de Enfermería.

Se analizó la variable sociodemográfica edad. Se utilizó la clasificación de diagnósticos enfermeros de la taxonomía NANDA y la clasificación internacional de intervenciones de Enfermería (NIC). El análisis de datos se llevó a cabo con el programa SPSS. Se realizó el análisis descriptivo de todas las variables, presentando los resultados de las mismas con frecuencias absolutas y porcentajes. Para la variable edad se utilizó la media y la desviación estándar.

Resultados

La población analizada es de 31 (n) mujeres. Siendo la edad media de 42,68 años (DE = 10,73). Edad mínima de 25 años (1 caso) y máxima de 71 años (1 caso). Existen anotaciones correctas del 100% de los enfermeros, en los registros informáticos.

Por lo que respecta a los diagnósticos NANDA

En el momento del análisis de datos, el 100% de las mujeres internadas en el centro estaba diagnosticada por Enfermería con al menos una etiqueta diagnóstica en su formulación (Tabla 1).

Resulta significativa la prevalencia de los diagnósticos sedentarismo (n = 22; 70,97%) y desequilibrio nutricional por exceso (n = 21; 74,74%) (Gráfico 1). Ambos manifiestan la consistencia del proceso de diagnóstico.

En cuanto a las intervenciones según la taxonomía CIE los resultados obtenidos fueron

En el 100% de las mujeres ingresadas en el momento del estudio existe identificado al menos una intervención enfermera, por lo que se dispone de la suficiente información para emitir un plan de cuidados personalizado.

La intervención más prevalente (Gráfico 2) (n = 31; 100%) es la educación sanitaria. Este hecho orienta hacia un ejercicio del rol de la enfermera como educadora.

Discusión

El cambio metodológico introducido en la práctica enfermera en el centro ha calado en todos las enfermeras de la

Tabla 1. Prevalencia de factores relacionales por diagnóstico NANDA

Cod (N=)	Factor relacional	Valor absoluto	%
00168 (22)	Carencia de motivación	15	68,18
00001 (21)	Patrón alimentario inadecuado	18	85,71
00048 (1)	Higiene oral ineficaz	18	94,73
00097 (17)	Entorno con limitadas actividades recreativas	17	100
00130 (10)	Deterioro cognitivo	8	80
00011 (8)	Fármacos	6	75
00109 (6)	Deterioro cognitivo	5	83,3
00179 (5)	Conocimientos deficientes por deterioro cognitivo	3	60
00178 (5)	Infección hepatovirus	5	100
00052 (5)	Alteración de los procesos del pensamiento	4	80
00071 (5)	Sistema de soporte deficiente	5	100

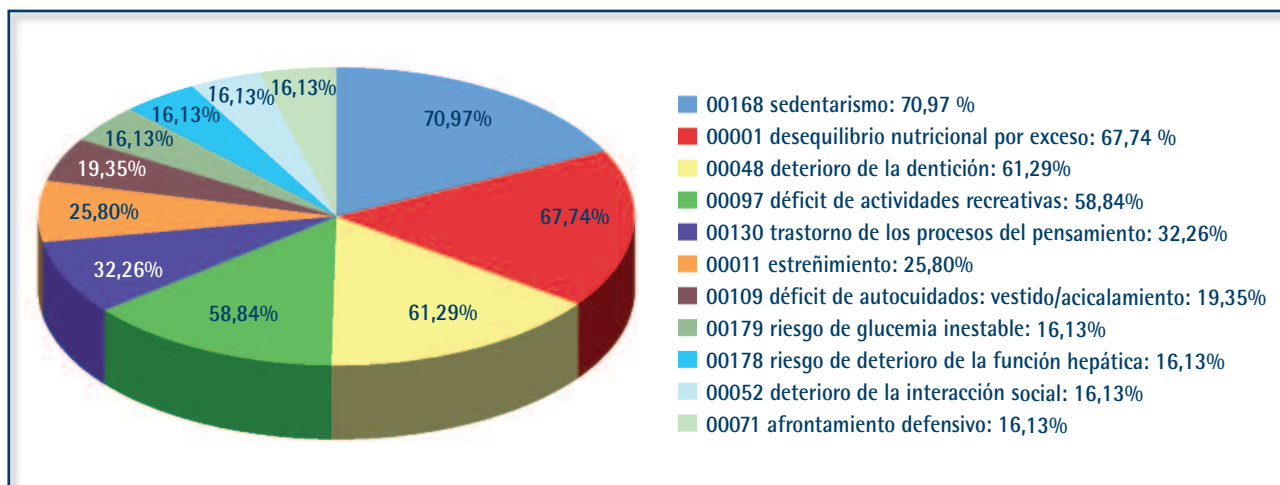


Gráfico 1. Prevalencias etiquetas NANDA

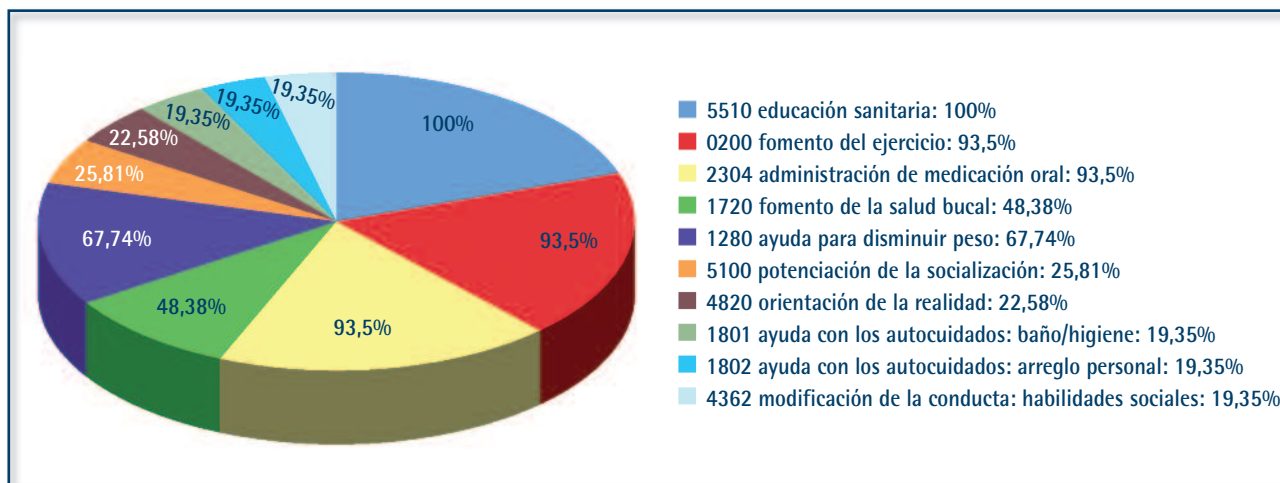


Gráfico 2. Prevalencia intervenciones de Enfermería

Tabla 2. Patrones de salud disfuncionales

Patrón	Cod. NANDA	Casos
Actividad-ejercicio	00168, 00097, 00109, 00048	52
Nutricional-metabólico	00001, 00179, 00178	31
Cognitivo-perceptual	00130	5
Eliminación	00011	8
Rol-relaciones	00052	5
Afrontamiento-tolerancia al estrés	00071	5

plantilla. Este hecho queda suficientemente objetivado tras la revisión de los registros de las historias clínicas (si bien este asunto será objeto de análisis pormenorizado en otro trabajo, ya que no es el objetivo del que nos ocupa) y en especial, tras comprobar tres hechos relevantes:

- El 100% de los enfermeros realiza consulta de Enfermería en cualquiera de sus subtipos.
- El 100% de los enfermeros usa como lenguaje común para el registro y la transmisión de información, las taxonomías enfermeras NANDA y NIC.
- El 100% de los pacientes que causan baja en el centro, recibe un informe de Enfermería al alta (8) orientado desde y hacia la perspectiva enfermera. Sucede lo mismo con los informes que periódicamente son remitidos por el equipo multidisciplinar a los diferentes órganos judiciales.

La metodología enfermera, como estrategia fundamental, y la consulta de Enfermería (2), como herramienta más potente, ofrecen un marco referencial imprescindible para reivindicar el trabajo independiente y de calidad de los enfermos.

El patrón de salud que agrupa la mayor parte de los diagnósticos de Enfermería es el de actividad-ejercicio (Tabla 2).

Aparentemente este resultado puede parecer inconsistente a tenor del parámetro edad. Las mujeres ingresadas en nuestro centro son en general jóvenes (la media de edad es 42,68 años) lo que se corresponde con grupos de edad en los que no existen problemas físicos que condicionen la habilidad motora. Sin embargo, cuando se analizan los factores relacionales se obtiene la auténtica filiación del problema. Aún a pesar de la edad, las pacientes sufren grave deterioro cognitivo-conductual, que junto con efectos secundarios de la medicación antipsicótica condiciona que aun cuando la habilidad motora está conservada, no sucede lo mismo con la habilidad cognitiva necesaria para incorporar los conocimientos suficientes que promocionen el autocuidado.

En cuanto a las intervenciones enfermeras, se identifica con claridad la preponderancia del sistema enfermero de apo-

yo educativo (la intervención 5510 Educación sanitaria aparece en el 100% de las pacientes) tal y como formula Dorothea Orem (9) en su teoría enfermera del déficit de autocuidado (TEDA). Además este resultado refuerza el aspecto de que la metodología enfermera resulta fundamental para que el ejercicio independiente de la enfermera ofrezca resultados importantes para los pacientes, que han de ser visualizados por los distintos profesionales de los equipos de salud con el mismo peso específico que el resto, huyendo de chovinismos estériles.

Bibliografía

- [1] Siles González J. Historia de la Enfermería. Alicante: Editorial Aguacilar; 1999.
- [2] Martínez Riera JR. Consulta de Enfermería a demanda en Atención Primaria. Reflexión de una necesidad. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI 2003; 1(3): 425.
- [3] Del Pino Casado R, Martínez Riera JR. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados de enfermeros en Atención Primaria de Salud. Rev Adm Sanit 2007; 5(2): 311-337.
- [4] NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier; 2010.
- [5] McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3ª ed. Madrid: Harcourt/Mosby; 2002.
- [6] Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2004.
- [7] Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, núm. 274, del 15 de noviembre de 2002).
- [8] Díaz-Ambrona Bardají MD, Serrano Gil A, Hernández Díaz-Ambrona P, Cabrera Forneiro J, Fuertes Rocañin JC. Introducción a la Enfermería legal y forense. Madrid: Díaz de Santos; 2005.
- [9] Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de Enfermería. 3ª ed. Buenos Aires: Mosby-Doyma; 1995.

Experiencia de la intervención grupal de Enfermería en el Taller de la Espalda

¹Puy de Miguel Ibáñez
¹M^a José Echarte Equisoain
¹Eugenia Ancizu Irure
¹M^a Victoria Lorenzo Reparaz
¹Beatriz Olite Munárriz
²Amaia Imizcoz Echarte

¹ Enfermeras del Centro de Salud Txantrea, Pamplona
² Fisioterapeuta del Centro de Salud Txantrea, Pamplona.

Dirección de correspondencia:
Centro de Salud de la Txantrea. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. C/ San Cristóbal, s/n. 31015 Pamplona (Navarra).

E-mail: pdemigui@navarra.es

Resumen

La intervención grupal en taller sobre personas que manifestaban tener dolor de espalda llevó a preguntarse si modificaba tras participar en ellos el número de consultas a los profesionales y si cambiaban su consumo de fármacos.

Revisadas 50 historias de participantes en seis talleres, registrando el número de consultas, relacionadas con su dolor de espalda, un año antes y otro después de la intervención junto al tipo y cantidad de fármacos consumidos.

Disminuyeron un 61% el número de consultas médicas y un 87% enfermeras. También se comprobó que había un cambio en el consumo de fármacos, variando desde el consumo de antiinflamatorios anterior al uso de analgésicos después del taller. Por último, se registró que de los 50 pacientes 18 no tomaban medicación antes del taller y 27 no lo hicieron en el año posterior a esta intervención.

Se concluye que en el grupo de pacientes participantes en el taller del dolor de espalda se había constatado un cambio de actitud en la frecuentación de consultas, un descenso en el uso de fármacos en los procesos más leves y un descenso en el uso de antiinflamatorios, así como un aumento en el número total de pacientes que no tomaron ningún fármaco.

Palabras clave: consulta de Enfermería; dolor de espalda; intervención grupal; taller.

Abstract

Experience of a group nursing intervention in a Workshop on Back Problems

Group intervention in a workshop with people who manifested to have back pain led us to the question of whether their participation in this workshop did modify the number of consultations they had with medical professionals and whether these patients changed their consumption of medication.

We reviewed the medical records of 50 individuals participating in six workshops. A log was kept on the number of consultations in relation to the back pain one year before and then one year after the intervention, together with the type and amount of medicines taken.

The number of medical consultations dropped by a 61% and the number of nursing consultations by 87%. We were also able to verify that there had been a change regarding the consumption of medications, with a variance ranging from the previous use of anti-inflammatory agents to the use of analgesics after the workshop. Finally, we were able to verify that of the 50 patients 18 did not take medication before the workshop and that this number increased to 27 one year after this intervention.

We concluded that the group of patients who participated in the back pain workshop had had a change of attitude in their frequentation of medical consultations, there had been a decrease in the use of drugs in the less severe processes and a decrease in the use in anti-inflammatory agents, as well as a decrease in the total number of patients who did not take any medication.

Key words: Nursing consultation office; back pain; group interventions; workshop.

Introducción

El dolor de espalda es uno de los motivos más frecuentes de consulta en Atención Primaria. La percepción del dolor y la limitación a la actividad es muy común en los pacientes que solicitan consulta y abarca a todas las edades y actividades de la vida diaria.

Esta situación llevó a diseñar una actividad desde la atención de Enfermería a estos pacientes, usando la metodología de Educación para la Salud, para intentar dar herramientas de autocuidado a los usuarios que lo demandaran.

Desde el año 2000 el centro de salud en el que trabajan los autores decidió añadir a la cartera de servicios un taller para trabajar con pacientes que referían en sus consultas "Dolor de espalda".

Después de varios años con una intervención grupal (NIC 5604) dirigida a personas con dolor de espalda, se plantearon comprobar si existen modificaciones en el número de consultas posterior a dicha intervención y si aparece alguna mejora en relación a la autonomía de estas personas en su autocuidado.

Material y métodos

La intervención propuesta consistía en un taller diseñado con metodología de Educación para la Salud. El taller tenía una duración de dos horas y media y las actividades estaban distribuidas de la siguiente manera:

- Presentación: de los participantes y de las enfermeras que lo coordinaban.
- Objetivos y propuesta de trabajo al grupo.
- Técnica de rejilla: expresión de la experiencia de los participantes del dolor de espalda, localización, intensidad, sentimientos frente al dolor, limitaciones en sus actividades diarias, uso de la medicación prescrita y autocuidados realizados en dichas situaciones.
- Técnica de corrección postural: sentados.
- Técnica expositiva: visionado de un vídeo sobre el funcionamiento de la espalda.
- Técnica de corrección postural: bipedestación.
- Análisis de la vivencia del dolor: Power-Point sobre factores que favorecen la aparición del dolor y factores que alivian el dolor de espalda. Discusión con los pacientes de las medidas propuestas.
- Ejercicios para fortalecer la espalda (sobre colchonetas). Técnica de corrección postural: decúbito. Ejercicios específicos de fortalecimiento cervical, dorsal y lumbar.
- Distribución de materiales editados sobre el cuidado de la espalda: consejos, ejercicios y folletos sobre ergonomía en el puesto de trabajo.

En el año 2008 se llevó a cabo un estudio retrospectivo de las historias clínicas de 55 personas que participaron en alguno de los seis talleres organizados a lo largo del año 2006. De las 55 personas que hicieron el taller, cinco no tenían datos de seguimiento durante el año 2007 porque se habían trasladado de centro de salud al cambiarse de domicilio. Los datos de registro de la historia clínica informatizada se obtuvieron del soporte informático OMI.

Denominamos "Episodio" al problema de salud tal como está tratado en el programa de historia clínica (OMI) utilizado en Atención Primaria de Salud en Navarra.

Revisamos 50 historias recogiendo los datos siguientes:

- Episodios relacionados con el dolor de espalda (excluyendo aquéllos que tenían episodios de fibromialgia).
- Número de visitas al médico en relación con uno de los episodios de dolor de espalda (un año antes de hacer el taller, 2005).
- Número de visitas a la enfermera por el mismo motivo (2005).
- Número de visitas al médico un año después de acudir al taller, en el mismo episodio (2007).
- Número de visitas a la enfermera, después de acudir al taller, en el mismo episodio (2007).
- Número de fármacos recetados, ligados al episodio, un año antes (2005).
- Número de fármacos recetados, un año después de acudir al taller (2007).

Desarrollo y resultados

Se prepararon y realizaron seis talleres de cuidado de la espalda, de dos horas y media de duración cada uno. Dirigidos por tres enfermeras del Centro de Salud Txantrea. Durante el año 2006, realizados en los meses de febrero, abril, junio, septiembre, noviembre y diciembre.

Acudieron 55 personas, de las cuales excluimos cinco del estudio, ya que se había procedido al traslado de sus historias a sus nuevos centros de salud. De las 50 personas que cumplían todos los requisitos, 39 eran mujeres y 11 hombres. Con una edad media de 50,5 años. Los episodios que definen la sintomatología de los usuarios que participaron en los talleres se han recogido en el Gráfico 1.

Los usuarios fueron aconsejados para acudir al taller en consultas de médicos o de enfermeras y a comienzos del mes de octubre de 2006 se colocó un cartel con las fechas de celebración del siguiente taller en el área de Admisión del centro. Así mismo, otro cartel recordatorio de fechas en el área de personal.

De estos usuarios que asistieron al taller, se quiso saber el número de consultas que habían hecho, tanto a su médico

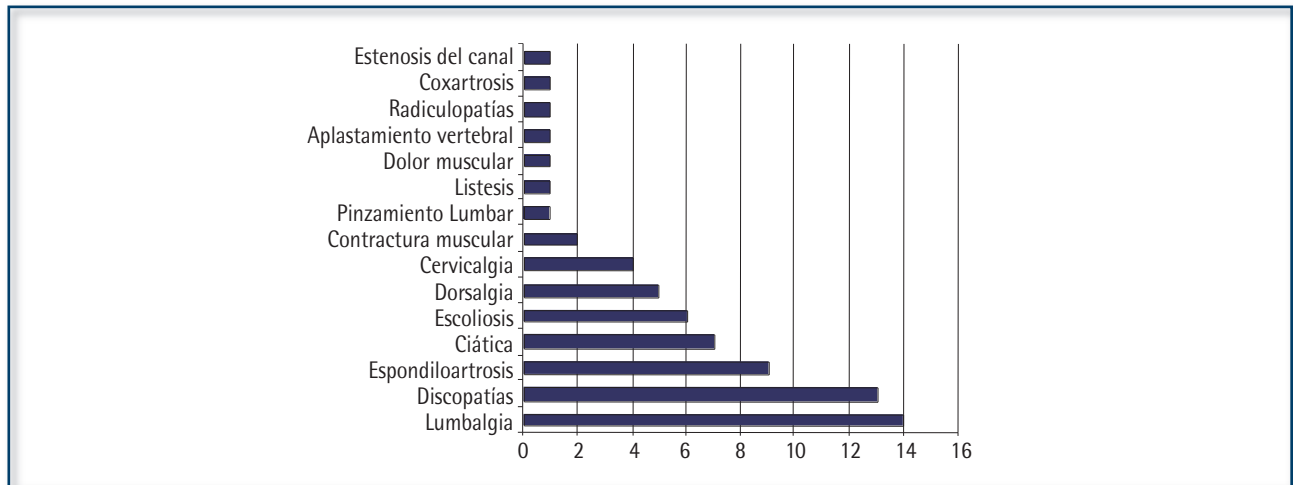


Gráfico 1. Episodios relacionados con el dolor de espalda

como a su enfermera, con cualquier motivo relacionado con su dolor de espalda. Se hizo el recuento de estas consultas tanto antes del taller como un año después (Gráfico 2).

