



Enfermería Comunitaria

SOCIEDAD DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ASTURIAS

Vol.1 nº2, primavera 2013

Eventos

**Resumen de las
Jornadas de
Atención Primaria
celebradas en
Avilés 5**



Actualización de conocimientos o formación

Atención de Enfermería a
Pacientes con Insuficiencia
Cardíaca en Atención
Primaria 9

Experiencias en AP

Experiencia de una EIR en
Deshabitación Tabáquica 27

Legislación

El Real Decreto 16/2012 y
el Cambio de Modelo
Sanitario 38

Colaboraciones

Cuando se trabaja en equipo
los esfuerzos no se suman, se
multiplican 48

Original

Análisis de situación y
propuestas de intervención
para reforzar el campo de
acción de las Enfermeras
Comunitarias 51



sumario

Entidad editora:

SEAPA (Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias)

Directora:

Carmen Santano Vilchez

SUAP. Centro de Salud El Quirinal (Avilés)

Coordinador técnico:

Santiago González Sánchez

Centro de Salud El Llano (Gijón)

ISSN: 2254-8270

Título Clave: Revista (SEAPA. Internet)

Depósito Legal: AS 2340-2002

Periodicidad: Trimestral

EDITA: SEAPA

Dirección: C/ Víctor Sáenz 5, bajo-33012 (Oviedo)

Teléfono: 615 761 501

E-mail: revistaseapa@seapaonline.org
comiteeditorial@seapaonline.org

Web: www.seapaonline.org

Maqueta: Javier González Pisano
 María Rodríguez Fernández

Comité Editorial:

Fernanda del Castillo Arévalo

Centro de Salud de Contrueces (Gijón)

Ana González Pisano

Centro de Salud de La Espina (Salas)

Santiago González Sánchez

Centro de Salud El Llano (Gijón)

Berna García Menéndez

Centro de Salud de Sama de Langreo (Sama)

Carmen Santano Vilchez

SUAP. Centro de Salud El Quirinal (Avilés)

Comité de Redacción:

Fernanda del Castillo Arévalo

Centro de Salud de Contrueces (Gijón)

Ana González Pisano

Centro de Salud de La Espina (Salas)

Santiago González Sánchez

Centro de Salud El Llano (Gijón)

Berna García Menéndez

Centro de Salud de Sama de Langreo (Sama)

Carmen Santano Vilchez

SUAP. Centro de Salud El Quirinal (Avilés)

Marta Pisano González

Centro de Salud de Ujo (Figaredo)

Enrique Oltra Rodríguez

Centro de Salud de Llanera (Llanera)

Carmen Teresa Velasco González

Jefa del Sección del Servicio de Calidad de la D.G. de Innovación Sanitaria. Consejería de Salud de Asturias

Rosario Riestra Rodríguez

Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón

Fernando Alonso Pérez

Centro de Salud de Moreda (Aller)

Emilio Velasco Castañón

Centro de Salud Llano Ponte (Avilés)

Dolores Mirón Ortega

Centro de Salud de Mieres Sur (Mieres)

Rubén Martín Payo

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo

Emilia Romero de San Pio

UCI. Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo)

Sofía Osorio Álvarez

Hospital de Cabueñes (Gijón)

Comité Científico:

Belén Fernández Suárez

Servicio de Planificación, Calidad y Aseguramiento. D.G. de Innovación Sanitaria. Consejería de Salud.

