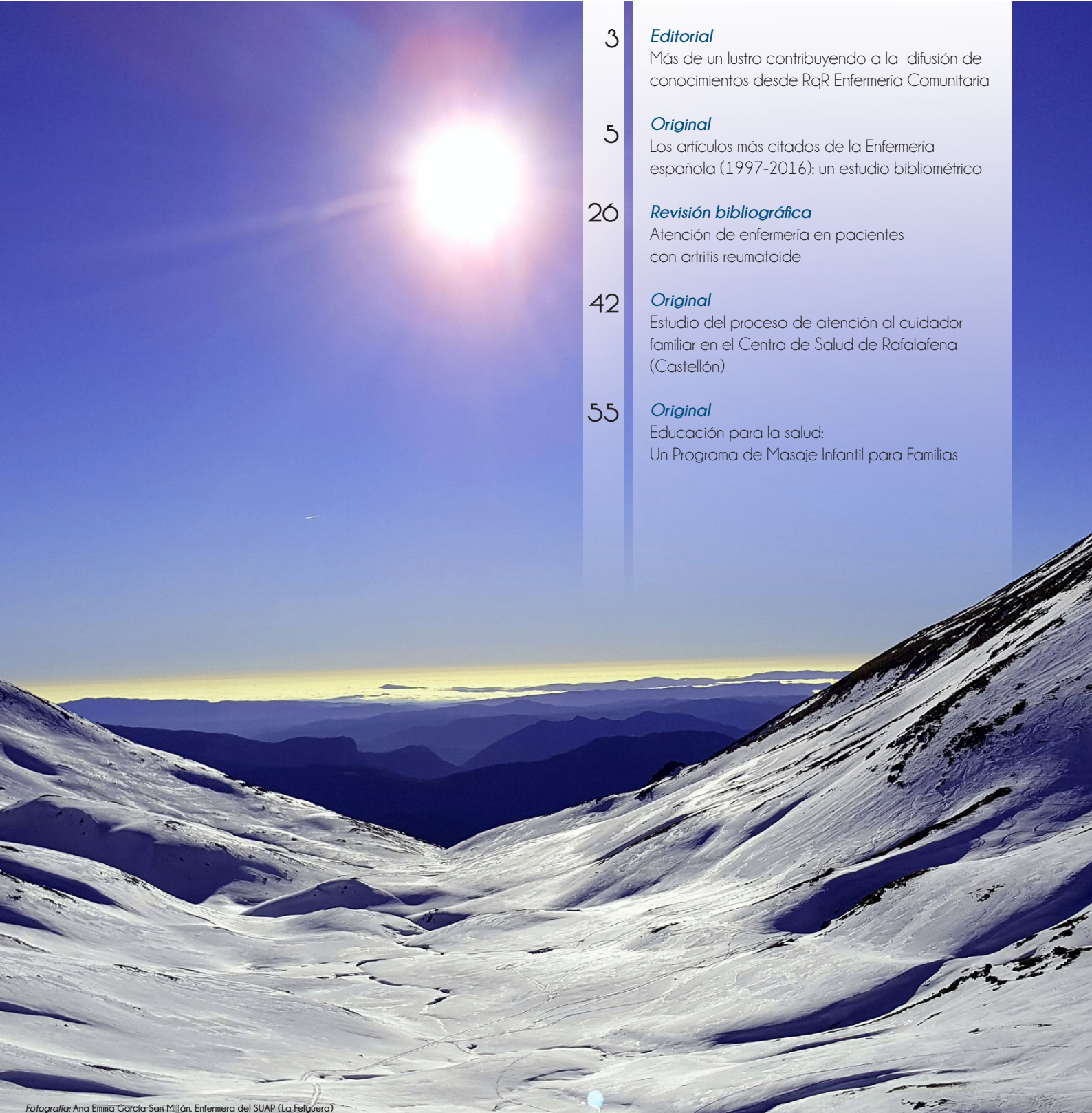




Enfermería Comunitaria

vol. 7 | núm. 1 | invierno 2019

- 
- 3 **Editorial**
Más de un lustro contribuyendo a la difusión de conocimientos desde RqR Enfermería Comunitaria
- 5 **Original**
Los artículos más citados de la Enfermería española (1997-2016): un estudio bibliométrico
- 26 **Revisión bibliográfica**
Atención de enfermería en pacientes con artritis reumatoide
- 42 **Original**
Estudio del proceso de atención al cuidador familiar en el Centro de Salud de Rafalafena (Castellón)
- 55 **Original**
Educación para la salud:
Un Programa de Masaje Infantil para Familias

Fotografía: Ana Emma García San Millán, Enfermera del SUAP (La Felguera)

Entidad editora:

SEAPA (Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias)

Comité Editorial:

Fernanda del Castillo Arévalo

Centro de Salud de Contrueces (Gijón).

Ana Covadonga González Pisano

Centro de Salud de Salas. Periférico La Espina. Doctora en la Universidad de Oviedo. Profesora asociada de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de Oviedo. Doctora por la Universidad de Oviedo. Miembro de Investén-isciii.

Cristina González Aller

Centro de Salud de Llanera (Oviedo).

Rosendo Argüelles Barbón

Coordinador de Continuidad de Cuidados (Gijón).

Teresa López Castellanos

Enfermera Especialista en FyC. Enfermera de Atención Primaria Área V, Asturias.

Maria Arantzazu Gonzalez Álvarez

Enfermera Especialista en FyC. Enfermera Especialista en Geriátrica. Enfermera Atención Primaria Área IV.

Comité Científico:

Santiago González Sánchez

Centro de Salud El Llano (Gijón).

Berna García Menéndez

Centro de Salud de Sama de Langreo (Sama).

Belén Fernández Suárez

Hospital Álvarez Buylla de Mieres.

Marta Pisano González

PhD. Servicio de Promoción de la Salud y Participación. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud del Principado de Asturias.

Enrique Oltra Rodríguez

Doctor por la Universidad de Oviedo y Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Rosario Riestra Rodríguez

Vicedecana de la Facultad de Enfermería de Gijón (Gijón). Doctora por la Universidad de Oviedo.

Directora:

Carmen Santano Vilchez

SUAP. Centro de Salud El Quirinal (Avilés)

Susana Navalpotro Pascual

Enfermera de UVI Móvil del SUMMA 112 (Madrid).

Francisco Javier Iruzubieta Barragán

Escuela Universitaria de Enfermería. Servicio Riojano de Salud/Universidad de La Rioja (Logroño). Doctor por la Universidad de Alicante. Miembro de Investén-isciii.

Dolores Sánchez López

Enfermera en el Centro de Salud Las Huelgas (Burgos). Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Licenciada en Antropología. Doctora por la Universidad de Burgos.

Jose María Rumbo Prieto

Supervisor de cuidados, investigación e innovación. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Doctor por la Universidad de A Coruña. Miembro del Centro Español para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia (CECBE).

Emilia Romero de San Pio

UCI. Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo). Miembro del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias.

Fernando Alonso Pérez

Decano de la Facultad de Enfermería de Gijón (Gijón). Doctor por la Universidad de Oviedo.

Carmen Teresa Velasco González

Jefa de Sección de Calidad de la D.G. de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias (Oviedo).

Emilio Velasco Castañón

Centro de Salud Llano Ponte (Avilés).

Sofía Osorio Álvarez

Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón).

M^a Ángeles González Fernández

Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria del área del Bierzo (León).

Susana Navalpotro

Enfermera de UVI Móvil del SUMMA 112 (Madrid).

Francisco Javier Izurubieta Barragán

Escuela Universitaria de Enfermería. Servicio Riojano de Salud/Universidad de La Rioja (Logroño). Doctor por la Universidad de Alicante. Miembro de Investén-isciii.

Estefanía Vegas Pardavila

Doctora por la Universidad de Alicante. Enfermera en el HUCA, Oviedo.

Sheila Sánchez Gómez

Centro de Salud Zaramaga. Presidenta de la Subcomisión de Enfermería de la Unidad Docente de Álava (Álava). Doctora en Ciencias de la Enfermería.

Manuel Rich Ruíz

Director del Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba. Doctor por la Universidad de Córdoba. Miembro de Investén-isciii.

Ángel Martín García

Centro de Salud San Blas (Parla). Dirección Asistencial Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria (Madrid).

Jorge Minguez Arias

Doctor por la Universidad de Alicante. Enfermero Comunitario Centro de Salud Arnedo, La Rioja.

Ricardo de Dios del Valle

Subdirector de Atención Sanitaria del Área IV de Asturias.

Luis Arantón Areosa

Doctor por la Universidad de A Coruña (UDC). Director de Procesos de Enfermería. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Ferrol. Servicio Gallego de Salud (SERGAS).

Sara Diez González

Enfermera especialista en FyC. Unidad de Epidemiología Laboral y Ambiental de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

Isabel Feria Raposo

Supervisora de enfermería. Coordinadora de investigación en enfermería. Unidad de agudos. Hospital Benito Menni (Barcelona).

M. Belén Suárez Mier

Enfermera del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del HUCA (Asturias).

Dolores Sánchez López

Enfermera en el Centro de Salud Las Huelgas (Burgos). Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Licenciada en Antropología. Doctora por la Universidad de Burgos.

Xosé Manuel Meijome

Enfermero. Bloque quirúrgico. Hospital El Bierzo (Ponferrada). Creador del blog cuadernillosanitario.

Beatriz Braña Marcos

Enfermera de AP del Área V. Unidad para la Excelencia en Cuidados de Asturias. DG Planificación Sanitaria de la Consejería de Sanidad. Miembro del Comité Científico del Centro Español para los cuidados de la Evidencia. Miembro del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Principado de Asturias.

José María Rumbo Prieto

Supervisor de cuidados, investigación e innovación. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Doctor por la Universidad de A Coruña. Miembro del Centro Español para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia (CECBE).

Belén García Hernández

Enfermera Especialista en FyC. Enfermera de Atención Primaria Área Sanitaria V, Asturias.

Cristina Obaya Prieto

Enfermera Especialista en FyC. Enfermera de Atención Primaria Área Sanitaria V, Asturias.

Patricia González Rocés

Enfermera Especialista en Salud Mental. Centro de Atención Integral (CAI) Area Santiaría I, Sespa.

Almudena Pousada González

Enfermera del Hospital Universitario Central de Asturias. Doctora por la Universidad de Oviedo. Profesora Asociada de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de Oviedo.

María Álvarez Fernández

Enfermera Especialista en F y C. Atención Primaria Área VII. Sespa.

Diego José Villalvilla Soria

Enfermero. Centro de Salud Alcalá de Guadaira. Madrid.

Raquel Pérez Otero

Enfermera de AP de Asturias, especialista en enfermería familiar y comunitaria.

M^a Josefa González García

Enfermera de la Unidad de Calidad en Cuidados y Sistemas de información. Complejo Hospitalario de Navarra.

Ana M^a Mateo Cervera

Jefa de Área de Enfermería de Desarrollo en Cuidados e Innovación. Complejo Hospitalario de Navarra.

Miriam Broncano Bolzoni

Red de Salud Mental y Adicciones del Institut d'Assistència Sanitària (Girona). Profesora asociada del Departamento de Enfermería. Universitat de Girona (Girona).

Pedro Ventura Puertos

Enfermero. Doctor. Profesor del Departamento de Enfermería de la Universidad de Córdoba

Noelia Rodríguez Escobar

Trabajadora Social. Proyecto Europeo CARE4DEM (Eurocarers is involved in a new projects on online support groups) de Erasmus+.

Pedro Pastor Ballesteros

Enfermero Medicina Preventiva Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. Profesor Asociado Ciencias de la Salud. Facultad Enfermería. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid.

Vanessa Cantón Habas

Enfermera. Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de Córdoba.

Editorial

Revista Invierno 2019

Carmen Santano Vílchez
Directora de RqR Enfermería Comunitaria

“Más de un lustro contribuyendo a la difusión de conocimientos desde RqR Enfermería Comunitaria”

Cualquier cumpleaños es digno de conmemoración, ningún año es mejor ni peor que otro, todos suman y nos hacen grandes, pero el que nuestra revista científica RqR Enfermería Comunitaria haya sobrepasado ya el lustro de edad, con tan buena acogida y manteniendo una salud editorial de hierro es motivo de alegría y satisfacción.

Según La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y Cultura (UNESCO) considera revista científica “a toda publicación periódica que presenta especialmente artículos científicos, escritos por autores diferentes, su componente básico, es un escrito en prosa, de regular extensión, publicado como una contribución al progreso de la ciencia o el arte”. Es por ello que las revistas científicas se han convertido en uno de los instrumentos principales para la producción, reproducción y divulgación del conocimiento y no es tarea fácil cumplir con los requisitos bibliométricos internacionales para ser indexada en las bases de datos especializadas en enfermería y de esta manera lograr incursionar en la difusión del conocimiento en beneficio de la práctica profesional de enfermería.

Resulta, por tanto ésta, una ocasión privilegiada para recapitular sobre lo conseguido y hacer un balance general de nuestra producción científica así como, para marcarnos objetivos que nos ayuden a posicionarnos frente al futuro con la mirada y la idea de seguir creciendo en nuestra profe-



sión y hacernos lo más visibles posible. Tendremos que esperar todavía, para realizar un estudio pormenorizado (histórico, sociológico y bibliográfico) sobre el papel desempeñado por la Revista RqR Enfermería Comunitaria dentro de nuestra comunidad y fuera de ella, para conocer su impacto académico y socio-sanitario más allá de la propia Asociación, pero, intentaremos aquí, dar un pequeño recopilatorio de datos generales que nos puede dar una idea del camino recorrido hasta llegar a esta editorial.

Haciendo un poco de historia, y mirando hacia atrás, esta revista, nació siendo un boletín que desde SEAPA se publicaba en formato papel y cuyo primer volumen se editaba en enero del año 2002, coincidiendo con la reciente inauguración de su

página web, soporte informático en el que se sustenta nuestra actual revista para dar difusión y accesibilidad a su contenido. Sus pretensiones, ya por aquel entonces, eran servir como un lugar de encuentro y publicación de todas aquellas opiniones y trabajos que sobre la Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria estuviesen dispuestos a aportar algo a nuestra profesión, además de recoger, a modo de noticias, la actualidad que acontecía tanto en la Sociedad, SEAPA, como en la Federación, FAECAP.

Con la idea de no quedarnos atrás sin ir adaptándonos a las nuevas tecnologías, en enero de 2013 ese boletín pasó a publicarse únicamente en formato digital y se edita el primer volumen de la actual revista con la nueva denominación "**RqR Enfermería Comunitaria**", cargada de ilusión, dinamismo y creatividad por alcanzar algunos de los retos que, 6 años después, podemos decir, que hemos sido capaces de conseguir, eso sí, con mucha constancia, esfuerzo y gran satisfacción, entre ellos, el de ser indexada en acreditados sistemas de información o bases de datos de prestigio como Dialnet, Scielo, Latindex, Cuiden, REDIB... gracias a que cumplimos con los estándares exigidos, como son el tener un sistema de revisión por pares, una periodicidad cuatrimestral, contar con un comité científico con representación nacional, tener un contenido amplio de artículos originales, etc. Los que nos ha permitido estar en dichas bases que nos sirven como excelentes escaparates de proyección y difusión de los artículos que en nuestra revista publicamos, llegando con ello, a muchos más lectores tanto de ámbito nacional como fuera de nuestras fronteras.

Como no podía ser de otra manera, esta editorial también quiere servir de pequeño homenaje, a los sucesivos y diferentes miembros que han configurado los comités editorial, redactor y científico, que a lo largo de estos años, y gracias a su rigor, entusiasmo y tenacidad han contribuido al crecimiento de nuestra revista ayudando a cumplir con los **estándares** exigidos y hacer de **RqR Enfermería Comunitaria** una publicación consolidada editorialmente y prestigiada en los sectores asistenciales y de la comunidad científica de nuestro país...sin olvidarnos de los centenares de autores, de nuestro territorio nacional y de fuera de él, que se han interesado por hacer públicos sus trabajos en nuestras páginas (originales breves, revisiones bibliográficas, trabajos de investigación cualitativa y cuantitativa...) y que gracias a ellos, podemos estar orgullosos de haber editado, en estos 6 años de vida de nuestra actual revista, 6 volúmenes, 24 números, 24 editoriales, 129 artículos, 1485 páginas, todas ellas cargadas de excelentes artículos rigurosamente evaluados y de interés para la Enfermería Familiar y Comunitaria.

Como detalle a resaltar de esta edición aniversario, reseñar el nuevo diseño de la portada y las páginas que configuran la revista que nos aportan una imagen más renovada y vanguardista. Están entre nuestros retos, seguir creciendo e innovando y adentrarnos en el panorama nacional e internacional, como una revista referente para la Enfermería Familiar y Comunitaria.

Muchas felicidades a todos los que habéis hecho posible que se cumplan estos 6 años de vida de RqR y con el deseo de que sean muchos más los que tengamos que conmemorar.

Los artículos más citados de la Enfermería española (1997-2016): un estudio bibliométrico

Fernando Peña-Ibáñez, *Consultorio Local de Alpedrete. Centro de Salud Villalba Estación (Madrid)* y Raquel Ruiz-Íñiguez, *Facultad de psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)*

Manuscrito recibido: 28/09/18
Manuscrito aceptado: 23/10/18

Cómo citar este documento

Peña-Ibáñez F, Ruiz-Íñiguez R. Los artículos más citados de la Enfermería española (1997-2016): un estudio bibliométrico. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2019 Febrero; 7 (1): 5-25.

Resumen

La investigación enfermera está viviendo una rápida evolución en las últimas décadas. El objetivo de este estudio es identificar y caracterizar los artículos científicos más citados de la Enfermería española en el periodo 1997-2016. Para ello se obtuvieron los listados de los 50 artículos más citados en revistas de enfermería incluidas en las bases de datos Scopus y/o SciELO Citation Index (SCI) analizando las variables: revista de publicación, nacionalidad, año, autores y afiliación, tipo de diseño y número de citas.

Los resultados muestran un crecimiento sostenido de la producción científica enfermera y de la presencia de revistas españolas en bases de datos internacionales. Los artículos más citados se han publicado en un total de 22 revistas, con un máximo de 247 citas al primer artículo y una mediana de ocho. En los estudios del ámbito iberoame-

ricano (SCI) predominan los autores españoles del entorno académico que publican en revistas españolas, y el diseño más frecuente corresponde a artículos teóricos y editoriales. En el ámbito mundial (Scopus) son más frecuentes los diseños de investigación cuantitativos -principalmente descriptivos- y los artículos más citados corresponden a autores académicos que publican en revistas inglesas o estadounidenses. El número de citas recibidas es relativamente bajo en comparación con el ámbito enfermero internacional o con otras disciplinas afines.

Persisten algunos retos a nivel científico y editorial para la Enfermería de nuestro país como la mayor internacionalización, la diversificación de publicaciones y el desarrollo de más estudios experimentales que evalúen los resultados de intervenciones enfermeras.

Palabras clave:

Bibliometría; Investigación en Enfermería; Enfermería Basada en la Evidencia; Bases de Datos Bibliográficas; Rol Profesional; España

The most cited articles in Spanish nursing (1997-2016): a bibliometric analysis

Abstract

Nursing research is experiencing a fast development in the last decades. This study aims to identify and describe the most frequently cited articles in Spanish nursing in the period 1997-2016. For that purpose we obtained the lists of the 50 most frequently cited articles in journals included in the databases Scopus and/or SciELO Citation Index (SCI). The variables journal, nationality, year, authors and affiliation, study design and citation count were analyzed.

The results show that there is a sustained growth of the scientific production in nursing and of the presence of Spanish journals in international databases. The most frequently cited articles were published in 22 different journals, with a maximum of 247 citations and a median of eight. In the articles of the ibero-american area (SCI) there is a predominance of academic Spanish authors publishing in Spanish journals, as well as a major proportion of theoretical studies and editorials. In the international area (Scopus) the majority of research articles are quantitative -mostly descriptive-, and the most cited are signed by academic authors and published in english written journals. The number of received citations is relatively low when compared to international nursing or other related disciplines.

The scientific and editorial environment in Spanish nursing faces some challenges like an improved internationalization, a bigger diversity of publications and an increase of experimental studies that assess the outcomes of nursing interventions.

Keywords

Bibliometrics; Nursing Research; Evidence-Based Nursing; Databases, Bibliographic; Professional Role; Spain

Introducción

La disciplina enfermera tiene un largo recorrido histórico. Desde que comenzara a ser reconocida como profesión en España a principios del siglo XX (1), ha llegado a su integración como disciplina universitaria en 1977 y como título de grado desde 2005, con el desarrollo legal de especialidades de enfermería y programas de doctorado específicos (2). A pesar del crecimiento continuo de su producción investigadora (3-5) y de la rápida evolución de las revistas científicas en los últimos años (6), la enfermería sigue siendo considerada como una

disciplina aún *joven* en el ámbito de la ciencia (7-10). Una forma de evaluar el estado de madurez y los nuevos desarrollos de la disciplina enfermera es la bibliometría, y dentro de ésta, el estudio de la repercusión de las publicaciones mediante el análisis de citas (3,11).

Una cita puede entenderse como el reconocimiento de una deuda intelectual de los autores de un estudio con una fuente de información. Si consideramos que el avance del conocimiento se produce sobre investigaciones previas, el estudio de los artículos más citados en una disciplina

Una forma de evaluar el estado de madurez y los nuevos desarrollos de la disciplina enfermera es la bibliometría, y dentro de ésta, el estudio de la repercusión de las publicaciones mediante el análisis de citas

permitiría: a) Identificar trabajos de referencia que abordan temas fundamentales en un campo y/o han influido en un gran número de investigadores; b) Obtener una perspectiva histórica de la evolución de dicho campo (11,12). En 1977 Garfield (13) acuñó el término *citation classics* para denominar a los artículos que han recibido un gran número de citas y se han convertido en una referencia en su ámbito. Desde entonces, decenas de estudios han analizado los artículos más citados de disciplinas biomédicas (14-18) y de la enfermería internacional (19), entre otras. Aunque se han realizado varios estudios bibliométricos en el ámbito de la enfermería española en los últimos años (3,4,20), no existía hasta ahora, dentro de nuestro conocimiento, un estudio de *clásicos de citación*.

Existen tres bases de datos que permiten el recuento de citas asociadas a un artículo: Google Scholar, Web of Science (WoS) y Scopus (8,12,21). Scopus es una base de datos interdisciplinar que alberga en torno a 21.000 revistas internacionales, mientras que WoS incluye unas 12.000. SciELO, una librería electrónica surgida en Brasil en 1998, cuenta con publicaciones de 14 países de Iberoamérica (1.172 revistas) y Sudáfrica (77 revistas). En enero de 2014 los artículos contenidos en SciELO comenzaron a ser consultables dentro de WoS mediante la herramienta SciELO Citation Index (SCI).

Objetivos

El objetivo de este trabajo es identificar y analizar las características de los artículos más citados en las bases de datos Scopus y SCI en el período de estudio desde una doble perspectiva: a) artículos publicados en revistas españolas de enfermería, y b) artículos publicados por autores adscritos a instituciones españolas en revistas de enfermería de cualquier nacionalidad. Un objetivo secundario es analizar brevemente el total de la producción científica enfermera de nuestro país en las dos bases de datos mencionadas en el mismo periodo.

Método

Se realizó un estudio bibliométrico retrospectivo de los artículos publicados entre enero de 1997 y octubre de 2016 en revistas de enfermería incluidas en las bases de datos SCI y/o Scopus. De las otras bases de datos citadas en la introducción, Google Scholar fue descartada por no ofrecer de forma directa el catálogo de revistas incluidas, y sólo permitir la búsqueda temática por disciplina para documentos en lengua inglesa. De igual modo, la escasa cobertura de revistas españolas de enfermería en la *Colección Principal* de WoS (ninguna en su *Core Collection*, cuatro en el índice *Emerging Sources Citation Index*, con artículos sólo a partir de 2015) y en el apartado MEDLINE de WoS (tres revistas vigentes y dos descatalogadas) hizo que se descartaran también por falta de representatividad.

Para la obtención de los listados de los 50 artículos más citados, y siguiendo el método de estudios recientes similares (15,19), se realizó una búsqueda dividida en tres fases. En la primera fase se identificaron las revistas de enfermería españolas indexadas bajo las categorías "nursing" o "medicine" en Scopus y en la categoría "ciencias de la salud" en SciELO España, obteniéndose 10 revistas en Scopus y cinco en el caso de SciELO. Se consideraron revistas de enfermería aquellas que lo indican expresamente

en su título o las publicadas por sociedades científicas de enfermería, y de nacionalidad española cuando la revista está editada en España.

En la segunda fase se obtuvieron los denominados "listados de artículos por revistas". Para cada una de las bases de datos, SCI y Scopus, se extrajeron los 50 artículos más citados que cumplían los siguientes requisitos: a) Publicado en una revista española de enfermería, b) Período de publicación 1997-2016 y c) Cualquier autor. En Scopus se utilizaron como criterio de búsqueda por revista fuente los nombres de las diez revistas obtenidas en la fase I, encadenadas con el operador "OR", así como los límites de fecha 1997-2016. En el caso de SCI se realizó una búsqueda por rango de fecha 1997-2016 dentro de la colección SciELO España, filtrándose posteriormente los resultados por la categoría *nursing*, y se comprobó que las revistas obtenidas coincidían con las extraídas manualmente en la Fase I.

Una tercera fase consistió en obtener los denominados "listados de artículos por afiliación", similar a la Fase II pero aceptando artículos publicados en revistas de enfermería de cualquier nacionalidad incluidas en la categoría "*nursing*" siempre que al menos uno de los autores estuviera afiliado a una institución española (filtro *countries/territories* en SCI y *affiliation* en Scopus).