Se comprobó una disminución en el número total de consultas tanto en consultas de Medicina, de 149 a 16 (61%), como de Enfermería, de 58 a 2 (87%).

Otro de los intereses era conocer qué fármacos y qué cantidad de envases por persona se estaban usando, tanto antes como después de la intervención (Gráfico 3).

En general, se pudo observar una desviación de la toma de antiinflamatorios hacia la de analgésicos después de la intervención. El consumo de fármacos, dentro del grupo, tiene dos aspectos a destacar:

- De los 50 pacientes estudiados dos pasaron a consulta de Cirugía y dos a consulta de Rehabilitación por agravamiento y no control de sus procesos. Estos pacientes,

con complicaciones, tomaron más medicación para el control de sus síntomas que antes de la intervención grupal.

- Si se considera el consumo de los pacientes que no se derivaron a cirugía disminuye el uso de analgesia sobre todo después de la intervención. Pacientes que no tomaban medicación antes de la intervención: 16 y pacientes que no la tomaron después de la intervención: 27 (Gráfico 4).

De los 18 pacientes que no tomaban fármacos antes de la intervención, 10 tomaron después y ocho continuaron sin tomar. Había 32 pacientes que sí tomaban fármacos antes de la intervención, después 18 no tomaban nada y ocho habían disminuido el número de envases.

Del resto de pacientes, tres no habían modificado el consumo y tres lo habían aumentado (pacientes quirúrgicos y en rehabilitación).

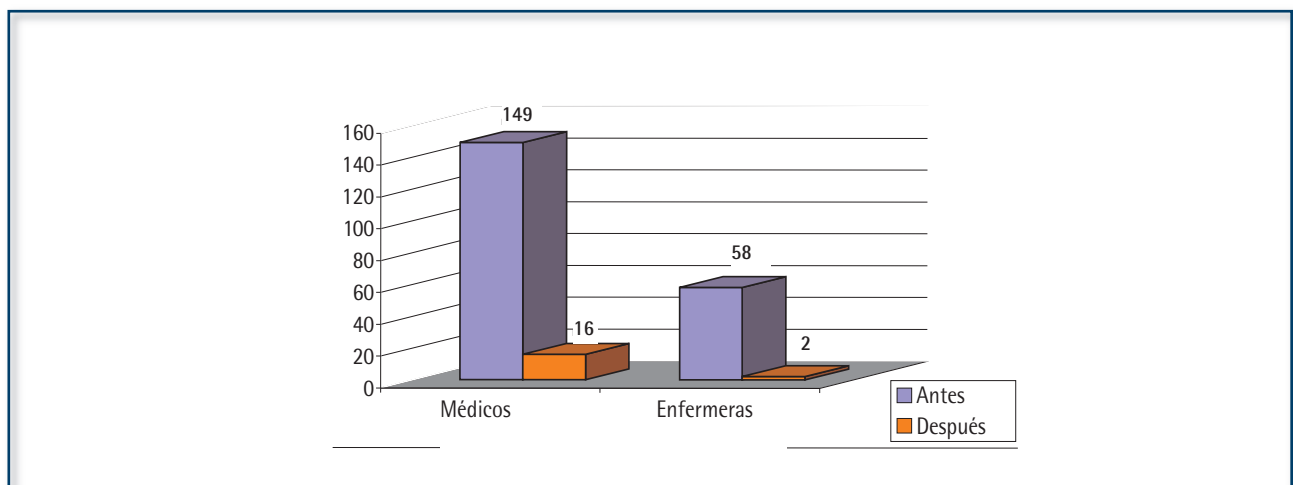


Gráfico 2. Número de consultas en Medicina y Enfermería

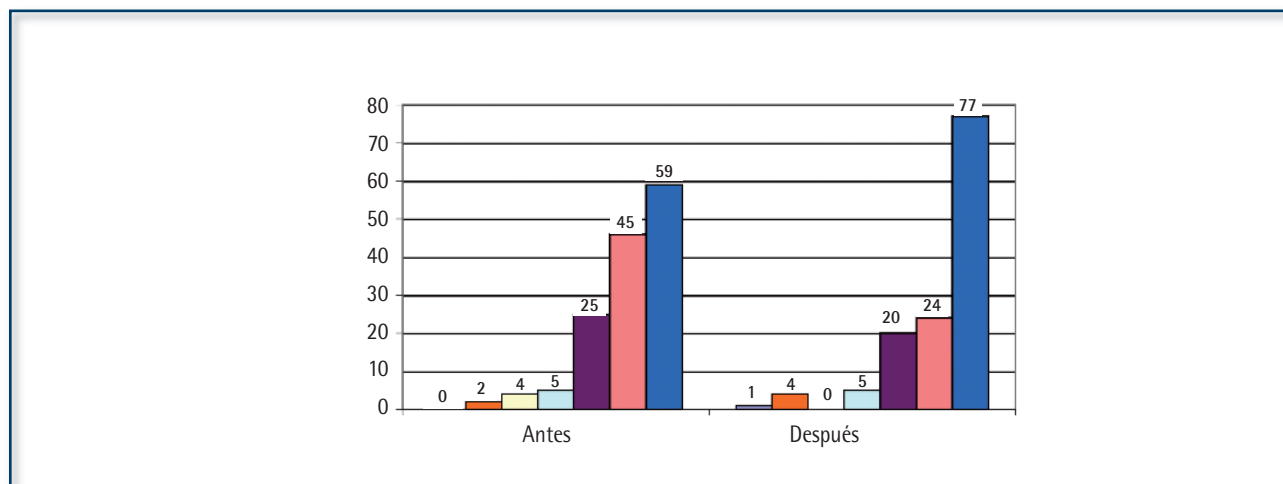


Gráfico 3. Consumo de fármacos. Número total de envases

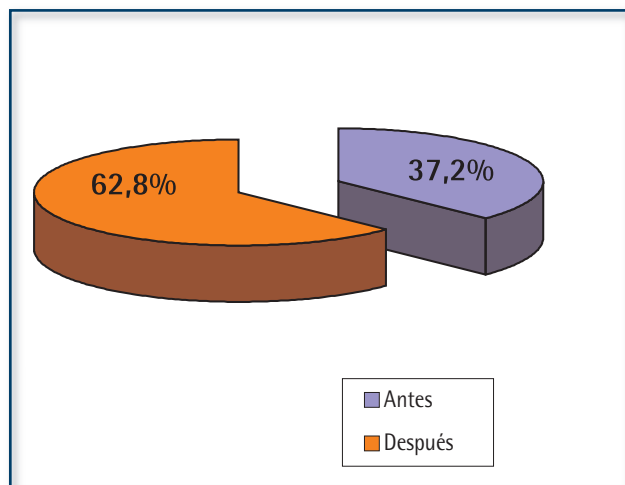


Gráfico 4. Porcentaje que no tomaron medicación

Discusión

En el momento que se planteó la intervención no encontraron experiencias similares en la literatura. Lo que el planteamiento de la intervención y los resultados positivos, ha facilitado el poder compartir la experiencia con otras enfermeras de Atención Primaria de Navarra mediante sesiones de formación con ellas y así difundir la experiencia en otros centros.

Conclusiones

Los procesos agrupados dentro del "Dolor de espalda" son variados en su gravedad y en la aplicación de los autocuidados.

Del estudio se deduce que:

- Hay un cambio de actitud después de la intervención grupal, que deriva hacia una menor frecuentación de las consultas al haber adquirido algunas habilidades para controlar su dolor.
- Un descenso en el uso de fármacos, si bien esto se puede afirmar de los procesos más leves, no así de aquellos casos que derivaron en la atención especializada.
- Una variación en el tipo de fármacos más usados derivando hacia un mayor uso de analgésicos, disminuyendo los antiinflamatorios y con un uso anecdótico de los antiinflamatorios tópicos.
- Un aumento del número de pacientes que no emplea fármacos para control del dolor.

Bibliografía

- [1] Ancizu E, Chocarro J, Pérez MJ. Guía educativa para promover la salud de las personas con enfermedades crónicas. Instituto de Salud Pública. Navarra: Gobierno de Navarra; 1993.
- [2] Hancock MJ. Evaluación del Diclofenaco, de las manipulaciones vertebrales o ambos añadidos al tratamiento de primera elección en la lumbalgia aguda: un ensayo clínico aleatorio y controlado. *Lancet* 2007; 230: 1638-1643.
- [3] Hidalgo Ovejero A. La Lumbalgia en Atención Primaria. Guía de actuación. Navarra: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; 2007.

El control de sesgos en la investigación cuantitativa enfermera

¹Rafael del Pino Casado

²Antonio Frías Osuna

³Pedro A. Palomino Moral

¹ Enfermero. Licenciado en Antropología y Doctor por la Universidad de Jaén. Profesor Contratado Doctor. Departamento de Enfermería, Universidad de Jaén.

² Enfermero. Licenciado en Antropología y Doctor por la Universidad de Granada. Profesor Titular de Universidad. Departamento de Enfermería, Universidad de Jaén.

³ Enfermero. Licenciado en Psicopedagogía y Doctor por la UNED. Profesor Titular de Universidad. Departamento de Enfermería, Universidad de Jaén.

Dirección de correspondencia:
Rafael del Pino Casado. Departamento de Enfermería.
Universidad de Jaén. Campus Las Lagunillas, s/n. 23071 Jaén.

E-mail: rdelpino@ujaen.es

Resumen

El presente artículo tiene como finalidad la exposición y análisis de un tema importante en la investigación cuantitativa enfermera: el control de los sesgos. Para ello se realiza un recorrido conceptual por los distintos tipos de sesgos y se analiza en profundidad las distintas formas de evitarlos al diseñar, ejecutar y analizar los datos de una determinada investigación.

Con este documento se pretende generar una herramienta de trabajo para el investigador enfermero novel que maneja los conceptos básicos de investigación, pero que necesita ir más allá de dichos conceptos y adentrarse en el terreno de la aplicación práctica.

Interesa destacar como puntos fuertes de este artículo: el reunir y actualizar en un solo documento aspectos que están dispersos en la literatura, la orientación práctica de los contenidos abordados y la ejemplificación de situaciones que, por un lado, ayudan a la comprensión de los mencionados contenidos y por otro, están encuadradas en situaciones de investigación de Enfermería Comunitaria.

Palabras clave: investigación cualitativa; sesgos; Enfermería Comunitaria.

Abstract

Bias control in quantitative nursing research

This article aims to expose and to analyze an important subject in quantitative nursing research: bias control. To this end, a conceptual review has been made according to the type of bias as well as an in-depth analysis of the different ways to avoid these biases when designing, implementing and analyzing the data of a given research.

This document is intended to generate a working tool for the novel nursing researcher that handles basic research concepts but who needs to go beyond such concepts and gain further insight into practical applications.

It is of interest for us to highlight as strong points of this article: the gathering and updating of aspects that are dispersed in the literature into one single document, the practical orientation of the contents approached, and the exemplification of situations that, on the one side, help to understand the said contents and, on the other, are framed within research situations in Community Nursing.

Key words: quantitative research; bias; Community Nursing.

Introducción

Que el desarrollo de la investigación enfermera de calidad pasa inevitablemente por una adecuada formación es una proposición que podría catalogarse de tautológica. La actual proliferación de manuales y recursos web sobre metodología de investigación cuantitativa podría hacer pensar que la necesidad de apoyo documental a dicha formación en investigación cuantitativa está más que cubierta. La experiencia docente de los autores de este artículo apunta en sentido contrario, ya que, en la práctica, muchos de los manuales y recursos sobre este tema adolecen de dos déficits en lo que respecta a la formación básica: a) hablan de qué hay que hacer, pero no de por qué hacerlo y cómo hacerlo; b) los niveles de dificultad se sitúan en extremos opuestos: o tan básicos que apenas aportan nada o de un nivel que hace difícil su comprensión a iniciados. Por otro lado, de todos los aspectos que se necesitan conocer en profundidad sobre investigación, el apartado de sesgos adquiere una importancia capital, ya que de su conocimiento depende su prevención y control y por tanto, la veracidad de las conclusiones de un estudio. Es por ello que hemos decidido escribir el presente artículo como contribución a una formación de calidad en investigación enfermera, con la finalidad de analizar los posibles sesgos de una investigación cuantitativa y proponer recomendaciones de cómo evitarlos. Para ello, se recordará en primer lugar algunos conceptos básicos relacionados con la temática abordada, para pasar a analizar a continuación los distintos tipos de sesgos y su control. Para una mejor comprensión de los distintos sesgos se basarán en varios ejemplos, la mayoría de los cuales pertenecen a una interesante línea de investigación enfermera: la investigación sobre el cuidado no retribuido de los mayores dependientes.

Conceptos básicos

Se denomina "error sistemático" a aquel que está relacionado con el diseño del estudio y su ejecución (la selección de la población de estudio, la medición de las variables de interés y el análisis de los datos). A los errores sistemáticos se les denomina también "sesgos". Al ser debidos al diseño y ejecución del estudio, los sesgos son controlables (prevenibles) mediante la mejora de dichos procesos, a diferencia del error aleatorio que no puede prevenirse, ya que se debe a la variabilidad de los fenómenos bio-psico-sociales, unida al hecho de que siempre que se investiga se trabaja con muestras de individuos y no con toda la población posible.

La validez interna de un estudio es el grado de ausencia de errores sistemáticos o sesgos y se relaciona con la capacidad del estudio para observar y medir lo que realmente se

quiere observar y medir y por tanto, con el grado de confianza que se puede tener en los resultados de una investigación.

Cuando un estudio de investigación cuantitativa posee validez interna y precisión*, se dice que tiene validez externa. Dicha validez externa hace alusión a la capacidad de generalizar o extrapolar los resultados obtenidos a diferentes personas, contextos y momentos temporales.

En general, la validez (tanto externa como interna) hace referencia al grado de seguridad o confianza que se puede tener sobre de las conclusiones de una investigación y de su aplicación a otros contextos.

Existen tres tipos de sesgos: de selección, de clasificación o información y de confusión. En términos generales, el sesgo de selección está relacionado con la falta representatividad de la muestra estudiada, el sesgo de clasificación con errores en la medición y el sesgo de confusión se relaciona con la distorsión de la asociación estudiada provocada por la influencia de una tercera variable. En la Figura 1 se resumen las consecuencias de dichos sesgos. Se puede observar seguidamente con mayor detalle cada uno de estos sesgos y sus consecuencias, así como las distintas formas de controlarlos.

Sesgo de selección

Concepto y clasificación

Se denomina así a un tipo de error sistemático que tiene su origen en la falta de representatividad de la muestra estudiada y que tiene como consecuencias la limitación de la extrapolación de las conclusiones del estudio y/o la aparición de asociaciones espurias (inexistentes) y/o la alteración de las asociaciones existentes (ocultamiento de asociaciones reales o distorsión de éstas por infra o sobreestimación del efecto).

Una muestra es representativa de la población de referencia de donde se ha extraído cuando las variables que influyen en el problema de estudio se distribuyen en la muestra de igual forma que en la población de referencia. El sesgo de selección aparece, por tanto, cuando las personas incluidas en un estudio difieren en algunas características o variables relevantes, respecto de la población a la que se quiere aplicar las conclusiones del estudio.

El sesgo de selección puede producirse en la fase de planificación del estudio por errores en la formación de la muestra (sesgos relacionados con la formación de la muestra), y/o en la fase de ejecución al recoger y analizar los datos del mismo (sesgos relacionados con la integridad de la mues-

*La precisión mide el grado de aproximación de los valores obtenidos en un estudio a los valores reales existentes en la población de referencia y por tanto, estima el grado de ausencia de error aleatorio. La precisión se mide mediante la amplitud de los intervalos de confianza de las medidas del estudio.

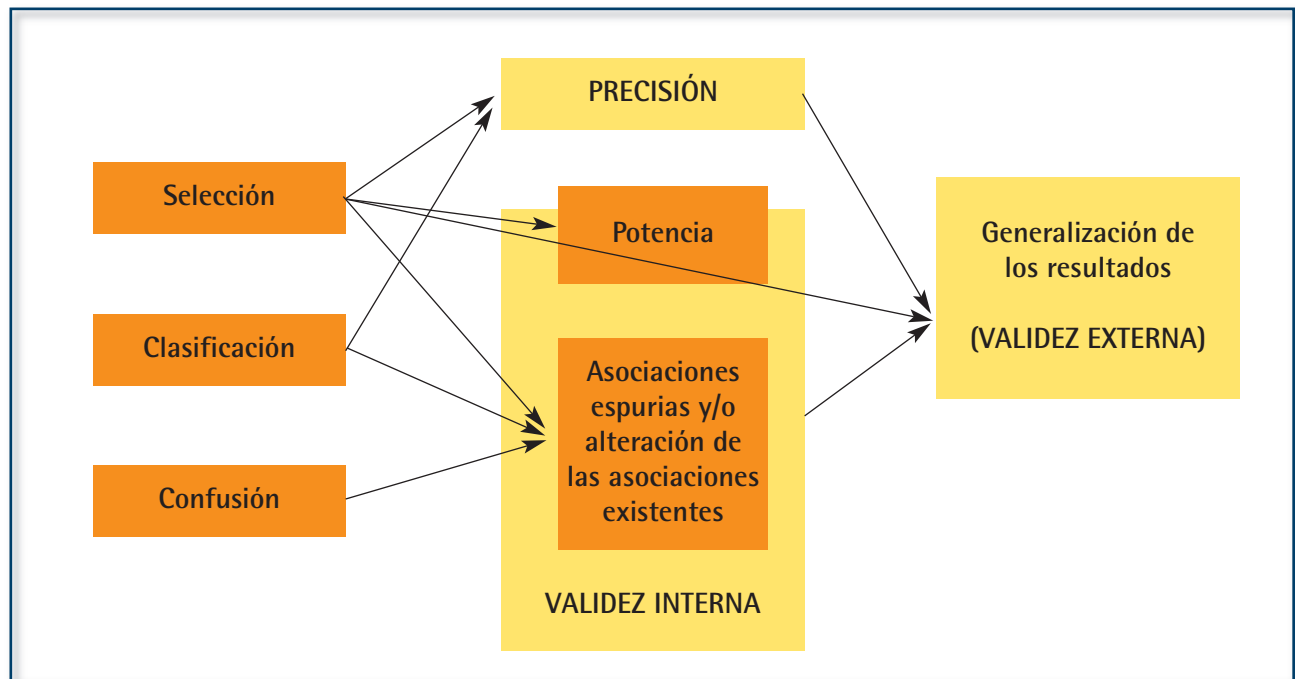


Figura 1. Consecuencias de los sesgos

tra). En la Figura 2 aparecen los distintos tipos de sesgos de selección que se explican a continuación.

Los sesgos relacionados con la formación de la muestra pueden deberse a errores en la definición de la población de

referencia y a errores en la selección de la muestra (1). Dentro de los posibles errores en la definición de la población de referencia, destaca la utilización de casos del problema de estudio ingresados en el hospital (sesgo de Berkson), los cuales se toman como referente de la zona de influencia del hospital. Los errores en la selección pueden a su vez estar relacionados con la utilización de procedimientos de muestreo no probabilísticos (sesgo de muestreo) o con la sobrerrepresentación de casos de larga duración. Algunos casos concretos de sesgos de selección relacionados con el muestreo no probabilístico serían (1-3): estudios con voluntarios (sesgo del voluntariado o de autoselección), la selección diferencial (cuando la forma de seleccionar los sujetos condiciona la distribución de la exposición o el efecto en los grupos que se comparan) y la detección diferencial (cuando la presencia del factor de exposición favorece el diagnóstico del efecto). Dentro de la sobrerrepresentación de casos de larga duración estaría como caso particular la Falacia de Neyman o supervivencia selectiva, que se produce cuando el factor de exposición es a su vez factor pronóstico y condiciona una mayor mortalidad, con lo cual las personas estudiadas no son representativas de la población de referencia.