M^a Victoria Inchaustegui

Unidad de Cuidados Paliativos a Domicilio. Área IV de Salud Oviedo). SESPA. Asturias

Marta Pisano González

Centro de Salud de Ujo (Figaredo)

Enrique Oltra Rodríguez

Centro de Salud de Llanera (Lugo de Llanera)

Rosario Riestra Rodríguez

Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón

Emilia Romero de San Pio

UCI. Hospital Universitario Central de Asturias

Fernando Alonso Pérez

Centro de Salud de Moreda (Aller)

Carmen Teresa Velasco González

Jefa del Sección del Servicio de Calidad de la D.G. de Calidad e Innovación en los servicios de salud de la Consejería de Salud de Asturias

Emilio Velasco Castañón

Centro de Salud Llano Ponte (Avilés)

Dolores Mirón Ortega

Centro de Salud de Mieres Sur (Mieres)

Rubén Martín Payo

Escuela Universitaria de Enfermería de Oviedo

Sofía Osorio Álvarez

Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón)

Margarita Fernandez Garcia

UGC de Sotroñdio

Charo G^a-Cañedo Fernández

Centro de Salud Otero (Oviedo)



Las enfermeras avanzando; retrocediendo, nunca

El próximo 10 de mayo, acabarán su periodo de residencia las primeras EIR asturianas en Enfermería Familiar y Comunitaria, con ello contaremos en Asturias con las primeras cinco enfermeras especialistas por esta vía.

Con sentimientos encontrados las despedimos.

Es una enorme satisfacción, que la larga lucha mantenida para conseguir la especialidad, pueda por fin ver sus primeros frutos

Las personas que hemos tenido la suerte de acompañarlas en su recorrido formativo podemos atestiguar la alta capacitación alcanzada, fruto de un elaborado Programa Formativo, que les ha permitido realizar un gran número de rotaciones y cursos que les han dado una amplia perspectiva, conocimientos y habilidades diversos, experiencias múltiples, en suma, una excelente preparación que permitirá revalorizar el trabajo de las enfermeras en Atención Primaria.

Personalmente, me emociona ver un futuro muy prometedor, en el que, sin duda, las enfermeras comunitarias comenzarán a tener el reconocimiento merecido y su labor irá ampliando horizontes competenciales.

Sus tutoras y el resto de compañeras que las han acompañado en los propios Centros de Salud y en el resto de sus rotaciones, se merecen también un reconocimiento, sin olvidarnos de la labor desempeñada por los dos Presidentes habidos de la Subcomisión de Enfermería en la Unidad Docente Multiprofesional.

Las despedimos también con algo de tristeza, han sido muchas horas de trabajo conjunto y de estímulo y enriquecimiento mutuo profesional. Esperamos poder encontrarlas en breve como compañeras, especialistas sí, pero compañeras.

Para ello es preciso que la Administración Sanitaria acelere los pasos para el reconocimiento real de la Especialidad, que no es otro sino crear la categoría profesional; este es, indiscutiblemente, el proceso natural que deben seguir todas las especialidades, no puede ocurrir que tras superar una difícil prueba nacional y dos años de residencia, ocupen puestos que nada tengan que ver con su especialización.

SEAPA en diversas ocasiones, en reuniones mantenidas con distintos protagonistas de la administración sanitaria y con los sindicatos del sector, ha apostado por ello, defendiendo la creación de dicha categoría y mientras esto se plasma en la realidad, como medida transitoria, hemos pedido la creación de un perfil de Atención Primaria, tal como existe en otras especialidades, en el que se reconozca el tiempo trabajado durante el periodo de residencia así como el título de la especialidad. Podéis ver con más detalle nuestras propuestas en los siguientes enlaces:

[Propuesta de Seapa](#)

[Categoría profesional](#)

[Borrador baremo de méritos para DUEs especialistas en enfermería familiar y comunitaria](#)

Mientras, seguimos esperando a que el Ministerio de Educación se decida a hacer la convocatoria de la prueba para la obtención del título de especialista por la vía excepcional, paralizada desde hace años; creemos necesario su inmediata convocatoria y desarrollo.

SEAPA al igual que la Federación de la que forma parte, FAECAP, defiende la definición de todos los puestos de trabajo enfermeros de Atención Primaria con carácter de especialista. Es decir, se debe tender hacia un futuro en el que todos los profesionales de los EAP tengan la especialidad, aunque lógicamente durante unos años y de forma transitoria, convivan generalistas y especialistas.