Los listados se ordenaron por número de citas y, a igualdad de estas, por año de publicación de más reciente a más antiguo. No se realizó corrección por autocita. Se estudiaron los resúmenes de los 50 primeros artículos de cada listado y se extrajeron a una hoja de cálculo predefinida las variables relevantes: título, autores, afiliación institucional, nacionalidad (según la institución de afiliación del primer autor), año y revista de publicación, nacionalidad de la revista, tipo de diseño metodológico y número de citas. En caso de ser insuficiente la información del resumen se obtuvo el artículo completo a través de librerías electrónicas.

Con un criterio equiparable al empleado por Wong et al. y Tam et al. (15,19) se establecieron cinco tipologías de artículos: 1) Estudios primarios cuantitativos, 2) Revisiones literarias y sistemáticas, 3) Estudios cualitativos, 4) Artículos teóricos, editoriales y cartas y 5) Estudios de desarrollo y/o validación de escalas. La búsqueda y categorización de los datos fue realizada en la segunda quincena de octubre de 2016 por los dos autores de forma independiente, resolviendo los conflictos por consenso. Se aplicó estadística descriptiva para analizar y visualizar gráficamente las características de los artículos con los paquetes *SPSS v20* y *RStudio v0.99*. La consulta de factores de impacto y cuantiles de las revistas se realizó con la herramienta online *PubliNurse* (22).

Resultados

Revistas y producción científica

El conjunto de las 22 revistas incluidas en alguno de los cuatro listados finales puede consultarse en la **Tabla 1**.

De las cinco nacionalidades representadas, Reino Unido es la que aporta más revistas con un 40,9%, seguida por España con un 27,3% y Brasil con un 13,6%. *International Nursing Review* es la revista más antigua, publicando desde 1960, mientras que la más reciente, *BMC Nursing*, inició su andadura en 2002. Un 45,5% de las revistas fueron fundadas en la década 1990-2000. La mayor parte de las revistas españolas (66,6%) fueron indexadas en SCI y/o Scopus en el periodo 2004-2006.

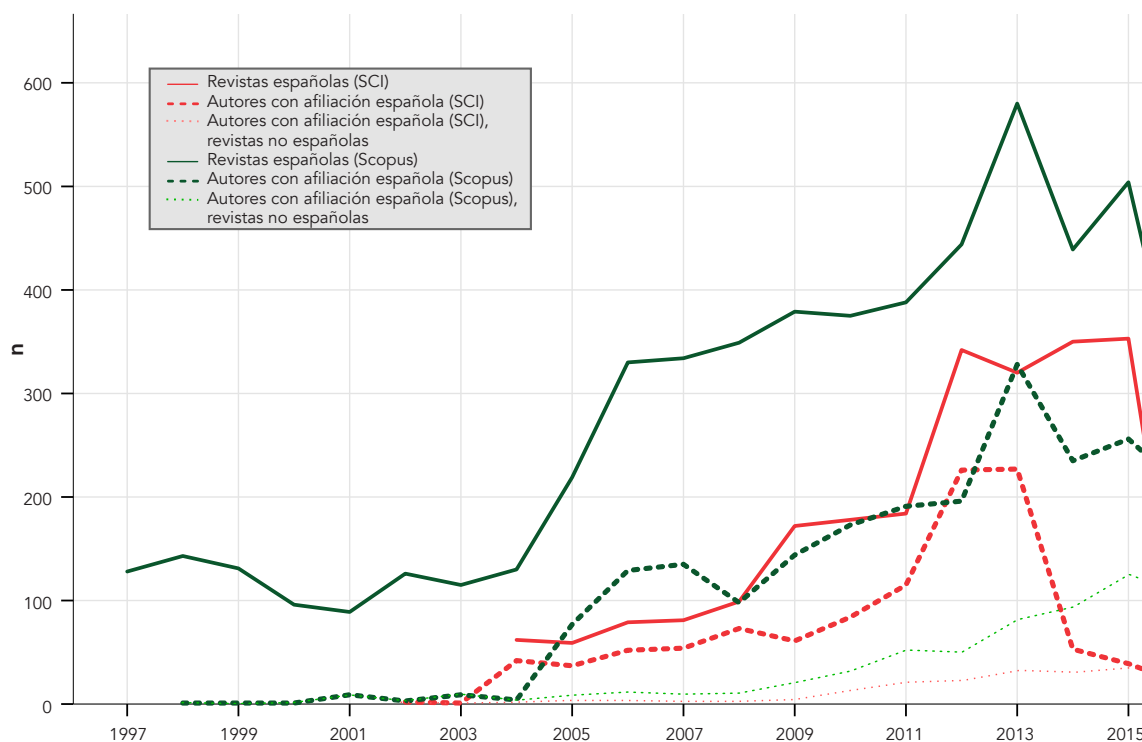
La **figura 1** muestra la evolución temporal del número total de artículos de la Enfermería española publicados en las bases de datos SCI y Scopus en el periodo de estudio. SCI recogió 2.296 artículos de cinco revistas españolas de enfermería entre 1997 y 2016, con la máxima producción en 2015 (353 artículos publicados). En el caso de autores afiliados a instituciones españo-

Tabla 1. Revistas incluidas en el estudio

TÍTULO	PAÍS	VOL. 1 PUBLICADO EN	INDEXADA EN SCOPUS DESDE	INDEXADA EN SciELO DESDE	% ARTÍCULOS (REVISTAS ESPAÑOLAS, SCI)*	% ARTÍCULOS (REVISTAS ESPAÑOLAS, Scopus)*	% ARTÍCULOS (AUTORES INSTITUCIONES ESPAÑOLAS, SCI)*	% ARTÍCULOS (AUTORES INSTITUCIONES ESPAÑOLAS, Scopus)*
Aquichán	COLOMBIA	2001	2011	2001	-	-	2	
Biological Research for Nursing	EEUU	1999	1999	-	-	-	-	2
BMC Nursing	REINO UNIDO	2002	2002	-	-	-	-	2
Enfermería Clínica	ESPAÑA	1998	2005	-	-	38	-	-
Enfermería intensiva	ESPAÑA	1988	1994	-	-	36	-	-
Escola Anna Nery	BRASIL	1997	-	2005	-	-	2	-
Gerokomos	ESPAÑA	1990	2005	2006	14	12	12	-
Índex de Enfermeria	ESPAÑA	1992	2006	2004	86	-	60	-
International Journal of Nursing Studies	REINO UNIDO	1963	1963	-	-	-	-	28
International Nursing Review	REINO UNIDO	1960	1960	-	-	-	-	4
Investigación y Educación en Enfermería	COLOMBIA	1983	-	2005	-	-	8	-
Journal of Advanced Nursing	REINO UNIDO	1976	1976	-	-	-	-	34
Journal of Clinical Nursing	REINO UNIDO	1992	1994	-	-	-	-	8
Journal of Nursing Management	REINO UNIDO	1993	1993	-	-	-	-	2
Journal of Nursing Scholarship	EEUU	1967	1996	-	-	-	-	8
Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	REINO UNIDO	1994	1994	-	-	-	-	4
Midwifery	REINO UNIDO	1985	1985	-	-	-	-	2
Nurse Education Today	REINO UNIDO	1981	1985	-	-	-	-	6
Enfermería Nefrológica	ESPAÑA	1998	2006	2012	-	6	-	-
Revista Latino-Americana de Enfermagem	BRASIL	1993	1993	1993	-	-	8	-
ROL de Enfermería	ESPAÑA	1978	1980	-	-	8	-	-
Texto e Contexto Enfermagem	BRASIL	1992	2009	2004	-	-	8	-
REVISTAS ESPAÑOLAS INDEXADAS EN SCI/SCOPUS NO PRESENTES EN LOS LISTADOS DE ARTÍCULOS MÁS CITADOS								
ENE Revista de Enfermería	ESPAÑA	2007	-	2014	-	-	-	-
Enfermería Global	ESPAÑA	2002	2012	2009	-	-	-	-
Cultura de los Cuidados	ESPAÑA	1997	2014	-	-	-	-	-
Matronas profesión	ESPAÑA	2000	2006	-	-	-	-	-
Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica	ESPAÑA	2007	2010	-	-	-	-	-

* Porcentaje respecto al listado de artículos más citados (Tablas 2-5)

Figura 1: número total de artículos publicados en revistas de enfermería por año y base de datos



las, se publicaron en ese periodo en la categoría *nursing* un total de 1.085 artículos en 22 revistas (228 en revistas no españolas), y el máximo se dio en 2013 (227 artículos). Scopus, por su parte, albergó en el periodo de estudio 5.571 artículos de diez revistas españolas (con un máximo de 580 artículos publicados en 2013). Los autores afiliados a instituciones españolas publicaron 2.297 artículos en 30 revistas de la categoría *nursing* (618 en revistas no españolas), siendo 2013 el año más prolífico con 328 artículos.

Artículos más citados en revistas españolas de enfermería

El listado de la tabla 2, correspondiente a la base de datos Scopus, abarca artículos publicados en cinco revistas entre 1998 y 2014, con un 72% de los artículos publicados en el periodo 2005-2010. La mediana de citas entre los 50 artículos es 8,5. Sol-

devilla Agreda es el único que firma como primer autor más de un artículo, con un total de tres (29-31) (dos originales de investigación y un artículo teórico), y *Enfermería Clínica* es la revista que más artículos aporta al listado con 19 (38%). Son mayoría los primeros autores afiliados a organismos clínico-asistenciales como hospitales o centros de salud (31, un 62%) y a instituciones españolas (94%). En el diseño predominan los estudios primarios: 37 (74%) en total, 34(68%) de ellos con metodología cuantitativa -de los cuales 28 (56%) son descriptivos y tres (6%) ensayos clínicos aleatorizados. Seis artículos (12%) son estudios teóricos y cuatro (8%) revisiones.

Los 50 artículos más citados en SCI (tabla 3) fueron publicados en dos revistas, *Index de Enfermería* y *Gerokomos*, entre 2004 y 2013, con una mediana de 7 citas por artículo. Amezcua es el primer autor que aparece con más frecuencia en la tabla,

Tabla 2: 50 artículos más citados en Scopus (1997-2016). Revistas españolas de enfermería.

Nº	AUTORES (NACIONALIDAD) ^a	CITAS	TÍTULO	AFILIACIÓN ^b	REVISTA	AÑO	TIPO*
1	Soldevilla Agreda et al (ES)	48	2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes	HOS	Gerokomos	2006	1
2	Delgado Hito et al (ES)	22	Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa	UNI	Enfermería Intensiva	2001	3
3	Cheung et al (US)	21	Nursing care and patient outcomes: International evidence	UNI	Enfermería Clínica	2008	4
4	Soldevilla Agreda et al (ES)	20	Una aproximación al impacto económico del tratamiento de las úlceras por presión en España	UNI	Gerokomos	2007	1
5	Solano Ruiz et al (ES)	20	Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos	UNI	Enfermería Intensiva	2002	1
6	Pujula-Masó et al (ES)	15	La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial	HOS	Enfermería Clínica	2006	1
7	Moreno-Pina et al (ES)	14	Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión	CSA	Enfermería Clínica	2007	2
8	Máximo Molina et al (ES)	14	Burnout en enfermería de atención hospitalaria	UNI	Enfermería Clínica	2005	1
9	Gastaldo y Bosi (CA)	13	¿Qué significa tener impacto? Los efectos de las políticas de productividad científica en el área de la salud	UNI	Enfermería Clínica	2010	4
10	Simón García et al (ES)	13	Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos	HOS	Enfermería Intensiva	2005	1
11	Rojas-Sánchez et al (CO)	12	Eficacia de las intervenciones de enfermería para el diagnóstico "manejo inefectivo del régimen terapéutico"	UNI	Enfermería Clínica	2009	1
12	Santana Cabrera et al (ES)	12	Síndrome de burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización	HOS	Enfermería Clínica	2009	1
13	Torres Egea et al (ES)	12	Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España	UNI	Gerokomos	2008	2
14	Velasco Bueno et al (ES)	12	Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España	HOS	Enfermería Intensiva	2005	1
15	Tomás-Sábado et al (ES)	11	Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria	UNI	Enfermería Clínica	2010	1
16	Moreno-Casbas et al (ES)	11	Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos	IPU	Enfermería Clínica	2010	1
17	Ángel-López et al (ES)	11	Conocimientos y actitudes de la población ante el documento de voluntades anticipadas	CSA	Enfermería Clínica	2008	1
18	Luengo-Arjona et al (ES)	11	Comportamiento sexual, prácticas de riesgo y anticoncepción en jóvenes universitarios de Alicante	HOS	Enfermería Clínica	2007	1
19	Valenzuela y Perucho (ES)	10	Efectividad de un gel de polihexanida al 0,1%	CSA	ROL de Enfermería	2008	1
20	García (ES)	10	Calidad de enfermería en cuidados intensivos. Estudio retrospectivo en pacientes de larga estancia	HOS	Enfermería Intensiva	1998	1
21	Zaforteza Lallemand et al (ES)	9	Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales?	UNI	Enfermería Intensiva	2010	3
22	Llamas-Sánchez et al (ES)	9	Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos	HOS	Enfermería Intensiva	2009	1
23	Alberdi-Erice et al (ES)	9	Evolución de los hábitos de consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de enfermería	UNI	Enfermería Clínica	2007	1
24	López-Medina y Sánchez-Criado (ES)	9	Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas	UNI	Enfermería Clínica	2005	1
25	Rodríguez Torres et al (ES)	9	Validación de la Escala EMINA	HOS	Gerokomos	2005	5
26	Morales-Asencio (ES)	8	Gestión de casos y cronicidad compleja: Conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres	UNI	Enfermería Clínica	2014	4
27	Comet-Cortés et al (ES)	8	Establecimiento de prioridades de investigación en enfermería en España: estudio Delphi	HOS	Enfermería Clínica	2010	3

Nº	AUTORES (NACIONALIDAD) ^a	CITAS	TÍTULO	AFILIACIÓN ^b	REVISTA	AÑO	TIPO*
28	García Mozo et al (ES)	8	Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico	HOS	Enfermería Intensiva	2010	5
29	Yera-Casas et al (ES)	8	Evaluación de la intervención educativa al paciente anciano con insuficiencia cardíaca, realizada por enfermería a través de un plan de cuidados estandarizado	HOS	Enfermería Clínica	2009	1
30	Pancorbo-Hidalgo et al (ES)	8	Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: Uso clínico en España y metanálisis de la efectividad de las escalas	UNI	Gerokomos	2008	2
31	Hidalgo Fabrellas et al (ES)	8	Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos	HOS	Enfermería Intensiva	2007	1
32	Soldevilla-Agreda y Navarro-Rodríguez (ES)	8	Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión	IPR	Gerokomos	2006	4
33	González-Valentín et al (ES)	8	Satisfacción del paciente con la atención de enfermería	HOS	Enfermería Clínica	2005	1
34	Ania González et al (ES)	8	Evaluación de la competencia práctica y de los conocimientos científicos de enfermeras de UCI en la aspiración endotraqueal de secreciones	HOS	Enfermería Intensiva	2004	1
35	Molano Álvarez et al (ES)	8	Úlceras por presión secundarias a la inmovilización con collarín cervical: una complicación de la lesión cervical aguda	HOS	Enfermería Intensiva	2004	1
36	Barroso Díaz et al (ES)	8	Análisis del uso de los recursos humanos enfermeros en una unidad de cuidados intensivos polivalente. Situación con el resto de UCIs europeas	HOS	Enfermería Intensiva	2001	1
37	Capillas Pérez et al (ES)	8	Comparación de la efectividad y coste de la cura en ambiente húmedo frente a la cura tradicional. Ensayo clínico en pacientes de atención primaria con úlceras vasculares y por presión	CSA	ROL de Enfermería	2000	1
38	Pardavila Belio y Vivar (ES)	7	Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura	HOS	Enfermería Intensiva	2012	2
39	Martos et al (ES)	7	Eficacia de un programa de entrenamiento intradiálisis de fuerza-resistencia en combinación con electroestimulación neuromuscular: Mejora en la capacidad funcional, fuerza, y calidad de vida	HOS	Enfermería Nefrológica	2011	1
40	Collados- Gómez et al (ES)	7	Impacto del cuidado canguro en el estrés del neonato prematuro	HOS	Enfermería Clínica	2011	1
41	Latorre Marco et al (ES)	7	Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: Resultados del proyecto ESCID	HOS	Enfermería Intensiva	2011	5
42	Gomà et al (ES)	7	Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis	IPR	Enfermería Nefrológica	2010	1
43	Ríos Risquez et al (ES)	7	Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos	HOS	Enfermería Intensiva	2008	1
44	Simón-Lorda et al (ES)	7	Conocimientos y actitudes del personal de enfermería acerca de las voluntades anticipadas en 2 áreas sanitarias de Andalucía	IPU	Enfermería Clínica	2008	1
45	Ayllón Garrido et al (ES)	7	Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos	HOS	Enfermería Intensiva	2007	1
46	Hernández Meca et al (ES)	7	Factores determinantes de la satisfacción del paciente en tratamiento renal sustitutivo	HOS	Enfermería Nefrológica	2007	1
47	Salas Campos et al (ES)	7	Prevenir la infección nosocomial. Apósitos impregnados con polihexametileno biguanida (PHMB)	HOS	ROL de Enfermería	2006	4
48	Aizpitarte Pegenaute et al (ES)	7	Úlceras por presión en cuidados intensivos: valoración del riesgo y medidas de prevención	HOS	Enfermería Intensiva	2005	1
49	Torrents Ros et al (ES)	7	Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada	HOS	Enfermería Intensiva	2003	1
50	Berdonces (ES)	7	Síndrome de déficit de atención e hiperactividad infantil	UNI	ROL de Enfermería	2001	4

^a ES: España; MX: México; CH: Chile; BR: Brasil; CR: Costa Rica; CO: Colombia; US: Estados Unidos de América; CA: Canadá; NC: No consta

^b UNI: Universidad; HOS: Hospital / Atención Especializada; CSA: Centro de Salud / Atención Primaria; IPU: Institución Pública; IPR: Institución Privada; NC: No consta

* Tipos de artículos: 1) Estudios cuantitativos experimentales o descriptivos; 2) Revisiones bibliográficas o sistemáticas con o sin metanálisis; 3) Estudios cualitativos; 4) Artículos teóricos, editoriales v cartas; 5) Estudios de desarrollo o validación de escalas

Nuestro trabajo parece mostrar un cambio de tendencia hacia la internacionalización, optando un número creciente de investigadores españoles por publicar en revistas de enfermería no españolas

firmando seis de los 50 estudios (23-28), todos ellos editoriales de la revista *Index de Enfermería*, que aporta 43 artículos (86% del total). En 46 de los trabajos (92%) el pri-

mer autor está afiliado a entidades académicas como universidades u organismos de investigación, y en 38 (76%) esta institución es española. Respecto al diseño, 36 (72%) de los estudios son teóricos o editoriales, frente a 11 (22%) estudios primarios –de los cuales siete (14%) tienen metodología cuantitativa, todos descriptivos, y dos revisiones (4%)–.

Tres estudios (29,30,32), todos de la revista *Gerokomos*, coinciden en las tablas 2 y 3 como parte de los 50 artículos más citados de revistas españolas tanto en SCI como en Scopus.

Tabla 3: 50 artículos más citados en SCI (1997-2016). Revistas españolas de enfermería.

Nº	AUTORES (NACIONALIDAD) ^a	CITAS	TÍTULO	AFILIACIÓN ^b	REVISTA	AÑO	TIPO*
1	Soldevilla Agreda et al (ES)	28	2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes	IPR	Gerokomos	2006	1
2	Zarate Grajales (MX)	17	La Gestión del Cuidado de Enfermería	UNI	Índex de Enfermería	2004	4
3	Soldevilla Agreda et al (ES)	16	3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes	IPU	Gerokomos	2011	1
4	Fajardo Trasobares y Germán-Bes (ES)	13	Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles	UNI	Índex de Enfermería	2004	3
5	Amezcuca (ES)	11	¿Para qué sirve el Índice de Impacto de una revista?	IPR	Índex de Enfermería	2010	4
6	Gálvez Toro et al (ES)	11	CUIDEN Citación y la valoración de las publicaciones científicas enfermeras	IPR	Índex de Enfermería	2005	4
7	Amezcuca (ES)	10	Índex y la construcción de una Comunidad de Conocimiento Abierta	IPR	Índex de Enfermería	2007	4
8	Amezcuca (ES)	9	Controversias en la evaluación del conocimiento: alegatos a propósito de una ciencia aplicada	UNI	Índex de Enfermería	2011	4
9	Soldevilla Agreda y Navarro Rodríguez (ES)	9	Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión	IPR	Gerokomos	2006	4
10	Amezcuca (ES)	8	Investigación Aplicada en Cuidados de Salud	IPR	Índex de Enfermería	2010	4
11	Arredondo-González y Siles-González (ES)	8	Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales	UNI	Índex de Enfermería	2009	4
12	Serrano Gallardo et al (ES)	8	Análisis de la producción científica publicada en la revista <i>Metas de Enfermería</i>	IPR	Índex de Enfermería	2005	1
13	Chamizo Vega (ES)	8	La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones	NC	Índex de Enfermería	2004	4
14	Gálvez Toro et al (ES)	8	Indicadores CUIDEN de repercusión de las revistas de enfermería del área lingüística del español y del portugués	IPR	Índex de Enfermería	2004	1
15	Siles-González (ES)	8	La construcción social de la Historia de la Enfermería	UNI	Índex de Enfermería	2004	4
16	Huércanos Esparza (ES)	7	Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan	UNI	Índex de Enfermería	2013	4
17	Rosa Eduardo y Zamora Monge (ES)	7	Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos?	UNI	Índex de Enfermería	2012	4

Nº	AUTORES (NACIONALIDAD) ^a	CITAS	TÍTULO	AFILIACIÓN ^b	REVISTA	AÑO	TIPO*
18	Luengo Martínez et al (CH)	7	Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado	UNI	Índex de Enfermería	2010	1
19	Soñares de Lima et al (BR)	7	La Teoría Fundamentada en Datos: Un camino a la investigación en enfermería	UNI	Índex de Enfermería	2010	4
20	Irigibel-Uriz (CR)	7	Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora	UNI	Índex de Enfermería	2008	4
21	Osorio-Merchán y López Díaz (CO)	7	Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado	UNI	Índex de Enfermería	2008	4
22	Mejía Lopera (CO)	7	Aplicación de algunas Teorías de Enfermería en la Práctica Clínica	UNI	Índex de Enfermería	2008	4
23	Piqué Angordans y Camaño Puig (ES)	7	La investigación en enfermería y la revisión por expertos	UNI	Índex de Enfermería	2008	4
24	Lora-López (ES)	7	Reflexiones sobre el grado y postgrado de Enfermería: la Investigación en Enfermería	UNI	Índex de Enfermería	2008	4
25	Schmidt Río-Valle et al (ES)	7	Adherencia terapéutica en hipertensos: Estudio cualitativo	UNI	Índex de Enfermería	2006	3
26	Cuesta Benjumea (CO)	7	La contribución de la Evidencia Cualitativa al campo del cuidado y la salud comunitaria	UNI	Índex de Enfermería	2005	4
27	Siles-González (ES)	7	La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista	UNI	Índex de Enfermería	2005	4
28	Solano Ruiz y Siles González (ES)	7	Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos	UNI	Índex de Enfermería	2005	3
29	Reina Leal y Amezcua (ES)	6	Comentarios a DEGRA: declaración de Granada sobre Conocimiento Enfermero	IPR	Índex de Enfermería	2013	4
30	Arroyo Rodríguez et al (ES)	6	La Enfermería como rol de género	UNI	Índex de Enfermería	2011	4
31	Vivar et al (ES)	6	La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería	UNI	Índex de Enfermería	2010	4
32	Martín Muñoz et al (ES)	6	El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas	HOS	Índex de Enfermería	2010	3
33	González-Consuegra y Verdú (ES)	6	Proceso de adaptación al castellano del Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire (CCVUQ) para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con úlceras venosas	UNI	Gerokomos	2010	5
34	Amezcua (ES)	6	Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano	HOS	Índex de Enfermería	2009	4
35	López Alonso et al (ES)	6	Comentario crítico de un estudio científico para una publicación	IPU	Índex de Enfermería	2009	4
36	García Fernández et al (ES)	6	Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión	IPR	Gerokomos	2008	4
37	Torres Egea et al (ES)	6	Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España	UNI	Gerokomos	2008	2
38	Gálvez Toro et al (ES)	6	Repercusión e impacto de las revistas de enfermería del Espacio Científico Iberoamericano: Año 2006	IPU	Índex de Enfermería	2007	1
39	Acebedo-Urdiales et al (ES)	6	La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica	UNI	Índex de Enfermería	2007	4
40	Barrera Ortiz et al (CO)	6	Cuidando a los Cuidadores: Un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica	UNI	Índex de Enfermería	2006	4
41	Gálvez Toro et al (ES)	6	Impacto de Autor CUIDEN Citación: Trayectorias científicas relevantes y excelencia a través del Factor h (h-Índex) de Hirsch en el espacio científico iberoamericano	IPR	Índex de Enfermería	2006	4
42	Moreno Preciado (BR)	6	La relación con el paciente inmigrante: Perspectivas investigadoras	UNI	Índex de Enfermería	2005	4
43	Poblete Troncoso y Valenzuela Suazo (CH)	6	Enfermeras en riesgo: Violencia laboral con enfoque de género	UNI	Índex de Enfermería	2005	2
44	Palucci Marziale et al (BR)	6	Desafíos en la divulgación del conocimiento científico de Enfermería producido en Brasil	UNI	Índex de Enfermería	2004	1

Nº	AUTORES (NACIONALIDAD) ^a	CITAS	TÍTULO	AFILIACIÓN ^b	REVISTA	AÑO	TIPO*
45	[Anónimo] (ES)	5	Un conocimiento para la humanidad: DEGRA Declaración de Granada sobre el Conocimiento Enfermero	NC	Índex de Enfermería	2013	4
46	Amezcuca y Reina Leal (ES)	5	La defensa del conocimiento como causa social	IPR	Índex de Enfermería	2013	4
47	Calvo Calvo (ES)	5	Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva	UNI	Índex de Enfermería	2011	4
48	Granero Molina et al (ES)	5	Evaluación frente a calificación en el nuevo Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), una reflexión ético-crítica	UNI	Índex de Enfermería	2010	4
49	Landeros-Olvera et al (MX)	5	La influencia del positivismo en la investigación y práctica de enfermería	UNI	Índex de Enfermería	2009	4
50	Sarabia Cobo (ES)	5	Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento	UNI	Gerokomos	2009	4

^a ES: España; MX: México; CH: Chile; BR: Brasil; CR: Costa Rica; CO: Colombia; NC: No consta

^b UNI: Universidad; HOS: Hospital / Atención Especializada; CSA: Centro de Salud / Atención Primaria; IPU: Institución Pública; IPR: Institución Privada; NC: No consta

* Tipos de artículos: 1) Estudios cuantitativos experimentales o descriptivos; 2) Revisiones bibliográficas o sistemáticas con o sin metanálisis; 3) Estudios cualitativos; 4) Artículos teóricos, editoriales y cartas; 5) Estudios de desarrollo o validación de escalas

Artículos más citados en revistas de enfermería de autores afiliados a instituciones españolas

Los 50 artículos más citados por afiliación en la categoría "nursing" de Scopus (tabla 4) fueron publicados entre 2000 y 2015 en revistas de habla inglesa, 45 de ellos (90%) en revistas de Reino Unido. La mediana de citas es 37,5. Todas las revistas del listado, 11 en total, cuentan con impacto JCR y se posicionan en el primer o segundo cuartil. En casi todos los casos (47,94% de los artículos) el primer autor está afiliado a una universidad. 33 (66%) de los artículos corresponden a estudios primarios (29 [58%] cuantitativos, 28 de ellos [56%] descriptivos más un estudio cuasiexperimental), 11(22%) son revisiones y tres (6%) son estudios teóricos. *Journal of Advanced Nursing* e *International Journal of Nursing Studies* son las revistas que más artículos aportan a la lista, 31 en total (62%). Cuatro investigadores: Pancorbo-Hidalgo (34-36), Zabalegui (37-39), Vivar (40-42) y Garrosa (43-45) coinciden

como primeros autores con más artículos en el listado, tres cada uno (en total nueve originales de investigación cuantitativa y tres artículos teóricos).