A continuación se observan algunos ejemplos de los anteriores tipos de sesgos. Respecto de la selección diferencial, se imagina que se quiere comprobar la hipótesis de que en personas cuidadoras existe mayor prevalencia de ansiedad que en población general, desarrollándose para ello un estudio descriptivo transversal, en una ciudad de 60.000 habitantes. Para ello se elige a las personas cuidadoras de ma-

Relacionados con la formación de la muestra:

- Inadecuada definición de la población de referencia:
 - Casos hospitalarios (sesgo de Berkson)
- Selección inadecuada de la muestra:
 - Muestreo no probabilístico:
 - Voluntarios (sesgo del voluntariado)
 - Selección diferencial
 - Detección diferencial
 - Sobrerrepresentación de casos de larga duración:
 - Supervivencia selectiva o falacia de Neyman

Relacionados con la integridad de la muestra:

- No respuesta (sesgo de no respuesta)
- Pérdidas (desgaste de la muestra)
- Datos perdidos
- Rechazo de datos

Figura 2. Clasificación de los sesgos de selección

yores dependientes a partir de las que acuden a un centro de día y a las personas no cuidadoras a partir de las personas de la misma edad y sexo que acuden a consulta de medicina general. Es este estudio se cometería un sesgo de selección que no solo afectaría a la generalización de los datos (ya que los grupos que se comparan no son representativos de toda la ciudad) sino que también conllevaría asociaciones espurias por selección diferencial, ya que la ansiedad en personas cuidadoras puede estar infraestimada en las que tienen posibilidad de respiro (al disponer de centro de día) y la ansiedad en población no cuidadora puede estar sobrestimada en aquellas personas que acuden a consultas de medicina general.

Respecto de la detección diferencial, se supone que se quiere estudiar la relación entre depresión y edad en una determinada localidad. Se podría diseñar un estudio descriptivo transversal en el que la muestra se seleccionara a partir de las historias clínicas del centro de salud. Si el hecho de ser mayor conllevara la inclusión en un examen de salud en el que estuviese incluida la detección sistemática de depresión, se encontraría una mayor frecuencia de diagnóstico de depresión en los mayores respecto de los adultos, lo que traería a la aparición de una asociación artificial entre edad y depresión. Así, no solo se tendría un problema de representatividad de la muestra (los usuarios del centro de salud no tienen por qué ser representativos de la población de referencia) sino también la identificación de una asociación espuria.

En relación con la sobrerrepresentación, ésta podría aparecer en un estudio descriptivo transversal donde se intentase determinar el nivel de ansiedad y depresión de las personas cuidadoras. En dicho estudio estarían infrarepresentadas aquellas personas cuidadoras más frágiles (y por tanto con mayor nivel de depresión y ansiedad), ya que en ellas el riesgo de abandono es mayor.

Los sesgos relacionados con la integridad de la muestra se pueden deber a pérdidas en el seguimiento (desgaste de la muestra), a la no respuesta en un estudio tipo encuesta (sesgo de no respuesta), a la presencia de datos perdidos y al rechazo de datos en la fase de análisis (datos anómalos [puntos extremos**] o rechazados de forma arbitraria) (3).

Como se ha comentado anteriormente, el sesgo de selección tiene consecuencias en dos planos de análisis: la posibilidad de extrapolar los resultados y la posibilidad de aparición de asociaciones espurias y/o de alteración de las asociaciones existentes. La posibilidad de extrapolar los resultados se ve condicionada por la falta de representatividad de la muestra estudiada, que impide la generalización de los resulta-

dos más allá de la propia muestra. El segundo aspecto se produce cuando la selección de los grupos a comparar o los errores en la recogida y/o procesamiento de la información condicionan la distribución de las variables del estudio, de manera que se alteran las relaciones entre dichas variables. En el caso concreto de diseños epidemiológicos, se produce una sobre o infrarepresentación del efecto estudiado en el grupo de las personas expuestas al factor estudiado y por tanto, una estimación del efecto en los sujetos estudiados distinta a la que se obtendría en la población de referencia. Además, los sesgos relacionados con errores en la recogida y/ análisis de la información tienen también consecuencias en la potencia estadística*** y la precisión del estudio, que van a disminuir al reducirse el tamaño muestral (Figura 1).

La falta de representatividad lleva necesariamente a la imposibilidad de generalizar los resultados de la investigación, si bien no es condición suficiente para generar asociaciones espurias o enmascaramiento de asociaciones causales. Por ejemplo, un estudio con voluntarios con un determinado problema no es representativo de la población general, pero si la condición de exposición no está ligada al hecho de ser voluntario, no tiene por qué haber consecuencias en la determinación de la asociación estadísticas. Éstas solo se darían cuando el motivo para presentarse voluntario al estudio estuviese asociado, por ejemplo, a una mayor exposición en los que tienen el problema e estudio. Cuando la autoselección conlleva una distribución diferencial de la variable de interés en los grupos que se comparan, se habla de participación diferencial (2). Morabia (4) hace referencia a este aspecto en un artículo metodológico específico de estudios de casos y controles, donde deja constancia que la falta de representatividad no tiene porque llevar necesariamente a una estimación sesgada de la odds ratio****.

Para entender mejor estas asociaciones espurias, se puede tomar en consideración a modo de símil el siguiente episodio ocurrido en la Segunda Guerra Mundial (5): los militares norteamericanos inspeccionaban las partes dañadas de los bombarderos a la vuelta de las misiones, para reforzarlas. En principio parece una decisión acertada, ya que mejoraría la resistencia de los aparatos, pero si se tiene en cuenta que una parte de los bombarderos no volvían (porque habían sido derribados) y que eran precisamente los que volvían los que presentaban daños en zonas menos vitales, se producía una decisión errónea, ya que lo único para lo que servía la inspección era para marcar zonas del aparato que no eran esenciales para su correcto funcionamiento. Así, la selección de la muestra de estudio (partes dañadas de los aviones) estaba afectada por la exposición (al fuego enemi-

** Valores de una variable cuantitativa que están muy por encima o por debajo del conjunto de los datos.

*** Capacidad del estudio de detectar la ausencia de asociación estadística.

**** Medida de la magnitud de la asociación o tamaño del efecto en los estudios de casos y controles.

go), de manera que dicha exposición es un factor pronóstico que origina una disminución de la exposición en las unidades que presentan el efecto estudiado. A este sesgo se le conoce, como ya se ha visto, como Falacia de Neyman.

En el terreno concreto de la investigación en el cuidado informal son frecuentes los estudios con muestras de conveniencia (6), siendo varios los autores que han advertido de las limitaciones a la generalización de los resultados cuando se emplean muestras no probabilísticas (7,8). Dichas limitaciones se basan en las características diferenciales de las personas que participan en estudios de muestras de conveniencia (autoselección), frente a los que no participan. Así, Dura y Kiecolt-Glaser (7) encontraron diferencias entre personas cuidadoras en domicilio frente a las que estaban en una institución y entre personas cuidadoras que participaban en un estudio con muestra de conveniencia frente a las que no participaban. En el primer caso, se tiene que las cuidadoras en el hogar invertían más tiempo de cuidado, afrontaban más problemas de comportamiento, cuidaban a más personas, tenían más problemas de depresión y las personas cuidadas tenían mayor nivel de dependencia. En el segundo caso, las personas cuidadoras que no participaban atendían a pacientes con mayor nivel de dependencia. De la misma manera, Pruchno y cols (8) compararon una muestra de personas cuidadoras obtenida mediante muestreo aleatorio con otra de conveniencia, encontrando diferencias entre ambas que pueden justificar el pensar que se alcanzan resultados distintos en cada caso.

Salvo los errores en la fase de análisis de datos y la inadecuada definición de la población de referencia, que son independientes del tipo de diseño empleado, el resto de sesgos de selección están relacionados con el tipo de diseño de investigación (Figura 3).

La aparición de asociaciones espurias o enmascaramiento de asociaciones reales como consecuencia de la inadecuada selección de la muestra están relacionadas con diseños transversales y de casos y controles. En los primeros predomina la sobrerrepresentación de casos de larga duración (con independencia del tipo de muestreo) y en los segundos la selección o detección diferencial por muestreo no probabilístico. Esto último se debe a que, en los estudios de casos y controles, el efecto ya se ha producido al iniciar la investigación y al seleccionar los casos y los controles se puede alterar la distribución de la exposición, es decir, que los casos y/o controles seleccionados estén más o menos expuestos que el total del casos y/o controles de la población de referencia. Este problema se da con bastante frecuencia ya que es habitual que en los estudios de casos y controles trabajen con controles elegidos de forma no probabilística. La selección y detección diferenciales pueden aparecer también en estudios descriptivos transversales con muestreo no probabilístico, cuando el criterio de muestreo sea tener o no el problema de estudio.

En lo que respecta a los errores relacionados con la integridad de la muestra, están relacionados con los diseños longitudinales prospectivos (las pérdidas) o investigaciones mediante encuestas (la no respuesta).

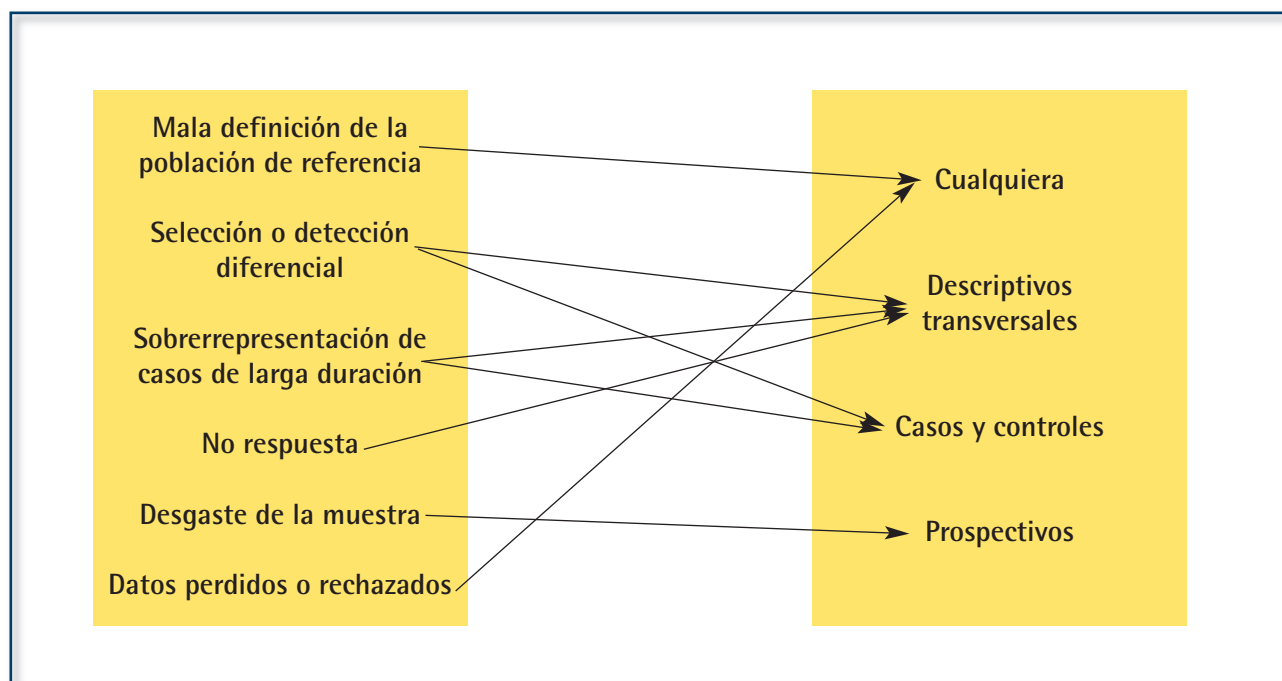


Figura 3. Sesgo de selección y tipo de diseño

El conjunto de limitaciones de un estudio relacionadas con la formación e integridad de la muestra se completa con el tamaño muestral insuficiente y con el empleo de restricciones en la definición de la muestra. Dicho conjunto de limitaciones y sesgos relacionados con la formación e integridad de la muestra, así como sus consecuencias, se muestran en la Figura 4.

Control del sesgo de selección

En términos generales, la mejor prevención del sesgo de selección es fijar adecuadamente la población de referencia y trabajar con muestras representativas de dicha población. Para lo primero, lo más adecuado es que el marco de muestreo (conjunto de elementos de donde se obtiene la muestra) coincida con la población de referencia. Por ejemplo, si se quiere pasar una encuesta sobre una zona geográfica determinada y se emplea como marco de muestreo la base de datos del sistema sanitario público, nuestra población de referencia no es la población del área geográfica, sino las personas de dicha área con cobertura del sistema sanitario público. Para lo segundo (muestras representativas), la opción de mínimos estaría representada por la utilización de una muestra probabilística de suficiente tamaño muestral. No obstante, hay situaciones en las que esto no es posible al no tener identificada la población de referencia. Un ejemplo de esto lo constituyen los estudios de casos y controles donde no son una muestra representativa del área de estudio (bien por falta de recursos o de forma intencionada para

que casos y controles sean comparables). En estos casos, la prevención del sesgo de selección, por lo menos en lo que a asociaciones espurias o enmascaramiento de asociaciones reales se refiere (ya que la extrapolación es imposible), pasa por (1,3): utilizar casos incidentes, igualar los criterios de selección y diagnóstico en los grupos a comparar, evitar que los controles conozcan la hipótesis del estudio para que su participación no dependa de la misma y confirmar que la exposición no influye en el diagnóstico del efecto.

Cuando la muestra no es representativa, con independencia del tipo de estudio, es necesario describir las características sociodemográficas de la muestra estudiada para mejorar en lo posible la escasa validez externa del estudio en cuestión. Esta medida es, no obstante, conveniente en cualquier situación, ya que favorece la validez externa y por tanto, la utilidad clínica de la investigación. Otro tema interesante en el caso de muestras no representativas, aunque a veces solo sea una cuestión de "higiene conceptual", es circunscribir las conclusiones del estudio a la muestra estudiada. Y con independencia de la representatividad de la muestra, siempre es una buena medida diagnosticar el efecto de manera enmascarada en relación con el nivel de exposición.

Por otro lado, cuando el problema no es la representatividad inicial de la muestra sino las posibles pérdidas en su seguimiento o la baja respuesta en un estudio tipo encuesta, es conveniente la sobreestimación del tamaño muestral en la fase de planificación del estudio, si bien esta medida, aunque puede evitar las repercusiones en la potencia y la precisión del estudio, no previene necesariamente el sesgo de se-

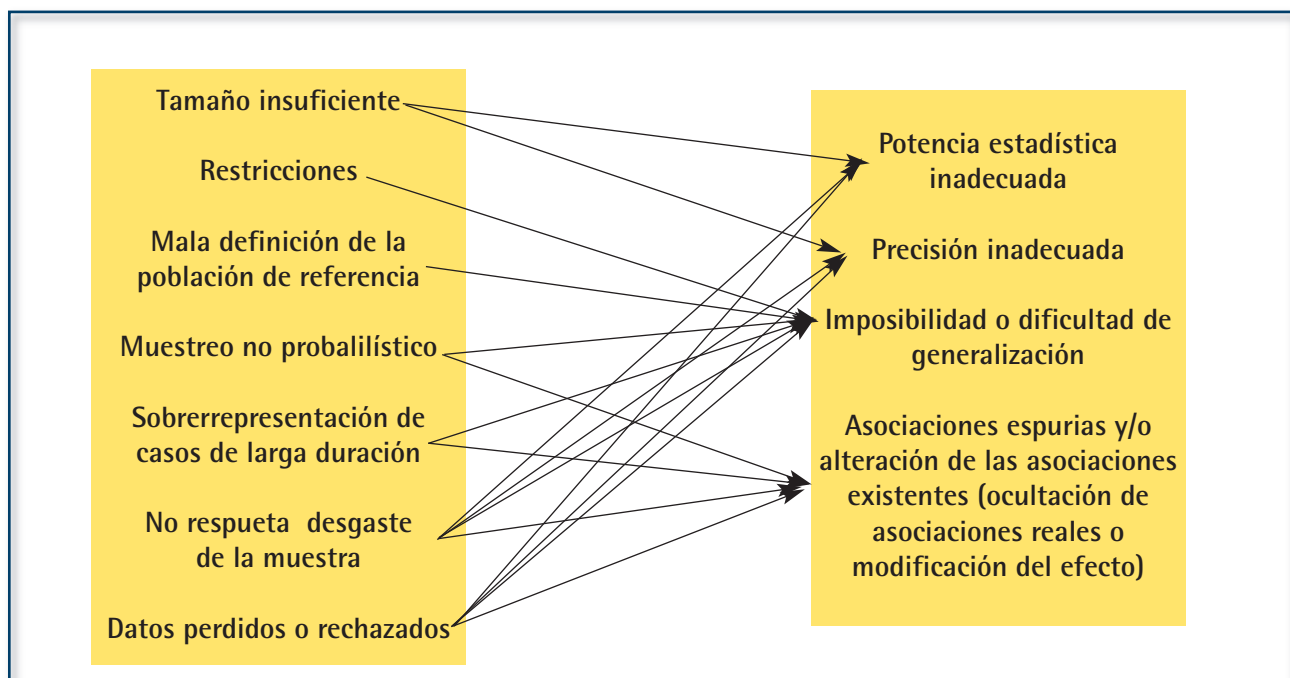


Figura 4. Limitaciones y sesgos relacionados con la forma e integridad de la muestra y sus consecuencias

lección, ya que las personas que abandonan o no responden pueden tener características diferenciales de las que continúan o responden. La sustitución muestral (reposición de elementos que no contestan) en estudios tipo encuesta conlleva similares reflexiones. En estudios con seguimiento es importante contar con información detallada de contacto con los participantes, así como utilizar sistemas potentes de seguimiento y control de los participantes (que permitan identificar constantemente su localización y su estado), contactos frecuentes y mecanismos de recordatorio (3,9).

Cuando las pérdidas o la baja tasa de respuesta ya se han producido, la estrategia de control depende de si se conocen o no las características de la población de referencia (en caso de muestreo no probabilístico) o de las pérdidas (en caso de muestreo probabilístico). En el caso de ser desconocidas, el sesgo de selección no se podrá controlar en estudios de seguimiento, mientras que en estudios tipo encuesta la única posibilidad es la sustitución muestral, ya comentada. En el caso de conocer las características de las personas perdidas en muestras representativas, lo primero que hay que hacer es ver si hay diferencias entre los que participan y los que no, respecto de aquellas variables que influyen en el efecto estudiado. La existencia de diferencias pone de manifiesto la presencia de sesgo de selección. En el caso de conocer las características de la población de referencia, se puede intentar controlar el sesgo de selección (con independencia de la representatividad de la muestra original) demostrando que la muestra final y la población de referencia son similares en aquellas variables que influyen en el efecto estudiado o bien mediante técnicas de ajuste estadístico****.

El sesgo de selección debido a pérdidas de datos solo es controlable en la fase de planificación y ejecución, intentando evitar al máximo la pérdida de información. En lo que respecta a la existencia de datos o puntos extremos en variables cuantitativas, cuando son verdaderamente puntos extremos y no errores en la recogida de datos, la mejor solución es analizar los datos del estudio mediante técnicas estadísticas basadas en estadísticos robustos (como por ejemplo, la mediana o la media recortada), que evitan el rechazo de datos.

Sesgo de clasificación e información

Concepto y clasificación

El sesgo de clasificación consiste en la presencia de errores en la medición, los cuales pueden tener su origen en el investigador o en la persona investigada (Figura 5). El sesgo

de clasificación puede afectar a la precisión y puede llevar a asociaciones espurias o a la alteración de las asociaciones existentes. Los sesgos o errores que tienen su origen en el investigador (sesgo del observador) pueden estar relacionados con la inadecuada definición y/o aplicación de criterios diagnósticos o de medición, con la utilización de métodos y/o instrumentos de medida no pertinentes para lo que se quiere medir o inadecuados (aparatos mal calibrados o con fallos, escalas no validadas, etc.) y con errores en el procesamiento de los datos. Los sesgos que tiene su origen en la persona estudiada (sesgo del observado) pueden ser de varios tipos: imprecisiones, confusiones o temas tabú, errores al recordar un hecho pretérito (sesgo de memoria o de recuerdo), cansancio, variación de comportamiento al sentirse observadas (efecto Hawthorne) o como consecuencia de la búsqueda deliberada de un determinado resultado por parte del investigador (efecto del investigador).