Nos llegan, otras noticias desde el Ministerio de Educación; noticias inquietantes por su carácter retrógrado para con nuestra profesión.

En la web del Ministerio se puede consultar un documento titulado *"Propuestas para la reforma y mejora de la calidad y eficiencia del sistema universitario español"*

<http://www.mecd.gob.es/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/participacion-publica/sistemauniversitario/propuestas-reforma.pdf>

Este documento ha sido elaborado por un grupo de expertos designados por el Ministerio, en él proponen una serie de cambios sobre la financiación y gobierno de las universidades, como la privatización del personal funcionario, cambios en la selección del personal, o la sustitución de becas por préstamos, pero además proponen cambios en los estudios y títulos universitarios, entre ellos puede leerse en su página 69, la propuesta de creación de "grados cortos" de tres años para estudios como enfermería, trabajo social, magisterio y algún otro.

Esto supondría un claro retroceso que de ninguna manera podemos consentir; la conquista del grado se ha fraguado tras años de formación y desarrollo profesional, ha sido una larga lucha para romper el "techo académico" que limitaba el desarrollo académico formativo completo hasta llegar al doctorado.

Toda la Enfermería estaremos atentos al seguimiento de esta noticia y unidos nos opondremos radicalmente a ella en caso de que prosiga adelante. No podemos retroceder.

Entre tanto, SEAPA desde nuestra Revista RqR, despide con orgullo y satisfacción a la primera promoción de Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Fernanda del Castillo Arévalo
Presidenta de SEAPA

La revista RqR Enfermería Comunitaria, es la continuación de la Revista de Seapa, ha cambiado su ISBN por el ISSN 2254-8270 al tratarse de una revista editada exclusivamente en formato digital, y también se ha reiniciado la numeración cambiando el año en números romanos por el volumen y número.

Resumen de las Jornadas de Atención Primaria celebradas en Avilés

SEAPA (Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias)

Desarrollo

Se han celebrado en Avilés, los días 18 y 19 de abril, las Jornadas de Atención Primaria y XXI Encuentro Regional de Residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria.

Los objetivos de las mismas, en palabras de su comité científico, eran *“abordar los tres ámbitos más importantes del actual y futuro trabajo de MIRES y EIRES, la prevención como principio básico y eje fundamental sobre el que debe girar la medicina comunitaria; la seguridad de la atención sanitaria, ya tratada en las últimas jornadas y que en este caso vendrá limitada al uso de medicamentos y como no, la eficiencia de los recursos y la sostenibilidad del sistema”*.

SEAPA, por segundo año consecutivo, ha estado presente en el comité científico; la llegada de residentes de enfermería familiar y comunitaria ha hecho que no se pudiera relegar por más tiempo a las enfermeras de Atención Primaria; nuestra presencia en estas, mal llamadas hasta la fecha, Jornadas de Atención Primaria de Asturias, ha sido una reivindicación de nuestra Sociedad a lo largo de muchos años.

Estas Jornadas han sido un éxito de convocatoria y han contado con una importante presencia de enfermeras. La presentación de los primeros trabajos de fin de especialidad de nuestras EIRs era algo que muchos de nosotros no nos queríamos perder.

El eje central de las Jornadas, además de esta presentación de trabajos de residentes de medicina y enfermería en salud familiar y comunitaria, ha sido la medicalización. Un tema, a nuestra manera de ver, trascendente al que de manera urgente hay que comenzar a buscar soluciones.

El eje central de las Jornadas, además de la presentación de los trabajos de residentes de medicina y enfermería en salud familiar y comunitaria, ha sido la medicalización.