El listado de los 50 artículos más citados en SCI por afiliación (tabla 5) comprende estudios publicados entre 2004 y 2013. 36 (un 72%) están publicados en revistas españolas y 45 (90%) son de autores adscritos a entidades académicas. La mediana es de siete citas por artículo. Del total de siete revistas que constan en el listado sólo una, Revista Latino-Americana de Enfermagem, cuenta actualmente con factor de impacto JCR (Texto & Contexto lo tuvo hasta 2012 y Aquichán hasta 2016). Index y Gerokomos aportan 36 artículos de los 50 (72% del total). Respecto al diseño, 29 estudios (58%) son teóricos o editoriales, 12 (24%) son estudios primarios (cinco [10%] cuantitativos, todos descriptivos) y siete (14%) son revisiones. Amezcuca (23,25-28,33) es el primer autor con más artículos en el listado, un total de seis (cinco editoriales y un artículo teórico).

Tabla 4: 50 artículos más citados en Scopus (1997-2016). Autores de instituciones españolas.

Nº	AUTORES (NACIONALIDAD) ^a	CITAS	TÍTULO	AFILIACIÓN ^b	REVISTA	AÑO	TIPO*
1	Pancorbo-Hidalgo et al (ES)	247	Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: A systematic review	UNI	Journal of Advanced Nursing	2006	2
2	Sermeus et al (BE)	96	Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology	UNI	BMC Nursing	2011	1
3	Vivar y McQueen (ES)	94	Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer	UNI	Journal of Advanced Nursing	2005	2
4	Montes-Berges y Augusto-Landa (ES)	85	Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students	UNI	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	2007	2
5	Garrosa et al (ES)	81	The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study	UNI	International Journal of Nursing Studies	2008	1
6	Warne et al (UK)	72	An exploration of the clinical learning experience of nursing students in nine European countries	UNI	Nurse Education Today	2010	5
7	Pancorbo Hidalgo (ES)	70	Complications associated with enteral nutrition by nasogastric tube in an internal medicine unit	UNI	Journal of Clinical Nursing	2001	1
8	Augusto Landa et al (ES)	65	The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: A questionnaire survey	UNI	International Journal of Nursing Studies	2008	1
9	Beeckman et al (BE)	65	EPUAP classification system for pressure ulcers: European reliability study	UNI	Journal of Advanced Nursing	2007	1
10	Zabalegui et al (ES)	65	Changes in nursing education in the European Union	UNI	Journal of Nursing Scholarship	2006	4
11	Heinen et al (NL)	59	Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries	UNI	International Journal of Nursing Studies	2013	1
12	Leino-Kilpi et al (ES)	58	Privacy: A review of the literature	UNI	International Journal of Nursing Studies	2001	2
13	Salanova et al (ES)	54	Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: The mediating role of self-efficacy and work engagement	UNI	Journal of Advanced Nursing	2011	1
14	González-Consuegra y Verdú (CO)	52	Quality of life in people with venous leg ulcers: An integrative review	UNI	Journal of Advanced Nursing	2011	2
15	Duaso y Cheung (ES)	52	Health promotion and lifestyle advice in a general practice: What do patients think?	UNI	Journal of Advanced Nursing	2002	1
16	Conde-Sala et al (ES)	51	Differential features of burden between spouse and adult-child caregivers of patients with Alzheimer's disease: An exploratory comparative design	UNI	International Journal of Nursing Studies	2010	1
17	Garrosa et al (ES)	50	The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points	UNI	International Journal of Nursing Studies	2010	1
18	Jiménez et al (ES)	48	Stress and health in novice and experienced nursing students	UNI	Journal of Advanced Nursing	2010	1
19	Garrosa et al (ES)	47	Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement	UNI	International Journal of Nursing Studies	2011	1
20	Oroviogoi-cochea et al (ES)	44	Review: Evaluating information systems in nursing	UNI	Journal of Clinical Nursing	2008	2
21	Zabalegui et al (ES)	44	Nursing and cancer support groups	UNI	Journal of Advanced Nursing	2005	2
22	Zupiria Gorostidi et al (ES)	42	Stress sources in nursing practice. Evolution during nursing training	UNI	Nurse Education Today	2007	1
23	Pancorbo-Hidalgo et al (ES)	41	Pressure ulcer care in Spain: Nurses' knowledge and clinical practice	UNI	Journal of Advanced Nursing	2007	1

Nº	AUTORES (NACIONALIDAD) ^a	CITAS	TÍTULO	AFILIACIÓN ^b	REVISTA	AÑO	TIPO*
24	Jenaro et al (ES)	38	Vigour and dedication in nursing professionals: Towards a better understanding of work engagement	UNI	Journal of Advanced Nursing	2011	1
25	Losa Iglesias et al (ES)	37	The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey	UNI	International Journal of Nursing Studies	2010	1
26	Pulido-Martos et al (ES)	33	Sources of stress in nursing students: A systematic review of quantitative studies	UNI	International Nursing Review	2012	2
27	Barona-Vilar et al (ES)	33	A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions	IPU	Midwifery	2009	3
28	Villaverde-Gutiérrez et al (ES)	33	Quality of life of rural menopausal women in response to a customized exercise programme	UNI	Journal of Advanced Nursing	2006	1
29	Carrión et al (ES)	33	Barriers to research utilisation among forensic mental health nurses	UNI	International Journal of Nursing Studies	2004	1
30	Vivar (ES)	31	Putting conflict management into practice: A nursing case study	UNI	Journal of Nursing Management	2006	4
31	Squires et al (US)	30	A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies	UNI	International Journal of Nursing Studies	2013	5
32	Vivar et al (ES)	29	The psychosocial impact of recurrence on cancer survivors and family members: A narrative review	UNI	Journal of Advanced Nursing	2009	2
33	Dijkstra et al (NL)	29	Cross-cultural psychometric testing of the Care Dependency Scale with data	UNI	Journal of Advanced Nursing	2003	5
34	Moreno-Casbas et al (ES)	28	Identification of priorities for nursing research in Spain: A Delphi study	IPU	Journal of Advanced Nursing	2001	3
35	García de Lucio et al (ES)	27	Training programme in techniques of self-control and communication skills to improve nurses' relationships with relatives of seriously ill patients: A randomized controlled study	HOS	Journal of Advanced Nursing	2000	1
36	Irazusta et al (ES)	26	Exercise, physical fitness, and dietary habits of first-year female nursing students	UNI	Biological Research for Nursing	2006	1
37	Mendoza-Parra et al (CH)	25	Visibility of Latin American nursing research (1959-2005)	UNI	Journal of Nursing Scholarship	2009	2
38	Cañadas-De la Fuente et al (ES)	24	Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession	UNI	International Journal of Nursing Studies	2015	1
39	Watson et al (UK)	21	Differences and similarities in the perception of caring between Spanish and UK nurses	UNI	Journal of Clinical Nursing	2003	1
40	Del Pino-Casado et al (ES)	20	Subjective Burden and Cultural Motives for Caregiving in Informal Caregivers of Older People	UNI	Journal of Nursing Scholarship	2011	1
41	Grau-Alberola et al (ES)	20	Incidence of burnout in Spanish nursing professionals: A longitudinal study	UNI	International Journal of Nursing Studies	2010	1
42	Le Blanc et al (NL)	20	Efficacy beliefs predict collaborative practice among intensive care unit nurses	UNI	Journal of Advanced Nursing	2010	1
43	Zabalegui y Cabrera E. (ES)	19	New nursing education structure in Spain	UNI	Nurse Education Today	2009	4
44	Pardo et al (ES)	19	Nursing research in Spain: Bibliometrics of references of research papers in the decade 1985-1994	UNI	Journal of Advanced Nursing	2001	2
45	García-Fernández et al (ES)	18	A new theoretical model for the development of pressure ulcers and other dependence-related lesions	UNI	Journal of Nursing Scholarship	2014	3
46	Gascon et al (ES)	18	The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout	UNI	Journal of Clinical Nursing	2013	1
47	Rubia-Rubia et al (ES)	18	Measurement of body temperature in adult patients: Comparative study of accuracy, reliability and validity of different devices	UNI	International Journal of Nursing Studies	2011	1

Nº	AUTORES (NACIONALIDAD) ^a	CITAS	TÍTULO	AFILIACIÓN ^b	REVISTA	AÑO	TIPO*
48	Zaforteza et al (ES)	18	The process of giving information to families of critically ill patients: A field of tension	UNI	International Journal of Nursing Studies	2005	3
49	Manzano García y Ayala (ES)	17	Emotional exhaustion of nursing staff: Influence of emotional annoyance and resilience	UNI	International Nursing Review	2012	1
50	Jáuregui Lobera et al (ES)	17	Parenting styles and eating disorders	UNI	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	2011	1

^a ES: España; MX: México; CH: Chile; BR: Brasil; CR: Costa Rica; CO: Colombia; US: Estados Unidos de América; CA: Canadá; BE: Bélgica; NL: Países Bajos; UK: Reino Unido; NC: No consta

^b UNI: Universidad; HOS: Hospital / Atención Especializada; CSA: Centro de Salud / Atención Primaria; IPU: Institución Pública; IPR: Institución Privada; NC: No consta

* Tipos de artículos: 1) Estudios cuantitativos experimentales o descriptivos; 2) Revisiones bibliográficas o sistemáticas con o sin metanálisis; 3) Estudios cualitativos; 4) Artículos teóricos, editoriales y cartas; 5) Estudios de desarrollo o validación de escalas

Tabla 5: 50 artículos más citados en SCI (1997-2016). Autores de instituciones españolas.

Nº	AUTORES (NACIONALIDAD) ^a	CITAS	TÍTULO	AFILIACIÓN ^b	REVISTA	AÑO	TIPO*
1	Soldevilla Agreda et al (ES)	28	2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes	IPR	Gerokomos	2006	1
2	Soldevilla Agreda et al (ES)	16	3º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes	IPU	Gerokomos	2011	1
3	de la Cuesta Benjumea (ES)	15	El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades	UNI	Investigación y Educación en Enfermería	2007	4
4	Medina Moya y Castillo Parra (ES)	15	La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva	UNI	Texto & Contexto	2006	4
5	Fajardo Trasobares y Germán Bes (NC)	13	Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles	NC	Índex de Enfermería	2004	3
6	de la Cuesta Benjumea (ES)	12	La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería	UNI	Texto & Contexto	2010	4
7	Amezcuca (ES)	11	¿Para qué sirve el Índice de Impacto de una revista?	IPR	Índex de Enfermería	2010	4
8	Gálvez Toro et al (ES)	11	CUIDEN Citación y la valoración de las publicaciones científicas enfermeras	IPR	Índex de Enfermería	2005	4
9	Amezcuca (ES)	10	Índex y la construcción de una Comunidad de Conocimiento Abierta	IPR	Índex de Enfermería	2007	4
10	Medina Moya y Sandín Esteban (ES)	10	La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad	UNI	Texto & Contexto	2006	4
11	Amezcuca (ES)	9	Controversias en la evaluación del conocimiento: alegatos a propósito de una ciencia aplicada	UNI	Índex de Enfermería	2011	4
12	de la Cuesta Benjumea (ES)	9	El cuidado familiar: una revisión crítica	UNI	Investigación y Educación en Enfermería	2009	2
13	Siles González y Solano Ruiz (ES)	9	Estructuras sociales, división sexual del trabajo y enfoques metodológicos: La estructura familiar y la función socio-sanitaria de la mujer	UNI	Investigación y Educación en Enfermería	2007	3
14	Amezcuca (ES)	8	Investigación Aplicada en Cuidados de Salud	IPR	Índex de Enfermería	2010	4
15	Oliver Roig et al (ES)	8	Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months	UNI	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2010	1

Nº	AUTORES (NACIONALIDAD) ^a	CITAS	TÍTULO	AFILIACIÓN ^b	REVISTA	AÑO	TIPO*
16	Arredondo-González y Siles-González (ES)	8	Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales	UNI	Índex de Enfermería	2009	4
17	Céspedes (ES)	8	La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación	UNI	Aquichán	2005	4
18	Gálvez Toro et al (ES)	8	Indicadores CUIDEN de repercusión de las revistas de enfermería del área lingüística del español y del portugués	IPR	Índex de Enfermería	2004	1
19	Siles González (ES)	8	La construcción social de la Historia de la Enfermería	UNI	Índex de Enfermería	2004	4
20	Rosa Eduardo y Zamora Monge (ES)	7	Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos?	UNI	Índex de Enfermería	2012	4
21	Amezcuca y Hernández Zambrano (ES)	7	Investigación sobre el cotidiano del sujeto: oportunidades para una ciencia aplicada	UNI	Texto & Contexto	2012	4
22	Schubert Backes et al (BR)	7	The construction process of pedagogical knowledge among nursing professors	UNI	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2011	4
23	Martínez Ques et al (ES)	7	Strengths and threats regarding the patient's safety: nursing professionals' opinion	HOS	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2010	3
24	Piqué Angordans y Camaño Puig (ES)	7	La investigación en enfermería y la revisión por expertos	UNI	Índex de Enfermería	2008	4
25	Lora-López (ES)	7	Reflexiones sobre el grado y postgrado de Enfermería: la Investigación en Enfermería	UNI	Índex de Enfermería	2008	4
26	Schmidt-Río-Valle et al (NC)	7	Adherencia terapéutica en hipertensos: Estudio cualitativo	NC	Índex de Enfermería	2006	3
27	Siles González (ES)	7	La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista	UNI	Índex de Enfermería	2005	4
28	Solano Ruiz y Siles González (ES)	7	Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos	UNI	Índex de Enfermería	2005	3
29	Reina Leal y Amezcuca (ES)	6	Comentarios a DEGRA: declaración de Granada sobre Conocimiento Enfermero	IPR	Índex de Enfermería	2013	4
30	Virtuoso Júnior et al (BR)	6	Physical activity as an indicator of predictive functional disability in elderly	UNI	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2012	1
31	Arroyo Rodríguez et al (ES)	6	La Enfermería como rol de género	UNI	Índex de Enfermería	2011	4
32	Vivar et al (ES)	6	La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería	UNI	Índex de Enfermería	2010	4
33	Martín Muñoz et al (ES)	6	El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas	HOS	Índex de Enfermería	2010	3
34	González-Consuegra y Verdú (CO)	6	Proceso de adaptación al castellano del Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire (CCVUQ) para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con úlceras venosas	UNI	Gerokomos	2010	5
35	López Alonso et al (ES)	6	Comentario crítico de un estudio científico para una publicación	IPU	Índex de Enfermería	2009	5
36	García Fernández et al (ES)	6	Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión	IPR	Gerokomos	2008	2
37	Torres Egea et al (ES)	6	Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España	UNI	Gerokomos	2008	2
38	Gálvez Toro et al (ES)	6	Repercusión e impacto de las revistas de enfermería del Espacio Científico Iberoamericano: Año 2006	IPU	Índex de Enfermería	2007	2
39	Acebedo-Urdiales et al (ES)	6	La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica	UNI	Índex de Enfermería	2007	4
40	Gálvez Toro et al (ES)	6	Impacto de Autor CUIDEN Citación: Trayectorias científicas relevantes y excelencia a través del Factor h (h-Índex) de Hirsch en el espacio científico iberoamericano	IPR	Índex de Enfermería	2006	2

Nº	AUTORES (NACIONALIDAD) ^a	CITAS	TÍTULO	AFILIACIÓN ^b	REVISTA	AÑO	TIPO*
41	Amezcuca y Reina Leal (ES)	5	La defensa del conocimiento como causa social	IPR	Índex de Enfermería	2013	4
42	Aguayo González y Monereo Font (ES)	5	The nurse teacher. Construction of a new professional identity	UNI	Investigación y Educación en Enfermería	2012	4
43	Calvo Calvo (ES)	5	Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva	UNI	Índex de Enfermería	2011	4
44	Barbosa de Pinho et al (BR)	5	Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica	UNI	Escola Anna Nery	2010	3
45	Sarabia Cobo (ES)	5	Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento	UNI	Gerokomos	2009	4
46	Artigas-Lelong y Bennasar-Veny (ES)	5	La salud en el siglo XXI: El reto de los cuidados multiculturales	UNI	Índex de Enfermería	2009	4
47	Ibarra Mendoza y Siles González (CH)	5	Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería	UNI	Índex de Enfermería	2006	4
48	Sobrido Prieto et al (ES)	5	Revistas españolas de Enfermería en bases de datos nacionales e internacionales	UNI	Índex de Enfermería	2005	2
49	Cano-Caballero Gálvez (ES)	5	Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio	HOS	Índex de Enfermería	2004	2
50	García Bañón et al (ES)	5	La enfermería vista desde el género	IPU	Índex de Enfermería	2004	4

^a ES: España; MX: México; CH: Chile; BR: Brasil; CR: Costa Rica; CO: Colombia; US: Estados Unidos de América; CA: Canadá; NC: No consta

^b UNI: Universidad; HOS: Hospital / Atención Especializada; CSA: Centro de Salud / Atención Primaria; IPU: Institución Pública; IPR: Institución Privada; NC: No consta

* Tipos de artículos: 1) Estudios cuantitativos experimentales o descriptivos; 2) Revisiones bibliográficas o sistemáticas con o sin metanálisis; 3) Estudios cualitativos; 4) Artículos teóricos, editoriales y cartas; 5) Estudios de desarrollo o validación de escalas.

Discusión

Este trabajo se ha realizado sobre dos de las tres bases de datos internacionales que permiten la contabilización de citas de artículos individuales. SCI alberga cinco revistas de enfermería de nacionalidad española mientras que Scopus acoge a diez (tabla 1). Una publicación reciente (2) cifra en 111 las revistas científicas de enfermería editadas en España, lo que muestra que la presencia de revistas españolas en estas bases de datos internacionales es, aunque creciente, aún reducida.

En el ámbito de la enfermería iberoamericana, representado por SCI, nos basamos en una muestra limitada tanto en el número de revistas (cinco) como en su cobertura temporal respecto al periodo de estudio (revistas incluidas en SCI entre 2004 y 2014). Teniendo en mente estas salvedades, encontramos varios aspectos que resaltar. Por un lado, es llamativa la escasez de artícu-

los de investigación (primaria o secundaria) entre los 50 más citados, con un gran protagonismo de los artículos teóricos y editoriales (72% en la Tabla 3 y 58% en la Tabla 5). Estos resultados contrastan con los que observamos en Scopus o en un estudio similar aplicado a la Enfermería internacional (19), donde predominan los originales de investigación. Por otro lado, la totalidad de artículos más citados en publicaciones españolas (Tabla 3) se concentran en tan sólo dos revistas, *Index de Enfermería* y *Gerokomos*, con un 18% de los artículos firmados por dos autores, Amezcuca y Soldevilla (32% si incluimos la coautoría). Los resultados son similares en el listado por afiliación (Tabla 5) en SCI (16% firmado por estos mismos autores, 28% si se incluye la coautoría). Encontramos por último que entre los artículos más citados son minoría los publicados por un primer autor de instituciones extranjeras en revistas españolas (Tabla 3, 76% de primeros autores afiliados a una institución

española) o por autores de instituciones españolas en revistas latinoamericanas (Tabla 5, 72% de revistas españolas).

Estos resultados, en línea con los de trabajos anteriores (3,4,11,46), podrían indicar que persiste un cierto aislamiento de la investigación nacional en enfermería en relación al ámbito latinoamericano, tendiendo los investigadores españoles a leer y citar principalmente literatura nacional. La existencia o no y la deseabilidad de este fenómeno son objeto de controversia (47).

Los resultados en Scopus nos aportan una visión de la producción científica enfermera nacional en un ámbito geográfico global, con un catálogo más amplio de revistas (diez) y mayor cobertura temporal (revistas incluidas entre 1980 y 2006). La incorporación de revistas que publican en gran parte originales de investigación hace que estos cobren relevancia en detrimento de los estudios teóricos: los artículos de investigación primaria representan el bloque más numeroso dentro de los 50 artículos más citados en Scopus, y reciben un mayor número de citas en cifras absolutas.

Frente a las 48 referencias recibidas por el artículo más citado en la Tabla 2 (revistas españolas), el artículo más citado en la Tabla 4 (autores de instituciones españolas) presenta 247, siendo las medianas de citas en ambas tablas 8,5 y 37,5 respectivamente. En una visión más global, si sintetizamos el número de citas recibidas por el total de 200 artículos obtenidos en los cuatro listados de nuestro estudio obtenemos un valor máximo de 247 y mínimo de 5, con una mediana de 8. Son valores relativamente bajos si los comparamos con los obtenidos en estudios similares en enfermería internacional (19) (50 artículos, máximo 784, mínimo 147, mediana 186), otras disciplinas “jóvenes” como la medicina complementaria e integral (15) (50 artículos, máximo 503, mínimo 53, mediana 66) o los artículos más citados de la literatura biomédica en lengua española (48) (10 artículos, máximo 553, mínimo 187, mediana 244) y en ciencias biomédicas

cubanas (14) (50 artículos, máximo 308, mínimo 33, mediana 44). En términos de impacto bibliográfico, la enfermería española se enfrenta a un doble reto: el de la baja repercusión de las revistas de enfermería frente a otras disciplinas (4,8) y el de la baja repercusión de las revistas españolas frente a las de otros ámbitos geográfico-lingüísticos (4,6, 20), principalmente del anglosajón.

Varios estudios recientes (6–8,11,20) han resaltado el sesgo anglosajón de los principales sistemas de medida de impacto bibliográfico como JCR (Clarivate Analytics) y SJR (Elsevier), así como la tendencia de muchos investigadores enfermeros a publicar en revistas con impacto JCR –o bien no españolas o bien genéricas o de disciplinas no enfermeras como psicología, medicina o nutrición– como una forma de potenciar la repercusión de sus artículos, aumentar su prestigio académico y cumplir con los requisitos de entidades de acreditación y financiación, aunque esto pueda suponer una menor difusión entre la comunidad enfermera española. La figura 1 muestra un aumento significativo de los artículos publicados por autores de instituciones españolas en Scopus en torno a 2005, año en que se publicó en el Boletín Oficial del Estado la Resolución que introducía el factor de impacto JCR como criterio de evaluación de la actividad investigadora (49). Aunque buena parte de ese aumento se puede atribuir a la incorporación a Scopus en 2005-

En términos de impacto bibliográfico, la enfermería española se enfrenta a un doble reto: el de la baja repercusión de las revistas de enfermería frente a otras disciplinas y el de la baja repercusión de las revistas españolas frente a las de otros ámbitos geográfico-lingüísticos, principalmente del anglosajón.

2006 de revistas españolas de elevada producción como *Enfermería Clínica*, *Índex de Enfermería* o *Gerokomos*, se observa un incremento de las publicaciones con autores españoles en revistas extranjeras desde esa fecha, pasando de ocho artículos en 2005 a 122 en 2015. Mientras que en 2002 Orts Cortés et.al. denunciaban que “los investigadores españoles apenas publican trabajos en las revistas extranjeras de enfermería” (11), artículos más recientes (6) y nuestro trabajo parecen mostrar un cambio de tendencia hacia la internacionalización, optando un número creciente de investigadores españoles por publicar en revistas de enfermería no españolas.