Control del sesgo de clasificación

Los errores en la medición no pueden controlarse en la fase de análisis de datos. Las medidas orientadas a su control

Sesgo que tienen su origen en el observador (sesgo del observador)

- Derivados de la definición o aplicación de criterios diagnósticos
- Derivados de los métodos y/o instrumentos de medida
- Derivados de errores en el procesamiento de los datos

Sesgos que tienen su origen en el individuo estudiado (sesgo del observado)

- Sesgo de memoria o de recuerdo
- Confusiones, imprecisiones o temas tabú. Efecto Hawthorne
- Efecto investigador (parcialidad)

Figura 5. Sesgo de clasificación o información

**** Entre los distintos tipos de ajuste, podemos poner como ejemplo uno diseñado para encuestas, consistente en la asignación a los participantes de un factor de ajuste basado en la suposición de que las respuestas de los no respondedores hubiesen sido similares a los respondedores en cada estrato homogéneo de la muestra, construido a partir de la información disponible de dicha muestra (edad, sexo, etc.) (10). Para otros tipos de ajustes puede consultarse Miller y Hollist (9) y Cuddeback y cols (11).

hacen referencia a la fase de planificación y a la fase de recogida de datos. Dichas medidas son:

- Elaboración de un protocolo preciso para la recogida de datos (donde se detallan los procesos, personas e instrumentos relacionados con la obtención de datos) y entrenamiento adecuado de las personas encargadas de la recogida de datos.
- Utilización de definiciones operativas inequívocas de los eventos a estudiar (con categorías excluyentes y exhaustivas para las variables cualitativas o categóricas y precisando las escalas y/o unidades de medida para las cuantitativas).
- Establecimiento de codificaciones en la recogida de datos para mejorar su posterior procesamiento.
- Empleo de normas estandarizadas de medida para todos los sujetos así como instrumentos estructurados y calibrados/validados.
- Mantenimiento de controles a lo largo de todo el proceso (evaluaciones intermedias de la información recogida, reuniones con las personas encargadas de la recogida de datos, etc.).
- Aplicación de medidas que eviten la influencia de la persona que recoge los datos sobre la persona estudiada (efecto del investigador y/o Hawthorne).
- En caso de cuestionarios o escalas recogidos mediante entrevista, fraccionamiento de la recogida en más de una entrevista si fuese necesario.
- Realización de una prueba piloto para valorar la idoneidad y viabilidad de los métodos e instrumentos.

En relación con el sexto punto se han desarrollado diversas estrategias para su control en estudios experimentales, tales como el enmascaramiento y el diseño de cuatro grupos de Salomón. El enmascaramiento consiste en ocultar en que grupo de tratamiento se encuentra cada sujeto. Esta información se puede ocultar a la persona estudiada (simple ciego), a ésta y a la persona que recoge los datos (doble ciego) y a éstas y a la persona que realiza el análisis de los datos (triple ciego). El simple ciego previene el efecto Hawthorne. El doble y triple ciego previenen este tipo de sesgo más el del efecto del investigador. En estudios de interven-

ciones educativas, que suelen ser frecuentes en investigación enfermera, no es posible la prevención del efecto Hawthorne mediante el enmascaramiento a simple ciego, ya que la persona investigada es consciente del tipo de intervención que recibe, pero sí se puede prevenir el efecto del investigador cegando la recogida y análisis de datos y minimizar el efecto Hawthorne ocultando el efecto concreto que se persigue (si ello es posible desde el punto de vista ético). El diseño de cuatro grupos de Salomón permite analizar si la medición preintervención que se realiza en un ensayo clínico aleatorio tiene algún efecto sobre el resultado perseguido con la intervención (efecto Hawthorne). Para ello, se forman aleatoriamente cuatro grupos, aplicando la intervención que se quiere evaluar en dos de ellos y dejando los otros dos como grupo control (sin intervención o con otra intervención distinta), de manera que dentro de cada pareja se hace medición preintervención un grupo y en otro no. Si no hay efecto Hawthorne, los resultados (medición postintervención) en los dos grupos de intervención, por un lado, y en los dos grupos control, por otro, han de ser estadísticamente iguales.

En los estudios observacionales no hay procedimientos tan estructurados, pero sí se puede aplicar la misma lógica que en los experimentos. Así, para la prevención del efecto Hawthorne se pueden emplear las siguientes medidas: ocultar la hipótesis del estudio a las personas estudiadas (3) (si ello es posible desde el punto de vista ético) y evitar que exista algún vínculo entre las personas investigadas y las encargadas de recoger la información; mientras que para la prevención del efecto del investigador se puede ocultar la hipótesis del estudio a la personas encargadas de recoger los datos.

En la Tabla 1 aparecen resumidas las distintas medidas para el control del efecto Hawthorne y del efecto del investigador, en función del tipo de estudio.

Sesgo de confusión

Concepto y clasificación

El sesgo de confusión se produce cuando la asociación entre dos variables está distorsionada por el efecto de una tercera variable, la cual influye en la variable dependiente

Tabla 1. Medidas que previenen los errores derivados de la interactividad (efectos Hawthorn y del investigador)

	Experimentales	Observacionales
Efecto Hawthorne	Simple ciego No vínculo entre sujetos estudiados y recogedores de datos	Ocultar hipótesis a sujetos estudiados No vínculo
Efecto del investigador	Doble y triple ciego	Ocultar hipótesis a personas encargadas de recoger datos

y está asociada con la variable independiente (12). A ésta se le denomina variable de confusión o confundidora. La distorsión puede consistir en una sobre o infraestimación del efecto, en el cambio del sentido de la asociación, en crear una asociación que no existe (espuria) e incluso en ocultar una asociación real. En el caso de diseños epidemiológicos, donde siempre se comparan dos grupos, esta correlación con la variable independiente se traduce en una distribución desigual de la variable de confusión en los grupos que se comparan. La distorsión de la asociación estadística debida a una variable de confusión suele diferenciarse de la debida a un sesgo de selección o clasificación, ya que en estos últimos son relaciones que se crean artificialmente al seleccionar o medir (artefactos), mientras que en el caso del sesgo de confusión, la asociación entre la variable de confusión y el efecto analizado o variable dependiente es real.

Se comprenderá mejor todo esto con un ejemplo. Se quiere estudiar el efecto de la utilización del andador en ancianos con debilidad en miembros inferiores sobre el diagnóstico enfermero riesgo de caídas (variable dependiente). Para ello se comparan dos grupos de personas: aquéllas que han sufrido una caída en el último año y las que no han sufrido en dicho período de tiempo, de manera que se ve si existen diferencias en la utilización de andadores. Si el grupo de los que caen tiene mayor media de edad que los que no caen, las diferencias encontradas pueden no deberse al uso de andadores sino a la edad, ya que dicha edad está relacionada con las caídas. En este ejemplo, a la variable edad se le denomina variable de confusión.

Así, en el caso de un diseño epidemiológico, donde las variables independiente y dependiente son cualitativas o categóricas dicotómicas, para que una tercera variable sea potencialmente confundidora tienen que cumplirse tres condiciones (13):

- La variable de confusión está asociada a la variable independiente y a la variable dependiente.
- La asociación entre las variables independiente y dependiente es la misma en cada estrato o categoría de la variable de confusión, pero dichas asociaciones son distintas a la del análisis crudo (sin estratificar).
- La asociación cruda entre las variables independiente y dependiente es diferente de la asociación ajustada o controlando por la variable de confusión. A continuación se va a hacer algunas consideraciones al respecto de estas condiciones.

En lo que respecta a la asociación entre la variable de confusión y la variable dependiente, todas aquellas variables que la literatura muestra que tienen asociación con dicha variable dependiente han de ser consideradas potencialmente confundidoras y deben ser controladas por los procedimientos que más adelante describirán, aunque en los datos del estudio no exista dicha asociación. Esto es así por dos razones:

por un lado, no siempre se dispone de la potencia estadística suficiente para encontrar asociación estadística entre la variable de confusión y la variable independiente y por otro, al analizar la asociación entre dichas variables, el efecto de una tercera variable puede ocultar dicha asociación. Un ejemplo concreto del error que supondría no considerar variable de confusión a una variable descrita como tal en la literatura, pero que en los datos no se asocia a la variable dependiente, se puede ver en el artículo de Artaso y cols (14). En dicho artículo, se estudian variables relacionadas con la sobrecarga subjetiva en cuidadoras de mayores con demencia, una de las cuales es el afrontamiento basado en emociones. Existen diversas investigaciones donde se relaciona dicha variable con la sobrecarga subjetiva, pero en el artículo comentado, al existir un tamaño muestral insuficiente y por tanto, poca potencia estadística, los investigadores no encuentran asociación entre el mencionado tipo de afrontamiento y la sobrecarga subjetiva, por lo que cometen el error de no tener en cuenta dicho tipo de afrontamiento como variable potencial de confusión.

Ahora bien, si dicha variable de confusión no está asociada con la variable independiente, no tiene que ser tenida en cuenta como variable de confusión, ya que aunque sea realmente una variable de confusión, no actúa como tal en nuestros datos.

A diferencia de los otros dos sesgos, que pueden darse en cualquier tipo de estudio, el sesgo de confusión, por su naturaleza, está relacionado con estudios de correlación, es decir, estudios que miden asociación entre variables, estando libres de dicho sesgo los trabajos cuya finalidad es la determinación o descripción de uno o varios parámetros poblacionales, también llamados univariantes en la terminología de Denise Polit (15).

Control del sesgo de confusión

El sesgo de confusión es el único que puede controlarse (prevenirse) con garantías, además de en la fase de diseño (como el resto de sesgos), en la fase de análisis. Sin embargo, en cualquier caso, las variables potenciales de confusión han de ser identificadas mediante búsqueda bibliográfica y han de ser definidas en la fase de diseño y recogidas junto con el resto de variables del estudio.

Así, si se une la anterior idea a lo que se vió en el apartado de sesgo de selección, donde una de las recomendaciones era que siempre es conveniente describir la muestra estudiada para favorecer su validez externa, queda que en cualquier estudio donde se analicen hipótesis de correlación entre variables, hay como mínimo tres grupos de variables:

- Variables sociodemográficas: de descripción de la muestra.
- Variables de la/s hipótesis a estudiar: que pueden clasificarse en independiente/s y dependiente/s.

- Variables potenciales de confusión. En la Tabla 2 se desarrolla esta idea, ampliándose con el caso de estudios univariantes y mixtos (con hipótesis univariantes y de correlación).

El control de una variable de confusión puede realizarse mediante las siguientes técnicas: a) en la fase de diseño del estudio: intentando eliminar del estudio la variable o las variables de confusión mediante restricción (es decir, mediante criterios de inclusión o exclusión) o bien consiguiendo que éstas estén igualmente distribuidas en los grupos que se comparan (expuestos vs. no expuestos, casos vs. controles, intervención vs. control, etc.), utilizando para ello: apareamiento, muestreo aleatorio estratificado proporcional o asignación aleatoria de las personas del estudio a los grupos a comparar (en caso de experimentos); b) en la fase de análisis: mediante técnicas estadísticas tales como: análisis multivariante, análisis estratificado o estandarización o ajuste. Es posible que algunos de estos métodos necesiten ser explicados. A continuación se pasará a ello.

El apareamiento suele utilizarse en los estudios de casos y controles y consiste en la asignación a cada caso de uno o varios controles con igual valor en la/s variable/s potenciales de confusión, con lo que quedan igualadas dichas variables en los grupos a comparar. Por ejemplo, si la edad y el sexo son variables potenciales de confusión y la relación entre casos y controles es de 1 a 1, si se selecciona un caso que sea mujer y tenga 54 años, se elegirá un control que sea mujer y tenga la misma edad.

El muestreo aleatorio estratificado proporcional consiste en dividir a la población de referencia en subconjuntos (estratos) en base a uno o varios criterios (edad, sexo, etc.), de manera que en cada estrato se selecciona una muestra de forma aleatoria y cada estrato contribuye a la muestra total en función de su peso en la población de referencia. Cuando el criterio o criterios de estratificación son variables potenciales de confusión y los grupos a comparar se eligen de forma separada en cada estrato, se garantiza que dichas variables estén igualmente distribuidas entre los grupos a comparar.

El análisis multivariante permite analizar la relación entre las variable de interés (independiente y dependiente), eliminando los efectos de terceras variables (las potenciales de confusión), que son introducidas en el modelo estadístico como variables independientes. Entre los métodos de análisis multivariante con una sola variable dependiente más utilizados en Ciencias de la Salud están: a) regresión lineal múltiple: cuando la variable dependiente es cuantitativa y las independientes cuantitativas y/o dicotómicas; b) regresión logística: cuando la variable dependiente es cualitativa o categórica y las independientes cuantitativas y/o dicotómicas; y c) análisis de la covarianza (ANCOVA): cuando la variable dependiente es cuantitativa, la variable independiente principal es cualitativa y las potenciales variables de confusión (llamadas aquí covariables) son cuantitativas.

El análisis estratificado consiste en examinar la relación entre la variable independiente y la dependiente en cada uno de los estratos o categorías de una variable potencial de confusión (que, por tanto, ha de ser cualitativa o categórica). Cuando dicha variable es realmente confundidora, los resultados del análisis estadístico tienen que ser iguales en cada estrato de la variable de confusión pero distintos de los del análisis sin estratificar.

Por último, la estandarización o ajuste consiste en comparar el resultado de una determinada variable en dos grupos haciendo que dichos grupos tengan la misma distribución respecto de una tercera variable que sería la de confusión. El ejemplo clásico es de comparar la tasa bruta de mortalidad (variable dependiente) en dos poblaciones (variable independiente o grupos a comparar). Dado que el envejecimiento influye en la mortalidad (es decir, la edad es una variable de confusión en este caso), para poder comparar la mortalidad hay que ajustarla por edad. Para ello se multiplican, en cada población, las tasas de mortalidad específica de cada grupo de edad por los efectivos de dichos grupos de edad en una tercera población que se toma como referencia, obteniéndose con ello los sucesos esperados, es decir, las defunciones que tendrían las poblaciones que se comparan si tuviesen la misma estructura de edad que la población de referencia. Dicho

Tabla 2. Variables de un estudio en función de las hipótesis planteadas

	Estudio univariante (caracterización)	Estudio de correlación (asociación)	Estudio mixto (caracterización y asociación)
Variables que describen la muestra	X	X	X
Variables relacionadas con las hipótesis/objetivos del estudio	X	X	X
Variables potenciales de confusión a controlar en la fase de análisis		X	X

de otro modo, con este procedimiento se elimina el efecto de la edad sobre la mortalidad.

La restricción, como ya se ha visto, tiene el inconveniente de que limita la validez externa del estudio. Respecto de la asignación aleatoria a los grupos que se comparan (solo es posible en estudios experimentales), hay que tener en cuenta que únicamente garantiza que los grupos sean comparables cuando el tamaño de cada grupo es grande. Así, siempre se aconseja, a pesar de emplear este método, que se demuestre que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos a comparar respecto de las variables potenciales de confusión. El apareamiento, la estandarización o ajuste, el muestreo estratificado y análisis estratificado, tienen la limitación del número de variables por las que se ajusta, que no puede ser mayor de una (en el caso de la estandarización o ajuste) o dos (en el resto). El análisis estratificado, además, tiene el requisito de necesitar potencia suficiente en cada estrato, lo que aumenta el tamaño muestral necesario. Todo ello hace que la mejor opción de control sea el análisis multivariante.

Para terminar con la exposición del sesgo de confusión y su control, hay que ver una cuestión interesante cuando se emplean métodos multivariantes para el control del sesgo de confusión o se realiza análisis estratificado. Dicha cuestión consiste en decidir si la asociación en cada estrato (en análisis estratificado) o la asociación ajustada o controlada mediante análisis multivariante, son sustancialmente distintas de la asociación cruda o sin controlar (es decir, bivariante). Esta cuestión es necesaria tanto para dilucidar si la variable en cuestión es de confusión (ver condiciones para que una variable sea considerada de confusión descritas más arriba) como para interpretar los resultados finales del análisis estadístico multivariante, cuando se introducen todas las variables de confusión como variables independientes. Cuando la asociación aparece, desaparece o cambia de sentido al realizar el análisis estratificado o multivariante, la cuestión es fácil. Sin embargo, cuando lo que varía es la fuerza de la asociación, ¿cuál es el límite? Por convención, se recomienda un umbral de un 10% de variación, es decir, se considera un cambio significativo en el efecto cuando varía más de un 10% respecto del efecto medido mediante análisis bivariante. No obstante, se cree que la mejor opción es realizar un contraste de hipótesis de los efectos, es decir, ver si la diferencia entre efectos es estadísticamente significativa o no. Una forma relativamente sencilla para ello es el cálculo de los intervalos de confianza de la medidas de efecto o asociación. Si no hay solapamiento entre el intervalo de confianza del efecto calculado mediante análisis bivariante y el cal-

culado mediante análisis multivariante o estratificado, se puede concluir que los efectos son distintos.

Bibliografía

- [1] Delgado M, Llorca J. Estudios de observación. En: Piedrola G. Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Masson; 2000. p. 133-41.
- [2] Hernández-Ávila M, Garrido F, Salazar-Martínez E. Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud Pub Mex* 2000; 42:438-46.
- [3] De Irala Estévez J, Martínez González M, Toledo E, Basterra Gortari F. Errores en la estimación de medidas de asociación en estudios epidemiológicos. En: de Irala Estévez J, Martínez-González M, Seguí Gómez M. *Epidemiología aplicada*. 2ª ed. Barcelona: Ariel; 2008. p. 273-366.
- [1] Morabia A. Case-control studies in clinical research: mechanism and prevention of selection bias. *Preventive medicine* 1997; 26(5): 674-7.
- [5] Vermeulen F. Beware the dangers of selection bias. *Blog Freek Vermeulen*; 2009 [En línea] [fecha de acceso: 20 de mayo de 2011]. URL disponible en: <http://blogs.hbr.org/vermeulen/2009/03/beware-the-danger-of-selection.html>
- [6] Houde SC. Methodological issues in male caregiver research: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs* 2002; 40(6): 626-40.
- [7] Dura JR, Kiecolt-Glaser JK. Sample bias in caregiving research. *J Gerontol*. 1990; 45(5): 200-4.
- [8] Pruchno RA, Brill JE, Shands Y, Gordon JR, Genderson MW, Rose M et ál. Convenience samples and caregiving research: how generalizable are the findings? *Gerontologist* 2008; 48(6): 820-7.
- [9] Miller R, Hollist C. Attrition bias. En: Salkind N, editor. *Encyclopedia of Measurement and Statistics*. Thousand Oaks: Sage; 2007. p. 57-60.
- [10] Vives A, Ferreccio C, Marshall G. Comparación de dos métodos para corregir el sesgo de no respuesta a una encuesta: sustitución muestral y ajuste según propensión a responder. *Gacet Sanit* 2009; 23(04): 266-71.
- [11] Cuddeback G, Wilson E, Orme J, Combs-Orme T. Detecting and statistically correcting sample selection bias. *Journal of Social Service Research* 2004; 30(3): 19-33.
- [12] Rothman K, Greenland S, Lash T. *Modern epidemiology*: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- [13] Szklo M, Nieto F. *Epidemiology Beyond the Basics*. 2nd ed. Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2007.
- [14] Artaso B, Goñi A, Biurrún A. Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003; 38(4): 212-8.
- [15] Polit D, Beck C. *Nursing research: Principles and methods*. 7th ed. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

¹Eva María Gabaldón Bravo
²Guillermo Candela Espinosa
¹Ángela Sanjuan Quiles
¹J. Mario Domínguez Santamaría
³José Ramón Martínez Riera

La atención al paciente geriátrico con artrosis desde Atención Primaria. Propuestas de intervención

¹ Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante.
² Hospital de Elda, Consejería de Sanidad.
³ Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante.

Dirección de contacto
Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante.
Campus de San Vicente del Raspeig. Ap. 99 E. 03080 Alicante.
E-mail: eva.gabaldon@ua.es

Resumen

El envejecimiento de nuestra población crea demandas de cuidado propias del perfil del adulto mayor y sus problemas de salud y que se ven moduladas por el envejecimiento en su sintomatología y presentación. La artrosis, entendida como erosión o deterioro del cartílago articular es una de ellas.