La Conferencia Inaugural, corrió a cargo del *D. Nicolás Terrados Cepeda*, Especialista en Medicina de la Educación Física y el Deporte, con el título: **“El ejercicio físico en la desmedicalización”** y *el coste sanitario*. España somos el segundo país por la cola en tasa de sedentarismo y “campeones de Europa” en obesidad infantil. Es muy importante formarnos como profesionales sanitarios para prescribir ejercicio físico que debería ser obligatorio en enfermedades como enfermedades metabólicas, HTA, obesidad, EPOC, enfermedades cardiovasculares, artrosis, osteoporosis, enfermedades mentales, y recientemente se está estudiando los beneficios que el ejercicio produce en los pacientes con cáncer.

La mesa principal con el título de **“Desmedicalizar para ganar en salud”** fue moderada por *D. Javier Pérez Fernández*, médico de familia del EAP de la Calzada. Los ponentes han sido *D^a M^a Luisa Nicieza García*, farmacéutica de AP de Cangas de Narcea, *D. Felipe*

Madrugan Galán, médico geriatra del Complejo Hospitalario de Toledo, D^a Margarita Salido González, enfermera del EAP de Contrueces, y D. Carlos Ponte Mittelbrum, Coordinador de la Plataforma “No Gracias”.

Se pusieron sobre la mesa conceptos muy importantes, como revisar la eficacia y seguridad de todos y cada uno de los fármacos que se prescriben, ver al paciente en su totalidad y no fragmentado o focalizado por especialidades para evitar la polimedicación, apostar firmemente por la enfermería para promocionar la salud mediante medidas no farmacológicas, y reflexionar sobre las enfermedades emergentes producto de la opulencia, incluido el exceso de consumo de fármacos, y la perversión que hay detrás de la farmaindustria.

La ponencia de nuestra compañera *Margarita Salido*, puso de relieve la perversión del modelo actual de AP que ha producido un exceso de medicalización debido a numerosas causas, entre las cuales los profesionales sanitarios también tenemos nuestra parte de responsabilidad. A lo largo de la ponencia destacó la necesidad de reconocer, impulsar y apostar por la labor de las enfermeras de este nivel asistencial como forma necesaria de dar respuesta a este problema, para ello hizo un llamamiento a los distintos actores implicados y también, cómo no, a las propias enfermeras, esgrimiendo que es necesario crecer profesionalmente asumiendo más responsabilidades, aprender para ello a decir no a determinadas actividades, aparcando la autocompasión, centrar nuestros objetivos de atención en el paciente y retomar nuestro papel cuidador y promotor de cuidados. Como ejemplo paradigmático, expuso brevemente dos casos clínicos en los que quiso destacar la necesidad de abordajes integrales del paciente y su entorno socio-familiar y puso en valor la necesidad del trabajo interdisciplinar y la potenciación del trabajo en equipo de médicos, trabajadores sociales y enfermeras. Felicitamos por su exposición a la compañera.



Las cinco enfermeras que acaban su ciclo formativo para la obtención de la especialidad, presentaron sus trabajos o proyectos de investigación, todos ellos interesantes.

Presentamos un breve resumen de los mismos:

- 1) Proyecto de investigación con el título **"Conocimiento y actitud de la población con respecto al Testamento Vital"**, tiene por objetivo estimar el grado de conocimiento de la población adulta atendida por enfermería, sobre el testamento vital (T.V.), la valoración que de él se tiene y la predisposición a utilizarlo. Es un estudio descriptivo observacional y transversal, realizado mediante encuesta autocumplimentada. En fase de ejecución, por lo que no se pueden presentar resultados. Con este proyecto pretenden aportar evidencia del bajo número de documentos formalizados a pesar del creciente interés y difusión del T.V. y ser conscientes de este problema para diseñar estrategias conducentes a una mayor difusión del mismo y reforzar el rol de enfermería en dicha difusión.
- 2) **"Descubriendo salud en mi zona básica. ¿Cuál es la capacidad para actuar en salud de mi comunidad?"**. El objetivo general de este proyecto de investigación es la elaboración de un Diagnóstico de Salud de una zona básica sobre tres pilares: resultados de salud, determinantes de salud y capacidad de intervención de la comunidad sobre su propia salud. Para desarrollar este interesante proyecto la autora utilizará una metodología mixta cuantitativa y cualitativa. Como primer paso se ha realizado "la fiesta del mapeo", el mapeo de activos de una zona básica permite tener una visión global de la misma así como el contacto entre los diferentes recursos.
- 3) **"Intervención psicoeducativa grupal con cuidadores familiares desde la perspectiva enfermera"**. El objetivo de este trabajo es valorar el estado de salud que presentan las cuidadoras familiares antes y después de una intervención psicoeducativa grupal por medio de la metodología enfermera. Es un estudio de intervención pre-post sin grupo control, cuya población a estudio son cuidadores familiares participantes en un taller realizado por enfermeras en un Centro de Salud. Se realizó entrevista individual pre intervención en la que se pudieron establecer los diagnósticos enfermeros (DdE) y los resultados esperados, y dos entrevistas tras la intervención. Como resultados destacan que los DdE encontrados fueron: Conductas generadoras de salud. Cansancio del rol de cuidador y riesgo de cansancio del rol de cuidador; coincidiendo con otros estudios de la bibliografía. Tras la intervención hubo un cambio en todos los participantes en el planteamiento del cuidado y la importancia del auto-cuidado, aprendieron técnicas y conocimientos de cuidado y disminuyeron los sentimientos de culpabilidad.
- 4) **"Motivos de consulta relacionados con la sexualidad y atención recibida en los jóvenes de un Centro de Salud"**. Los objetivos eran: Conocer los motivos de consulta relacionados con la sexualidad en jóvenes de 14 a 24 años, el profesional que los atiende y conocer si se incluye la educación sanitaria en la atención de estos episodios. Es un estudio descriptivo transversal. Como resultados destacan que la mayoría de las consultas la realizan mujeres por temas relacionados con la anticoncepción y en algún caso embarazo no deseado, en los hombres los motivos fueron: enfermedades de transmisión sexual y disfunciones sexuales. La mayoría de las consultas fueron realizados por medicina y solo un 27% por enfermería. Existe registro de educación sexual en un 30% que mayoritariamente se proporciona en las consultas de enfermería.
- 5) **"Ser diabético musulmán en Gijón, análisis discursivo de sus actores"**. El objetivo de este trabajo es describir la influencia de la cultura musulmana en el manejo de la diabetes por los musulmanes diabéticos y enfermeras participantes. Es un estudio cualitativo, previamente se realizó una encuesta a enfermeras de

Atención Primaria, posteriormente un grupo de discusión con enfermeras que manifestaron atender personas con esas características y dos entrevistas semiestructuradas a diabéticos musulmanes. Para la obtención de resultados, categorizaron y agruparon en categorías superiores la información obtenida. Estas categorías para el grupo de enfermeras fueron: El concepto de las enfermeras sobre el islam, el nivel formativo transcultural, la adaptación del plan de cuidados a la cultura y las dificultades en el abordaje de estos pacientes. Para los pacientes diabéticos musulmanes, fueron: el concepto de religión islámica, el afrontamiento de la diabetes, el manejo durante el Ramadán y la relación con las enfermeras.

También las residentes de primer año presentaron varias comunicaciones, casos clínicos y otros, muy interesantes. Dentro de las comunicaciones que presentaron los MIR cabe destacar y han sido premiados un ensayo clínico aleatorio sobre una intervención no farmacológica para el insomnio, y un trabajo de estratificación de riesgo en pacientes crónicos mediante la herramienta CARS en Atención Primaria.

Destacamos la elaboración de un díptico explicativo sobre la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria que elaboraron las residentes de primer año, para entregar en todos los servicios por dónde van rotando en su formación, dado el desconocimiento actual de la especialidad.