Centrando la mirada en los artículos más citados en Scopus desde la perspectiva de la afiliación, es llamativa la desproporción entre los primeros autores en revistas españolas (Tabla 2, 68% de autores de instituciones clínicas frente a un 30% de autores afiliados a una universidad) en comparación con las revistas internacionales (Tabla 4, 2% de autores clínicos frente a 94% de autores universitarios). Estos resultados reflejan de nuevo el dilema, resaltado por múltiples estudios en las últimas décadas (4,6,11), al que se enfrentan los investigadores a la hora de publicar: priorizar la difusión en la comunidad española, publicando por tanto en revistas nacionales (como los representados en la Tabla 2), opción donde los artículos más leídos proceden principalmente de la clínica. O bien la opción elegida por autores principalmente académicos que priorizan la difusión internacional de sus trabajos y la publicación en revistas con impacto JCR (principalmente inglesas y estadounidenses) como los reflejados en la Tabla 4. Serían estos últimos autores los que obtienen un mayor número de citas, fenómeno que encontramos también en otros ámbitos geográficos (19).

En línea con las críticas realizadas recientemente a la investigación enfermera en Europa (9), dentro de los estudios que hemos analizado predominan las metodologías teóricas o descriptivas que observan fenó-

menos relevantes para la disciplina como las úlceras cutáneas, el síndrome burnout en los profesionales o la calidad de los cuidados a pacientes, mientras que son muy escasos los estudios experimentales (o revisiones sistemáticas y metanálisis de estos) que evalúen el resultado de intervenciones enfermeras sobre los citados fenómenos y puedan aportar evidencia firme para la práctica clínica. Los resultados concuerdan con los de estudios similares que analizan la enfermería internacional (8,19). Aunque la aplicabilidad de los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECAs) en algunos campos de la praxis enfermera –como en otras ciencias sociales y de la salud– no está exenta de polémica (9,50), y existen sin duda factores históricos externos (como la falta de financiación, la escasez de organismos de apoyo a la investigación o la corta tradición investigadora en enfermería) (2,9) que explican parcialmente esta escasez de ECAs enfermeros, los ECAs representan el *gold standard* de la investigación cuantitativa en la ciencia actual, por lo que nuestros resultados muestran un reto importante para el presente y el futuro de la investigación enfermera (51).

Nuestro estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, las bases de datos analizadas incorporan un número aún escaso de revistas españolas de enfermería, y algunas de ellas sólo desde fechas recientes. Los datos tienen por tanto una representatividad limitada de la producción científica de la Enfermería española, y es probable que, en el contexto actual de crecimiento de la investigación enfermera y de ampliación del catálogo de las principales Bases de Datos (6), la repetición de este estudio dentro de unos años arroje resultados significativamente distintos. En relación con esto, existe un posible sesgo temporal en nuestro análisis, común en los estudios bibliográficos de citas, que perjudica a los artículos más recientes: un artículo suele ser citado por primera vez uno o dos años tras su publicación y en general alcanza el máximo de citas entre tres y diez años después (19). Otra limitación de nuestros resultados

Predominan las metodologías teóricas o descriptivas que observan fenómenos relevantes para la disciplina, mientras que son muy escasos los estudios experimentales que evalúen el resultado de intervenciones enfermeras sobre estos fenómenos y aporten evidencia firme para la práctica clínica

es inherente a la calidad y exhaustividad de los registros en las bases de datos estudiadas: algunos de los campos de búsqueda y filtrado dependen de etiquetas que pueden ser incompletas o erróneas. Es el caso de artículos de autores españoles en los que la nacionalidad de afiliación no consta, o de revistas de enfermería que están etiquetadas en la categoría *medicine* pero no en *nursing*. Por otro lado, ha quedado fuera del alcance de este trabajo el análisis de los artículos más citados de metodología cualitativa, a pesar de la indudable relevancia de esta para la disciplina enfermera. Por último, la dificultad para incluir una restricción por

autocitas en las búsquedas de las bases de datos consultadas ha hecho que se descartara hacerlo para este trabajo. No obstante, se ha observado una presencia importante del fenómeno de la autocita en algunos de los artículos incluidos en nuestros resultados, por lo que es probable que una repetición futura de este análisis corrigiendo por autocitas o utilizando índices ad hoc como el *H-Classics* (12) arroje resultados significativamente distintos.

Conclusiones

La producción científica enfermera en España muestra un notable incremento y evolución en los últimos años, así como una inclusión progresiva en las bases de datos internacionales. A pesar de ello, los resultados muestran un impacto aún limitado de los “clásicos” de la Enfermería nacional, que presentan un número discreto de citas, escasa participación internacional y están concentrados en un grupo reducido de revistas. Estos factores, así como la baja proporción de estudios experimentales, tendrán que ser abordados para poder aumentar la calidad de la investigación enfermera, su aplicabilidad a la práctica clínica y su integración y repercusión en el ámbito internacional.

Bibliografía

1. Hernández Martín F, Gallego Lastra R del, Alcaraz González S, González Ruiz JM. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cult Cuid*. 1997;2(2):21-35.
2. Morales Asencio JM, Hueso Montoro C, de Pedro-Gómez JE, Bannasar-Veny M. 1977-2017: La investigación enfermera en España tras 40 años en la Universidad. *Enferm Clin*. 2017;27(5):314-26.
3. Pardo C, Reolid M, Delicado MV, Mallebrera E, García-Meseguer MJ. Nursing research in Spain: bibliometrics of references of research papers in the decade 1985–1994. *J Adv Nurs*. 2001;35(6):933-43.
4. Muñoz-Soler V, Flores-López MJ, Cabañero-Martínez MJ, Richart-Martínez M. Análisis de referencias bibliográficas de originales publicados en revistas de enfermería nacionales e internacionales y de 2 disciplinas de la salud afines. *Enferm Clin*. 2007;17(2):71-7.
5. Smith DR. A longitudinal analysis of bibliometric and impact factor trends among the core international journals of nursing, 1977–2008. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(12):1491-9.
6. Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez JS, Porcel-Gálvez AM, Gil-García E. ¿Cómo mejorar la visibilidad de la investigación enfermera española? Publicaciones de referencia e índices de calidad. *Enferm Clin*. 2015;25(1):27-32.
7. Contreras-Moreira M. El factor de impacto: ¿un criterio justo de excelencia investigadora en enfermería? *Enferm Clin*. 2010;20(3):186-91.

8. Smith DR, Hazelton M. Bibliometrics, citation indexing, and the journals of nursing. *Nurs Health Sci.* 2008;10(4):260-5.
9. Richards DA, Coulthard V, Borglin G, on behalf of the REFLECTION review team. The State of European Nursing Research: Dead, Alive, or Chronically Diseased? A Systematic Literature Review. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2014;11(3):147-55.
10. Hernández J, Antonio J, García A, Dolores M, Murillo Murillo R, Ríos G, et al. Evolución de las publicaciones periódicas españolas de enfermería. Análisis cuantitativo. *Index Enferm.* 2007;56(16):73-8.
11. Orts Cortés I, Richart Martínez M, Cabrero García J. Factor de impacto en las revistas de enfermería. *Enferm Clin.* 2002;12(6):266-72.
12. Martínez MA, Herrera M, López-Gijón J, Herrera-Viedma E. H-Classics: characterizing the concept of citation classics through H-index. *Scientometrics.* 2014;98(3):1971-83.
13. Garfield E. Introducing citation classics: the human side of scientific reports. *Curr Comments.* 1977;1(1):5-7.
14. Araujo Ruiz JA, Arencibia Jorge R. Los 50 artículos cubanos sobre ciencias biomédicas más citados en el WEB OF SCIENCE en el período 1988-2003. *ACIMED.* 2005;13(2):1-1.
15. Tam WWS, Wong ELY, Wong FCY, Cheung AWL. Citation classics in the integrative and complementary medicine literature: 50 frequently cited articles. *Eur J Integr Med.* 2012;4(1):e77-83.
16. Uthman OA, Okwundu CI, Wiysonge CS, Young T, Clarke A. Citation classics in systematic reviews and meta-analyses: who wrote the top 100 most cited articles? *PloS One.* 2013;8(10):e78517.
17. Loonen MP, Hage JJ, Kon M. Plastic surgery classics: characteristics of 50 top-cited articles in four plastic surgery journals since 1946. *Plast Reconstr Surg.* 2008;121(5):320e-327e.
18. Feijoo JF, Limeres J, Fernández-Varela M, Ramos I, Diz P. The 100 most cited articles in dentistry. *Clin Oral Investig.* 2014;18(3):699-706.
19. Wong ELY, Tam WWS, Wong FCY, Cheung AWL. Citation classics in nursing journals: the top 50 most frequently cited articles from 1956 to 2011. *Nurs Res.* 2013;62(5):344-51.
20. Díaz-Membrives M, Farrero-Muñoz S, Lluch-Canut MT. Características de las publicaciones enfermeras en revistas con factor de impacto. *Enferm Clin.* 2012;22(5):247-54.
21. Bakkalbasi N, Bauer K, Glover J, Wang L. Three options for citation tracking: Google Scholar, Scopus and Web of Science. *Biomed Digit Libr.* 2006;3:7.
22. PubliNurse: directorio y buscador de revistas científicas. Madrid [acceso 1 de noviembre de 2016; actualizada 19 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.publinurse.org/>
23. Amezcua M. Index y la construcción de una Comunidad de Conocimiento Abierta. *Index Enferm.* 2007;16(58):7-10.
24. Amezcua M. Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. *Index Enferm.* 2009;18(2):77-9.
25. Amezcua M. ¿Para qué sirve el Índice de Impacto de una revista? *Index Enferm.* 2010;19(2-3):83-7.
26. Amezcua M. Investigación Aplicada en Cuidados de Salud. *Index Enferm.* 2010;19(4):237-9.
27. Amezcua M. Controversias en la evaluación del conocimiento: alegatos a propósito de una ciencia aplicada. *Index Enferm.* 2011;20(1-2):7-10.
28. Amezcua M, Reina Leal LM. La defensa del conocimiento como causa social. *Index Enferm.* 2013;22(1-2):111-4.
29. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou J-E, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, et al. 2o Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos.* 2006;17(3):154-72.
30. Soldevilla Agreda JJ, Navarro Rodríguez S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. *Gerokomos.* 2006;17(4):203-24.
31. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou J-E, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayan Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos.* 2007;18(4):43-52.
32. Torres Egea MP, Ballesteros Pérez E, Sánchez Castillo PD. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos.* 2008;19(1):9-15.
33. Amezcua M, Zambrano SMH. Investigación sobre el cotidiano del sujeto: oportunidades para una ciencia aplicada. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(3):675-83.
34. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2006;54(1):94-110.
35. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Ramírez-Pérez C. Complications associated with enteral nutrition by nasogastric tube in an internal medicine unit. *J Clin Nurs.* 2001;10(4):482-90.
36. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, López-Medina IM, López-Ortega J. Pressure ulcer care in Spain: nurses' knowledge and clinical practice. *J Adv Nurs.* 2007;58(4):327-38.

37. Zabalegui A, Sanchez S, Sanchez PD, Juando C. Nursing and cancer support groups. *J Adv Nurs*. 2005;51(4):369-81.
38. Zabalegui A, Macia L, Márquez J, Ricomá R, Nuin C, Mariscal I, et al. Changes in nursing education in the European Union. *J Nurs Scholarsh*. 2006;38(2):114-8.
39. Zabalegui A, Cabrera E. New nursing education structure in Spain. *Nurse Educ Today*. 2009;29(5):500-4.
40. Vivar CG. Putting conflict management into practice: a nursing case study. *J Nurs Manag*. 2006;14(3):201-6.
41. Vivar CG, Canga N, Canga AD, Arantzamendi M. The psychosocial impact of recurrence on cancer survivors and family members: a narrative review. *J Adv Nurs*. 2009;65(4):724-36.
42. Vivar CG, McQueen A. Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *J Adv Nurs*. 2005;51(5):520-8.
43. Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Liang Y, González JL. The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: an exploratory study. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(3):418-27.
44. Garrosa E, Rainho C, Moreno-Jiménez B, Monteiro MJ. The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: a correlational study at two time points. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(2):205-15.
45. Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Rodríguez-Carvajal R. Role stress and personal resources in nursing: a cross-sectional study of burnout and engagement. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(4):479-89.
46. Gálvez Toro A. Un modelo explicativo de la pauta de citación a revistas de enfermería españolas. *Enferm Clin*. 2002;12(5):210-6.
47. Gálvez Toro A, Amezcua M. Las revistas españolas de enfermería han reducido su aislamiento. *Enferm Clin*. 2007;17(6):337-8.
48. Franco López Á, González-Gallego J, Sanz-Valero J, Tuñón MJ, García-De-Lorenzo A, Culebras JM. Los diez artículos más citados de la revista «Nutrición Hospitalaria». *Nutr Hosp*. 2015;32(6):2360-8.
49. Resolución de 25 de octubre de 2005 de la Presidencia de la Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora, por la que se establecen los criterios específicos en cada uno de los campos de evaluación. *Boletín Oficial del Estado*, nº 266 (7 de noviembre de 2005). [Internet]. 2005 [acceso 7 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2005-18342
50. Medina EU, Riveros ER, Pailaquilén RMB. Ensayo clínico para la enfermería basada en evidencia: un desafío alcanzable. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(3):419-25.
51. Comet-Cortés P, Escobar-Aguilar G, González-Gil T, de Ormijana-Sáenz Hernández A, Rich-Ruiz M, Vidal-Thomas C, et al. Establecimiento de prioridades de investigación en enfermería en España: estudio Delphi. *Enferm Clin*. 2010;20(2):88-96.

Atención de enfermería en pacientes con artritis reumatoide

Marta Solares Sampedro
Área V (Gijón, Principado de Asturias)

Manuscrito recibido: 23/02/2018
Manuscrito aceptado: 5/12/2018

Cómo citar este documento

Solares Sampedro S. Atención de enfermería en pacientes con artritis reumatoide. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2019 Febrero; 7 (1): 26-41.

Resumen

Introducción y justificación. La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida que origina daño en las articulaciones provocando síntomas como destrucción articular, dolor y tumefacción. Afecta a un 0,5% de la población española siendo más probable su aparición entre los 40-60 años especialmente en mujeres.

Objetivo. Conocer la actuación de enfermería en el abordaje de la artritis reumatoide y el impacto de la enfermedad en los afectados.

Método. Se ha llevado a cabo la revisión bibliográfica a partir de bases de datos electrónicas, repositorios, recursos basados en evidencias científicas, catálogos, revistas y páginas web de asociaciones de pacientes y profesionales.

Desarrollo. Al tratarse de una enfermedad crónica y degenerativa que no tiene cura es imprescindible actuar sobre los factores de riesgo modificables así como, ante sus síntomas e intentar prevenir complicaciones. La enfermera también debe llevar a cabo las intervenciones educativas que contribuyan a fomentar el correcto manejo de la enfermedad.

Conclusiones. El único factor de riesgo ampliamente estudiado y reconocido es el tabaco. La intervención enfermera es necesaria en prevención primaria, secundaria y terciaria. Los estudios revisados acerca de calidad de vida coinciden en que la función física es la más afectada.

Palabras clave:

Artritis reumatoide, enfermería, calidad de vida, educación.

Nursing attention in patients with rheumatoid arthritis

Abstract

Introduction and justification. Rheumatoid arthritis is an autoimmune disease of unknown etiology that causes damage to the joints causing symptoms such as joint destruction, pain and swelling. It affects the 0.5% of the Spanish population and its onset is more likely between 40-60 years, especially in women.

Objective. To know the role of nursing in the approach to arthritis rheumatoid and the impact of the disease in affected people.

Method. The literature review has been carried out in electronic databases, repositories, resources based on scientific evidence, catalogues, journals and web pages for associations of both patients and professionals.

Development. Taking into account that this disease don't have cure, it is essential to act on the modifiable risk factors, symptoms and try to prevent complications. Also, the nurse should carry out group educational interventions that contribute to promoting the correct management of the disease.

Conclusions. The only widely studied and recognized risk factor is tobacco. The nursing intervention is necessary in primary, secondary and tertiary prevention. The studies reviewed about quality of life agree that the physical function is the most affected.

Keywords

Rheumatoid arthritis, nursing, quality of life, education.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La artritis reumatoide (AR) es la patología articular inflamatoria más frecuente en adultos y la tercera patología crónica más común en la infancia, después del asma y diabetes (1,2).

Se trata de una enfermedad de etiología desconocida, crónica, sistémica y autoinmune, que origina inflamación y dolor al producir destrucción de las articulaciones sinoviales, especialmente de las pe-

riféricas (3,4). Sin embargo, también son frecuentes las manifestaciones extraarticulares en otros órganos tales como: pulmón, corazón o riñón así como, deformidades y anquilosis en etapas avanzadas de la enfermedad (5).

A pesar de ser una patología que puede desencadenarse en cualquier momento de la vida, su aparición es más común en torno a los 40-60 años, especialmente en las mujeres, en una relación 3:1 con respecto a los hombres (4). Del mismo modo, se establece que la distribución mundial de la

enfermedad oscila entre 0,3-1,2% (6). El estudio de prevalencia de la artritis reumatoide en población general española (EPISER) (7) concluye que en nuestro país hay más de 200.000 personas que padecen esta enfermedad, diagnosticándose cada año unos 20.000 casos nuevos (8). Esto determina que en España, la prevalencia de la AR sea del 0,5% de la población adulta (7,8).

Por otro lado, cabe mencionar que la AR suele presentar una evolución en tres fases; al comienzo se caracteriza por un periodo prodrómico de duración variable (semanas a meses) con síntomas inespecíficos (cansancio, astenia, mialgias difusas, febrícula, dolor óseo...) para manifestar más adelante síntomas propios del daño articular, como tumefacción, rigidez y dolor. Tras unos años de evolución tiene lugar una segunda fase, donde la AR permanece latente, para al final de la vida, dar lugar a fuertes brotes, en los cuales además de la clínica inicial, se añaden las complicaciones y daño a otros órganos (4).

Al ser una enfermedad crónica y degenerativa, se prevé que el paciente sufra una disminución de la esperanza de vida entre 3-10 años (1,4), ocasionando de este modo una importante repercusión laboral debido a las limitaciones funcionales que provoca, afectando al desempeño de las actividades de la vida diaria y autocuidado (9). Según el estudio de Cotarelo Méndez AM et al. (5) entre el 26-60% de los afectados se ven obligados a abandonar su trabajo en los siguientes 10 años tras el comienzo de los síntomas. Otro aspecto a destacar es el deterioro en la calidad de vida, que se manifiesta en las tres áreas fundamentales; física, mental y social, advirtiendo las dos primeras como las más negativas (7).

Por consiguiente, se justifica la importancia de la intervención de un equipo multidisciplinar, donde el papel de la enfermera es clave en el control de los factores de riesgo modificables, en la enseñanza sobre el manejo, cumplimiento y

adherencia al tratamiento, siendo capaz de prevenir complicaciones, al mismo tiempo que los pacientes puedan recibir intervenciones en las que se fomente su autocuidado y adquieran conocimientos y habilidades que le permitan lograr un buen control de la enfermedad (10,11). Al ser estos aspectos de gran interés para el paciente, en este artículo de revisión se plantea conocer el papel de la enfermera en esta patología.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer la actuación de enfermería en el abordaje al paciente con artritis reumatoide.

Objetivos específicos:

- Describir la etiología, factores de riesgo, fisiopatología, signos y síntomas, diagnóstico, así como las complicaciones asociadas a la artritis reumatoide.
- Explicar las intervenciones de enfermería en prevención y educación para la salud.
- Identificar el impacto de la enfermedad en los afectados.

MÉTODO

Para realizar este artículo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consultando diferentes fuentes de información: **bases de datos** (Lilacs, Pubmed, Embase, Cuiden), **repositorios** (Dialnet), **recursos basados en evidencias científicas** (Fisterra, Cochrane Plus), **catálogos** (biblioteca virtual gcSalud), **revistas** (Reumatología Clínica) y **páginas web** (Sociedad Española de Reumatología (SER), Arthritis Foundation, Coordinadora nacional de artritis (Conartritis) y Liga Reumatológica Asturiana).

Como criterios de inclusión se han tenido en cuenta:

- Que abordasen directamente el tema de la artritis reumatoide.
- Perspectiva enfermera.
- Publicados como máximo hace 5 años.
- Aquellos, que aun siendo publicados hace más de 5 años, sigan siendo válidos y no haya habido evidencia científica posterior.
- Idioma castellano o inglés.

Para limitar y precisar las búsquedas se han empleado:

- DeCS (utilizados en Lilacs): artritis reumatoide, educación, calidad de vida, alimentación, tabaco, enfermería, osteoporosis.
- MeSH (utilizados en Pubmed): rheumatoid arthritis, education nursing, life style, incidence, complications, osteoporosis, comorbidity.

- Emtree (utilizados en Embase): rheumatoid arthritis, quality of life, feeding, incidence, comorbidity, prevalence.
- Lenguaje libre: cardiovascular, quality of live, education nursing, prevention.
- Booleano: AND.
- Limitadores: años/idioma.

Para la revisión de este artículo se manejaron 40 documentos obtenidos a través de la búsqueda bibliográfica descrita en la (tabla 1, metodología):

Cabe mencionar que varios de estos documentos derivaban a la Revista de Reumatología Clínica, por lo que se revisó esta, de forma manual desde el año 2011 al 2017, obteniendo también documentos de interés para este artículo.

Por otro lado, también se obtuvo información de interés en diferentes páginas web y asociaciones como: Sociedad Española de Reumatología (SER), Arthritis Foundation, Coordinadora nacional de artritis (Conartritis) y Liga Reumatológica Asturiana.

Tabla 1: Metodología

MS	Términos utilizados	Artículos generados	Límites	Recuperados	Desechados	Seleccionados
Lilacs	Artritis reumatoide and educación	734	Años: 2010-2011-2012 Español	6	5	1
	Artritis reumatoide and enfermería	637	Años: 2010-2011-2012-2013-2015 Español	12	11	1
	Artritis reumatoide and calidad de vida	1624	Años: 2010-2011-2012-2013-2014 Español	30	28	2
	Artritis reumatoide and alimentación	95	Años: 2010-2011-2012 2014-2015	23	21	2
	Artritis reumatoide and tabaco	36	Años: 2010-2011-2012-2013-2014-2015	26	24	2
	Artritis reumatoide and enfermería and alimentación	5	—	5	5	0
	Artritis reumatoide and osteoporosis	1463	Años: 2010-2011-2012-2013-2014 Español	14	13	1
	Artritis reumatoide and cardiovascular	2121	Años: 2010-2011-2012-2013-2014 Español	15	14	1
	Artritis reumatoide and impacto	258	Años: 2011-2013 Español	5	4	1

MS	Términos utilizados	Artículos generados	Límites	Recuperados	Desechados	Seleccionados
Pubmed	Rheumatoid arthritis and education nursing	155	5 years Humans	30	29	1
	Rheumatoid arthritis and quality of live	27	5 years	12	12	0
	Rheumatoid arthritis and life style	262	5 years Humans	44	41	3
	Rheumatoid arthritis and incidence in Spain	298	Publication dates from 2008 to 2015 Journal categories: core clinical journals	16	15	1
	Rheumatoid arthritis and prevention and complications	1063	5 years Humans Spanish	5	3	2
	Rheumatoid arthritis and prevention and osteoporosis	330	Spanish	9	8	1
	Rheumatoid arthritis and comorbidity and prevention	84	5 years Humans	37	35	2
Cuiden	Artritis reumatoide and enfermería	27	_____	27	27	0
	Artritis reumatoide and calidad de vida	12	_____	12	11	1
	Artritis reumatoide and alimentación	3	_____	3	3	0
	Artritis reumatoide and ejercicio	6	_____	6	5	1
	Artritis reumatoide and complicaciones	2	_____	2	2	0
Embase	Rheumatoid arthritis and quality of live	73	Años: (2010-2016) English, Spanish	39	39	0
	Rheumatoid arthritis and feeding	439	Años: (2015-2016) English, Spanish	18	18	0
	Rheumatoid arthritis and education nursing	298	Años: (2014-2016) English, Spanish	28	27	1
	Rheumatoid arthritis and prevalence	8190	Años: (2010-2016) Spanish	35	34	1
	Rheumatoid arthritis and comorbidity	3028	Años: (2010-2016) Spanish	17	17	0
	Rheumatoid arthritis and incidence	8177	Años: (2010-2016) Spanish	23	22	1
Dialnet	Artritis reumatoide and enfermería	11	_____	11	10	1
	Educación para la salud and artritis reumatoide	5	_____	5	5	0
	Calidad de vida and artritis reumatoide	56	_____	56	53	3
	Artritis reumatoide and repercusiones	17	_____	17	16	1
	Manejo and artritis reumatoide	55	_____	55	54	1
	Artritis reumatoide and complicaciones	41	_____	41	40	1
	Artritis reumatoide and incidencia	37	_____	37	36	1
	Artritis reumatoide and osteoporosis	27	_____	27	26	1

MS	Términos utilizados	Artículos generados	Límites	Recuperados	Desechados	Seleccionados
Fisterra	Artritis reumatoide	1	_____	1	0	1
Cochrane plus	Artritis reumatoide and enfermería	11	_____	11	11	0
	Artritis reumatoide and educación	35	Año (2010-2015)	4	4	0
	Artritis reumatoide and ejercicio	49	Año (2010-2015)	12	12	0
Biblioteca virtual gcsalud (BETA)	Artritis reumatoide and enfermería	5	_____	5	4	1
	Artritis reumatoide and calidad de vida	57	Año (2010-2015)	38	37	1
	Artritis reumatoide and tabaco	10	_____	10	9	1
	Artritis reumatoide clasificación	37	Años (2010-2015)	27	26	1

Fuente: Elaboración propia

DESARROLLO

ETIOLOGÍA, FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES.