Tres van a ser los aspectos que las enfermeras van a tener que abordar en el paciente con artrosis, básicamente: la presencia de dolor crónico, la alteración de la imagen corporal y la autoestima y el deterioro de la movilidad.

Se plantea como objetivo, en primer lugar, la revisión de lo publicado en el ámbito español sobre estos tres aspectos que sea de interés para servir de base para las intervenciones de cuidado desde primaria para el paciente anciano con un diagnóstico de artrosis. Y en segundo lugar, la revisión de los trabajos publicados en el ámbito español sobre ejercicio y control del peso por parte de los profesionales enfermeros, ya que son las dos variables claves a manejar para la planificación de las intervenciones enfermeras en los pacientes ancianos con artrosis.

Como se observa, si es importante el cuidado individual, personalizado del paciente con artrosis, también es cierto que desde la posición como profesionales cercanos a la comunidad, se puede abarcar al grupo y realizar intervenciones de tipo informacional y educativo que rentabilice el esfuerzo para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Esta recomendación queda claramente avalada por los hallazgos de la búsqueda en cuanto a los dos factores en los que incidir: el control del peso y la realización de ejercicio saludable.

Sería interesante poder llevar a cabo programas de información y educación al paciente, sobre la patología y su abordaje desde la Educación para la Salud y la promoción del autocuidado.

Palabras clave: artrosis; Atención Primaria, Educación para la Salud.

Abstract

The care provided to the geriatric patient with arthrosis from Primary Care. Intervention proposals

The ageing of our population generates a demand for care that matches the profile of the aged individual and his or her health problems. These demands are modulated by the aging process and its symptoms and presentation. Arthrosis, understood to be the erosion or deterioration of the articular cartilage is one of these demands.

Nursing personnel will have to address three aspects in the care of the patient with arthrosis, namely: the presence of chronic pain, alteration of body image and self-esteem, and the deterioration of mobility.

Our aims are, firstly, to perform a review of the published literature within the spanish territory on the above mentioned aspects to serve as the basis for care interventions from the level of primary care for the elderly patient with a diagnosis of arthrosis. And secondly, a review of the published papers within the spanish territory on exercise and weight control by nursing professionals, as these are two key variables to manage the planning of nursing interventions in elderly arthritic patients.

As we can see, while it is true that individual, personalized care of the patient with arthrosis is important, it is also true that from our position as professionals who are near the community, we can embrace this group and carry out interventions of an informational and educational type that amortizes our efforts to improve the quality of life of our patients. This recommendation is clearly endorsed by the findings from the systematic searches conducted with regard to the two factors which need the most control: weight control and regular healthy exercise.

It is thus necessary to unfold information and education programs for the patients and their pathologies and their approach from Health Education and the Promotion of Self-Care.

Key words: arthrosis; Primary Care; Health Education.

Introducción

Como ya se sabe, es cada día mayor el número de usuarios del sistema de salud con edades superiores a los 70 años. El envejecimiento de nuestra población crea demandas de cuidado propias del perfil del adulto mayor y sus problemas de salud, ya sean derivados del propio proceso de envejecimiento biológico o de las patologías que son de mayor frecuencia en estas edades y que se ven moduladas por el envejecimiento en su sintomatología y presentación. La artrosis, entendida como erosión o deterioro del cartilago articular es una de ellas.

Como se indica en la Guía de Actuación Clínica en Atención Primaria para la atención de los pacientes con artrosis, ésta es la enfermedad articular más frecuente entre la población adulta ("problema importante de salud pública"). El 20% de los mayores de 60 años muestran síntomas de patología del aparato locomotor y cuando la edad supera los 80 años, los síntomas se acercan al 80%.

Por otra parte, la artrosis es tres veces más prevalente en mujeres mayores que en hombres y la afectación de cadera es dos veces más prevalente en mujeres que en hombres mayores.

Ante cualquier tipo de intervención con el anciano el primer paso a dar ha de ser la valoración geriátrica integral, entendida como proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que persigue analizar todos los atributos y alteraciones importantes de la salud en cuanto a la funcionalidad física, el estado mental y social del anciano.

Por lo tanto, un adecuado acercamiento a la valoración integral del paciente anciano ha de abarcar la apreciación de la presencia de esta patología, ya sea para su prevención o para el frenado, dentro de lo posible, de la aparición de la sintomatología que la caracteriza y que tanta repercusión tiene en la calidad de vida de la persona.

En cuanto a las intervenciones a realizar una vez valorado el paciente con artrosis, se recomienda que éstas aborden el ejercicio controlado y planificado teniendo en cuenta las características individuales y de forma conjunta, el control del peso mediante una dieta saludable que evite el sobrepeso, ya que éste empeora la sintomatología del paciente con artrosis, acelerando el deterioro funcional.

Los centros de Atención Primaria son los principales núcleos de acceso al sistema sanitario para la persona anciana y de forma recíproca, para el equipo de salud (Medicina, Enfermería, Trabajo Social) es el portal de acceso al cuidado integral y continuo del anciano, en su entorno. Esto ha de ser utilizado como una oportunidad para la aproximación al anciano. El objetivo de la atención sanitaria a este nivel ha de ser siguiendo a Mussoll et ál (2002) evitar o retrasar la aparición de deterioro funcional, para que el mayor pueda seguir siendo independiente y capaz para su autocuidado.

En el momento de la valoración integral, la evaluación de la capacidad funcional es de gran importancia, ya que la pérdida de la función física es uno de los factores desencadenantes de la dependencia, de la fragilidad, de la mortalidad, etc., una valoración geriátrica integral llevada a cabo a tiempo puede sacar a la luz factores donde incidir para retrasar el desarrollo de dependencia funcional y, por otra parte, disminuir los gastos que ésta acarrea al sistema.

Por lo tanto, y relacionados con la capacidad funcional de la persona, tres van a ser los aspectos que la enfermera va a tener que abordar en el paciente con artrosis, básicamente: la presencia de dolor crónico, la alteración de la imagen corporal y la autoestima y el deterioro de la movilidad.

Se planteó como objetivo, en primer lugar, la revisión de lo publicado en el ámbito español sobre estos tres aspectos que sea de interés para servir de base para las intervenciones de cuidado desde primaria para el paciente anciano con un diagnóstico de artrosis; y en segundo lugar, la revisión de los trabajos publicados en el ámbito español sobre ejercicio y control del peso por parte de los profesionales de Enfermería, ya que son las dos variables claves a manejar para la planificación de las intervenciones enfermeras en los pacientes ancianos con artrosis.

Material y métodos

En cuanto a la estrategia de búsqueda, las bases de datos consultadas han sido SciELO y Cuiden Plus, utilizando como límites en ambas el que los trabajos fueran realizados en España. El límite temporal fue 1995.

Las palabras clave o descriptores usados han sido en una primera búsqueda: "autoestima", "imagen corporal", "autoconcepto", "Enfermería"; en una segunda búsqueda: "dolor crónico", "Enfermería"; en una tercera búsqueda: "movilidad", "Enfermería"; y por último: "artrosis", "Enfermería".

En cuanto a los criterios de exclusión, no se ha incluido aquellos trabajos que trataran de patologías concretas y diferentes a la artrosis.

Resultados

En las siguientes tablas se agrupan los artículos hallados teniendo en cuenta el descriptor dolor crónico, imagen corporal, movilidad y artrosis.

Conclusiones

En cuanto al dolor crónico se observa como el ámbito de los estudios originales es la Atención Primaria de salud o en uno de los casos (Cañellas Arsegol et ál, 1996), es un centro sociosanitario y en otro la unidad de dolor (Amat Puig et ál, 2004). En todos ellos, el cuidado del paciente tiene la

Tabla 1. Dolor crónico

Título	Año	Autores	Descriptores	Revista
Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria (original)	2007	González Redón C, Moreno-Monsiváis MG	Manejo del dolor, limitación de las actividades	Rev Soc Esp Dolor
Revisión del dolor crónico en la unidad de dolor (revisión)	2004	Amat Puig V, Picot Hernández S, Seguer P	Dolor; dolor crónico; cuidados; analgésicos; medicamentos	Monitor
Dolor agudo y crónico (revisión)	2000	Bori Torres R, Marzal Cotanda AI	Dolor; dolor agudo; dolor crónico	Enferm Integral
Programa de Educación para la Salud grupal en pacientes con dolor crónico (original)	2000	Ortega Berrezuelo MA, Sanz Criado C	Educación; educación para la salud; educación sanitaria; dolor; dolor crónico; educación grupal	Comunic Enferm
Jaque al dolor crónico (original)	1998	Personat Moreno J	Dolor crónico; frío; dolor; humedad	Salud entre todos
Abordaje del dolor crónico en Atención Primaria (revisión)	1997	Alonso López C, Lasa Treuiller N, Mateo Cáceres S	Dolor; dolor crónico; atención primaria de salud	Cent Salud
Manejo del dolor crónico (revisión)	1997	Barca Durán J, Vázquez Ibarra R, Fajardo Utrilla B	Dolor; dolor crónico; cáncer; oncología	Enferm Cient
Las técnicas de <i>biofeedback</i> en el tratamiento del dolor crónico (revisión)	1997	Comeche MI, Díaz MI, Vallejo MA	Biofeedback; dolor; dolor crónico; cefaleas; lumbalgia	Rev Soc Esp Dolor
Plan de cuidados nº 45: dolor crónico y autoestima (original)	1997	Gómez Sal P	Plan de cuidados; plan de cuidados de enfermería; cuidados; cuidados de enfermería; enfermería; dolor; dolor crónico; autoestima	Comunic Enferm
Plan de cuidados nº 18: falta de control sobre el dolor crónico (original)	1996	Cabra Lluva RI	Dolor crónico; dolor	Comunic Enferm
Características del dolor y su tratamiento en pacientes de un centro sociosanitario (original)	1996	Cañellas Arsegol M, Bosch Llonch F, Vilarnau Dolcet MT, Sola Pares M, Baños Díez JE	Dolor; dolor crónico; analgesia	Anal Medic Int
Evaluación psicofisiológica del dolor crónico I: patrones psicofisiológicos en pacientes de cefalea (revisión)	1996	Comeche MI, Díaz-García MI, Vallejo MA	Dolor crónico; dolor; cefaleas	Rev Soc Esp Dolor
Evaluación psicofisiológica del dolor crónico II: variables psicofisiológicas y percepción de dolor (revisión)	1996	Comeche MI, Díaz MI, Vallejo MA	Dolor crónico; dolor; cefaleas	Rev Soc Esp Dolor
TENS: eficacia analgésica y calidad de vida (original)	1996	Gabaldón O, Marín M, Sánchez E	Estimulación eléctrica; calidad de vida; dolor crónico; dolor; analgesia	Rev Soc Esp Dolor

Tabla 2. Imagen corporal

Título	Año	Autores	Descriptorios	Revista
Imagen corporal y diagnósticos de Enfermería en adolescentes (original)	2005	Albert Sobrino S, Albert Sobrino M, Friebel Paradela E	Diagnóstico de Enfermería; Enfermería; aislamiento social; aislamiento; autoestima; adolescencia; imagen corporal; sobrepeso; peso	Metas Enferm
Romper los límites corporales (revisión)	2002	Lozano Vázquez S	Imagen corporal	Metas Enferm
El esquema corporal: su importancia en el desarrollo psicomotor (original)	2000	Bardina Tremps E, Gómez Corcuera JC, Díaz Pérez JL, Sevillano Aroz MC, Ordóñez González S	Psicomotricidad; imagen corporal	Anal Cienc Salud
Plan de cuidados nº 47: inadaptación a la imagen corporal y autocuidados (original)	1998	García Sanz G, Almodóvar López MA	Plan de cuidados; plan de cuidados de Enfermería; cuidados; cuidados de Enfermería; Enfermería; imagen corporal; autocuidado	Comunic Enferm
Intervención de Enfermería en la imagen corporal alterada (original)	1997	Márquez Rebollo C, Tornell Costa MC	Imagen corporal; Enfermería	SEDENE
Plan de cuidados nº 39: autoestima y actividades de la vida diaria tras alteración de la imagen corporal (original)	1997	Sánchez Millán C	Plan de cuidados; plan de cuidados de Enfermería; cuidados; cuidados de Enfermería; Enfermería; autoestima; imagen corporal	Comunic Enferm
Plan de cuidados nº 33 (original)	1996	Cabezas Gabaldón MM	Autoestima; plan de cuidados; plan de cuidados de Enfermería; cuidados de Enfermería; cuidados; Enfermería; imagen corporal	Comunic Enferm

Tabla 3. Movilidad

Título	Año	Autores	Descriptorios	Revista
Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura (original)	2001	Sánchez León V	Movilidad; movilización de pacientes; movilización mecánica; cuidados; cuidados de Enfermería; Virginia Henderson; técnicas de Enfermería; técnicas terapéuticas; intervenciones enfermeras	Mev Enferm IMSS
Los ejercicios de amplitud de movimientos: un cuidado importante en Enfermería (original)	2000	Bohórquez Sánchez V, Sánchez Cano D	Movilidad; cuidados de Enfermería; cuidados; Enfermería; atención de Enfermería; ejercicios de amplitud de movimientos	Hygia

Tabla 3. Movilidad (continuación)

Título	Año	Autores	Descriptores	Revista
Movilización pasiva en la artroplastia total de rodilla (original)	1998	Jiménez Bernal A	Artroplastia de rodilla; rodilla; movilidad; cirugía; cirugía ortopédica	Metas Enferm
Importancia de la terapia ocupacional en el anciano (original)	1995	Calvo Til MJ, Coro Tapia MT	Ancianos; terapia ocupacional; movilidad; calidad de vida; terapias; geriatría; vejez; Enfermería; Enfermería geriátrica	Gerokomos
Movilidad limitada. Plan de cuidados nº 11 (original)	1995	Paramio Coiradas P	Movilidad; diabéticos; demencia senil; plan de cuidados; demencias; diabetes; cuidados	Comunic Enferm

Tabla 4. Artrosis

Título	Año	Autores	Descriptores	Revista
Caso clínico: aplicación de balnoterapia en un caso de artrosis y osteoporosis (original)	2009	López Martínez C, Gutiérrez Gascón J	Balnoterapia; osteoporosis; artrosis; Enfermería	Medicina naturista
La artrosis (original)	2008	De la Torre J	Artrosis; Enfermería	Metas Enferm
Validez y fiabilidad del cuestionario COOP/WONCA cumplimentado vía telefónica en personas con artrosis de cadera y rodilla (original)	2005	López Alonso SR, Martínez Sánchez CM	Artrosis; Enfermería	Index
Actitud ante un paciente artrósico. Cómo mejorar su calidad de vida (original)	1999	Ponce Vargas A, Rodríguez Pérez M	Artrosis; calidad de vida, Enfermería	Rheuma
Reumatismos degenerativos del raquis. Cuidados y atenciones especiales en Enfermería (original)	1998	Usón Jaeger J	Artrosis; columna vertebral; dolor; dolor de espalda; espalda; reumatología; raquis; cuidados; cuidados de Enfermería; Enfermería; atención de Enfermería	Rheuma

Tabla 5. Ejercicio físico

Título	Año	Autores	Descriptores	Revista
Efecto de un programa de actividad física para la tercera edad sobre una población físicamente activa (original)	2005	Viana Montaner BH, Gómez Puerto JR, Silva Marzzo E	Ancianos; vejez; ejercicio físico; deporte; actividades preventivas	MD
Actividad física y salud (revisión)	2004	Pérez Peraza AG, Díaz Martínez MA	Ejercicio físico; deporte; salud; sedentarismo; hábitos alimentarios; factores de riesgo	Educare21

Tabla 5. Ejercicio físico (continuación)

Título	Año	Autores	Descriptorios	Revista
Nivel de actividad física en el adulto mayor (original)	2004	Ávila Alpírez H, Cruz Quevedo JE	Ejercicio físico; deporte; adultos; ancianos	Desarrollo Cient Enferm
La actividad física, medicina necesaria (original)	2004	Cano JM	Incapacidad funcional; incapacitados; ejercicio físico; deporte; vida; ancianos; geriatría	Humanizar
Contribución de un programa de intervención interdisciplinar en Educación para la Salud con personas mayores: metodología de una realidad compartida por personal sanitario y profesionales de la actividad física del deporte (original)	2004	Pradas de la Fuente F, Díaz Rodríguez L, Vargas Corzo MC, Arroyo Morales M	Ancianos; ejercicio físico; actividades preventivas; gerontología; gerontogimnasia; educación; Educación para la Salud; educación sanitaria; deporte; salud	Evidentia
Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España (original)	2004	Guallar-Catillón P, Santa-Olalla Peralta P, Banegas JR, López E, Rodríguez-Artalejo F	Ejercicio físico; deporte; adultos; calidad de vida; ancianos; geriatría	Med Clin
Efecto del programa de fortalecimiento muscular en un colectivo de mujeres mayores de 65 años (original)	2003	Cancela Carral JM, Romo Pérez V, Camiña Fernández F	Ancianos; ejercicio físico; salud; independencia funcional	Gerokomos
La actividad física saludable en personas mayores. Parámetros condicionantes [Healthy physical activity for elders. Condition parameters] (original)	2002	Cancela Carral JM, Romo Pérez V, Camiña Fernández F	Ejercicio físico; deporte; salud; ancianos; vejez; etnografía; envejecimiento; profesionales sanitarios	Gerokomos
Actividad física durante el tiempo libre en población adulta (1) (original)	2002	Mansilla Domínguez JM, Herrera Sánchez B, Perdigón Florencio P, Montes Campello MI, Sánchez López MT	Ejercicio físico; deporte; adultos; tiempo libre	Metas Enferm
Alimentación y ejercicio en el anciano: institucionalizado frente a no institucionalizado (original)	2001	Alarcón Mata M	Alimentación; alimentos; ejercicio físico; deporte; ancianos institucionalizados; Ancianos	Enferm Jaén
Consejo sobre actividad física en las personas mayores	2001	Roure E, Vallbona C, Muñoz J, González M, Balias R, Solà C	Consejos de salud; salud; ejercicio físico; deporte; ancianos	Med Clin
Ejercicio y artrosis (revisión)	2001	Peña Arrebola A	Ejercicio físico; deporte; artrosis; enfermedades reumáticas	Sal Rural
Importancia del ejercicio físico en los mayores. Educación sanitaria (revisión)	2001	Ruiz Márquez T, Pérez Ruiz IM, Muñoz París MJ	Ejercicio físico; ancianos; educación sanitaria; deporte; Educación para la Salud; educación; formación; enseñanza; salud; geriatría	Enferm Cient
Actividad física y salud: recomendaciones dietéticas básicas	1998	Lizarraga MA	Salud; dietética; dieta; ejercicio físico; alimentación; nutrición; alimentos	Nutrición y Obesidad
Actividad física y personas de edad avanzada: una revisión (revisión)	1998	Martínez Gil SV, Pinazo Hernandis S, Berjano Peirats E	Ejercicio físico; ancianos; vejez	Gerokomos

Tabla 5. Ejercicio físico (continuación)

Título	Año	Autores	Descriptorios	Revista
Ejercicio físico en los mayores (original)	1997	Castellón Sánchez del Pino A, Villaverde Gutiérrez C, Rubio Herrero R, Oltras CM, Aleixandre Rico M	Ejercicio físico; ancianos; vejez; geriatría	Scientia
Climaterio y ejercicio físico: la experiencia de 6 centros de salud de la Comunidad Valenciana (original)	1997	Flores Álvarez JC, Chulvi Alabort V	Climaterio; ejercicio físico; mujer; salud de la mujer; capacidad funcional; Atención Primaria de salud; centros de salud; salud	Aten Prim
Evidencias científicas que apoyan el consejo de ejercicio físico en Atención Primaria	1997	López-Silvarrey FJ, Calderón Montero FJ, Montoya Miñano JJ, Segovia Martínez JC, Legido Arce JC	Ejercicio físico; Atención Primaria de salud	Cent Salud