La conferencia final, de mano del enfermero *Xosé Ambás*, hizo que todo el auditorio estallara en risas, parodiando aspectos de la relación con los pacientes tan importantes como presentarse, evitar tecnicismos, tratos de respeto, informar al paciente, escuchar, respetar la intimidad, evitar conversaciones delante del paciente de su enfermedad y el proceso, ayudarlo, y huir del clasismo y el “recomendado”.

SEAPA otorgó un premio al mejor trabajo en Cuidados presentado por las EIR de la especialidad, consistente en un maletín profesional de cuero para visitas domiciliarias; el jurado estuvo compuesto por tres personas de nuestra sociedad. Hay que destacar la calidad científica de todos los trabajos y la dificultad que tuvo el jurado para decidir el fallo. El premio recayó en *Olga Alonso Alonso*, autora del trabajo titulado “*Descubriendo salud en mi zona básica. ¿Cuál es la capacidad para actuar en salud de mi comunidad?*”. Desde SEAPA queremos darle nuestra enhorabuena.

Destacamos el buen ambiente creado y recalcamos la necesidad de la organización de eventos conjuntos de los protagonistas de la atención sanitaria en AP como forma de estrechar el trabajo colaborativo.

Queremos felicitar al comité organizador y científico de estas Jornadas, por el magnífico desarrollo de las mismas, en especial a las enfermeras integrantes de dicho comité, así mismo a los ponentes de las mesas, a los autores de las comunicaciones y a los Residentes, médicos y enfermeras, que finalizan su periodo formativo, esperando que pronto se integren a nuestros centros de salud y contribuyan a revitalizar esta Atención Primaria que tanto nos interesa y preocupa. No podemos dejar de hacer una felicitación especial a nuestras primeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria de quién tanto nos enorgullecemos.

Atención de Enfermería a Pacientes con Insuficiencia Cardíaca en Atención Primaria

Nursing Care for patients with Heart Failure in Primary Health Care

Raquel Pérez Otero (EIR)

Mercedes García García (Enfermera)

Fernanda del Castillo Arévalo (Enfermera)

C.S de Contrueces (Gijón)

Manuscrito recibido: 12-02-2013

Manuscrito aceptado: 05-03-2013

Cómo citar este documento

Pérez Otero R. García García M, Del Castillo Arévalo F. Atención de Enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca en Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Abr; 1(2): 9-26.

Resumen

La Insuficiencia Cardíaca (IC) es un síndrome crónico y progresivo que afecta al funcionamiento del corazón y produce una serie de síntomas y signos que empeoran la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente. La IC tiene una alta prevalencia, sobre todo en población anciana, y con frecuencia se acompaña de otras patologías, precisando polimedicación.

En la IC el control de síntomas y el autocuidado son determinantes para un buen pronóstico y una mejora en la calidad de vida. La labor de la Enfermera de Atención Primaria (AP) es de gran importancia en estos pacientes. El correcto control del paciente con IC y la educación en el autocuidado deben de priorizarse y la enfermera ha de disponer de los conocimientos y habilidades necesarios para conseguirlos.

En este trabajo se hace una revisión de la IC y su tratamiento integral, con el objetivo de que sirva como herramienta a la enfermera de AP para la actualización de conocimientos y el manejo en consulta de estos pacientes.

Palabras Clave

Insuficiencia Cardíaca, Enfermeras en Salud Comunitaria, Atención Primaria de Salud.

Abstract

Heart failure (HF) is a chronic, progressive syndrome that affects the functioning of the heart and produces a series of signs and symptoms that worsen the functional capacity and quality of life of patients. HF is highly prevalent, especially in the elderly, and is often accompanied by other conditions, requiring polypharmacy.

In HF symptom control and self-care are critical to a good outcome and improved quality of life. The work of the Primary Care Nurse is of great importance in these patients. The proper management of patients with HF and their self-care education should be prioritized and the nurse must have the knowledge and skills necessary to achieve them.