Aunque la etiología de la AR es aún hoy desconocida, se sabe que la interacción entre factores genéticos y la exposición continuada a determinados factores no genéticos, pueden ser determinantes para el desarrollo de la enfermedad (3,12). Por un lado; la susceptibilidad genética en la AR es responsable del desarrollo de esta patología en un 50-60% (13), por esta razón las personas con familiares de primer grado con AR, poseen de 2 a 10 veces más probabilidad de padecer la enfermedad en comparación con la población general (3,13). De otro modo; el 50% restante se atribuye a los factores no genéticos, dentro de los cuales algunos pueden actuar como agentes predisponentes y otros como protectores, procediendo a describirlos a continuación: .

Café: El consumo de altas cantidades, más de 10 tazas al día, parece estar relacionado con un mayor riesgo de aparición de la AR (13).

Sílice: La exposición repetida a cristales de sílice, presentes en la industria minera,

construcción, agricultura y electrónica, son agentes que pueden llegar a duplicar el riesgo de sufrir AR (3, 13).

Infecciones: Las revisiones de literatura consultadas (3, 13) tratan la relación existente entre la presencia de agentes infecciosos y el desarrollo de la enfermedad. Uno de los agentes estudiado como posible estímulo es la *Porphyromonas gingivalis*.

Tabaco: Es el factor ambiental más estudiado y reconocido, incrementa la respuesta inflamatoria y se ha estimado que el riesgo de desarrollar AR puede incrementarse de 2 a 4 veces más en personas fumadoras (14-16). Del mismo modo, la evolución y respuesta al tratamiento también son peores en estos pacientes (3,12,14-16).

Factores hormonales: La mayor predisposición de la enfermedad en mujeres viene determinada por las fluctuaciones hormonales que sufren estas a lo largo de su vida. En particular, parece que los estrógenos ejercen cierta protección, de modo que el embarazo, los anticonceptivos orales, así como una menarquía temprana o una lactancia prolongada pueden disminuir el riesgo de padecer la enfermedad o al menos retrasar sus manifestaciones (3,13).

Por el contrario, en etapas como el postparto o la menopausia donde la actividad de los estrógenos disminuye, se incrementa la probabilidad de padecer la enfermedad (13).

Factores alimentarios: La dieta mediterránea rica en pescado, verduras, frutas, legumbres y aceite de oliva tiene un efecto protector frente a la enfermedad. Esto podría venir determinado por el alto contenido de ácidos omega 3, ya que estos intervienen en la producción de mediadores antiinflamatorios que ayudarán a disminuir los síntomas (17).

En cuanto a la vitamina D, las revisiones de literatura consultadas, señalan una relación entre el mayor consumo de vitamina y el menor riesgo de padecimiento de la enfermedad y viceversa (3,13).

Algunos documentos (3,18) destacan cómo es probable que desde antes del nacimiento se acumulen factores de riesgo que incrementen la probabilidad de aparición de AR, como pueden ser el alto peso al nacer, la composición genética de la madre y/o el consumo de tabaco durante el embarazo.

FISIOPATOLOGÍA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES.

Fisiopatología

La AR es una enfermedad autoinmune, caracterizada por la inflamación de la membrana sinovial de las articulaciones que actúa como amortiguador del movimiento, nutriendo, protegiendo y cubriendo las terminaciones óseas (19,21). En condiciones normales, dicha membrana está formada por una hilera de células, denominadas sinoviocitos. Sin embargo, conforme la enfermedad va evolucionando, esta membrana va presentando varias hileras de células y aumentando el tamaño de las mismas, lo cual propiciará que se hipertrofie y produzca tejido inflamatorio denominado "pannus". Siendo este el responsable de la liberación de las enzimas que dañan la articulación, provocando destrucción del cartílago y

erosión de los huesos, lo que a su vez dará lugar a alteraciones estructurales, dolor y limitación funcional llegando a disminuir la calidad de vida significativamente (4,22,23).

Signos y síntomas

El inicio de la enfermedad puede ser diverso, pero frecuentemente suele iniciarse con un periodo prodrómico de duración variable con síntomas bastante inespecíficos (cansancio, astenia, febrícula...) para a continuación manifestarse síntomas propios del daño articular como dolor, tumefacción articular y rigidez de más de 1 hora de evolución. También suele ir acompañado de hinchazón, sensibilidad y calor de las articulaciones, provocando limitación en el movimiento de las mismas (3,4,24).

Se trata de una enfermedad poliarticular y simétrica, donde algunas articulaciones sufren los daños con mayor predisposición, como las interfalángicas proximales y las metatarsfalángicas, con una afectación del 90%, seguidas de los carpos, rodillas y tobillos con una frecuencia del 80% (3,23,24).

Del mismo modo, también pueden aparecer manifestaciones extraarticulares. Según la revisión "Avances en artritis reumatoide" (3) el 50% de los pacientes presentan nódulos reumatoides que tienden a aparecer en zonas periarticulares expuestas a roce y presiones mecánicas (codos, dedos, talón). Existiendo una probabilidad del 30% de padecerlos en algún momento de la enfermedad y siendo aún más frecuente en pacientes con factor reumatoide positivo. Otras manifestaciones son la vasculitis y el síndrome de Sjögren caracterizado por sequedad bucal y ocular, con un porcentaje de aparición del 35% (3,4,20).

Diagnóstico

El diagnóstico de la AR se lleva a cabo fundamentalmente por los signos y síntomas clínicos, así como por exámenes de laboratorio y radiografías (3,25).

Los criterios de clasificación diagnóstica surgieron en 1987 por el Colegio Americano de Reumatología (ACR). Sin embargo, estos no eran válidos para determinar la AR de corta evolución, por lo que en el año 2010 el ACR y la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) establecieron criterios diagnósticos comunes para determinar la enfermedad en estadios tempranos (3,12,26). Dichos criterios valoran: el **compromiso articular** (apartado donde se puede obtener una puntuación entre 0-5), la **serología** (0-3), **reactantes de fase aguda**, **PCR** y **VSG** (0-1), así como **duración de los síntomas** (0-1). Por consiguiente, se pueden obtener un máximo de 10 puntos, siendo necesaria una puntuación igual o superior a 6 para poder considerar a una persona como afectada de AR (3).

Complicaciones

Unido a las manifestaciones clínicas surgen también complicaciones provocadas por la progresión de la enfermedad:

Osteoporosis: En España se calcula que un 35% de las mujeres mayores de 50 años y un 52% de las mayores de 70 años padecen osteoporosis (27).

Los pacientes con AR tienen mayor predisposición a padecer esta complicación, al estar expuestos a factores de mayor riesgo (corticoterapia crónica, inmovilización), factores que aún se ven más agravados en mujeres menopáusicas donde la masa ósea y estrógenos van disminuyendo provocando un metabolismo mineral menos eficiente. No hay que olvidar que la propia enfermedad ya es un factor de riesgo, dado que el proceso inflamatorio al que el paciente haya estado sometido generará destrucción ósea (28).

Cabe destacar el estudio de Dueñas Cabada SV et al. (29), donde se muestra como el 77% de los afectados por AR presentan también osteoporosis. Dicho estudio trata una serie de casos de modo retrospectivo, extrayendo la información

de una muestra de 30 pacientes mujeres postmenopáusicas mayores de 50 años con diagnóstico de AR. Cabe mencionar que en dichos casos se evaluaron diversas variables que influyen en la masa mineral tales como: edad, tiempo de enfermedad, IMC, actividad de la enfermedad (examen reumatológico, marcadores de inflamación, uso de metotrexato, corticoterapia crónica), así como antecedentes familiares y personales. Concluyendo que existe una mayor frecuencia de osteoporosis en mujeres postmenopáusicas mayores de 50 años con artritis reumatoide frente a las que no padece dicha enfermedad.

Infecciones oportunistas: Se estima que pueden alcanzar hasta el doble de riesgo que el resto de la población (30).

Esto viene determinado por la inmunosupresión a la que están sometidos estos pacientes, derivada del tratamiento farmacológico, así como por la inmunodeficiencia secundaria a los mecanismos inmunológicos que están alterados por la propia enfermedad.

Uno de los estudios revisados (25) demostró que estas afecciones ocurrían principalmente en los grupos de edad comprendidos entre 45-54 años, en pacientes con más de 10 años de evolución de enfermedad y mayoritariamente en mujeres. Se trata de un estudio descriptivo y longitudinal del comportamiento de las complicaciones en los pacientes diagnosticados de AR. Dicho estudio analiza una muestra total de 114 pacientes que cumplen los criterios diagnósticos. Destacando las infecciones dermatológicas en 47 pacientes, siendo este el mayor porcentaje (41,2%), siguiendo en orden decreciente las infecciones genitourinarias, respiratorias y gastrointestinales con un porcentaje de 25,5%, 16,7%, 11,4% respectivamente. Por otro lado, este estudio también identifica como gérmenes más frecuentes la *Cándida Albicans* (29,4%), *Staphylococcus Aureus* (21,6%) y *Giardia Lambia* (13,7%).

Trastornos cardiovasculares: Se estima que estos pacientes poseen entre un 50-60% más de riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular que el resto de la población (31-33).

El estudio de Galindo J et al. (34), muestra como el 75% presentaban dislipemias, de estos el 42,4% con cifras aumentadas de triglicéridos y colesterol total. El nivel de C-LDL incrementado en el 60,6% y el C-HDL disminuido en el 54,5%. Este estudio también estima un riesgo dos veces mayor de sufrir infarto de miocardio y tres veces más en pacientes con una evolución de la enfermedad de más de 10 años.

El artículo de Guillén Astete C et al (31), señala el incremento que tienen estos pacientes de sufrir algunos eventos cardiovasculares con respecto a la población sana: infarto cerebral (28% frente a 14%), amiloidosis cardiaca (28% frente a 14%), infarto de miocardio (41% frente a 26%).

Cáncer: Existe mayor riesgo de desarrollar algunos tipos de cánceres (pulmón, linfoma). Esto puede explicarse por algunos mecanismos como la inmunosupresión causada por el tratamiento, la actividad inflamatoria mantenida o bien porque tanto la AR como el cáncer pueden compartir factores causales como el tabaco (35).

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Prevención primaria.

A pesar de la importancia que presenta la carga genética como factor de riesgo en el desarrollo de la enfermedad, no es un factor determinante para su desarrollo, ya que la influencia de otros agentes no genéticos es muchas veces la responsable de su aparición, por lo que el papel de la enfermera desde atención primaria es importante para promocionar hábitos saludables y eliminar aquellos factores que puedan contribuir al desarrollo de la enfermedad (12).

Las enfermeras deben recomendar el abandono del hábito tabáquico, ya que este es uno de los elementos más estudiados y reconocidos y a la vez uno de los más sencillos de evitar. Del mismo modo es adecuado el consumo moderado de alcohol y café, mantener un peso adecuado, seguir una dieta mediterránea, y evitar la exposición a cristales de sílice (13,17).

Por otro lado, en la fase prenatal se pueden evitar factores que predispongan al bebé a padecer la enfermedad en un futuro, como son: evitar el consumo de tabaco durante el embarazo y proporcionar lactancia materna al niño para protegerle (3,18).

Prevención secundaria.

Actualmente no existe ningún tratamiento definitivo, por lo que los objetivos están dirigidos a (4):

- Aliviar el dolor.
- Reducir la inflamación.
- Disminuir el daño articular.
- Mantener la calidad de vida.

Con el fin de lograr estos objetivos se utilizan fármacos como los analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, corticoides, fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) y en algunas ocasiones la terapia biológica, cuando no se ha logrado mejoría al menos con un FAME como el Metotrexato o Leflunomida, en monoterapia o en combinación (4). Sin embargo, unido al tratamiento farmacológico también es importante la fisioterapia, el ejercicio y la educación para la salud como se muestra en la siguiente **tabla 2** (3,11,24,36,37).

Las enfermeras deben recomendar el abandono del hábito tabáquico, ya que este es uno de los elementos más estudiados y reconocidos y a la vez uno de los más sencillos de evitar.

Tabla 2: Recomendaciones prevención secundaria

Medidas generales	Ducharse con agua caliente tras levantarse para relajar la musculatura y ayudar a disminuir la rigidez matutina.
	En caso de inflamación aguda, aplicar compresas frías en la articulación.
	Proporcionar ayudas técnicas como útiles domésticos.
Medias de reposo/ejercicio	Al menos 10 horas de descanso nocturno.
	Utilizar una cama dura para evitar deformaciones.
	No usar almohada o usar una delgada y dura para mantener los segmentos corporales extendidos y el cuello recto.
	Uso de férulas de reposo, habitualmente nocturnas para ayudar a descargar, proteger y alinear las articulaciones, manteniendo una posición funcional evitando deformidades, dolor e inflamación.
	El reposo total en cama es adecuado en situaciones agudas, pero sin dejar de realizar ejercicios para evitar la pérdida de fuerza.
	Realizar ejercicio físico habitual (natación, bicicleta), individualizado sin forzar las articulaciones.
	En el entorno laboral se evitarán los trabajos con actividad física intensa, permanecer mucho tiempo de pie o sin moverse. Se recomienda levantarse cada 60-90 minutos, estirando los músculos y caminando 5 minutos.
Se debe utilizar un calzado adecuado que sea elástico pero firme, con sujeción en el talón y con la parte delantera ancha para evitar rozaduras.	
Medidas peso/alimentación	Dieta mediterránea y saludable, tomando al menos tres raciones a la semana de pescado azul que proporcionará omega-3.
	Evitar el sobrepeso para disminuir la sobrecarga de las articulaciones.

Fuente: Elaboración propia

Prevención terciaria.

La enfermera también puede intervenir evaluando al paciente y dirigiendo actuaciones específicas según su situación individual, con el fin de poder hacer frente a problemas futuros antes de que estos aparezcan.

Osteoporosis: Las medidas para prevenir esta complicación se basan fundamentalmente en dos aspectos; modificación del estilo de vida y medidas dietéticas con suplementos de calcio y vitamina D. Con respecto a las modificaciones de estilo de vida, es importante prevenir y tratar la osteoporosis realizando ejercicio físico, que ayudará a mejorar la resistencia ósea, ralentizando la pérdida de la densidad mineral ósea, a la vez que mejorará la fuerza y equilibrio. Se recomienda incluir actividades aeróbicas como nadar o caminar al menos 3 veces por semana con una duración mínima de 30 minutos. Al mismo tiempo también sería recomendable el abandono del tabaco y alcohol (38,39).

Por otro lado, se recomienda seguir una dieta rica en calcio que aporte la cantidad diaria recomendada (1.000mg/día) administrando suplementos si fuera necesario. Del mismo modo, para su correcta absorción es necesaria la vitamina D presente en algunos pescados (salmón, atún, sardinas), así como en la yema de huevo, leche o queso. Sin embargo, la principal fuente es la luz solar por lo que debemos recomendar una exposición de 15-20 minutos al día durante al menos 3 días a la semana (38).

Infecciones: Las intervenciones más destacadas para prevenir infecciones asociadas en pacientes con AR son la vacunación y la adopción de medidas higiénicas:

Sería recomendable que los afectados de AR lleven a cabo una vacunación antigripal anual, antineumocócica frente al *Streptococcus pneumoniae* administrando la vacuna conjugada (VNC13) y repitiendo la dosis con la vacuna polisacárida (VNP23)

separando ambas al menos 2 meses (40). Al mismo tiempo, y en caso de no estar vacunados y protegidos frente a la hepatitis B, también estaría indicada dicha vacuna, ya que algunos fármacos como el Metotrexato y Leflunomida deben administrarse con precaución cuando hay enfermedades hepáticas (30). De otro modo, la enfermera debe instruir al paciente en las medidas higiénicas que debe adoptar. Una de las más sencillas, pero también más eficaces es el lavado de manos, así como lavar las verduras/frutas antes de consumirlas, evitar animales domésticos que pueden ser reservorios de microorganismos, al mismo tiempo que evitar el contacto con otras personas que padecen alguna infección (30,41).

Trastornos cardiovasculares: Desde la consulta de enfermería se debe trabajar en la modificación del estilo de vida, explicando los hábitos alimentarios correctos, como realizar entre 4-5 comidas diarias, reducir el consumo de sal y grasas saturadas (sustituir lácteos enteros por desnatados o semi-desnatados, consumir carnes bajas en este tipo de grasas, como son el pollo o el pavo, y no abusar de aquellas más grasas).

También es necesaria la incorporación de ejercicio físico, que reportará beneficios no sólo en la mejora de los trastornos cardiovasculares, sino que también contribuirá a disminuir el peso corporal reduciendo la sobrecarga de las articulaciones (34).

Cabe destacar la importancia de un abordaje integral en la atención a estos pacientes, siendo una herramienta útil para ello los programas de educación para la salud llevados a cabo por un equipo multidisciplinar, donde la enfermera tiene un papel destacado (11).

En este artículo se ha llevado a cabo una revisión de diferentes estudios para valorar la efectividad de las intervenciones educativas, obteniendo los siguientes resultados:

El Arthritis Self-Management Program (ASMP) (42) diseñado en la Universidad de

Stanford, muestra como aquellos sujetos que formaron parte del programa en comparación con los que no lo hicieron redujeron su dolor, discapacidad y mejoraron su calidad de vida.

El estudio publicado en la *International Journal of Nursing Studies* (43) concluye una mejoría en la calidad de vida, el conocimiento del paciente y la fatiga.

La tesis doctoral de Cano García (44) llevada a cabo en el Hospital Regional de Málaga muestra mejoría en la calidad de vida, afrontamiento y percepción del dolor y enfermedad en todos los pacientes. A partir de la bibliografía de esta tesis se ha obtenido un documento de interés. Se trata de una revisión Cochrane de Riemsma et al. (45), que incluye 31 estudios sobre AR, obteniendo todos una mejora en la discapacidad, estado psicológico y depresión, aunque no se lograron resultados positivos en la ansiedad y actividad de la enfermedad.

También cabe mencionar la importancia del papel de la enfermera en el aumento de la adherencia terapéutica. Un nivel bajo de esta, se relaciona con desenlaces terapéuticos desfavorables, empeoramiento de la enfermedad, aumento de recaídas, mayor limitación funcional y aumento de las hospitalizaciones (46).

Por todo ello, se justifica la importancia y validez de las intervenciones educativas, elaborando programas específicos y ampliados que permitan capacitar al paciente y su familia para el manejo de su enfermedad, así como fomentar la adherencia terapéutica.

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA.

Según la Organización Mundial de la Salud la calidad de vida es *“la percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”* (47).

Para evaluar la capacidad funcional se utiliza el Health Assessment Questionnaire

(HAQ) (48), validado en España para las enfermedades reumáticas y utilizado en todos los documentos (5,7,41,49) revisados acerca de calidad de vida. El HAQ consta de 20 ítems y las puntuaciones se sitúan entre 0 (sin dificultad) y 3 (incapaz de realizarlo).

Según el estudio EPISER (7), la puntuación media para los pacientes afectados fue de 1,34 en comparación con la población general con 0,26. Esto hace que su salud sea percibida de regular a mala (55%) en comparación con los sujetos que no padecen la enfermedad, donde solo el 27% la percibirían así.

La Asociación Conartritis publicó un estudio sobre el impacto psicológico en población española (50) concluyendo que, a pesar de que el 88% de los encuestados aceptaron su enfermedad, el 67% manifestó que su carácter había cambiado volviéndose más serios, negativos y tristes. Por otro lado, el 65% manifestó el dolor como el aspecto más negativo, el 62% el cansancio y el 60% la pérdida de funcionalidad.

El estudio de Cotarelo Méndez AM et al. (5) concluye que el 51% de los pacientes evaluados presentó discapacidad funcional ligera, el 37,7% moderada y solo el 11,3% manifestó no poder realizar ninguna de las actividades debido a las deformidades y limitaciones.

Otro aspecto significativo es la presencia de dolor, a pesar de que el grado de discapacidad fuera bajo, este síntoma se encuentra presente en todos los afectados. Esto genera gran afectación psicológica, disminuye la capacidad funcional y calidad de vida tanto de pacientes como familiares, donde 39,6% de estos muestran una repercusión severa (5).

El estudio de Ambriz Murillo Y et al. (51) destaca la depresión como un factor importante en la pérdida de calidad de vida. Se calcula que el 29% sufren depresión leve-moderada y el 26% grave. Esto a su vez, contribuye al mayor aislamiento de la persona y la disminución de la interacción social (52).

No existe ningún tratamiento definitivo por lo que es muy interesante el diagnóstico precoz para establecer estrategias, evitando que la enfermedad origine daños y complicaciones.

Cabe destacar que los pacientes activos frente a su enfermedad, que buscan adaptarse a la nueva situación siguiendo recomendaciones del equipo multidisciplinar, realizando continuos ajustes en sus hábitos de vida, refieren tener menos incapacidad y sintomatología (41,52,53).

CONCLUSIONES

- 1) La AR es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida. En nuestro país existen 200.000 casos.
- 2) La edad de aparición más habitual son 40-60 años, especialmente en mujeres.
- 3) Existen factores de riesgo modificables sobre los que se pueden adoptar conductas adecuadas que protejan y eviten su desarrollo.
- 4) No existe ningún tratamiento definitivo por lo que es muy interesante el diagnóstico precoz para establecer estrategias, evitando que la enfermedad origine daños y complicaciones.
- 5) El mayor impacto en la calidad de vida es en la función física seguido de la repercusión mental y social.
- 6) El papel de la enfermera dentro del equipo multidisciplinar es necesario en intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria.