Tabla 6. Control del peso

Título	Año	Autores	Descriptorios	Revista
Intervenciones comerciales para reducir peso: mucho donde escoger pero escasa eficacia [Tsai AG, Wadden TA. Ann Intern Med. 2005; 142: 56-66](revisión)	2005	Hernández I	Peso; obesidad; servicios sanitarios; revisión crítica de un estudio; evidencia; evidencia científica	GCS
La salud de las personas adultas (revisión)	2004	Artazcoz L, Moya C, Vanaclocha H, Pont P	Género; salud laboral; adultos; tabaquismo; alcohol; tiempo libre; salud; peso; riesgos laborales; accidentes laborales; mortalidad	Gac Sanit
El CIE ante el problema de la obesidad. Crear conciencia pública de una enfermedad social y ambiental (revisión)	2004	Consejo Internacional de Enfermeras	Obesidad; sobrepeso; peso	Temas Enferm Act
La medida de los pesos de calidad de vida de los AVACs a partir del estado de salud autopercebido [Lauridsen J, Christianse T, Häkkinen U. Measuring inequality in self-reported health-discussion of a recently suggested approach using finish data. Health Economics 2004. En prensa (DOI: 10.1002/hec.846)](revisión)	2004	García Altés A	Peso; calidad de vida; autopercepción de salud; salud	GCS
Estudio epidemiológico de dislipemias y sobrepeso en la población laboral de Dos Hermanas (original)	2003	Barbero Radio AM	Dislipemias; sobrepeso; peso; epidemiología	Hygia

Tabla 6. Control del peso (continuación)

Título	Año	Autores	Descriptores	Revista
La intención de perder peso podría asociarse a una menor mortalidad por todas las causas en población adulta mayor de 34 años [Gregg EW, Gerzoff RB, Thomson TJ, Willianson DF. Intentional weight loss and death in overweight and obese U.S. adults 35 years of age and older. <i>Ann Intern Med</i> 2003 138: 383-389] (revisión)	2003	Gutiérrez-Fisac JL	Pérdida de peso; peso; revisión crítica de un estudio; evidencia; evidencia científica	GCS
Analizadores corporales: bioimpedancia. Estudio comparativo entre dos sistemas (original)	2003	Peña Amaro P, García López J, Zagalar Sánchez ML, Nájera Ruiz A, Álvarez Nieto C, Jiménez Díaz MC	Nutrición; peso; técnicas antropométricas; antropometría	Enferm Cient
Control de la población obesa: programa de intervención educativa (original)	2001	Granollers Sardà R	Obesidad; peso; sobrepeso; educación sanitaria; Educación para la Salud; educación; formación; enseñanza; salud	Rev ROL Enferm
Prevalencia de la obesidad en la población atendida en asistencia primaria de Girona, 1995-1999 (original)	2001	Sáez M, García Rafanell JM, Fernández-Real, JM, Barceló MA, Saurina C, Marqués A, Serrà D, Girona R, Viñets C, Andreu M, Badosa P, Faixedas D, Faixedas M, Garrido JM, Gómez-Mata M, Torra M, Ricart W	Obesidad; Atención Primaria de salud; sobrepeso; peso; índice de masa corporal	Gac Sanit
Actualización en obesidad (revisión)	2000	Rufino González JF	Obesidad; peso	Enferm Docente
Tratamiento del sobrepeso: aplicación de un programa (original)	1998	López de la Llave y Rodríguez A, Ruiz González MD, Conejo Olmedilla MA	Sobrepeso; peso; obesidad	Rev ROL Enferm
Publicidad contra la salud (revisión)	1998	Meléndez López EM, Sánchez López N, Subirón Valera AB	Trastornos alimentarios; alimentación; alimentos; peso; salud de la mujer; salud; mujer; imagen corporal; publicidad	Salud entre todos
Sobrepeso y obesidad en nuestros pacientes: aportación al diagnóstico de salud (original)	1996	Malaxechevarría Urtubi MR, Malaxechevarría Urtubi C	Sobrepeso; obesidad; peso	Oñarri
Plan de cuidados nº 4 (original)	1995	García Andrés MJ	Sobrepeso; autoestima; peso	Comunic Enferm

posibilidad de ser seguido por los profesionales enfermeros a lo largo del tiempo.

También cabe destacar como en muchos de los trabajos se incide en el componente psicológico como clave para su abordaje por parte del equipo interdisciplinar de este tipo de dolor (Imbernón González et ál, 1995). En todos se inci-

de sobre la importancia de la educación al paciente o la formación del mismo para el manejo del dolor, una formación que debe tener en cuenta la autopercepción de su estado de salud, en cuanto a los signos de tipo físico y psicológico y el conocimiento de la importancia de la adherencia al tratamiento, ya no solo farmacológico sino en todos sus

aspectos (ejercicio recomendado, dieta saludable, manejo del peso, actividades de la vida diaria, higiene postural, terapia alternativa, etc.)

El dolor crónico con mal manejo repercute en la calidad de vida de los pacientes, ya que es limitador de las actividades de la vida diaria (González Redón et ál, 2007) y afecta a la autoestima (Gómez Sal, 1997), por lo que ambos aspectos se deberán tener en cuenta en la planificación del cuidado.

En cuanto a los trabajos hallados relacionados con la imagen corporal y la autoestima, la mayoría inciden en problemas de autoimagen relacionados con trastornos de la nutrición tipo anorexia o sobrepeso. Destacar que la mayoría de los trabajos hallados plantean intervenciones sobre la imagen corporal alterada.

Los artículos que abordan la movilidad, la abordan desde la perspectiva de la necesidad de cuidados frente a su alteración y a cómo ésta repercute tanto en la incapacidad para el autocuidado o en la necesidad de moverse y mantener una buena postura o en la calidad de vida de la persona anciana. Destacar el trabajo de Jiménez Bernal (1998), que aborda el importante papel a realizar mediante la movilización pasiva para la rehabilitación de los pacientes sometidos a artrosis de rodilla, técnica relacionada con el tratamiento de las artrosis de rodilla.

Si, como se observa, es importante el cuidado individual, personalizado del paciente con artrosis, también es cierto que desde la posición como profesionales cercanos a la comunidad, se puede abarcar al grupo y realizar intervenciones de tipo informacional y educativo que rentabilice el esfuerzo para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Esta recomendación queda claramente avalada por los hallazgos de la búsqueda en cuanto a los dos factores en los que incidir: el control del peso y la realización de ejercicio saludable.

Sería interesante poder llevar a cabo programas de información y educación al paciente, sobre la patología y su abordaje desde la Educación para la Salud y la promoción del autocuidado.

Como cualquier otro programa, el punto de partida habrá de ser el conocimiento de la población diana (información que consta en la historia del paciente, diagnóstico de salud de la población, etc.) a la que va dirigido, habrá que indagar sobre la incidencia en el departamento de la artrosis entre la población y llegar a la conclusión de que es interesante el programa en cuanto al aumento de la calidad de vida de los paciente y a la disminución del gasto económico generado. Una buena forma de acometer esta primera parte del trabajo podría ser un estudio descriptivo de la población diana, que debería abarcar a sujetos en un ratio de edad de riesgo (p. ej.: desde la menopausia para las mujeres y para los hombres desde la edad de la jubilación por lo que supone en cuanto al riesgo de sedentarismo). Es inte-

resante conocer aspectos sociológicos-culturales que van a dar calidad a nuestros proyectos de intervención:

- Cómo viven el proceso de envejecer. Cuáles son sus costumbres, prejuicios, sus planes de futuro, sus miedos, etc.
- El poder adquisitivo y los recursos con lo que se cuentan en la comunidad para los ancianos que la componen.
- La cultura de grupo y las redes sociales de apoyo, el rol que ocupa la persona mayor en la familia.
- Conocer los tipos de ocupación laboral, el tipo de hogar.

Una vez planteado cuál es el perfil de la población con la que vamos a trabajar y partiendo de los datos obtenidos habrá que plantearse el tipo de intervención y su finalidad u objetivo:

- Informar para formar: es decir, capacitar a la población, mediante el conocimiento de lo que es la artrosis, los riesgos de padecerla y las posibles formas de prevención, para que se posicionen al respecto. Hay que respetar la autonomía y capacidad de autocuidado de la población, siempre desde el conocimiento del riesgo de determinados estilos de vida. Son lugares comunes al respecto de este tipo de programas los que se llevan a cabo en los medios de comunicación en campañas anti-tabaco o de prevención de los accidentes de tráfico, por ejemplo. Actualmente, los medios de comunicación para llegar a población de mayores, vienen a ser la televisión y la radio. Es muy interesante el acceso a estos medios, sobre todo los locales, de los profesionales de Atención Primaria de forma que sean referentes de salud para la población.
- Educar para el cambio de hábitos y costumbres: prevención y mejora de la sintomatología de la artrosis. Si se plantean este tipo de objetivos, una de las estrategias que se ha de tener en cuenta como clave es la interacción inter pares, es decir, la realización de actividades que supongan la integración en un grupo de iguales. Este tipo de estrategias ayudan a afrontar las barreras al cambio que se genera por recibir recomendaciones/imposiciones por parte de agentes externos (p. ej.: profesionales que no "conocen mi situación", "incapaces de ponerse en mi lugar"). Más allá de cualquier investigación que avale el poder del grupo para generar cambio, un ejemplo que evidencia esto es el ver los paseos de las costas o de las zonas ajardinadas de nuestras ciudades a primera hora de la mañana o por la tarde, son abundantes los grupos de mujeres con calzado deportivo, que "salen a andar". Hace unos cuantos años esta imagen no se producía en absoluto. ¿Por qué ha aparecido esta nueva costumbre? ¿Quién la recomendó como saludable?

Es difícil, muy difícil, conseguir cambios en las rutinas de vida en la población adulta mayor, tales como cambios en la alimentación que repercutan de forma saludable en el control de peso, tan importante para el control de la evolución de

la artrosis o conseguir cambios en la ergonomía del hogar que repercutan en la calidad del descanso. Por no hablar de la importancia de generar una higiene postural sana desde la infancia... todo va a repercutir en la calidad del envejecimiento y en paliar el efecto de la posible aparición de la artrosis.

Rosalinda Alfaro en su obra "Pensamiento crítico y juicio clínico en Enfermería" (2009) indica el camino para facilitar el cambio en el otro, en este caso en nuestros pacientes que precisan modificar su rutina diaria, su dieta, comenzar a hacer deporte o mejorar su adherencia al tratamiento.

Bibliografía

- Alarcón Mata M. Alimentación y ejercicio en el anciano: institucionalizado frente a no institucionalizado. *Enferm Jaén* 2001; 32-33: 23-27.
- Albert Sobrino S, Albert Sobrino M, Friebel Paradelo E. Imagen corporal y diagnósticos de Enfermería en Adolescentes. *Metas Enferm* 2005; 8(2): 50-57.
- Alfaro R. *Pensamiento crítico y juicio crítico en enfermería*. 4ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- Allepez A, Serra-Sutton V, Espallargues M, Salvador X, Pons Joan MV. Artroplastias de cadera y rodilla en Cataluña desde 1994 a 2005. *Gac Sanit* 2008; 22(6): 534-540. [En línea] [fecha de acceso: el 30 de mayo de 2011]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9111200800060006&lng=en
- Alonso López C, Lasa Treuiller N, Mateo Cáceres S. Abordaje del dolor crónico en Atención Primaria. *Cent Salud* 1997; 5(11): 722-727.
- Amat Puig V, Picot Hernández S, Seguer P. Revisión del dolor crónico en la unidad de dolor. *Monitor* 2004; 6: 13-16.
- Artazcoz L, Moya C, Vanaclocha H, Pont P. La salud de las personas adultas. *Gac Sanit* 2004; 18(suppl 1): 56-68.
- Ávila Alpírez H, Cruz Quevedo JE. Nivel de actividad física en el adulto mayor. *Desarrollo Cient Enferm* 2004; 12(7): 196-199.
- Barbero Radio AM. Estudio epidemiológico de dislipemias y sobrepeso en la población laboral de Dos Hermanas. *Hygia* 2003; XV(53): 10-17.
- Barca Durán J, Vázquez Ibarra R, Fajardo Utrilla B. Manejo del dolor crónico 1997; 188-189: 36-39.
- Bardina Tremps E, Gómez Corcuera JC, Díaz Pérez JL, Sevillano Aroz MC, Ordóñez González, S. El esquema corporal: su importancia en el desarrollo psicomotor. *Anal Cienc Salud* 2000; 3: 61-68.
- Bohórquez Sánchez V, Sánchez Cano D. Los ejercicios de amplitud de movimientos: un cuidado importante en enfermería. *Hygia* 2000; XIII(46): 5-9.
- Bori Torres R, Marzal Cotanda AI. Dolor agudo y crónico. *Enferm Integral* 2000; 54: XXVI-XXX
- Cabezas Gabaldón MM. Plan de cuidados nº 33. *Comunic Enferm* 1996; 1(7): 10-11.
- Cabra Lluva RI. Plan de cuidados nº 18: falta de control sobre el dolor crónico. *Comunic Enferm* 1996; 1(4): 7-8.
- Calvo Til MJ, Coro Tapia MT. Importancia de la terapia ocupacional en el anciano. *Gerokomos* 1995; VI(15): 115-118.
- Cancela Carral JM, Romo Pérez V, Camiña Fernández F. Efecto del programa de fortalecimiento muscular en un colectivo de mujeres mayores de 65 años. *Gerokomos* 2003; 14(2): 80-89.
- Cancela Carral JM, Romo Pérez V, Camiña Fernández F. La actividad física saludable en personas mayores. Parámetros condicionantes [Healthy physical activity for elders Condition parameters]. *Gerokomos* 2002; 13(4):191-203
- Cano JM. La actividad física, medicina necesaria. *Humanizar* 2004; 73: 34-35.
- Cañellas Arsegol M, Bosch Llonch F, Vilarnau Dolcet MT, Sola Pares M, Baños Díez JE. Características del dolor y su tratamiento en pacientes de un centro sociosanitario. *Anal Medic Int* 1996; 13(9): 423-429.
- Castellón Sánchez del Pino A, Villaverde Gutiérrez C, Rubio Herrero R, Oltras CM, Aleixandre Rico M. Ejercicio físico en los mayores. *Scientia* 1997; 3(1): 27-31.
- Comas M, Salas M, Román R, Hoffmeister L, Castells X. Variaciones en la estimación de la prevalencia de artrosis de rodilla según los criterios diagnósticos utilizados en los estudios poblacionales. *Gac Sanit* 2010; 24(1): 28-32. [En línea] [fecha de acceso: el 30 de mayo de 2011]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000100005&lng=en
- Comeche MI, Díaz MI, Vallejo MA. Las técnicas de biofeedback en el tratamiento del dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 1997; 4(6): 432-440.
- Comeche MI, Díaz-García MI, Vallejo MA. Evaluación psicofisiológica del dolor crónico II: variables psicofisiológicas y percepción de dolor. *Rev Soc Esp Dolor* 1996; 3(1): 44-49.
- Consejo Internacional de Enfermeras. El CIE ante el problema de la obesidad. Crear conciencia pública de una enfermedad social y ambiental. *Temas Enferm Act* 2004; 11(54): 37-38.
- Damián J, Valderrama-Gama E, Rodríguez-Artalejo F, Martín-Moreno JM. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid. *Gac Sanit* 2004; 18(4): 268-274. [En línea] [fecha de acceso: el 30 de mayo de 2011]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000600004&lng=en
- De la Torre Aboki J. Actualización de cuidados enfermeros. La artrosis. *Metas Enferm* 2008; 11(7): 19-24.
- Flores Álvarez JC, Chulvi Alabort V. Clima y ejercicio físico: la experiencia de 6 centros de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria* 1997; 20(3): 137-140.
- Fuentelsaz Gallego C. Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Investén-iscii. Madrid: Ed. Graymo; 2001.
- Gabaldón O, Marín M, Sánchez E. TENS: eficacia analgésica y calidad de vida. *Rev Soc Esp Dolor* 1996; 3(3): 177-181.
- García Altés A. La medida de los pesos de calidad de vida de los AVACs a partir del estado de salud autopercebido. *Health Economics* 2004; 6(2): 71.

- García Andrés MJ. Plan de cuidados nº 4. *Comunic Enferm* 1995; I(1): 7-8.
- García Sanz G, Almodóvar López MA. Plan de cuidados nº 47: inadaptación a la imagen corporal y autocuidados. *Comunic Enferm* 1998; 2(11): 7-9.
- Gómez Sal P. Plan de cuidados nº 45: dolor crónico y autoestima. *Comunic Enferm* 1997; 2(10): 10-11.
- González Redón C, Moreno Monsiváis MG. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2007; 14(6): 422-427.
- Granollers Sardà R. Control de la población obesa: programa de intervención educativa. *Rev ROL Enferm* 2001; 24(5): 371-376.
- Guallar-Catillón P, Santa-Olalla Peralta P, Banegas JR, López E, Rodríguez-Artalejo F. Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. *Med Clin* 2004; 123(16): 606-610.
- Gutiérrez Fisac JL. La intención de perder peso podría asociarse a una menor mortalidad por todas las causas en población adulta mayor de 34 años. *Ann Intern Med* 2003; 5(3): 117.
- Hernández I. Intervenciones comerciales para reducir peso: mucho donde escoger pero escasa eficacia. *Ann Intern Med* 2005; 7(1): 10.
- Jiménez Bernal A. Movilización pasiva en la artroplastia total de rodilla. *Metas Enferm* 1998; 9: 19-22.
- Lizarraga MA. Actividad física y salud: recomendaciones dietéticas básicas. *Nutrición y Obesidad* 1998; 1(4): 198-200.
- López Alonso Sergio R, Martínez Sánchez CM, Romero Cañadillas AB, Angel Rueda M. Validez y fiabilidad del cuestionario COOP/WONCA cumplimentado vía telefónica en personas con artrosis de cadera y rodilla. *Index Enferm* 2005; 14(51): 24-28. [En línea] [fecha de acceso: el 30 de mayo de 2011]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300005&lng=es
- López Alonso SR, Martínez Sánchez CM. Validez y fiabilidad del cuestionario COOP/WONCA cumplimentado vía telefónica en personas con artrosis de cadera y rodilla. *Index Enferm* 2005; 14(51): 24-28.
- López de la Llave y Rodríguez A, Ruiz González MD, Conejo Olmedilla MA. Tratamiento del sobrepeso: aplicación de un programa. *Rev ROL Enferm* 1998; XXI(239-240): 15-19.
- López Martínez C, Gutiérrez Gascón J. Caso clínico: aplicación de balneoterapia en un caso de artrosis y osteoporosis. *Medicina naturista* 2009; 3(1): 25-32.
- López-López A, Montorio Cerrato I, Fernández de Troconiz MI. El papel de las variables cognitivo-conductuales y sensoriales en la predicción de la capacidad funcional y la interferencia en la actividad en una muestra de personas mayores con dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2010; 17(2): 78-88. [En línea] [fecha de acceso: el 30 de mayo de 2011]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-8046201000200003&lng=es
- Lozano Vázquez S. Romper los límites corporales. *Metas Enferm* 2002; V(50): 45-47.
- Malaxechevarría Urtubi MR, Malaxechevarría Urtubi C. Sobrepeso y obesidad en nuestros pacientes: aportación al diagnóstico de salud. *Oiñarri* 1996; 9: 16-19.
- Mansilla Domínguez JM, Herrera Sánchez B, Perdígón Florencio P, Montes Campello MI, Sánchez López MT. Actividad física durante el tiempo libre en población adulta (1). *Metas Enferm* 2002; V(49): 60-65.
- Márquez Rebollo C, Tornell Costa MC. Intervención de enfermería en la imagen corporal alterada SEDENE 1997; 5: 5-8.
- Martínez Gil SV, Pinazo Hernandis S, Berjano Peirats E. Actividad física y personas de edad avanzada: una revisión. *Gerokomos* 1998; IX(24): 79-86.
- Meléndez López EM, Sánchez López N, Subirón Valera AB. Publicidad contra la salud. *Salud entre todos* 1998; 76: 16-18.
- Morgado I, Pérez AC, Moguel M, Pérez-Bustamante FJ, Torres LM. Guía de manejo clínico de la artrosis de cadera y rodilla. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2005; 12(5): 289-302. [En línea] [fecha de acceso: el 30 de mayo de 2011]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000500006&lng=es
- Mussoll J, Espinosa MC, Quera D, Serra ME, Pous E, Villarroya I, Puig-Domingo M. Resultados de la aplicación en Atención Primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. *Rev Esp de Geria Geront* 2002; 37 (5): 249-253.
- Ortega Berrezuelo MA, Sanz Criado C. Programa de educación para la salud grupal en pacientes con dolor crónico. *Comunic Enferm* 2000; 3(15): 4-5.
- Paramio Coiradas P. Movilidad limitada. Plan de cuidados nº 11. *Comunic Enferm* 1995; 1(3): 6-7.
- Peña Amaro P, García López J, Zagalar Sánchez ML, Nájera Ruiz A, Álvarez Nieto C, Jiménez Díaz MC. Analizadores corporales: bioimpedancia. Estudio comparativo entre dos sistemas. *Enferm Cient* 2003; 260-261: 60-71.
- Peña Arrebola A. Ejercicio y artrosis. *Sal Rural* 2001; XVIII(2): 53-66.
- Pérez Peraza AG, Díaz Martínez MA. Actividad física y salud. *Educare* 2004; 9. [En línea] [fecha de acceso: el 30 de mayo de 2011]. URL disponible en: <http://www.educare.net>
- Personat Moreno J. Jaque al dolor crónico. *Salud entre todos* 1998; 76: I-VII.
- Ponce Vargas A, Rodríguez Pérez M. Actitud ante un paciente artrósico. Cómo mejorar su calidad de vida. *Rheuma* 1999; 1: 45-53.
- Pradas de la Fuente F, Díaz Rodríguez L, Vargas Corzo MC, Arroyo Morales M. Contribución de un programa de intervención interdisciplinar en educación para la salud con personas mayores: metodología de una realidad compartida por personal sanitario y profesionales de la actividad física del deporte. *Evidentia* 2004; 1(2).
- Roure E, Vallbona C, Muñoz J, González M, Badius R, Solà C. Consejo sobre actividad física en las personas mayores *Med Clin* 2001; 116(suppl 1): 95-100.
- Rufino González JF. Actualización en obesidad. *Enferm Docente* 2000; 70: 20-28.
- Ruiz Márquez T, Pérez Ruiz IM, Muñoz París MJ. Importancia del ejercicio físico en los mayores. *Educación sanitaria. Enferm Cient* 2001; 232-233: 5-9.
- Sáez M, García-Rafanell JM, Fernández-Real JM, Barceló MA, Saurina C, Marqués A, Serrà D, Girona R, Viñets C, Andreu M, Badosa P, Faixedas D, Faixedas M, Garrido JM, Gómez-Mata M, To-

rra M, Ricart W. Prevalencia de la obesidad en la población atendida en asistencia primaria de Girona, 1995-1999. Gac Sanit 2001; 15(2): 95-103.