This paper is a review of HF and its comprehensive treatment, so that it can be used as a tool by PC nurses for updating knowledge and managing of these patients in consultation.

Keywords

Heart Failure, Community Health Nursing, Primary Health Care.

Introducción

En España se producen 330.267 ingresos hospitalarios anuales con diagnóstico principal o secundario de Insuficiencia Cardíaca (IC)¹.

Según el estudio Price² la prevalencia de IC en España es alta (7-8%), similar en ambos sexos, y aumenta con la edad, llegando al 16,1% (11%-21,1%) en personas de 75 o más años.

Es muy frecuente que el paciente con IC sea un paciente anciano, pluripatológico y polimedicado³. Según el estudio INCA⁴, en Atención Primaria (AP) se atienden a pacientes de más edad y con mayor comorbilidad que en Cardiología, donde atienden a pacientes más jóvenes y con mejor grado funcional. Unos cuidados integrales y de calidad desde AP, con una estrecha colaboración de los profesionales implicados y coordinación con la atención especializada, pueden ser más eficaces y eficientes en la atención de estos pacientes que la suma de cuidados de múltiples servicios especializados. El médico y la enfermera de AP deben asumir el compromiso con los pacientes de ofrecer "máxima calidad, mínima cantidad, con la tecnología apropiada, en el momento conveniente y tan cerca del paciente como sea posible"⁵.

Objetivos

Contribuir a actualizar los conocimientos de las enfermeras de Atención Primaria sobre la IC para mejorar la oferta de cuidados.

Desarrollo

1. Definición

La IC es un síndrome clínico en el que el paciente presenta síntomas y signos típicos y en la que hay una evidencia objetiva de alteración estructural o funcional⁶.

- **Síntomas:** disnea en reposo/con el ejercicio/paroxística nocturna, fatiga, cansancio, tos nocturna.
- **Signos:** taquicardia, taquipnea, crepitantes pulmonares, derrame pleural, edema en miembros inferiores, hepatomegalia, ascitis, ingurgitación yugular a 45°.
- **Evidencia objetiva de disfunción:** cardiomegalia, soplo cardíaco, disfunción en ecocardiograma⁶.

Para confirmar el diagnóstico de IC es imprescindible objetivar la disfunción ventricular mediante una técnica de imagen y calcular la fracción de eyección (FE = volumen sistólico / volumen diastólico), determinante para valorar la disfunción predominante y clasificar la IC^{7,8}. Además, la FE sirve como valor pronóstico: cuanto más baja sea menor va a ser el índice de supervivencia. La FE en valores normales es >50%.

Según la FE, podemos hablar de:

- a- **IC sistólica:** pacientes con FE baja (IC-FER) < o igual al 35%. Hay una disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (menor contracción y vaciado del ventrículo izquierdo).
- b- **IC diastólica:** pacientes con FE conservada (IC-FEP) entre 35%-50%. Hay una cardiopatía estructural relevante que provoca disfunción diastólica: engrosamiento de la pared del ventrículo izquierdo o del tamaño de la aurícula izquierda.

La IC produce limitaciones a la actividad física. Una clasificación muy utilizada para la IC es la clasificación funcional de la NYHA (*New York Heart Association*) ⁶:

- **Clase I:** sin limitación de la actividad física. El ejercicio físico normal no causa fatiga, disnea o palpitaciones.
- **Clase II:** ligera limitación a la actividad física. Sin síntomas en reposo, pero la actividad física normal causa fatiga, palpitaciones o disnea.
- **Clase III:** acusada limitación de la actividad física. Sin síntomas de reposo, pero cualquier actividad provoca la aparición de síntomas.
- **Clase IV:** incapacidad de realizar actividad física. Los síntomas están presente incluso en reposo y con cualquier actividad física aumentan.