El mayor impacto en la calidad de vida es en la función física seguido de la repercusión mental y social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olmo JA, García JA. Efecto del ejercicio físico sobre la artritis reumatoide. Rehabilitación [Internet] 2003 [acceso noviembre 2015]; 37(6): 375-381. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13055113&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=120&ty=118&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=120v37n06a13055113pdf001.pdf
2. Conartritis [sede Web]. Madrid: Coordinadora nacional de artritis; [acceso noviembre 2016]. Artritis reumatoide, evolución. Disponible en: <http://www.conartritis.org/todo-sobre-artritis/que-es-la-ar/evolucion/#adolescentes>
3. García Sevillano L. Avances en artritis reumatoide. An Real Acad Farm [Internet] 2014 [acceso febrero 2016]; 80(1): 126-150. Disponible en: <http://www.analesranf.com/index.php/aranf/article/view/1466/1531>
4. Aloy Asensi M, López Lázaro MJ, Ros Navarret R, Sanz García N. Plan de cuidados estandarizado para pacientes con artritis reumatoide. Metas de enfermería. 2001; 36: 33-39.
5. Cotarelo Méndez AM, Estévez Perera A, Guridi González MZ. Capacidad funcional y repercusión familiar de pacientes con artritis reumatoide. Revista cubana de reumatología [Internet] 2013 [acceso febrero 2016]; 15(3): 146-152. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/265/426>
6. Carmona I. Epidemiología de la artritis reumatoide. Rev Esp Reumatol [Internet] 2002 [acceso enero 2016]; 29(3): 86-89. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13029550&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=29&ty=34&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=29v29n03a13029550pdf001.pdf
7. Carmona L, Villaverde V, Hernández-García C, Ballina J, Gabriel R, Laffon A et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in Spain. Rheumatology (oxford) [Internet] 2002 [acceso febrero 2016]; 41(1): 88-95. Disponible en: <http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/41/1/88.full>
8. Sociedad Española de Reumatología [sede Web]. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; [acceso noviembre 2016]. Artritis reumatoide. Disponible en: <http://www.ser.es/pacientes/enfermedades-reumaticas/artritis-reumatoide/>
9. Hernández Martín AD, Puerto Noda I, Falcón Hernández A, Morejón Barroso O, González Andreu D. Rehabilitación integral del paciente reumático. Revista cubana de reumatología [Internet] 2014 [acceso febrero 2016]; 16(1): 15-22. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/265>
10. De la Torre Aboki J. Aportación de la consulta de enfermería en el manejo del paciente con artritis reumatoide. Reumatol Clin [Internet] 2011 [acceso diciembre 2015]; 6(3): 16-19. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/aportacion-consulta-enfermeria-el-manejo/articulo/S1699258X11000258/>
11. Rusiñol Badals, M. Educación del paciente con reumatismo. Consulta de enfermería. Semin Fund Esp Reumatol [Internet] 2009 [acceso diciembre 2015]; 2(1): 7-11. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13146498&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=274&ty=18&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=274v02nCurso_1a13146498pdf001.pdf
12. Oliva Gutiérrez E, Martínez Godoy MP, Zapata Zúñiga M, Sánchez Rodríguez SH. Artritis reumatoide: Prevalencia, inmunopatogenia y antígenos relevantes para su diagnóstico. Int Arch Med [Internet] 2012 [acceso febrero 2016]; 8 (1:3): 1-7. Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/artritis-reumatoide-prevalencia-inmunopatogenia-y-antgenos-relevantes-para-su-diagnostico.pdf>
13. Ruiz Esquide V, Sanmartí R. Tabaco y otros factores ambientales en la artritis reumatoide. Reumatol Clin [Internet] 2012 [acceso diciembre 2015]; 8(6): 342-350. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/tabaco-otros-factores-ambientales-artritis/articulo/S1699258X12000964/>
14. Ruiz-Esquide Torino V. Artritis reumatoide y tabaco: Efecto del tabaco sobre la actividad, discapacidad y daño radiológico en la artritis reumatoide y su relación con los marcadores serológicos de la enfermedad [tesis doctoral]. Barcelona: Departamento de medicina, Universidad de Barcelona; 2012. Disponible en: https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/96412/VRET_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. De Hair MJ, Landewé RB, Van de Sande MG, Van Schaardenburg D, Van Baarsen LG, Gerlag DM et al. Smoking and overweight determine the likelihood of developing rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis [Internet] 2013 [acceso enero 2016]; 72: 1654-1658. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3786633/pdf/annrheumdis-2012-202254.pdf>

16. Benhaim M, Doglia L, Canella V, López S, Hofman J, Espósito M. Estudio transversal bioquímico clínico en pacientes con artritis reumatoidea y su relación con el tabaquismo. *Acta Bioquim Clin Latinoam* [Internet] 2014 [acceso diciembre 2015]; 48(3): 349-362. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53532405007>
17. Hu Y, Costenbader KH, Gao X, Hu FB, Karlson EW, Lu B. Mediterranean diet and incidence of rheumatoid arthritis in women. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015; 67(5): 597-606.
18. Colebatch AN, Edwards CJ. The influence of early life factors on the risk of developing rheumatoid arthritis. *Clinical and experimental immunology* [Internet] 2010 [acceso diciembre 2015]; 163: 11-16. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2249.2010.04263.x/epdf>
19. Liga Reumatológica Asturiana. Guía de la artritis reumatoide [monografía en Internet]. Asturias. Liga Reumatológica Asturiana; [acceso diciembre 2015]. Disponible en: <http://airemb.es/wp-content/uploads/2016/01/airemb-pacientes-artritis-reumatoide-guia-de-la-artritis-reumatoide.pdf>
20. Sociedad Española de Reumatología [sede Web]. Madrid: Sociedad Española de reumatología; [acceso diciembre 2015]. ¿Qué es la artritis reumatoide? Disponible en: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/artritis_reumatoide.pdf
21. Arthritis foundation [sede Web]. Atlanta: Arthritis foundation; [acceso diciembre 2015]. ¿Qué es el sistema inmunológico?. Disponible en: <http://espanol.arthritis.org/espanol/la-artritis/preguntas-frecuentes/pf-sistema-inmunologico/>
22. Sánchez Ramón S, López Longo FJ, Carreño L. Interleucinas en la fisiopatología de la artritis reumatoide: más allá de las citoquinas proinflamatorias. *Reumatol Clin* [Internet] 2011 [acceso enero 2016]; 6(S3): S20-S24. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/interleucinas-fisiopatologia-artritis-reumatoide-mas/articulo/S1699258X11000222/>
23. De la Torre Aboki J, Hill J. Actualización de cuidados enfermeros en reumatología. *Metas de enfermería* [Internet] 2008 [acceso diciembre 2015]; 11(6): 420-425. Disponible en: <http://docplayer.es/7687316-Actualizacion-de-cuidados-enfermeros-en-reumatologia.html>
24. Ballina FJ, Ariza R, Carmona L, De miguel E, García A, García de Vicuña R et al. Artritis reumatoide: Guía de la enfermedad para el paciente [monografía en Internet]. Madrid. Sociedad Española de Reumatología; 2006 [acceso enero 2016]. Disponible en: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/Guia_Artritis.pdf
25. Ortiz Concepción N, Torres Lima AM, Hernández Cuellar MV, Fernández Zamora O. Complicaciones infecciosas en la artritis reumatoide durante una década en el centro de reumatología. *Revista cubana de reumatología* [Internet] 2014 [acceso enero 2016]; 16(3): 276-282. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4940522>
26. Gómez A. Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. *Reumatol Clin* [Internet] 2011 [acceso diciembre 2015]; 6(S3): S33-S37. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/nuevos-criterios-clasificacion-artritis-reumatoide/articulo/S1699258X1100026X/>
27. Tebé C, Del Río LM, Casas L, Estrada MD, Kotzeva A, Di Gregorio S et al. Factores de riesgo de fracturas por fragilidad en una cohorte de mujeres españolas. *Gac Sanit* [Internet] 2011 [acceso febrero 2016]; 25(6): 507-512. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000600012
28. González Álvaro I, García Vadillo A, Ruiz Zorrilla A, Hernández García C, Villaverde V, Vargas E et al. Variabilidad en el manejo de la osteoporosis en pacientes con artritis reumatoide en España. *Rev Esp Reumatol* [Internet] 2003 [acceso enero 2016]; 30(8): 434-441. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-variabilidad-el-manejo-osteoporosis-pacientes-13053846>
29. Dueñas Cabada SV, Castillo Medina HE. Evaluación de la masa ósea en mujeres mayores de 50 años con artritis reumatoide. *Rev Soc Peru Med Interna* [Internet] 2013 [acceso enero 2016]; 26(2): 64-67. Disponible en: <http://www.medicinainterna.org.pe/pdf/04.pdf>
30. Garrido López BC, Navarro Compain MV, Navarro Sarabia F. Vacunas y quimioprofilaxis en artritis reumatoide: ¿podría plantearse un calendario de vacunación? *Reumatol Clin* [Internet] 2011 [acceso enero 2016]; 7(6): 412-416. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/vacunas-quimioprofilaxis-artritis-reumatoide-podria/articulo/S1699258X11000763/>
31. Guillén Astete C, Redondo Romero C, Boteanu A, Borja Serrati JF, Medina Quiñones C, Zea Mendoza A. Recomendaciones para el manejo del riesgo cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide. *Int Arch Med* [Internet] 2014 [acceso diciembre 2015]; 10(1:2): 1-20. Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/recomendaciones-para-el-manejo-del-riesgo-cardiovascular-en-pacientes-con-artritis-reumatoide.pdf>

32. Charles-Schoeman C. Cardiovascular disease and rheumatoid arthritis: an update. *Curr Rheumatoid Rep* [Internet] 2012 [acceso enero 2016]; 14(5): 455-462. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3436948/>
33. Villa Forte A, Mandell B. Trastornos cardiovasculares y enfermedad reumática. *Rev Esp Cardiol* [Internet] 2011 [acceso enero 2016]; 64(9): 809-817. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/trastornos-cardiovasculares-enfermedad-reumatica/articulo/90025323/>
34. Galindo J, Natividad J, Orellano C, Calvo A, Berrocal A. Dislipemia en pacientes con artritis reumatoide atendidos en un hospital general. *Rev Med Hered* [Internet] 2011 [acceso enero 2016]; 22(2): 47-53. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2011000200002&script=sci_arttext
35. Andréu JL, Otón T, Sanz J. Tratamiento de situaciones clínicas difíciles en pacientes con artritis reumatoide: cáncer. *Reumatol Clin* [Internet] 2009 [acceso enero 2016]; 5(S1): 44-47. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/tratamiento-situaciones-clinicas-dificiles-pacientes/articulo/S1699258X09000266/>
36. Noa Puig M, Más Ferreiro R, Mendoza Castaño S, Valle Clara M. Fisiopatología, tratamiento y modelos experimentales de artritis reumatoide. *Revista cubana de farmacia* [Internet] 2011 [acceso enero 2016]; 45(2): 297-308. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152011000200014&lng=es&nrm=iso&tln-g=es
37. Arthritis foundation [sede Web]. Atlanta: Arthritis foundation; [acceso enero 2016]. Artritis reumatoide. Disponible en: <http://espanol.arthritis.org/espanol/disease-center/arthritis-reumatoide/>
38. Hoes JN, Bultink IE, Lems WF. Management of osteoporosis in rheumatoid arthritis patients. *Expert Opin Pharmacother*. 2015; 16(4): 559-571.
39. Phillips K, Aliprantis A, Coblyn J. Strategies for the prevention and treatment of osteoporosis in patients with rheumatoid arthritis. *Drug aging*. 2006; 23(10): 773-779.
40. González Romo F, Picazo JJ, García Rojas A, Labrador Horrillo M, Barrios V, Magro MC et al. Consenso sobre la vacunación anti-neumocócica en el adulto por riesgo de edad y patología de base. Actualización 2017. *Rev Esp Quimioter* [Internet] 2017 [acceso junio 2018]; 30(2): 142-168. Disponible en: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/consenso_anti_neumococica.pdf
41. Blumentals WA, Arreglado A, Napalkov P, Toovey S. Rheumatoid arthritis and the incidence of influenza and influenza-related complications: a retrospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders* [Internet] 2012 [acceso enero 2016]; 13: 1-10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3495205/>
42. Stanford Medicine [sede Web]. California: Stanford School of Medicine [acceso abril 2016]. Arthritis Self-Management Program [1]. Disponible en: <http://patienteducation.stanford.edu/programs/asmp.html>
43. Ndosi M, Vinall K, Hale C, Bird H, Hill J. The effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: A systematic review. *IJNURSTU*. 2011; 48(5): 642-654.
44. Cano García L. Efectividad de un programa educacional multidisciplinar estandarizado en enfermos con artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante [tesis doctoral]. Málaga: Servicio de Publicaciones y Divulgación Científica, Universidad de Málaga; 2014.
45. Riemsma RP, Taal E, Brus HL, Rasker JJ, Wiegman O. Coordinated individual education with an arthritis passport for patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* [Internet] 2003 [acceso abril 2016]; 10(4): [238-249]. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2010651506&DocumentID=CD003688>
46. Ruiz Mejía C, Parada Pérez AM, Urrego Vásquez A, Galego González D. Adherencia al tratamiento en artritis reumatoide: condición indispensable para el control de la enfermedad. *Revista cubana de medicina* [Internet] 2016 [acceso octubre 2018]; 32(3): 1-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300015
47. World Health Organization [sede Web]: World Health Organization; [acceso junio 2018]. WHOQOL: medición de la calidad de vida. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>
48. Ballina García FJ. Medición de la calidad de vida en la artritis reumatoide. *Rev Esp Reumatol* [Internet] 2002 [acceso diciembre 2015]; 29(2): 56-64. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-medicion-calidad-vida-artritis-reumatoide-13028242>
49. Esteve Vives J, Batlle Gualda E, Reig A. Spanish versión of the Health Assessment Questionnaire: reliability, validity and transcultural equivalency. Grupo para la adaptación del HAQ a la población española. *J. Rheumatol*. 1993; 20(12): 2116-2122.

50. Advira Health. Vivir con artritis reumatoide. Estudio psicosocial [monografía en Internet]. Madrid: Coordinadora Nacional de Artritis; 2009 [acceso febrero 2016]. Disponible en:
http://www.conartritis.org/wp-content/uploads/2014/06/vivir_con_AR_estudio_psicosocial.pdf
51. Ambriz Murillo Y, Menor Almagro R, Campos González ID, Cardiel M. Calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y población geriátrica. Experiencia de un Hospital General en México. Reumatol Clin [Internet] 2015 [acceso enero 2016]; 11(2): 68-72. Disponible en:
<http://www.reumatologiaclinica.org/es/calidad-vida-relacionada-con-salud/articulo/S1699258X14000825/>
52. Quiceno JM, Vinaccia S. Artritis reumatoide: consideraciones psicobiológicas. Diversitas [Internet] 2011 [acceso febrero 2016]; 7(1): 27-41. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982011000100003
53. Chico Capote A, Carballar Alberteries L, Estévez del Toro M, García Viniegras CRV, Pernas González A. Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide. Revista cubana de medicina [Internet] 2012 [acceso enero 2016]; 51(1): 48-60. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232012000100006

Estudio del proceso de atención al cuidador familiar en el Centro de Salud de Rafalafena (Castellón)

Marta Tomás Brea, Carmen Anarte Ruiz, Ángel Masoliver Forés, Amparo Garralón Pérez
Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Castellón.

Manuscrito recibido: 09/02/2018

Manuscrito aceptado: 16/07/2018

Cómo citar este documento

Tomás Brea M, Anarte Ruiz C, Masoliver Forés A, Garralón Pérez A. Estudio del proceso de atención al cuidador familiar en el Centro de Salud de Rafalafena (Castellón). *RqR Enfermería comunitaria (Revista SEAPA)*. 2019 Febrero; 7 (1): 42-54.

Resumen

Objetivos: Evaluar el proceso de atención prestada al cuidador principal de los pacientes dependientes del Centro de Salud (C.S.) de Rafalafena de Castellón.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal retrospectivo de las historias clínicas de los cuidadores principales. Se incluyó a las personas cuidadoras principales que fueran familiares del paciente dependiente y que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico NANDA-I D00061 Cansancio del rol del cuidador y D00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador, atendidos en el período 2014-2016, pertenecientes al C.S Rafalafena y registrados en la historia clínica informatizada Abucasis (HCI). Se realizó un muestreo de la población sometida a estudio (un total de 32 sujetos), ya que existe un infradiagnóstico de las personas cuidadoras.

Resultados: De un total de 32 cuidadores, el 37,5% estaban diagnosticados de

“Cansancio del rol del cuidador” y el 62.5% restante de “Riesgo de cansancio del rol del cuidador”. Teniendo en cuenta las variables propuestas por la guía de la Generalitat Valenciana para la valoración, las registradas con mayor frecuencia por orden decreciente han sido: vínculo afectivo (50%), Test de Zarit (37,5%), Índice de Barthel (15,6%), Cuestionario de Pfeiffer (12.5%), Escala de Lawton Brody (6,3%) y Escala de Goldberg (6,3%).

Conclusión En la evaluación del proceso de atención prestado al cuidador principal se observan fortalezas y debilidades. Entre las fortalezas, podemos destacar que el proceso de atención prestado se ajusta a las recomendaciones que propone la guía. En cuanto a las debilidades, podemos citar el uso de distintos lenguajes entre enfermeros, médicos de atención primaria y trabajadores sociales para etiquetar a la población cuidadora, lo que ha dificultado la fase de captación de cuidadores.

Palabras clave:

Atención primaria de salud; cuidadores; atención de enfermería; programas; educación; dependencia (psicología).

Study of the care process for the family caregiver at the Rafalafena Health Center (Castellón)

Abstract

Objectives To evaluate the care process provided to the main caregiver of the dependent patients from the C.S.Rafalafena (Castellón)

Methodology A retrospective longitudinal descriptive study of the clinical records of family caregivers has been carried out.

Family caregivers included in this study meet the following inclusion criteria: diagnosis NANDA-I D00061 Fatigue of caregiver role and D00062 Risk of fatigue of caregiver role, treating in the 2014-2016 period, belonging to the CS Rafalafena and registered in the computerized clinical history (HCI). An exhaustive sampling of the population under study has been carried out, since there is an infra diagnosis of the caregivers, obtaining a total of 32 subjects.

Results: Among selected caregivers, 37.5% were diagnosed as fatigue of the caregiver role and 62.5% as risk of fatigue of caregiver role.

Among the variables proposed by the assessment guide, the most frequent (in decreasing order) were: affective bond (50%), Zarit Test (37.5%), Barthel index (15.6%), Pfeiffer questionnaire (12.5%), Lawton Brody scale (6.3%) and Goldberg's anxiety scale (6.3%).

Conclusion: From the care process evaluation provided to the main caregiver, strengths and weaknesses were observed: Among the strengths, we can highlight that the process fits the recommendations proposed in the guide. Main weaknesses are related with the use of different language among nurses, primary care physicians and social workers to label the caregiver population making difficult to design the monitoring of the recruitment phase.

Keywords

Primary Health Care; Caregivers nursing care; programs; education; dependency (psychology).

INTRODUCCIÓN

Cuidar de un familiar es una situación que muchas personas a lo largo de sus vidas acaban experimentando. Según la encuesta Europea de Salud del año 2014, en España se estima que el 11,34% de la población de mayores de 15 años cuida, al menos una vez por semana, de alguna persona mayor o de alguien que tiene una dolencia crónica,

sin ser parte de su trabajo habitual. En la Comunidad Valenciana las cifras son similares al resto de país (11,18%) (1).

Actualmente, la red de cuidadores familiares es uno de los recursos más importantes dentro de la atención prestada a los pacientes mayores, con dolencias crónicas y dependientes. Se estima que el 88% del tiempo de atención total consumido por

la persona dependiente es a consta de los cuidadores familiares (2,3), convirtiéndose estos en una población muy susceptible de enfermar y de responder de forma inadecuada a las necesidades de la vida. Depresión, ansiedad, insomnio, cefaleas, malestar emocional y estrés son problemas comunes, así como fatiga, lumbago, deterioro de la función inmune, problemas gastrointestinales e hipertensión, todas ellas con consecuencias en el ámbito social y familiar (4-8).

Con el propósito de reducir la repercusión sobre la salud (9,10), así como de favorecer los cuidados del paciente dependiente y evitar la institucionalización (11), se está llevando a cabo una constante formulación de diferentes estrategias socio-sanitarias tanto a nivel internacional como autonómico. En ellas se reconoce la importancia del papel de los profesionales de enfermería en el ámbito de la Atención Primaria (AP).

A nivel internacional, cabe destacar la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (en inglés, North American Nursing Diagnosis Association, NANDA) la cual incluyó en 1992 dos diagnósticos nuevos relacionados con los cuidadores familiares. Dichos diagnósticos son: "Cansancio del rol del cuidador" y "Riesgo de cansancio del rol del cuidador". Ambos son propios de los profesionales de enfermería y constituyen una herramienta de trabajo privilegiada, que permite diagnosticar de forma inequívoca a los cuidadores familiares, así como, ser integrada en los registros de salud electrónicos, facilitando las investigaciones posteriores (12, 13).

A nivel nacional, destaca la estrategia para el abordaje de la cronicidad que plantea el Sistema Nacional de Salud. Dicho abordaje indica que "la atención al cuidador debe incluir intervenciones para los propios cuidadores, abordar sus problemas de salud y prevenir condiciones patológicas y el riesgo de claudicar" y reconoce el papel de las enfermeras dentro del equipo multidisciplinar para llevarlo a cabo (14). En la Comunidad Valenciana, el interés por la problemá-

tica descrita, ha dado lugar a la puesta en marcha de programas de soporte para las personas cuidadoras familiares; entre ellos el impulsado desde la Consejería de Sanidad, el cual se está desarrollando en los diferentes Centros de Salud (CS) de AP, liderado por las enfermeras gestoras de casos (EGC) (2).

Por todo lo anteriormente expuesto, se considera que la implementación de las estrategias dirigidas a los cuidadores familiares en el ámbito de la AP, es muy importante para la adecuada atención de dichos cuidadores y se reconoce como clave el papel de los profesionales de enfermería (15-21). No obstante, se plantea si estas estrategias están siendo suficientes para lograr llegar al mayor porcentaje posible de población cuidadora en riesgo,

Es por ello, que consideramos de gran relevancia el presente estudio, el cual está orientado a evaluar el proceso de atención de las personas cuidadoras.

Objetivos

Objetivo general

- Evaluar el proceso de atención prestada al cuidador principal de los pacientes dependientes del CS de Rafalafena de Castellón.

Objetivos específicos

- Conocer la frecuencia y cuáles son los diagnósticos más utilizados:
 - NANDA-I D00061 Cansancio del rol del cuidador y D00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador.
- Identificar los diagnósticos médicos (CIE) relacionados con el síndrome del cuidador (ansiedad, lumbalgia, simple, insomnio depresión...) y otras etiquetas diagnósticas utilizadas en la captación del cuidador.
- Identificar al personal sanitario que participa en la captación de los cuidadores familiares.

- Evaluar si los cuidadores que están en el programa cumplen los criterios de inclusión propuestos en la guía de la Comunidad Valenciana.
- Analizar si se cumplimenta el nivel de registro de las variables propuestas para la valoración de la persona cuidadora en la Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario, Generalitat. Conselleria de Sanitat 2014.
- Conocer la diferencia entre “Enfermeras EGC Comunitarias” o “Enfermera Referente” y el uso de los diagnósticos de “Cansancio del rol del cuidador” y “Riesgo de cansancio del rol del cuidador”.
- Estudiar las intervenciones realizadas con las personas cuidadoras más habituales en nuestro ámbito de actuación.

Metodología

Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal retrospectivo de las historias clínicas correspondientes a los casos de los cuidadores familiares que habían sido previamente registrados en la historia clínica informatizada (Abucasis) en el CS Rafalafena de la localidad de Castellón, durante el período 2014-2016.

Variables

La evaluación del proceso de atención prestada a la persona cuidadora principal se realizó siguiendo la Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario de la Generalitat Valenciana del año 2014 (2) que contempla las siguientes fases en el proceso de atención al cuidador:

1. La detección, que comprende la captación e identificación de cuidadores y la selección del cuidador diana.
2. Valoración de las necesidades del cuidador.
3. Diseño y aplicación de la intervención.
4. Seguimiento y evaluación del proceso.

En este estudio, nos hemos limitado a la evaluación de las fases de captación, valoración e intervención.

Dentro de la fase de valoración, se estudiaron las variables correspondientes a la persona cuidadora, dado que es el objetivo de nuestro estudio.

En la tabla que adjuntamos a continuación (Tabla 1) detallamos las variables estudiadas.

Tabla 1: Variables relacionadas con el proceso de atención al cuidador familiar

Diagnóstico NANDA	Cualitativa nominal	D00062 Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador D00061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador Desconocido Error diagnóstico
Tipo captación	Cualitativa nominal	Búsqueda activa Práctica asistencial habitual Demanda propio paciente Desconocido
Profesional realiza captación	Cualitativa nominal	Enfermera referente Enfermera gestora Médico atención primaria Trabajador social Desconocido

Instrumentos de valoración <ul style="list-style-type: none"> • Índice Barthel • Índice Lawton • Cuestionario Pfeiffer • Test Zarit • Sobrecarga objetiva • Subescala ansiedad Goldberg • Cuestionario Duke-unk • Apgar familiar • Calidad vida COOP-WONCA 	Cualitativa nominal binarias	Registradas No registradas
Salud física y mental <ul style="list-style-type: none"> • Problemas de salud previos al cuidado • Problemas de salud derivados del cuidado • Consumo de psicofármacos • Automedicación • Déficit de autocuidados 	Cualitativa nominal binarias	Registradas No registradas
Contexto del cuidado <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de cuidados • Intensidad del cuidado • Duración del cuidado • Relación afectiva con la persona cuidada • Motivación para cuidar • Implicación en el cuidado • Conocimientos sobre el cuidado 	Cualitativa nominal binarias	Registradas No registradas
Criterios inclusión programa	Cualitativa nominal	Registrado criterios A Registrado criterios B Registrado criterios C Registrados todos los criterios selección Desconocido
Intervención <ul style="list-style-type: none"> • Atención salud física • Atención salud mental • Psicoeducativas • Educativas de apoyo formal • Educativas de apoyo informal 	Cualitativa nominal	Sin intervención Intervención individual Intervención grupal

Criterios de inclusión y exclusión del estudio

Criterios de inclusión

- Haber sido diagnosticado NANDA-I D00061 Cansancio del rol del cuidador y/o D00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador.
- Haber sido atendidos en el período 2014-2016.

- Pertener al CS. Rafalafena con independencia de su participación o no en el grupo de cuidadores familiares del centro.
- Estar registrados en la Historia clínica informatizada (Abucasis).

Criterios de exclusión

- Cuidadores remunerados
- Errores informáticos en la codificación diagnóstica.

Tamaño de la muestra

La búsqueda exhaustiva de historias clínicas informatizadas dio lugar a un total de 110 sujetos, a fecha 31/08/2017.

Cabe mencionar que se han excluido 20 sujetos por no presentar ninguno de los dos diagnósticos objeto de estudio, sino otro diagnóstico codificado como 00061A correspondiente a Déficit del sistema de apoyo. Además, otros 56 sujetos se han excluido por haber sido diagnosticados fuera del período 2014-2016, un sujeto por no pertenecer al centro de salud y, otro por error diagnóstico, es decir, por ser un paciente dependiente y no un cuidador.

Por tanto, de los cuidadores identificados, aplicando los criterios de inclusión y exclusión propuestos, se han recogido y analizado los datos de un total de 32 sujetos.

Método de captación y selección de sujetos.

Los sujetos se seleccionaron a través de una búsqueda inicial en la historia clínica informatizada. A continuación, se revisaron sus historias para recoger y analizar las variables objeto de estudio.

Estrategia de análisis utilizada

Se creó una base de datos en Microsoft Access donde se recogieron todas las variables. Los resultados se analizaron con los programas Epidat para los intervalos de confianza del 95% y el SPSS.15.0 para el análisis univariante y bivariante.

Se efectuó un análisis estadístico univariante para todas las variables mediante frecuencias simples para las cualitativas: (diagnósticos NANDA, Tipo de captación, profesional que realizó la captación, instrumento de valoración), así como un análisis

bivariante con la prueba Chi-cuadrado de Pearson y el estadístico exacto de Fisher para comparar, por un lado, si existía relación entre ser cuidadores incluidos en el programa y dejar constancia en la historia clínica de que se cumplían los criterios de inclusión y, por otro, si existía relación entre el uso del test de Zarit y el establecimiento de los diagnósticos de NANDA-I D00061 correspondientes a Cansancio del rol del cuidador y D00062 riesgo de cansancio del rol del cuidador.

Además, se estudió si se establecía relación entre el profesional que realizaba la captación y los diagnósticos a estudio.

Aspectos éticos: los datos referentes a las variables se obtuvieron a través de la historia clínica individual; éstos se pasaron a una base de datos creada a tal efecto sin que figurase ningún dato identificativo de los pacientes. Posteriormente, se procedió al análisis estadístico de las variables y su discusión. Finalmente, la base de datos fue custodiada en el perfil informático del autor principal y bajo contraseña.