- Sánchez León V. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura Rev Enferm IMSS 2001; 9(2): 91-96.
- Sánchez Millán C. Plan de cuidados nº 39: autoestima y activida-

des de la vida diaria tras alteración de la imagen corporal. Comunic Enferm 1997; 2(9): 7-8.

- Usón Jaeger J. Reumatismos degenerativos del raquis. Cuidados y atenciones especiales en enfermería. Rheuma 1998; 1: 31-36.
- Viana Montaner BH, Gómez Puerto JR, Silva ME. Efecto de un programa de actividad física para la tercera edad sobre una población físicamente activa. MD 2005; 1: 18-22.

Opinión

La Enfermería en la Sociedad Red

Trinidad Carrión Robles
Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de Málaga.

Dirección de contacto:
Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Podología y Terapia Ocupacional.
Universidad de Málaga. Paseo de Martiños, s/n.
29009 Málaga.

E-mail: trincicar@uma.es

Resumen

La rápida evolución de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y su capacidad de penetración en todas las actividades humanas, nos está haciendo vivir una auténtica revolución tecnosocial.

En el ámbito sociosanitario y dada la estrecha relación existente entre salud, persona y sociedad, Internet y sus dispositivos se están convirtiendo en una herramienta indispensable para el cuidado enfermero. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que "todos los días, la salud humana mejora en todas partes del mundo como consecuencia de las tecnologías de la información y la comunicación".

Con el desarrollo de la eSalud (aplicación de la TIC al ámbito de la salud) en nuestro entorno, las enfermeras están asistiendo a grandes innovaciones en los sistemas de salud y en la sociedad en general sin que, en muchas ocasiones, sean conscientes de los retos a los que se enfrentan y de la gran importancia que tienen para el desarrollo de la Enfermería.

Este trabajo muestra una reflexión crítica sobre el papel de la Enfermería en la Sociedad Red, a partir del análisis de la situación actual en España e identifica los principales retos que plantea la Sociedad Red: formación, innovación y reconocimiento institucional e investigación de la innovación en cuidados.

Palabras clave: blogosfera enfermera; ecuidados; Enfermería 2.0; innovación en cuidados; Internet; red sociosanitaria; sociedad red.

Abstract

Nursing in the Network Society

The rapid evolution of new Information and Communication Technologies (ICT) and their capacity to penetrate all human activities are causing us to experience a true techno-social revolution.

In the social and healthcare field, and given the close existing relationship between health, the individual, and society, the Internet and its applications is becoming an indispensable tool in nursing care. The World Health Organization (WHO) itself recognizes that "every day, human health is improving everywhere in the world as a result of the emergence of information and communication technologies".

With the development of eHealth (application of ICT in the scope of health) in our setting, nurses are witnessing important innovations in health systems and society in general. More often than not these nursing professionals are not aware of the challenges ahead of them and the key role that they play in the development of nursing.

This work presents a critical reflection on the role of Nursing in the Network Society based on the analysis of the real current situation in Spain and identifies the main challenges that the Red Society poses to us: training, innovation and institutional recognition and research in care innovation.

Key words: blogosfera nurse; ecare; nursing 2.0; care innovation; Internet; social and healthcare network; network society.

Introducción a la Sociedad Red

Hace quince años comenzó a socializarse el uso de Internet tras la invención de la *World Wide Web* (WWW) por Tim Berners Lee, ingeniero físico e investigador. Él y su grupo crearon el lenguaje de etiquetas de hipertexto (HTML), el protocolo del mismo (HTTP) y el sistema de localización en la web (URL) con el objetivo de intercambiar información sobre sus investigaciones (1).

Desde entonces se está asistiendo a un importante intercambio de información y conocimiento, en gran parte de manera libre y cooperativa, que está cambiando la forma de vida. Si bien al principio, con la Web 1.0, ese intercambio era más lento y dificultoso, desde la aparición de la Web 2.0, término acuñado por Tim O'Reilly en 2005 (2) y de la reciente red móvil que ahora se disfruta, se está siendo testigos de una gran revolución social y tecnológica.

Para el profesor Castells (3), la revolución de la tecnología de la información supone un acontecimiento histórico al menos tan importante como lo fue la revolución industrial del siglo XVIII y en cuanto a sus efectos sociales, propone la hipótesis de que su impacto se debe a la capacidad de penetración de la información en la estructura social. Se trata de una tecnología que al difundirse amplía infinitamente su poder porque sus usuarios se la apropian, la redefinen y estos pueden ser al mismo tiempo sus creadores.

Internet ha calado hondo en la sociedad desarrollada y avanza en la más desfavorecida. De los aproximadamente dieciséis millones de usuarios que había en 1995, se ha pasado a cerca de dos mil millones (28,8% de la población mundial) en agosto de 2010 (4). En España, el número de usuarios crece exponencialmente, llegando a alcanzar en 2010 un grado de penetración del 64,2% (5).

A pesar de que algunos estudios han planteado que el uso intensivo de Internet provocaba aislamiento, otros trabajos han determinado que el uso de la red se convierte en una fuente de organización cívica y aumenta los vínculos de las personas (6).

Los diferentes servicios y productos que ofrece el amplio sector de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) están en nuestra vida cotidiana, en mayor o menor medida, hasta el punto de llegar a generalizarse la denominación de Sociedad de la Información para referirnos a la nueva forma de vida social actual.

Desde los servicios de la eAdministración y la eParticipación, en los que España ocupa un buen lugar, noveno y tercero, respectivamente, del ranking mundial de 2010 (7) a otros más específicos como los aplicados en la eEducación y la eSalud, pasando por el eComercio, el eOcio y otros productos que facilitan las relaciones sociales, se puede decir que "vivimos en un mundo que se ha vuelto digital", en palabras de Nicholas Negroponte (8).

En este mundo digital, el ámbito social de Internet es tan diverso y contradictorio como la propia sociedad pero tiene dos características culturales de gran importancia: el valor de la comunicación horizontal y libre y el valor compartido de la conectividad autodirigida que se convierte en instrumento para la organización social, la acción colectiva y la construcción de sentido (9).

El efecto de esos valores en la Sociedad de la Información está dando lugar a una nueva estructura social, asociada al "informacionalismo". Según Castells (10), "el término informacional indica el atributo de una forma específica de organización social en la que la generación, el procesamiento y la transmisión de la información se convierten en las fuentes fundamentales de productividad y poder, debido a las nuevas condiciones tecnológicas que surgen en este período histórico" y considera que uno de los rasgos clave de la sociedad informacional es la lógica de interconexión de su estructura básica, lo que explica el concepto de "Sociedad Red".

Los principales datos que perfilan la Sociedad Red en España, según el Informe 2010 de la Fundación Telefónica (11) son los siguientes:

- Conectividad y acceso a Internet:
 - El número de internautas asciende a 26,9 millones, siendo los menores de 24 años el segmento que mayor grado de penetración ostenta (94%).
 - El 87,3% de los niños entre 10 y 15 años son internautas.
 - Entre los usuarios mayores, ha habido un crecimiento en la digitalización del 13%.
 - La frecuencia de acceso a la red es cada vez mayor: el 69,2% de los internautas accede a diario y el 79% de los internautas se conecta desde el hogar.
 - La brecha de género respecto al acceso a Internet se reduce en 2010 con 5,7 puntos de diferencia frente a los 7,2 de 2009.
 - Dos de cada tres hogares cuentan con un ordenador y el 42,5% tiene uno portátil.
 - El grado de penetración del teléfono móvil alcanza el 94,6%. Tres de cada diez ciudadanos disponen de dispositivos con capacidad 3G y uno de cada diez tiene un Smartphone.
 - Cada vez hay un uso más intensivo del vídeo en la red con un 48% de los internautas.
- Impacto en las relaciones sociales:
 - El 50% de los internautas españoles pertenece a alguna red social y entre los adolescentes se llega al 78%. El motivo del uso se debe principalmente a mantener contacto con los amigos (61%) y por entretenimiento (51%).
 - En España, el 75% de los usuarios de Twitter lo usan por motivos profesionales.

- Impacto en la educación:
 - Con Internet se aprende mejor: el 86% de los españoles opinan que el uso de Internet favorece a su aprendizaje y el 83% de los niños entre 10 y 15 años utilizan Internet para su formación.
 - Más de la mitad de los internautas españoles (52,5%) buscaron información sobre formación en Internet en 2010 y un 12,7% hizo un curso on line.
- Impacto en el entretenimiento:
 - El 30% de los ciudadanos realizan actividades relacionadas con la informática en su tiempo libre.
 - Un 44% de usuarios confiesan que se sentirían perdidos sin Internet.
- Impacto en el consumo:
 - El 51% de internautas usa la red para informarse de productos y servicios y 10,4 millones de españoles compraron por Internet en 2010.
- Impacto en la sanidad:
 - La información relacionada con la salud es más accesible, tanto para profesionales como para usuarios. En España cerca del 33% de la población busca información de salud, relacionada principalmente con enfermedades, nutrición y medicamentos.
 - La historia clínica digital está disponible en el 98% de los centros de salud y en el 70% de los hospitales del Sistema Nacional de Salud.
 - La receta electrónica está presente en el 40% de los centros de salud y en el 42% de las farmacias españolas.
 - La cita electrónica está disponible en el 87% de los centros de salud.
- Impacto en la administración:
 - El 97% de los trámites de la Administración General del Estado se puede hacer por Internet y ya hay 8,5 millones de usuarios de eAdministración.
 - El 19% de internautas posee certificado digital, cuatro de cada diez pagan impuestos a través de Internet y uno de cada cuatro ya dispone de DNI electrónico.
- Impacto en el trabajo:
 - El 97% de las empresas españolas dispone de conexión a Internet.
 - El comercio electrónico sigue subiendo pero no alcanza a más del 25% de las empresas españolas y el porcentaje se reduce al 13% si se trata de ventas *on line*.

Ante este perfil, surgen muchas interrogantes en relación con la Enfermería en la Sociedad Red, como ¿qué impacto tienen las TIC en la Enfermería?, ¿las enfermeras conocen todo el potencial de las TIC a nivel profesional?, ¿tienen competencias digitales e informacionales para trabajar con las TIC? ¿Para qué y cómo usan las TIC en la práctica enfermera?, ¿son

consumidoras o prosumidoras en la red? ¿A qué retos se enfrentan en la Sociedad Red?

Desafortunadamente, se investiga muy poco en estos temas y todavía no hay suficiente evidencia científica como para responder a todas esas preguntas con el debido rigor. No obstante, los datos encontrados hasta el momento, pueden servir de punto de partida para reflexionar de manera crítica sobre el presente y los retos que tiene la Enfermería en la Sociedad Red.

Usos y desusos de Internet en Enfermería

El estudio realizado por Francisco Lupiáñez en 2007 (12) sobre los usos de Internet relacionados con la salud en Cataluña, aporta unos datos especialmente relevantes, tanto por su primicia como por su validez para el análisis que pretende este trabajo.

El perfil sociodemográfico de las enfermeras estudiadas pone de manifiesto la importante presencia de la mujer en la profesión enfermera (87%) y muestra un colectivo joven, más del 50% tiene menos de 40 años. La principal actividad que realizan es la práctica asistencial (89,3%), seguida de la gestión (18,4%), la docencia (17,9%) y la investigación (9%). De las enfermeras que desarrollan solo una actividad (73,1% del total de la población estudiada), el 53,8% trabaja en un hospital, el 28,5% en un centro de Atención Primaria (CAP), el 9,4% en una clínica y el 9,4% en un consultorio.

Las enfermeras en Cataluña utilizan Internet de forma general en un porcentaje muy elevado (94,4%) y en la práctica profesional el porcentaje baja al 74,3%, siendo éste inferior al de los profesionales médicos y farmacéuticos estudiados en Cataluña.

El lugar de trabajo condiciona el uso de Internet, las que trabajan en un CAP lo utilizan en un 87,2% y las del hospital en un 65,6%. No obstante, el acceso a Internet y la frecuencia de uso es mayor desde fuera del trabajo en ambos casos.

En cuanto a la concepción de su utilidad en la práctica profesional, el porcentaje de enfermeras que consideran muy útil o útil el uso de Internet es muy alto (94,3%), independientemente de su edad, género o centro donde trabaje.

La principal actividad que realizan los profesionales enfermeros en Internet está relacionada con la búsqueda de información para actualizar conocimientos en el área profesional (79,6%) y dar información y apoyo a los usuarios (42,5%), también para contactar con otros profesionales (33,7%). Las fuentes de información que utilizan con más frecuencia son los servicios de información de su propia institución (80,6%), las publicaciones periódicas nacionales (68,7%) y las instituciones oficiales nacionales (55,6%).

Para realizar las actividades de búsqueda de información, las enfermeras internautas se valen mayoritariamente de sitios web 1.0 y solo un 9% de blogs. Para establecer comunicación con otros profesionales el medio más utilizado es el correo electrónico (74% de las encuestadas). En cambio, para comunicarse con sus pacientes únicamente lo emplea el 7,7%, pero la mayoría de este grupo de enfermeras utiliza el correo electrónico con sus pacientes de manera intensiva. Tampoco es muy utilizado el teléfono móvil para comunicarse con los pacientes, solamente un 4,1% de las enfermeras ofrece habitualmente su móvil a estos.

En cuanto a las actividades de teleasistencia, como lo denomina el autor del estudio o telecuidados, alrededor del 75% de las enfermeras encuestadas no utilizan nunca las TIC para la realización de cuidados.

Entre las dificultades que hallan las enfermeras para utilizar Internet en el lugar de trabajo, se encuentra en primer lugar la falta de tiempo (63,7%), seguida de la poca disponibilidad de ordenadores conectados (40,1%), la falta de información enfermera que existe en la web dirigida a los usuarios y el público en general (39,5%), la falta de seguridad y confidencialidad de los datos (36,7%) y la falta de formación específica (30%).

En relación con la utilización de los sistemas de información electrónicos, los datos del estudio no resultan significativos para este análisis dado el bajo nivel de informatización sanitaria que había en el año que se realizó.

A pesar de la ventaja que supone la informatización sanitaria para alcanzar la efectividad, eficacia y seguridad en el proceso de atención sanitaria las enfermeras y los demás profesionales de la salud, así como los usuarios del Sistema Nacional de Salud, vienen padeciendo las dificultades que entraña la implantación de este gran y complejo proyecto que es la Historia (única) de Salud Digital en todo el territorio español.

Como bien dice María Teresa Romá-Ferri (13), "la informatización sanitaria ha hecho más visible la complejidad de la comunicación interorganizacional" y alerta de los problemas de interoperabilidad semántica que puede presentar la Historia de Salud para la Enfermería si no se usa el SNO-MED-CT (*Systematized Nomenclature of Medicine, Clinical Terms*) ya que incluye los sistemas estandarizados de lenguaje enfermero NANDA, NIC y NOC.

Por otro lado, y al margen del estudio referenciado, se observa la cantidad de blogs enfermeros que cada día van engrosando lo que se puede denominar la "Blogosfera enfermera". Entre los más de 40 blogs identificados, abiertos por enfermeras (Tabla 1), los contenidos que predominan están orientados a ofrecer noticias de Enfermería y de salud en general. Algunos contienen textos reivindicativos de diversa índole. En su gran mayoría, se trata de blogs per-

sonales que no están vinculados a ninguna institución y su actividad se centra principalmente en compartir información.

Reflexión crítica y nuevos retos

Los datos del estudio en Cataluña relacionados con el acceso y utilidad de Internet, resultan altamente positivos pero nos muestran que, en general, las enfermeras tienen un rol más consumidor que prosumidor en la Sociedad Red. Este término fue acuñado por Alvin Toffler (14) para designar a la persona que es consumidora y productora al mismo tiempo. Es un acrónimo formado por la fusión de los términos "producer" y "consumer".

Este uso mayoritario de la Web 1.0, la web unidireccional y de los datos, versus la Web 2.0, la web bidireccional y de las personas contrasta con el dato que aporta el Informe sobre la Sociedad de la Información en España 2010: el 50% de los internautas españoles pertenece a alguna red social. Es muy probable que entre ellos se encuentren muchas enfermeras, sin embargo, la Web 2.0 no está siendo empleada para la práctica profesional como espacio de innovación para el cuidado.

A pesar de la temprana y pionera presencia de la Enfermería en Internet con la página de José M^a Rodríguez Dacal desde 1996, enfersalud.com (15), y en la que se sigue ofreciendo un amplio directorio de información enfermera, parece como si la Enfermería tuviese un papel más conservador que innovador en el actual mundo de Internet.

Mayoritariamente, las enfermeras consideran muy útil y útil el uso de Internet en el trabajo pero lo usan principalmente para actividades web ya tradicionales y muy básicas, como son la búsqueda de información y el contacto con otros profesionales por correo electrónico.

Llama la atención el alto porcentaje de enfermeras que nunca han realizado procedimientos de cuidados a través de las TIC. Esta ausencia de innovación en el cuidado enfermero, a pesar de las excelentes herramientas tecnológicas que existen, es por: ¿prudencia?, ¿desconocimiento de las potencialidades de las herramientas 2.0 en la práctica profesional?, ¿falta de recursos a nivel institucional?

Aunque el estudio en Cataluña apunta a la falta de tiempo de las enfermeras y a la poca disponibilidad para acceder a Internet como las principales dificultades que tienen para usarlo en el trabajo, se hace necesario investigar más a fondo estas cuestiones porque precisamente con Internet se agilizan mucho los procesos de trabajo y desde las instituciones europeas y españolas, hay un claro e importante plan de acción (16) para desarrollar la salud electrónica o eSalud, también denominada "Salud en línea", en todos los países europeos.

Tabla 1. Blogosfera enfermera

Nombre	Dirección
A pie de barrio	http://www.apiedebarrio.es/
Bioética para enfermer@s	http://blogbioeticaybioderecho.blogspot.com/
Blog de Atención Primaria	http://ismaelap.blogspot.com/
Blog del Centro de Salud de Bollullos	http://blogdelcentrodesaluddebollullos.blogspot.com/
Blog personal de Manuel Benjumea	http://manuelbenjumeareyes.blogspot.com/
Blog de Maite Martínez Lao	http://mlao13.blogspot.com/
Cuadernillo Sanitario	http://cuadernillosanitario.blogspot.com/
Cuida2	http://cuida2.blogspot.com/
Cuidados Enfermeros Intensivos	http://ucienf.blogspot.com/
Cuidando.es	http://www.cuidando.es/
Cuida/te	http://tona-cuidate.blogspot.com/
De Enfermera a Matrona	http://deenfermeraamatrona.blogspot.com/
Diario de una Enfermera	http://diario-enfermera.blogspot.com/
Dimensión Ética del Cuidado	http://dimensioneticaenfermera.blogspot.com/
El ABC de la Enfermería	http://enfermeriax.blogspot.com/
El Diagnóstico Enfermero	http://eldiagnosticoenfermero.blogspot.com/
El blog del Área I	http://area1sespa.wordpress.com/
El "Precticante"	http://precticante.blogspot.com/
Enfermera 2.0	http://enfermeradospuntocero.blogspot.com/
Enfermería en el ámbito escolar	http://enfermerxescolar.blogspot.com/
Enfermería Avanza	http://enfeps.blogspot.com/
Enfermería Basada en la Evidencia	http://ebevidencia.blogspot.com/
Enfermería de Práctica Avanzada	http://enfermeriaavanzada.blogspot.com/
Enfermería en la Red	http://enfermeriaenlared.blogspot.com/
Enfermería Milenium	http://www.enfermeriamilenium.com/
Enfermeroprescriptor	http://enfermeroprescriptor.blogspot.com/
Historias de Enfermeras	http://historiasdeenfermeras.blogspot.com/
Homo Sanitarius	http://homosanitarius.blogspot.com/
Las TIC en EpS	http://lasticseneps.blogspot.com/p/sobre-mi.html
Metodología Enfermera	http://metodologiaenfermera.blogspot.com/
Proceso Comunitario margen derecha del Guadiana	http://procesocomunitario-mdg-documentos.blogspot.com/
Punto de Encuentro Enfermero	http://lila2.blogspot.com/
Red & Rol enfermero	http://redyrolenfermero.blogspot.com/
Salud Comunitaria	http://saludcomunitaria.wordpress.com/
Salud@Información	http://salud-informacion-hoy.blogspot.com/
Sesiones de Enfermería	http://sesionesdeenfermeria.blogspot.com/
Somos Enfermería	http://www.somosenfermeria.blogspot.com/
Tablón en Blanco	http://www.tablonenblanco.com
TEKUIDAMOS 2.0	http://lasticseneps.blogspot.com/p/sobre-mi.html
Tetuán Participa	http://www.tetuanparticipa.org/
Todo Enfermería	http://todoenfermeria.wordpress.com/
Un Enfermero Andaluz	http://jeringaman.blogspot.com/
Urgencias, un solo equipo, una sola meta	http://urgenciasequipometa.blogspot.com/

También, las enfermeras apuntan a otras causas que les dificulta el uso de Internet en el trabajo, entre las que se encuentra la falta de formación. Esta dificultad desaparecerá para las nuevas generaciones de enfermeras porque además de tener más competencia digital por la edad, los planes de estudios conducentes a la obtención de los títulos de Grado en Enfermería tienen como requisito legal la inclusión de la competencia "aplicar las tecnologías y sistemas de información y comunicación de los cuidados de salud", dentro del módulo de formación básica común (17).

No obstante, resulta urgente la inclusión de esta competencia básica en la formación continuada de las enfermeras que están actualmente en ejercicio laboral. La adquisición de las debidas competencias digitales e informacionales, les permitirá establecer una comunicación eficiente con sus pacientes y compañeros de trabajo, realizar procedimientos enfermeros a través de las TIC y abordar los sistemas de información en la práctica enfermera.

La Web 2.0 o web social hace referencia a una segunda generación de tecnología web que fomenta la interacción social y el intercambio de conocimientos para aprovechar la inteligencia colectiva. Los sitios Web 2.0 actúan más como puntos de encuentro que como webs tradicionales.

En este nuevo entorno tecnosocial, tal como lo define el profesor Sáez Vacas (18), la interacción está dando paso a la colaboración, gracias en gran parte a la utilización de *software* libre. Para ello, se utilizan lo que se conoce como herramientas colaborativas: blogs, blogging, wikis, youtube, Flickr, Google doc, Skype, Web of Science, Refworks, Dropbox, Zotero, Evernote, Reader, etc. Estas nuevas herramientas informáticas potencian la eficacia de las redes sociales *on line* en tres ámbitos que se conocen por "las 3Cs" (19):

- Comunicación (ayudan a poner en común conocimientos).
- Comunidad (ayudan a encontrar e integrar comunidades).
- Cooperación (ayudan a hacer cosas juntos).

De este modo, las redes sociales se están convirtiendo en un recurso sociosanitario donde personas con un mismo problema de salud, tanto pacientes como sus familiares cuidadores, comparten información y conocimientos, intercambian experiencias y se apoyan mutuamente.

Aunque existen redes sociales generalistas (Facebook, Twitter, Tuenti, etc.) que sirven para la relación social y albergan ya a muchos grupos de pacientes, la necesaria seguridad y confidencialidad que requieren los datos sanitarios, así como la conveniente orientación profesional que demandan estas personas, está dando lugar al desarrollo de redes sociales específicas en el ámbito sociosanitario.

Estas redes sociosanitarias han de estar gestionadas y guiadas por profesionales sociosanitarios, en este caso por enfermeras, además de estar vinculadas a instituciones acreditadas. Se hace necesario que las instituciones sociosanitarias reconozcan el valor de las mismas y las promuevan como actividad profesional a desarrollar en la jornada laboral.

Con esas características identifican "Cuidadoras en Red" (<http://www.cuidatel.es>), red sociosanitaria dirigida a personas cuidadoras no profesionales, dinamizada por una enfermera y vinculada al Instituto de Innovación para el Bienestar Ciudadano y al Departamento de Enfermería de la Universidad de Málaga desde noviembre de 2008. La red tiene como objetivos: promover la comunicación y la acción colectiva, ser un espacio de intercambio de conocimientos, experiencias y recursos, promover y ofrecer formación en cuidados para personas mayores y dependientes, contribuir a disminuir la brecha digital y contribuir al desarrollo digital de la ciudadanía (20).

Los blogs y las redes sociosanitarias constituyen ya un nuevo escenario para la práctica enfermera siempre que tengan unos objetivos enfermeros que puedan y sean evaluados.

Este nuevo espacio laboral de participación comunitaria, transparencia en la información, trabajo colaborativo, comunicación asincrónica, conocimiento y creatividad en el centro del sistema, independencia, ubicuidad, autoresponsabilidad y muy propicio para la intervención comunitaria, que ahora brinda la Sociedad Red, requiere que las enfermeras tengan formación en competencias digitales e informacionales, actitud innovadora en la aplicación de los cuidados, apoyo y reconocimiento de las instituciones en las que trabajan para aplicar los cuidados innovadores e investigación de la innovación que realizan.

Bibliografía

- [1] Berners-Lee T, Fischetti, M. Tejiendo la Red. Madrid: Siglo XXI; 2000.
- [2] O'Reilly T. What is Web 2.0? Design Patterns and Business Models for the Next Generation of Software. O'REILLY; 2005. [En línea] [fecha de acceso: 20 de mayo de 2011]. URL disponible en: <http://oreilly.com/web2/archive/what-is-web-20.html>
- [3] Castells M. La era de la información. Vol. 1. La sociedad red. Madrid: Alianza; 2000.
- [4] Internet World Stats. Usage and population statistics. Internet Usage Statistics. The Internet Big Picture. Internet World Stats; 2010. [En línea] [fecha de acceso: 20 de mayo de 2011]. URL disponible en: <http://www.internetworldstats.com/stats.htm>
- [5] Instituto Nacional de Estadística (INE). El 57,4% de los hogares españoles dispone de conexión de banda ancha a Internet, un 11,6% más que en 2009. INE 1 de octubre de 2010. [En línea] [fecha de acceso: 20 de mayo de 2011]. URL disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np620.pdf>

- [6] Kats JE, Rice RE. Social Consequences of Internet Use. Access, Involvement and Interaction. Massachusetts: MIT Press; 2002.
- [7] United Nations. E-Government Survey 2010. New York: UN Publishing Section; 2010. [En línea] [fecha de acceso: 20 de mayo de 2011]. URL disponible en: http://www2.unpan.org/egovkb/documents/2010/E_Gov_2010_Complete.pdf
- [8] Negroponte N. El mundo digital. Barcelona: Ediciones B; 1995.
- [9] Castells M. La Galaxia Internet. Barcelona: Plaza & Janés; 2001.
- [10] Castells M. La era de la información. Vol. 1. La Sociedad Red. Madrid: Alianza; 2000.
- [11] Fundación Telefónica. La Sociedad de la Información en España 2010. Barcelona: Ariel; 2011.
- [12] Lupiañez F. Salud y Sociedad Red. Usos de Internet relacionados con la Salud. Barcelona: Planeta; 2009.
- [13] Romá Ferri MT. Los términos clínicos de Enfermería en los sistemas de información y la interoperabilidad semántica de SNO-MED-CT. *Enferm Clin* 2009; 19(3): 169-170.
- [14] Toffler A. La Tercera Ola. Barcelona: Plaza & Janés; 1983.
- [15] *Enfersalud.com* (antigua página de José Dacal). [En línea] [fecha de acceso: 20 de mayo de 2011]. URL disponible en: <http://www.enfersalud.com/>
- [16] Comisión de las Comunidades Europeas. La salud electrónica-hacia una mejor asistencia sanitaria para los ciudadanos europeos: Plan de acción a favor de un espacio Europeo de la Salud Electrónica. Comisión de las Comunidades Europeas; 2004. [En línea] [fecha de acceso: 20 de mayo de 2011]. URL disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52004DC0356:EN:NOT>
- [17] Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero. (Boletín Oficial del Estado, núm. 174, del 19 de julio de 2008). [En línea] [fecha de acceso: 20 de mayo de 2011]. URL disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2008/07/19/pdfs/A31680-31683.pdf>
- [18] Sáez Vacas F. Más allá de Internet: la Red Universal Digital. Madrid: Ed. Ramón Areces, Madrid; 2004.
- [19] Lorca J, Pujol L. Redes Sociales: descripción del fenómeno, situación actual y perspectivas. *Revista eSalud.com*. 2008; 4(15): 1-15. [En línea] [fecha de acceso: 20 de mayo de 2011]. URL disponible en: <http://archivo.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/248/562>
- [20] Redecker C, Reig J, Carrión T, Martínez S, Armayones M, McCarthy D, Fernández M. The potential of ICT in Supporting Domiciliary Care in Spain. Luxembourg: European Union; 2010. [En línea] [fecha de acceso: 20 de mayo de 2011]. URL disponible en: <http://ipts.jrc.ec.europa.eu/publications/pub.cfm?id=3760>

Normas de publicación

REVISTA IBEROAMERICANA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

Información para los autores

La Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdEC) considerará para su publicación aquellos trabajos relacionados directamente con la Enfermería Comunitaria y la Atención Primaria de Salud que no hayan sido publicados en otros medios y puedan encuadrarse en las diferentes secciones de la revista. Es una publicación científica que publicará sus artículos mediante el arbitraje de expertos.

Presentación de los trabajos

Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de RIdEC y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la misma. No se aceptarán trabajos publicados o presentados simultáneamente en otra revista, circunstancia que el autor deberá declarar en la carta de presentación del artículo.

Se remitirá a la revista una carta de presentación en la que sus autores declaren que:

- Es un trabajo original.
- No ha sido previamente publicado en otro medio.
- No ha sido remitido simultáneamente a otra publicación.
- Todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración.
- Realicen una declaración de posibles conflictos de intereses en la redacción del artículo o en la realización de la investigación.
- Todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito remitido.
- En caso de ser publicado el artículo transfieren todos los derechos de autor al editor para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir el trabajo en índices nacionales e internacionales o bases de datos.

En general, la extensión máxima de los trabajos no deberá superar las 4.500 palabras (originales, revisión, gestión de cuidados, comunidades) y 1.000 para las cartas a la directora. Se admite un máximo de cuatro ilustraciones y un máximo de seis firmantes (cuatro para las cartas a la directora). Se podrán mandar artículos en español y portugués. Adicionalmente, será posible enviar una versión en inglés del artículo.

El procesado del texto se hará por ordenador utilizando el programa Microsoft Word o compatible.

Se enviará un archivo que incluya la redacción del artículo. Cada parte del manuscrito empezará una página en el siguiente orden:

1. En la primera página del artículo se indicará el título del artículo. Éste se traducirá al menos a uno de los siguientes

idiomas: portugués, inglés o francés. No se debe incluir en este archivo el nombre de ningún autor.

2. En las siguientes páginas se incluirá el texto del artículo, dividiendo claramente los apartados del mismo y además, en el caso de artículos originales, artículos de revisión, gestión de cuidados y comunidades deberá contar con un resumen de 150 palabras máximo y las palabras clave. El resumen y las palabras clave se redactarán obligatoriamente español o portugués y en al menos en otro de los siguientes idiomas: inglés o francés.

3. Referencias bibliográficas. Se presentarán siguiendo las normas de la APA o las Normas de Vancouver. En caso de abreviar los nombres de las revistas se hará utilizando el estilo usado en Index Medicus y en Index de Enfermería, para aquellas revistas incluidas en ambos repertorios. El formateado del texto se realizará en letra tipo Arial Narrow, de tamaño 12 y justificado. Los nombres de los apartados del artículo se formatearán en letra tipo Arial Narrow, negrita, tamaño 14 y alineación centrada.

4. Ilustraciones

- a) Las fotografías, gráficos, dibujos y esquemas se enviarán en un archivo por separado. Se incluirán en formato JPG a una resolución mínima de 300 dpi y todas comprimidas en un archivo ZIP. Serán fotografías originales, indicando la autoría de la misma. El autor deberá ceder su uso para poder publicarlas en Internet.

Se incluirá una fotografía, gráfico, dibujo o esquema por archivo, indicando el número y título de la figura. Adicionalmente si el título es muy largo y son varias figuras, se podrá adjuntar una relación en formato Word indicando: nombre del archivo y número y título de la figura a la que corresponde. La responsabilidad sobre la autoría y originalidad de la ilustración corresponde a los autores.

- b) Las tablas se enviarán en un archivo por separado. Se presentarán en formato Word, en cuerpo Arial a un tamaño de 10 puntos, incluyendo una tabla por página. Además se adjuntará numeración de la tabla con números arábigos, enunciado el título correspondiente.

El Comité Editorial acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación. Para facilitar los contactos con los autores durante el proceso de edición, éstos deberán indicar de forma obligatoria una dirección de correo electrónico.

Los trabajos se remitirán a la RIdEC a la siguiente dirección de correo electrónico: ridec@grupo-paradigma.com o por medio de la web: <http://revista.enfermeriacomunitaria.com>. El envío de un artículo supone asumir que se trata de un trabajo original, no publicado ni enviado a revisión a otras revistas. Ello implica que el autor autoriza a la Editorial DAE a publicar todo el material remitido, incluidas las fotos, que deberán ser originales en caso de ser aceptado para su publicación.

Descripción de las secciones

Artículos originales

Trabajos que tengan como objetivo describir una actividad de investigación en cuidados enfermeros o atención comunitaria que aporten o demuestren nuevos conocimientos y que necesariamente deberán respetar la estructura de un trabajo científico aceptada por la comunidad científica internacional. Los trabajos de investigación deberán incluir:

Parte preliminar

- Título: será explicativo, conciso y claro.
- Resumen: debe especificar el objetivo, metodología empleada (sujetos de estudio, métodos, observaciones y análisis), resultados y conclusiones.
- Introducción: en el que se expondrán la finalidad del estudio, los fundamentos que justifican su pertinencia así como los elementos fundamentales o el marco conceptual, si procede, para la comprensión del trabajo. Se indicará el método de pesquisa bibliográfica empleada.

Parte del cuerpo

- Sujetos y métodos: se detalla cómo se ha llevado a cabo el estudio; es el manual que permite la reproductibilidad del estudio a cualquier investigador. En este apartado deberán constar los criterios de selección de los sujetos de estudio, tipo de investigación, existencia de sesgos, identificación de técnicas, procedimientos e instrumentos. Se explicitarán las referencias bibliográficas de los métodos empleados, incluyendo los estadísticos.
- Resultados: en esta sección se expondrán los resultados obtenidos y se valorará el equilibrio entre texto, tablas y figuras. Se pondrán de manifiesto los datos más relevantes, tanto positivos como negativos.
- Discusión: en esta sección se comentarán las inferencias de los propios hallazgos y las limitaciones que el estudio tiene. En caso de investigaciones de carácter cualitativo el apartado Resultados y Discusión se podrá redactar de forma conjunta.

Parte final

- Agradecimientos: se podrá expresar el agradecimiento de los autores a las diversas personas o instituciones que han colaborado de una u otra forma en el estudio.
- Referencias bibliográficas: incluirá la bibliografía empleada como documentación. Las normas aceptadas para la publicación son las de la APA y Vancouver.

Revisiones

Trabajos realizados basándose en el análisis, comparación, interpretación y adaptación a una situación concreta de la bibliografía existente sobre un tema determinado en el que el autor o autores puedan aportar su experiencia personal.

En las revisiones los autores deberán estructurar sus trabajos con una introducción, la metodología y estrategia de búsqueda, la exposición del tema analizado, las conclusiones de los elementos más importantes de dicha exposición y la bibliografía utilizada. Estos artículos serán fundamentalmente encargados por el Consejo Editorial al autor. Si los autores desean realizar una revisión deberán ponerse en contacto con el Comité Editorial.

Gestión clínica de cuidados

Trabajos relacionados con la práctica asistencial de los profesionales enfermeros en el ámbito de actuación comunitaria, en los que a partir de una situación determinada se describa la metodología de cuidados encaminada a la prestación de todo tipo de cuidados desde el punto de vista de la atención de Enfermería.

La estructura de estos trabajos debe incluir los siguientes apartados:

- Sinopsis (breve descripción del caso), valoración, diagnóstico/problema, plan de cuidados (resultados esperados, intervenciones), evolución, discusión y bibliografía. En la discusión se deberán exponer aquellos aspectos más relevantes de los casos expuestos, la evidencia científica disponible así como la bibliografía utilizada por los autores.

Cartas a la directora

Este apartado incluye las comunicaciones que los lectores quieran realizar con RIdEC en relación con trabajos previamente publicados así como aquellos trabajos de investigación, casos clínicos, trabajos de revisión o aportaciones a algún tema de interés para la Enfermería que puedan ser resumidos en un texto de corta extensión. Dentro de este apartado los autores podrán poner en conocimiento de los lectores de RIdEC aquellas reflexiones, comentarios o hallazgos que puedan aportar información sobre algún tema relacionado con los cuidados de salud.

Trabajo con la comunidad

Se considerará para su publicación experiencias, protocolos de sistematización de cuidados y proyectos desarrollados en comunidades que supongan una actuación de carácter comunitario. Para la publicación de estos artículos se considerará la originalidad de las experiencias, protocolos o proyectos comunitarios y su capacidad para generar ideas, innovaciones e investigación en la atención comunitaria.

Recordatorio de archivos que debe enviar a la revista para que se someta a revisión un artículo:

- Carta de presentación (en formato Word).
- Redacción del artículo (en formato Word).
- Ilustraciones y figuras (una figura por archivo y en formato JPG, todos los archivos comprimidos en un único archivo ZIP).
- Tablas (en formato DOC).