Con respecto a la consulta de datos, se solicitó y obtuvo la exención del consentimiento informado para la consulta de historias clínicas del Comité de investigación Clínica del Departamento de Salud de Castellón.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses. Este estudio no ha sido financiado por ningún organismo público ni privado.

Resultados

Para la extracción de resultados se analizaron distintas variables de estudio.

Del total de 32 cuidadores seleccionados, el 37,5% estaban diagnosticados de "Cansancio del rol del cuidador" y el 62,5% de "Riesgo de cansancio del rol del cuidador".

Se observó que todos los cuidadores estudiados presentaban diagnósticos CIE relacionados con el síndrome del cuidador. Así, se identificaron un total de 22 CIE de los cuales los tres más frecuentes fueron: ansiedad (43,75%), lumbalgia simple (31,25%) e insomnio (21,87%). Se identificó también otra etiqueta diagnóstica usada por el trabajador social y relacionada con los cuidadores: Diagnóstico Social, DT social 20.04.04 Sobrecarga de la cuidadora.

Por otra parte, según los resultados obtenidos en el análisis univariante, con respecto al profesional de enfermería que hizo la captación del cuidador, el mayor porcentaje fue para EGC (68,8%), seguido de enfermera de salud mental (18,8%), enfermera referente (9,4%) y EIR (3,1%).

Hay que señalar que en el 71,9% de los cuidadores estudiados no se pudo diferenciar si la captación se había realizado por búsqueda activa, práctica asistencial habitual, o por demanda propia del paciente (Tabla 2).

En lo que se refiere a la participación en el programa de cuidadores del centro de salud, se ha determinado que el 50% de los cuidadores estudiados participaron en dicho programa, mientras que el 50% restante no formó parte del mismo.

Además, en un alto porcentaje de los cuidadores familiares (75%) se desconoce si cumplían los criterios de priorización propuestos por la guía para ser incluidos en el programa, y únicamente se puede confirmar que el 25% si lo hacían.

Se observó que todos los cuidadores estudiados presentaban diagnósticos CIE relacionados con el síndrome del cuidador.

De las variables propuestas por la guía para la valoración, las más frecuentemente registradas por orden decreciente fueron: vínculo afectivo (50%), test de Zarit (37,5%), Índice de Barthel (15,6%), Cuestionario de Pfeiffer (12,5%), Escala de Lawton (6,3%) y escala de ansiedad de Goldberg (6,3%). Cabe destacar, la falta de registro de las siguientes variables y escalas: sobrecarga objetiva, problemas previos al cuidado, déficit de autocuidados, intensidad y conocimiento de los cuidados, así como el cuestionario de apoyo social de Duke-UNK, cuestionario de Apgar familiar y el cuestionario COOP-Wonca. (Tabla 3).

El análisis descriptivo de las intervenciones mostró que en un alto porcentaje (96,9%) de los cuidadores se realizó algún tipo de intervención, mientras que en el 3,1% no se llevó a cabo ninguna. En aquellos casos en los que la hubo (81,3%), ésta se realizó en el centro de salud (Tabla 4).

Hay que destacar que las intervenciones más habituales con las personas cuidadoras fueron en referencia a la atención de la salud psíquica individual (62,5%), seguidas de las intervenciones psicoeducativas grupales de apoyo emocional (50%), apoyo formal grupal (50%) y apoyo informal grupal (50%). Es preciso señalar que algunas personas recibieron más de una intervención. (Tabla 5).

Se han realizado distintos análisis bivariantes mediante la prueba de Fisher para comparar dos variables cualitativas dicotómicas, encontrándose en una de las combinaciones que, $p < 0,05$, (diferencia estadísticamente significativa) lo que nos indica que los profesionales del centro de salud utilizaron fundamentalmente el diagnóstico NANDA de Riesgo de cansancio del cuidador y la unidad salud mental (USM) utilizó más el diagnóstico del Cansancio del cuidador. (Tabla 6).

Tabla 2: Tipo de captación

TIPO DE CAPTACIÓN	%	IC 95%		
Practica asistencial habitual	12,5	3,5	a	29,0
Demanda del cuidador	15,6	5,3	a	32,8
Desconocido	71,9	54,7	a	89,0
Total	100,0	n = 32		

Tabla 3: Análisis descriptivo de las escalas y variables de la valoración

ESCALAS Y VARIABLES REGISTRADAS	%	IC 95%		
Barthel	15,6	5,3	a	32,8
Barthel asociado	60,0	14,7	a	94,7
Lawton	6,3	0,8	a	20,8
Lawton asociado	100,0	15,8	a	100,0
Pfeiffer	12,5	3,5	a	29,0
Pfeiffer asociado	50,0	6,8	a	93,2
Zarit	37,5	19,2	a	55,8
Zarit asociado	100,0	73,5	a	100,0
Sobrecarga objetivas	0,0	0,0	a	10,1
Ansiedad Goldberg	6,3	0,8	a	20,8
Cuestionario de Duke	0,0	0,0	a	10,1
Cuestionario de Apgar familiar	0,0	0,0	a	10,1
Cuestionario de COOP-Wonka	0,0	0,0	a	10,1
Problemas previos	0,0	0,0	a	10,1
Problemas posteriores	3,1	0,1	a	16,2
Psicofármacos	3,1	0,1	a	16,2
Automedicación	3,1	0,1	a	16,2
Déficit de cuidado	0,0	0,0	a	10,1
Tipo de cuidado	3,1	0,1	a	16,2
Intensidad de cuidados	0,0	0,0	a	10,1
Vínculo afectivo	50,0	31,1	a	68,9
Motivación cuidar	3,1	0,1	a	16,2
Implicación cuidados	3,1	0,1	a	16,2
Conocimiento de cuidados	0,0	0,0	a	10,1
		n = 32		

Tabla 4: Profesionales participan en las intervenciones

INTERVENCIONES	%	IC 95%		
Centro de salud	81,3	63,6	a	92,8
USM	12,5	3,5	a	28,9
CS-USM	6,3	0,8	a	20,9
n = 32				

Tabla 5: Categorías de intervenciones

INTERVENCIONES	%	IC 95%		
Salud física individual	37,5	19,2	a	55,8
Salud psíquica individual	62,5	44,2	a	80,8
Psicoeducativas grupales	50,0	31,1	a	68,9
Apoyo formal grupal	50,0	31,1	a	68,9
Apoyo formal individual	12,5	3,5	a	28,9
Apoyo informal grupal	50,0	31,1	a	68,9
Apoyo informal individual	3,1	0,1	a	16,2
n = 32				

Tabla 6: Análisis bivariante entre NANDA-profesional.

ENFERMERA	n	NANDA		Total	p (prueba exacta de Fisher)
		% Cansancio del rol	% Riesgo de cansancio del rol		
Referente, de gestión y residentes	26	26,9	73,1	100,0	0,018
Salud mental	6	83,3	16,7	100,0	
Total	32	---	---	---	---

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio son novedosos, ya que no hemos encontrado evidencia bibliográfica de estudios previos que evalúen el proceso de atención al cuidador según las guías de práctica clínica.

Cabe señalar, el bajo número de personas identificadas en este estudio (32 personas cuidadoras), lo que indica que existe un escaso conocimiento de la población de cuidadores o infradiagnóstico de los

mismos. Según la bibliografía consultada (1), sabemos que, por un lado, en la Comunidad Valenciana la población de 15 y más años que cuidan, al menos una vez por semana, de alguna persona mayor o de alguien que tiene una dolencia crónica, se sitúa en el 11,18%, lo que nos indica que teóricamente en el centro de Salud de Rafalafena tendrían que estar identificadas unas 2133 personas cuidadoras. Por otro lado, sabemos que en España hay un 5% de población adulta de 25 y más años con

limitaciones graves que afectan a la vida cotidiana (2), lo que supone unas 849 personas que necesitarían de un cuidador en el CS Rafalafena. Además, el 19% de las personas de 65 y más años tienen alguna discapacidad por la que requieren ayuda para realizar actividades de la vida diaria, esto es unas 907 personas en el centro de salud.

Los profesionales del Centro de Salud diagnostican fundamentalmente el “Riesgo de cansancio del cuidador” y la USM el diagnóstico que más usa es el “Cansancio del cuidador” con una diferencia significativa. Este resultado es muy positivo pues en atención primaria debemos priorizar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad sobre la población en general, y los cuidadores en particular.

De los resultados obtenidos, observamos que en la fase de detección, no se realizan sistemáticamente los tipos de captación y cumplimiento de los criterios de priorización para la inclusión al programa. Esta cumplimentación de forma sistematizada podría suponer una fortaleza para el proceso de atención, ya que nos permitiría identificar en qué tipo de captación debemos establecer estrategias de mejora para aumentar el conocimiento de esta población.

En relación con la evaluación de la fase de valoración, la guía (2) recomienda la utilización de muchas variables para la detección de las necesidades de la persona cuidadora. De los resultados obtenidos, observamos que hay variables no registradas en ningún cuidador. La guía (2) matiza que no siempre es necesario evaluar todas las variables que se proponen, valdría con seleccionar aquellas que son pertinentes con la situación y condiciones de las personas evaluadas. Sin embargo, la falta de registro en las historias clínicas puede plantear dudas sobre si se han valorado o no. Además, para establecer un diagnóstico es necesario justificarlo con una buena anamnesis y siempre que sea posible utilizar escalas para medir y seguir el problema.

Por otro lado, cabe mencionar que, en el caso de la valoración de la sobrecarga objetiva, el cuestionario de Duke y cuestionario de COOP-Wonca, Abucasis no dispone de tablas automatizadas para su registro informático. La falta de registro, de estas variables en la historia clínica, podría deberse a la coexistencia de registros en formato papel. En éstos se registran algunas de las variables y escalas que recomienda la guía.

Se interviene de forma holística sobre la salud del cuidador tanto de forma individual como grupal, destacando la intervención a nivel grupal liderada por la EGC del centro, el taller de “Formando a las personas cuidadoras”. Es una intervención multidisciplinar en la que participan tanto miembros del equipo de atención primaria como de especializada.

Limitaciones del estudio.

- Podemos destacar un tamaño de muestra pequeño. Para reducir posibles errores, hemos realizado el muestreo exhaustivo de la población de cuidadores que cumplían los criterios de inclusión/exclusión.
- El tiempo para la recogida y análisis de datos tras la aprobación por parte del comité de investigación clínica. Esto ha limitado la inclusión en el estudio de la monitorización del registro en la valoración de las variables relacionadas con las características del paciente cuidado, del entorno y del sistema de apoyo, que también propone la guía.
- El uso de distintos lenguajes entre enfermeros, médicos de atención primaria y trabajadores sociales para etiquetar a la población cuidadora ha dificultado el diseño de la monitorización de la fase de captación. Para solucionar esto, se planteó una hipótesis en el diseño, que consideraba el profesional responsable de la captación como aquel que establece por primera vez los diagnósticos NANDA-I D00061 Cansancio del rol del cuidador y D00062 Riesgo de cansancio del rol

del cuidador. Esto no permite estudiar la participación de todo el equipo, se limita a estudiar el grado de utilización de los diagnósticos NANDA por parte de los distintos profesionales de enfermería. Sin embargo, ha permitido ser el punto de partida y detectar las otras posibles entidades diagnósticas utilizadas por el resto del equipo.

- La falta de registro en la historia clínica informatizada, resultado posiblemente de la coexistencia en la actualidad de registros en formato papel.

Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados.

- No todos los centros de salud disponen en la actualidad de la figura de la enfermera gestora de casos. Por tanto, consideramos que sería interesante reproducir el estudio en otros centros de salud para evaluar si trabajan según la guía de práctica clínica para la atención a las personas cuidadoras familiares.
- Resultaría conveniente que todos los miembros del equipo socio sanitario que captan a una persona cuidadora usaran el mismo lenguaje para etiquetar a este colectivo y realizar su seguimiento posterior. Esto permitiría la investigación de la fase de captación a través de las historias clínicas incluyendo a todos los profesionales. Para ello, enfermería dispone de los diagnósticos NANDA (12) estudiados que se podrían utilizar. Otra alternativa, sería la que propone la guía (2), es decir, que una vez identificado al cuidador familiar principal, incluirlo en la historia socio-sanitaria de Abucasis tanto del paciente dependiente como en la del propio cuidador. Además se podría poner algún "icono" indicativo de su rol (cuidador) en la historia clínica informatizada y así todos los profesionales con un simple vistazo a la historia clínica podrían saber que esta persona es cuidadora. De hecho, en otras comunidades ya existe dicho icono.
- Consensuar qué variables de la guía se deben valorar y dejar registro de forma sistematizada en la historia clínica del cuidador. Por otro lado, para facilitar esto, se podrían elaborar cuestionarios de anamnesis e incluirlos en Abucasis. Además, para no duplicar la carga administrativa de la atención al cuidador se debería eliminar el formato papel de los talleres y centralizarlo a través de la historia clínica. Esto permitiría después realizar investigaciones fiables sobre el perfil del cuidador y sus necesidades a través de la historia clínica informatizada.
- Este estudio nos ha permitido detectar herramientas de valoración no disponibles en la actualidad en Abucasis, como son: los cuestionarios para valoración de la sobrecarga objetiva, el cuestionario de Duke y cuestionario de COOP-Wonca. Sería interesante incluirlas en la historia clínica informatizada.
- En nuestra opinión este estudio propone un diseño que permite la auto monitorización del proceso de atención a las personas cuidadoras familiares. Los resultados presentan las fortalezas y debilidades del proceso, así como nos permiten establecer nuevas líneas estratégicas para mejorar, tales como las indicadas anteriormente. Además, la difusión de los indicadores consensuados a todo el equipo de atención puede contribuir a aumentar el interés, motivación e implicación de los profesionales socio-sanitarios sobre la importancia de la detección y valoración de cuidadores familiares como paso previo a la intervención.

Conclusiones.

- En la evaluación del proceso de atención prestado al cuidador principal de los pacientes dependientes se concluyen las siguientes fortalezas y debilidades: Entre las fortalezas podemos destacar una fase de intervención muy estructurada y que se ajusta a las recomendaciones que

propone la guía. Como debilidades, el uso de diferentes entidades diagnósticas por parte de los miembros del equipo a la hora de captar a los cuidadores principales, así como la falta de consenso de los aspectos de interés que es recomendable registrar en la historia clínica de forma sistemática en la fase de captación y valoración del proceso de atención al cuidador familiar.

- El diagnóstico más utilizado en el centro de salud por parte del personal de enfermería es el D00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador.
 - Los CIE que más frecuentemente utilizan los médicos al detectar el Síndrome del cuidador son: ansiedad, lumbalgia simple e insomnio.
 - El trabajador social identifica a los cuidadores con la siguiente entidad diagnóstica: DT.Social 20.04.04 Sobrecarga de la cuidadora.
 - No hemos podido identificar adecuadamente al personal socio-sanitario que participa en la captación.
- Actualmente, con los datos registrados en las historias clínicas, no podemos evaluar si los cuidadores incluidos en el taller "Formando a las personas cuidadoras" cumplen los criterios de inclusión de la guía de la C. Valenciana.
 - El nivel de registro de las variables propuestas para la valoración de la guía es escaso.
 - Se ha encontrado diferencia significativa, entre los profesionales del Centro de Salud que diagnostican fundamentalmente el "Riesgo de cansancio del cuidador" mientras que en la USM el diagnóstico más usado es el "Cansancio del cuidador" Sin embargo no se han encontrado diferencias significativas con ser EGC comunitarios o enfermera referente con respecto al uso del diagnóstico NANDA.
 - Las intervenciones sobre el cuidador más habituales en nuestro centro ha sido la intervención psicoeducativa individual seguida de la intervención psicoeducativa grupal, apoyo formal grupal y apoyo informal grupal.

Bibliografía

1. Msssi.gob.es [Internet] España. INE [Actualizado en 2014; citado 20 julio del 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/pdf/MODULO3RELATIVOweb.pdf>
2. Cuevas D, Gallud J, Soler P, Rosado N, Martínez JR, Cibanal L, et al. Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario[Internet]. Generalitat. Conselleria de Sanitat .2014[citado 2 mayo 2016]. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/156344/0/Guia_de_atencion_a_las_personas_cuidadoras_familiares_en_el_ambito-sanitario.pdf.
3. Rivera Navarro J, Benito Len J. Características de los cuidadores informales de pacientes con demencia en la provincia de Alicante.[Internet] Neurología. 2015 [Citado 1 sep 2015]; 30 (3): 183-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24332503>
4. Rodríguez Gonzalo A, García Mart C, Ocaña Colorado A, Baquera De Micheo MJ, Morel Fernández S. Eficacia de un programa educativo intensivo para los cuidadores informales de pacientes hospitalizados, dependientes: ensayo aleatorio clúster. [Internet] BMC Nurs 2015 [Citado 1 sep 2015]; 14 (1): 5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4314749/>
5. Blom MM, Bosmans JE, Cuijpers P, Zarit SH, Pot AM. Effectiveness and cost-effectiveness of an internet intervention for family caregivers of people with dementia: design of a randomized controlled trial.. [Internet] . BMC Psychiatry 2013 [Citado 1 sep 2015]; 13: 17. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3557221/>

6. Luchsinger J, M Mittelman, Mejia M, Plata S, Lucero RJ, Ramírez M, et al. The Northern Manhattan Caregiver Intervention Project: a randomised trial testing the effectiveness of a dementia caregiver intervention in Hispanics in New York City.. [Internet] *BMJ Open* 2012 [Citado 1 sep 2015]; 2 (5):1841. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3467593/>
7. Rodríguez-Gonzalo A, García-Mart C, Ocaña-Colorado A, Baquera-De Micheo MJ, Morel-Fernández S. Efficiency of an intensive educational program for informal caregivers of hospitalized, dependent patients: cluster randomized trial. [Internet] *BMC Nurs*. 2015 [Citado 1 sep 2015]; 14 (1): 5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4314749/>
8. Springate BA, Tremont G. Dimensions of Caregiver Burden in Dementia: Impact of Demographic, Mood, and Care Recipient Variables. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2014 [Citado 1 sep 2015]; 22 (3): 294-300. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3723767/>
9. Garlo K, O'Leary JR, Van Ness PH, Frito TR. Caregiver Burden in Caregivers of Older Adults with Advanced Illness.. [Internet] *J Am Soc Geriatr* 2010 [Citado 1 sep 2015]; 58 (12): 2315-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3058825/>
10. Generalitat Valenciana-Conselleria sanitat [Internet]. IV Pla de Salut 2016-2020 de la Comunitat Valenciana. 2016. [Citado 25 octubre 2017] Disponible en: <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/forum-pla-de-salut>
11. Gallud Romero J., Guirao Goris A, Ruiz Ontaga A, Muñoz León M. Plan para la mejora de la Atención Domiciliaria en la Comunidad Valenciana, 2004-2007. Valencia. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2004
12. NANDA Internacional: Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2012-2014. Elsevier Barcelona, 2013.
13. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. NIC: Clasificación de Intervenciones de Enfermería, Sexta edición. Madrid Elsevier. 2013.
14. Rico Blázquez M, Escortell Mayor E, Del Cura González I, Sanz Cuesta T, Gallego Berciana P, de Las Casas Cámara G, et al. CuidaCare: effectiveness of a nursing intervention on the quality of life's caregiver: cluster-randomized clinical trial.. [Internet] *BMC Nurs* 2014. [Citado 1 sep 2015]; 13 (1): 2. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3915556/>
15. Cristancho-Lacroix V, Moulin F, J Wrobel, Batrancourt B, Plichart M, De Rotrou J, et al. A Web-Based Program for Informal Caregivers of Persons With Alzheimer's Disease: An Iterative User-Centered Design. [Internet] *JMIR Res Protoc*. 2014 [Citado 1 sep 2015]; 3 (3): e46. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4180326/>
16. Etemadifar S, M Bahrami, Shahriari M, Farsani AK. The effectiveness of a supportive educative group intervention on family caregiver burden of patients with heart failure. [Internet] *Irán J Nurs Partería Res*. 2014 [Citado 1 sep 2015]; 19 (3): 217 - 23. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4061619/>
17. McKechnie V, Barker C, Stott J. Effectiveness of computer-mediated interventions for informal carers of people with dementia. A systematic review. [Internet] *Int Psychogeriatr*. 2014 [Citado 1 sep 2015]; 26 (10): 1619-37. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4154479/>
18. Rodríguez Sánchez E, Mora Simón S, Porras Santos N, Patiño Alonso MC, Recio Rodríguez JL, Becerro Muñoz C, et al. Effectiveness of an intervention in groups of family caregivers of dependent patients for their application in primary health centers. Study protocol. [Internet] *BMC Public Health*. 2010 [Citado 1 sep 2015]; 10: 559. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2954999/>
19. Rosell-Murphy M, Bonet-Sim JM, Baena E, Prieto G, Bellerino E, Sol M, et al. Intervention to improve social and family support for caregivers of dependent patients: ICIAS study protocol. [Internet] *BMC Fam Pract*. 2014 [Citado 1 sep 2015]; 15: 53. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4230240/>
20. Zarit SH, Kim K, Femia EE, Almeida DM, Savla J, Molenaar PC Effects of Adult Day Care on Daily Stress of Caregivers: A Within-Person Approach. . [Internet] *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011 [Citado 1 sep 2015]; 66 (5): 538-46. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3155027/>
21. Ferré Grau C, Sevilla Casado M, Boqué Cavallé M, Aparicio Casals MR, Valdivieso López A, Lleixá Fortuño M. Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y depresión en cuidadores familiares. [Internet] *Aten Primaria* 2012 [Citado 14 jul 2016]; 44:12. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-efectividad-tecnica-resolucion-problemas-aplicada-S0212656712002089?redirectNew=true>

Educación para la salud: Un Programa de Masaje Infantil para Familias

Susana Vidal Fernández, Tania Casamitjana Giraldo
Hospital Universitario Central de Asturias

Manuscrito recibido: 11/12/2017
Manuscrito aceptado: 11/09/2018

Cómo citar este documento

Vidal Fernández S, Casamitjana Giraldo T. Educación para la salud: Un Programa de Masaje Infantil para Familias .RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2019 Febrero; 7 (1): 55-65.

Resumen

Introducción: El masaje infantil tiene su base en el tacto y en la piel, uno de los principales órganos a través del cual recibimos información y uno de los primeros en desarrollarse en el ser humano. Se han descrito numerosos beneficios físicos, afectivos y psicológicos relacionados con la realización de esta técnica, la cual actualmente se encuentra en pleno redescubrimiento.

Descripción: El objetivo de este programa es que tanto madres como padres adquieran conocimientos y habilidades relacionadas con el masaje infantil.

Se ha llevado a cabo un programa grupal estructurado en seis sesiones, realizadas con una periodicidad semanal y con una duración aproximada de 90 minutos.

Posteriormente se ha evaluado el cumplimiento de los objetivos y el grado de satisfacción de los participantes a través de un cuestionario

Conclusiones: Tras llevar a cabo el programa, hemos podido comprobar cómo los participantes han adquirido conocimientos y habilidades relacionados con el masaje infantil.

Los padres han referido una mejora en el vínculo con sus hijos tras la realización del programa y han detectado una mayor relajación de los bebés, permitiendo disfrutar en mayor medida de los beneficios del masaje.

Palabras clave:

Masaje; desarrollo infantil; familia; educación

Health Education: An Infant Massage Program for Families

Abstract

Introduction: Infant massage is based on touch, one of the main organs through which we receive information and one of the first to develop in human beings. Numerous physical, affective and psychological benefits related to the realization of this technique have been described and are currently being rediscovered.

Description: The aim of this program is that both mothers and fathers get knowledge and skills related to infant massage and to this end, the sessions have been held in which theoretical and practical concepts will be addressed.

A group program structured in six sessions was carried out on a weekly basis and lasting approximately 90 minutes.

Subsequently, the fulfillment of the objectives and the degree of participants satisfaction were evaluated through a questionnaire.

Conclusions: After carrying out the program, we have been able to see how the participants have got knowledge and skills related to infant massage.

Parents have reported an improvement in the bonding with their children after the completion of the program and have detected a greater relaxation of the babies, allowing them to enjoy more of the benefits of massage.

Keywords

Massage; Child development; family; education

INTRODUCCIÓN

La transición a la paternidad es descrita como una etapa de estrés, estando en muchos casos asociada con la aparición de síntomas como la depresión y la ansiedad (1), las cuales representan un riesgo para la relación temprana entre los progenitores y el bebé (1-3).

El masaje infantil surgió como una herramienta útil para aumentar el vínculo con el bebé y, lograr una disminución de síntomas que de forma frecuente se asocian al postparto (2,4), entre los que destaca la depresión. Representa una manera simple pero efectiva de mejorar y fortalecer las re-

laciones sociales y emocionales sanas entre adultos y niños; si bien es cierto que la técnica del masaje requiere una serie de competencias multimodales e interactivas, estas pueden ser adquiridas durante el transcurso de un programa de masaje infantil (5).

Se trata de una técnica fundamentada en técnicas de masaje suecas, el yoga y la reflexología (2), siendo empleada desde la antigüedad (4,6), pero que no ha sido hasta el siglo XX cuando los científicos han comenzado a desarrollar una línea de investigación relacionada con los beneficios clínicos de la misma, encontrándose actualmente en pleno redescubrimiento (2).

Uno de los primeros en estudiar la práctica del masaje infantil fue el Doctor Leboyer, quien observó cómo las mujeres en la India realizaban masajes a sus hijos, suponiendo para ellas una técnica basada en la comunicación y el apego; en los años 70 investigó sobre los beneficios del masaje infantil y lo bautizó como Shantala, en honor a la primera mujer a la que observó realizando estas caricias a su hijo (6,7).

El masaje tiene su base en el tacto, uno de los primeros sentidos que desarrollamos los seres humanos, que nos permite conectar y comunicarnos con el mundo. Es una técnica realizada sobre la piel, la cual es el órgano más grande del cuerpo y el responsable de recoger gran parte de la información que recibimos, por lo tanto una estimulación de la misma, puede aportar tanto a la persona que realiza el masaje como a quién lo recibe una gran cantidad de información y beneficios (6).

La sensibilidad de la piel es una de las funciones más importantes del cuerpo y una de las primeras que se desarrollan en el recién nacido; la estimulación cutánea es esencial tanto en el funcionamiento orgánico como psíquico, siendo vital para una correcta adaptación a la vida extrauterina. A través del masaje el bebé va a ser capaz de experimentar el nuevo entorno, comenzar la relación con otros seres humanos y desarrollar su esfera psicoafectiva (8).

La técnica del masaje en el niño consiste en una estimulación táctil realizada en el cuerpo del niño, que incluye la realización de una secuencia de movimientos rítmicos en la cara, el tronco y en las extremidades, empleando en algunos casos un aceite vegetal y siendo realizado en momentos en los que el niño se encuentre receptivo a recibirlo (6).

Se ha demostrado que esta técnica produce múltiples beneficios, tanto en el bebé, como en la familia y la sociedad en general, considerada una buena forma de estimulación temprana y un medio práctico para

reforzar el vínculo familiar (9), con un coste económico muy bajo y con escasas contraindicaciones (5).

La investigación relacionada con el masaje infantil como intervención se ha llevado a cabo especialmente en grupos de recién nacidos prematuros, los cuales suponen un 10% de los nacimientos (10); en esta población en particular la exposición a sesiones de masaje infantil supuso una mejora en varios índices de salud entre los que se encuentran una mejor ganancia de peso (5,10), aumento de longitud y del perímetro cefálico, mayor densidad ósea, mejor regulación de la temperatura corporal (11), reducción del estrés, una mayor liberación de endorfinas y otras hormonas relacionadas con el bienestar psicoafectivo, recomendándose su utilización para favorecer el desarrollo y el crecimiento del niño (5,12). Del mismo modo en la última revisión Cochrane se ha identificado un menor número de complicaciones frecuentes en niños prematuros y una menor liberación de hormonas relacionadas con el estrés (13).

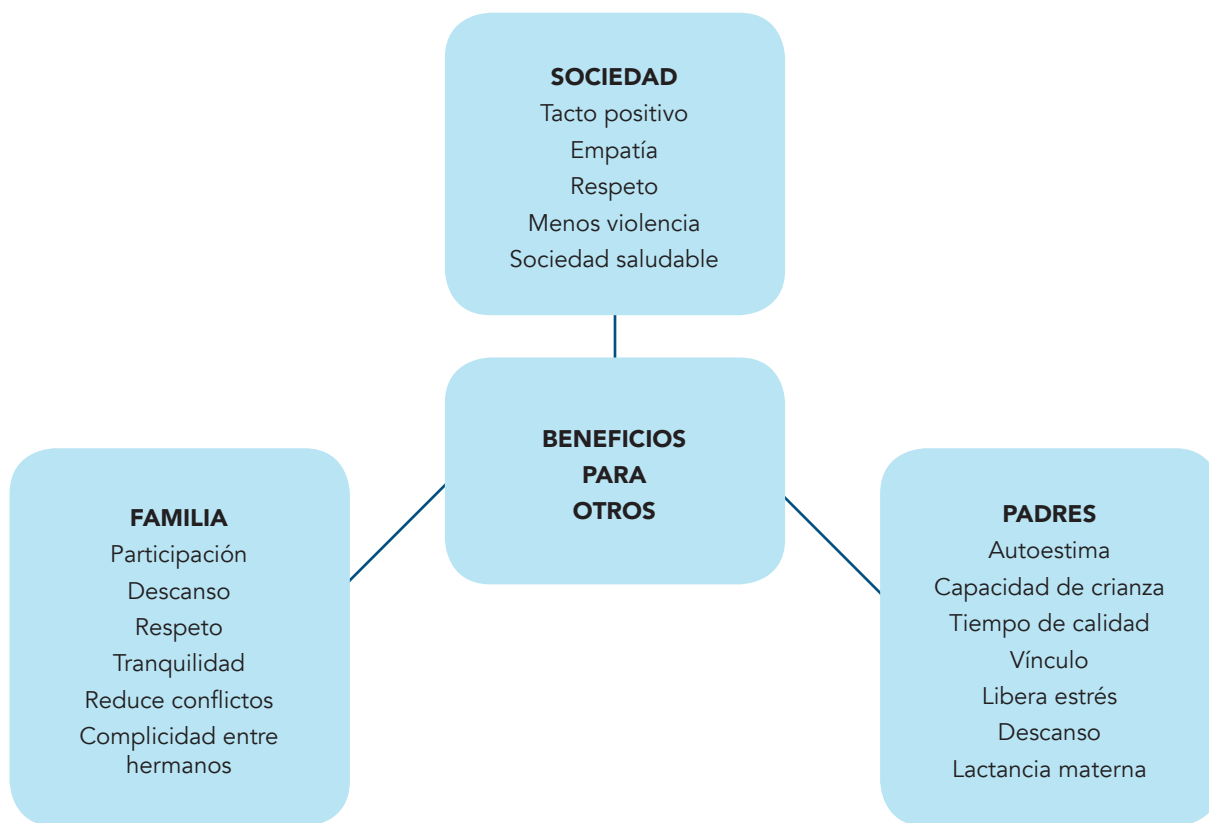
En referencia a grupos de niños de riesgo, el masaje infantil ha demostrado aportar beneficios en niños expuestos a VIH y a drogas; entre los beneficios detectados se han encontrado menor número de complicaciones médicas, menor irritabilidad y mayor aumento de peso (5).

Los beneficios del masaje infantil también quedan patentes en patologías con alta prevalencia en lactantes, como son los gases y cólicos del lactante, que se definen como llanto y/o agitación de más de 3 horas al día durante más de 3 días a la semana y durante más de 3 semanas, siendo frecuente su resolución en 3 o 4 meses (14). Este cuadro clínico presenta una prevalencia mundial de entre el 15% y el 40% en niños menores de 4 meses (15) y supone una importante fuente de estrés tanto para el bebé como para el resto de la unidad familiar (14,15), pudiendo beneficiarse de la realización de masaje infantil (Figuras 1 y 2).

Figura 1. Beneficios del masaje infantil



Figura 2. Beneficios del masaje infantil



En estudios llevados a cabo en niños sin patología de base y en los que ha sido realizado masaje infantil, se han identificado numerosos beneficios, entre los que se encuentran un aumento de la sensación de bienestar, una estimulación del sistema digestivo y circulatorio, un sueño más prolongado y óptimo, una mayor ganancia de peso (16), una mayor estimulación de la flexibilidad y coordinación muscular que repercutirá en el desarrollo psicomotor futuro, una mejor estimulación del sistema nervioso y del sistema inmunitario, refuerzo de las funciones respiratorias, del vínculo afectivo (2) y mejora de la comunicación afectiva entre padres e hijos (6).

El masaje infantil promueve una sensación de bienestar en los adultos, aportando una mayor seguridad a los padres a la hora de tocar y realizar los cuidados al bebé.

Teniendo en cuenta la importancia del tacto para la sociedad y los numerosos beneficios que la correcta estimulación táctil puede tener para la salud de las familias, es fundamental llevar a cabo programas de educación para la salud dirigidos a promover el masaje infantil y a integrar este dentro de los cuidados básicos realizados por parte de los progenitores a sus hijos.

Promover programas de educación para la salud relacionados con el masaje infantil puede ser una buena forma de apoyar la crianza de los hijos, fomentando las relaciones tempranas entre niños y adultos, tanto en grupos de alto riesgo, cuando la situación lo permita, como de bajo riesgo; por estos motivos se ha puesto en marcha un

El masaje infantil promueve una sensación de bienestar en los adultos, aportando una mayor seguridad a los padres a la hora de tocar y realizar los cuidados al bebé.

programa de masaje infantil dirigido a familias con niños sin patología de base.

Los profesionales de la salud ocupan un lugar privilegiado para proporcionar información y poner en marcha programas de educación para la salud dirigidos a familias durante los primeros meses de vida de alguno de sus miembros.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo un programa de educación para la salud a padres sobre masaje infantil, en el cual los objetivos planteados han sido los que se muestran a continuación.

Objetivo general

- Explicar a las familias los conocimientos y las habilidades relacionadas con el masaje infantil.

Objetivos específicos

- Conocer las expectativas de las familias en relación con programas de este tipo.
- Identificar los elementos del vínculo afectivo entre padres e hijos.
- Conocer distintas alternativas, también consideradas como tacto nutritivo.
- Favorecer la integración y la cohesión de grupos de padres y madres, permitiendo el intercambio de experiencias e ideas sobre crianza.
- Reducir el aislamiento y la depresión postparto.
- Permitir a padres y madres conocer mejor a su bebé, comprendiendo tanto su comunicación verbal como no verbal.
- Aumentar la autoestima de los padres y madres afianzando su papel como progenitores.
- Ayudar a los padres y madres a relajarse y a responder adecuadamente.

- Proporcionar conocimientos para responder a las necesidades de su bebé adecuadamente.
- Conocer y comprender los distintos tipos de llanto, como forma natural de comunicarse su bebé.

DESARROLLO

Se llevó a cabo una búsqueda en las principales bases de datos en ciencias de la salud disponibles.

Para la realización de la búsqueda se utilizaron los siguientes descriptores: Massage, Child development, family y program; tomando como límite cronológico los documentos publicados en los últimos 15 años.

En base a la información obtenida y a la experiencia formativa y profesional, se puso en marcha un programa de educación para la salud basado en el masaje infantil.

Población diana

Familias con uno de sus miembros con edad comprendida entre 1 y 12 meses que pertenezcan al área de salud en el que se va a llevar a cabo el programa.

Captación

Las familias pudieron acceder al programa a través de varias vías:

- Consulta de la matrona de Atención Primaria: La matrona informó de la existencia del programa a las familias, aportando la información escrita relacionada con el programa y entregando el boletín de inscripción para la participación en el programa.
- Consultas de enfermería pediátrica de atención primaria: la derivación fue realizada de la misma forma que en el caso de la matrona.
- Consultas del Pediatra de Atención Primaria: la derivación fue realizada de la misma forma que en el caso de la matrona.

Criterios de inclusión

- Familias con uno de sus miembros con edad comprendida entre 1 y 12 meses.
- Al menos uno de los integrantes de la unidad familiar con mayoría de edad.
- Familias con posibilidad de acudir a las sesiones programadas.

Criterios de exclusión

- Lactantes con malformaciones congénitas, en los que la técnica pudiera plantear riesgos.
- Bebés que se encuentren en situación de inestabilidad o discapacidad, en la que la manipulación supusiera algún riesgo.
- Aquellos bebés nacidos de forma anticipada a la fecha probable de parto (antes de las 36 semanas), a los que se reservaría su inclusión para programas específicos de atención a la prematuridad.
- Familias que no completasen las 6 sesiones del programa

Recursos

Para el desarrollo del programa se emplearon los siguientes recursos:

- Recursos humanos: Un equipo formado por 2 matronas que han estructurado y llevado a cabo el programa y las familias que han participado en el mismo.
- Recursos materiales: Sala de preparación maternal, material informativo teórico-práctico, proyector, papelógrafo, equipo informático, colchonetas, música, muñeco de demostración, aceite vegetal, lista de participantes y hoja de evaluación para padres.

Intervenciones

Se ha desarrollado un programa de educación para la salud realizado a nivel colectivo en la consulta de la matrona de Atención Primaria en las áreas IV (Oviedo) y V (Gijón)

realizándose en los centros de salud de La Eria, El Cristo, Puerta de la Villa, Calzada I y el Parque, respectivamente a lo largo de 3 meses.

El programa educativo se estructuró en 6 sesiones teórico-prácticas con una duración de 90 minutos cada sesión, realizadas con una periodicidad semanal (Tabla 1).

Al inicio de cada una de las sesiones la matrona realizó una breve presentación de la misma y exposición de los objetivos planteados.

Al finalizar la totalidad de las sesiones, en cada grupo la matrona planteó una serie de preguntas a los participantes para evaluar si los objetivos planteados habían sido alcanzados.

Tabla 1: Estructura y contenidos de las sesiones

1ª SESIÓN. PRESENTACIÓN Y AUTOPERCEPCIÓN DEL TACTO		
OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDO	METODOLOGÍA
<p>Al finalizar la sesión, la persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Explicará sus expectativas y experiencias con el masaje – Expresará las sensaciones percibidas a través del tacto – Reconocerá la importancia de mantener el contacto continuo – Identificará la relevancia de la comunicación no verbal 	<ul style="list-style-type: none"> – Presentación del programa de salud – Presentación del grupo – Analizar conjuntamente las expectativas de cada uno – Enseñar a los padres el concepto de tacto positivo 	<ul style="list-style-type: none"> – Rompehielos (presentación) – Breve coloquio con las familias sobre experiencia previa – Relajación 5 min – Realización de 3 dinámicas por parejas (juegos de tacto): <ul style="list-style-type: none"> * El infinito * Manos que reposan
2ª SESIÓN. INTRODUCCIÓN AL MASAJE INFANTIL		
OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDO	METODOLOGÍA
<p>Al finalizar la sesión, cada familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reconocerá y aplicará los conceptos clave: tacto, comunicación, contacto visual – Relacionará el masaje con una forma de interacción y conocimiento de su bebé – Acordará cuál de los dos efectuará el masaje en cada sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> – Origen del masaje infantil y antecedentes perinatales – Importancia de la relajación – Inicio de la secuencia de movimientos – Conceptos clave para crear el vínculo – Movimientos en las piernas 	<ul style="list-style-type: none"> – Rompehielos (cualidad-inicial bebé) – Exposición de la información – Relajación 2 min con el bebé/ muñeco – Taller práctico: masaje en las piernas
3ª SESIÓN. ¿QUÉ PODEMOS HACER PARA ALIVIAR GASES/CÓLICOS/ESTREÑIMIENTO?		
OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDO	METODOLOGÍA
<p>Al finalizar la sesión, cada familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Señalará las diversas señales de su bebé (rechazo/aceptación) y las respetará en todo momento – Identificará distintas causas que pudieran originar gases/cólicos – Distinguirá cada uno de ellos – Adquirirá habilidades para favorecer el tránsito intestinal del bebé 	<p>Nociones básicas de anatomía y fisiología del aparato digestivo</p> <ul style="list-style-type: none"> – Señales de los bebés y estados de comportamiento – Secuencia específica para gases/cólicos/estreñimiento – Masaje de rutina en el abdomen 	<p>Rompehielos (momento del día)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Exposición teórica con apoyo audiovisual (power-point) – Relajación 2 min con el bebé/ muñeco – Taller práctico: masaje en piernas, abdomen – Reflexión: Lectura de artículo sobre beneficios

4ª SESIÓN. BENEFICIOS DEL MASAJE INFANTIL Y REFLEJOS DEL RECIÉN NACIDO

OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDO	METODOLOGÍA
Al finalizar la sesión, cada familia: <ul style="list-style-type: none"> – Nombrará alguno de los beneficios obtenidos con el masaje. – Reconocerá los reflejos del bebé activados con alguno de los movimientos – Identificará los elementos del vínculo afectivo con su bebé 	<ul style="list-style-type: none"> – Puesta en común sobre beneficios del masaje desde distintas perspectivas (figuras 1 y 2) – Reflejos del recién nacido – Movimientos en el pecho y los brazos 	<ul style="list-style-type: none"> – Rompehielos (observaciones durante la semana) – Coloquio sobre beneficios e intercambio de ideas – Exposición práctica de reflejos – Relajación 2 min – Taller práctico: piernas, abdomen, pecho y brazos

5ª SESIÓN. ADAPTACIÓN DEL MASAJE A LAS DISTINTAS ETAPAS DE CRECIMIENTO

OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDO	METODOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none"> – Al finalizar la sesión, cada familia: – Sugerirá ideas para adaptar los distintos movimientos – Reconocerá habilidades psicomotoras en su bebé a medida que va creciendo 	<ul style="list-style-type: none"> – Puesta en común de distintos recursos para adaptar los movimientos al desarrollo del bebé – Movimientos de cara y espalda 	<ul style="list-style-type: none"> – Rompehielos – Charla-coloquio sobre evolución y crecimiento – Relajación 2min – Taller práctico completo – Debate (tema libre, colecho, equilibrio estrés/relajación, etc.)

6ª SESIÓN. DESPEDIDA Y VALORACIÓN GLOBAL DEL PROGRAMA

OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDO	METODOLOGÍA
Al finalizar la sesión, cada familia: <ul style="list-style-type: none"> – Analizará las habilidades y conocimientos adquiridos – Identificará los sentimientos experimentados – Establecerá alternativas, adaptando la secuencia de movimientos – Reconocerá la importancia de los estiramientos hasta que su bebé inicie la locomoción 	<ul style="list-style-type: none"> – Resumen final de todos los temas tratados – Secuencia completa y abreviada de masaje – Función de los estiramientos suaves – Evaluación final del programa de salud – Despedida 	<ul style="list-style-type: none"> – Rompehielos (qué parte del cuerpo me gusta más) – Exposición teórica resumida y puesta en común – Relajación final – Taller práctico completo, añadiendo secuencia de estiramientos – Evaluación final

Evaluación del programa

El objetivo es evaluar si con la realización del programa se han alcanzado los objetivos propuestos y en qué medida estos han sido alcanzados.

En el momento de la inclusión en el programa, la matrona solicitó a cada familia la cumplimentación de un cuestionario de expectativas y conocimientos previos.

Una vez realizado el programa completo, cada familia cumplimentó un cuestiona-

rio relacionado con los resultados obtenidos y su grado de satisfacción (Tabla 2). La evaluación de dicho cuestionario se realizó teniendo en cuenta los criterios de resultado creados específicamente para cada objetivo (Tabla 3).

El programa pudo verse afectado por distintos sesgos, siendo uno de los principales el de deseabilidad social, el cual consiste en responder en base a lo que cada persona considera que la sociedad entiende como correcto.

Tabla 2: Cuestionario de evaluación para padres

Nombre de la matrona:

Lugar:

Número de sesiones en las que has participado:

1- ¿Cuáles eran tus expectativas al iniciar el programa?

2- ¿Qué beneficios conoces del masaje infantil?

3- ¿Consideras que el programa ha facilitado el vínculo con tu bebé?

4- ¿Conoces la secuencia de movimientos del masaje infantil?

5- ¿Podrías nombrar alguna alternativa a la realización de la secuencia en un niño que gatea?

6- ¿Te has sentido integrado en el grupo?

7- ¿Consideras que el programa ha mejorado tu capacidad de expresar emociones?

8- ¿Crees que el programa te ha permitido conocer mejor el lenguaje verbal y no verbal de tu bebé?

9- ¿Consideras que participar en el programa ha mejorado tu autoestima?

10- La participación en el programa, ¿te ha ayudado a relajarte?

11- ¿Te ha permitido el programa responder mejor a las necesidades de tu bebé?

12- ¿Te ha permitido el programa diferenciar los distintos tipos de llanto?

Tabla 3.- CRITERIOS DE RESULTADO

1. El 80% de las familias expresará sus expectativas.
2. El 100% de las familias identificará al menos uno de los muchos beneficios del programa.
3. El 100% verá fortalecida su relación de apego al finalizar el programa.
4. El 80% llevará a cabo la secuencia de movimientos en su entorno.
5. El 60% elaborará otras formas alternativas de transmitir tacto nutritivo.
6. El 80% se integrará con el grupo y compartirá sus opiniones y experiencias.
7. El 80% expresará sus emociones y adquirirá habilidades de afrontamiento, viéndose incrementada su autoestima.
8. El 80% mejorará sus habilidades de comunicación dentro del núcleo familiar, especialmente con su bebé.
9. El 90% expresará sentimientos de confianza en su figura como padres, mejorando sus habilidades de crianza.
10. El 80% expresará como tiempo de calidad el momento del masaje, desconectando de su rutina diaria.
11. El 80% verbalizará una mayor comprensión de las señales de su bebé.
12. El 80% integrará el llanto de su bebé como forma habitual de comunicarse.

CONCLUSIONES:

Tras la realización del programa hemos podido comprobar cómo se han cumplido los objetivos planteados y hemos sido conscientes de que el programa ha generado un alto nivel de satisfacción tanto en los participantes como en los profesionales que han colaborado. Del mismo modo, se ha podido comprobar un cambio en el comportamiento de los niños, que en las últimas semanas se encontraron más tranquilos y relajados, focalizando su atención en su familia.

La evaluación realizada por los participantes ha puesto de manifiesto:

- Que el tacto fortalece el vínculo afectivo del núcleo familiar, siendo el masaje un tiempo de calidad para darse a conocer y aprender a que las necesidades de sus hijos sean cubiertas de forma adecuada.
- Que el masaje en el abdomen contribuye al alivio de las molestias ocasionadas

por gases o cólicos, gracias a la activación de los sistemas neurológico, digestivo y circulatorio del niño.

- Que modifica el patrón de sueño infantil, siendo más prolongado y óptimo.
- Que fomenta la relajación de la unidad familiar y facilita la propiocepción del bebé. Además, resulta un medio muy útil para crear relaciones sociales saludables, disminuyendo los índices de violencia y agresividad.

En general, las familias disfrutaron del programa y vieron aplicación práctica a su rutina diaria, se vieron capaces de hacer algo positivo por sus hijos y al mismo tiempo, recibir una respuesta gratificante, reforzando su autoestima y capacidad de crianza. Por último, destacar el ambiente de confianza que se fue consolidando en la vida del grupo; el hecho de interactuar con otras familias participantes derivó en compartir experiencias personales e individuales, las cuales afianzaron aún más sus conocimientos.

Fomenta la relajación de la unidad familiar y facilita la propiocepción del bebé.

En nuestro mundo occidental, se está redescubriendo la trascendencia de este arte milenario, pero nuestra escasa tradición cultural, hace que todavía se cuestione la importancia del contacto físico, relacionándolo con antiguas creencias de malcriar a los niños y crear sociedades dependientes.

Por tanto, como profesionales de la salud debemos abordar el desarrollo natural del apego en base al instinto, recomendando la implantación de este programa en tantos centros de atención primaria como sea posible, sobre todo, teniendo en cuenta que el apenas tiene contraindicaciones, sólo algún aspecto a considerar, siendo de aplicación universal.

Todas las familias deberían conocer el alcance significativo del tacto, así como el sinfín de beneficios tanto fisiológicos como emocionales, que contribuirán al bienestar y crecimiento infantil, en un entorno seguro, amado y respetado.

BIBLIOGRAFIA:

1. O'Higgins M, St James I, Gloves V. Postnatal depression and mother and infant outcomes after infant massage. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 109: 189-192.
2. Gnazzo A, Guerriero V, Difulco S, Zavattini GC, De Campora G. Skin to skin interactions. Does the infant massage improve the couple functioning? *Front. Psychol*. 2015; 6: 1468.
3. Berlanga S, Vizcaya-Moreno MF, Pérez RM Percepción de la transición a la maternidad: estudio fenomenológico en la provincia de Barcelona. *Aten Primaria*. 2013; 45(8): 409-417.
4. Schneider V. Masaje infantil. Guía práctica para el padre y la madre. 4ª ed. Barcelona: Ediciones Medici; 2008.
5. Porreca A, Parolin M, Bozza G, Freato S, Simonelli A. Infant Massage and Quality of Early Mother–Infant Interactions: Are There Associations with Maternal Psychological Wellbeing, Marital Quality, and Social Support? *Front Psychol*. 2016; 7: 2049.
6. Márquez F, Poupin L, Lucchini C. Massage effects at the newborn and suckling baby. *Index Enferm*. 2007; 16(57): 42-46
7. Campadello P. Masaje infantil. Método Shantala. 1ª ed. Unión Europea: Madras editora; 2002.
8. Iriarte Irigoyen B, Zapata Senosiain N, Parrilla Garcia C. La importancia y beneficios del masaje infantil. *Pulso*. 2010; 40- 43.
9. López L. El masaje infantil: conocimientos, experiencias y opiniones de profesionales de Enfermería Gineco-obstétrica y Perinatal. *Rev enf*. 2009; 16: 1-17.
10. Niami AK. Review of Randomized Controlled Trials of Massage in Preterm Infants. *Children*. 2017; 4(4): 21.
11. Diego MA, Field T, Hernández-Reif M. Temperature increases in preterm infants during massage therapy. *Infant Behav. Dev*. 2008; 31: 149-152.
12. Domínguez R, Albar MJ, Tena B et al. Efectividad de la aplicación de toques terapéuticos en el peso, las complicaciones y los días de estancia, en recién nacidos pretérmino ingresados en la unidad de neonatología. *Enferm Clin*. 2009; 19(1): 11-15.
13. Vickers A, Ohlsson AJ, Lacy JB, Horsley A. Massage for promoting growth and development of preterm and/or low birth-weight infants. *The Cochrane Database of Syst Rev*. 2004(2): CD000390.
14. Ramos EM, Silva LF, Cursino EG, Machado MED, Ferreira DSP The use of massage to relieve colic and gases in newborns. *Rev enferm*. 2014; 22(2): 245-50.
15. González C, Brochet C. Treatment choices for infant colic. *Pediatría*. 2015; 48(3): 61-67.
16. Delgado Muñoz E, Hidalgo Parejo MD, Blanco Veloso A. Experiencia en la puesta en marcha de un taller postparto. *Hygia*. 2013; 82: 53-58.



**Enfermería
Comunitaria**