2. Tratamiento Farmacológico

Los objetivos del tratamiento son aliviar los signos y síntomas, tanto para conseguir mejorar la calidad de vida del paciente como para evitar el ingreso hospitalario. (**Tabla 1:** Fármacos más usados en la IC) ^{6,7,9,10,11}

Tabla 1: Fármacos más utilizados en la IC ^{6,7,9}:

GRUPO	PRINCIPIO ACTIVO	EFECTOS ADVERSOS
Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA)	<i>Captopril, Enalapril, Lisinopril, Ramipril, Trandolapril, Peridopril, Fosinopril</i>	Hiperpotasemia, hipotensión ortostática, tos, empeoramiento de la función renal.
Bloqueadores Beta	<i>Bisoprolol, Nebivolol, Succinato de metoprolol, Carvedilol</i>	Hipotensión sintomática (mejora con el tiempo), bradicardia excesiva
Antagonista de la aldosterona	<i>Espironolactona, Eplerenona</i>	Hiperpostasemia, empeoramiento de la función renal, ginecomastia con Espironolactona
Antagonista de los receptores de la angiotensina (ARA II)	<i>Candesartan, Valsartan, Losartan, Ibersartan.</i>	Hiperpotasemia, hipotensión ortostática, empeoramiento función renal.
Hidralazina y dinitrato de isosorbida (utilizados cuando hay intolerancia a IECA y ARA)		Hipotensión sintomática, artralgias, mialgias, artritis, pericarditis, pleuritis, erupción cutánea o fiebre
Glucosidos digitálicos	Digoxina	Bloqueo AV y senoauricular, arritmias auriculares y ventriculares sobre todo en presencia de hipopotasemia. Signos de intoxicación digitálica: confusión, náuseas, anorexia y alteración de la percepción de los colores
Diuréticos	Diuréticos de asa: <i>Furosemida, Torasemida, Bumatenida.</i> Diuréticos tiazídicos: <i>Hidroclorotiazida, Indapamida, Bendroflumetiazida, Metolazona.</i> Diuréticos ahorradores de potasio: <i>Amiloride, Triamtereno, Espironolactona, Eplerenona.</i>	Diuréticos de asa y tiazídicos: hipopotasemia, hipomagnesemia, hiponatremia. Diuréticos ahorradores de potasio: hiperpostasemia, empeoramiento de la función renal.

	Ivabradina: ralentiza la frecuencia cardíaca en pacientes en ritmo sinusal	Fenómenos luminosos (fosfenos), visión borrosa, bradicardia, bloqueo A-V de primer grado, extrasístoles ventriculares, cefaleas, mareos.
	Amiodarona: es el antiarrítmico de elección en IC-FER.	Bradicardia, hipo o hipertiroidismo, microdepósitos corneales, náuseas, vómitos, alteraciones del gusto y sueño, pesadillas, fotosensibilización.
Fármacos usados para el tratamiento de la comorbilidad cardiovascular en pacientes con insuficiencia cardíaca^{6,7,9}		
Anticoagulantes	<i>Warfarina, Acenocumarol, Pradaxa</i>	Hemorragias, fiebre alopecia, necrosis cutánea, hematomas
Antiagregantes plaquetarios	<i>Ácido acetil salicílico, Clopidogrel, Dipyridamol.</i>	Dolor epigástrico, náuseas, gastritis erosiva, vómitos, hemorragias.
Estatinas	<i>Simvastatina, Atorvastatina, Fluvastatina, Lovastatina, Pravastatina, Rosuvastatina.</i>	Estreñimiento, flatulencia, náuseas, diarrea, dolor cabeza, mareo, prurito, mialgias, artralgia, insomnio, astenia, fatiga
FÁRMACOS NO RECOMENDADOS (se les consideran perjudiciales)^{6,7,9}		
Glitazonas (Rosiglitazona, pioglitazona) ya que empeoran la IC y aumenta el riesgo de hospitalización.		
AINES (ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco...) y los inhibidores de la COX-2 (meloxicam, celecoxib, parecoxib...) se deben evitar ya que pueden causar retención de sodio, agua y alteración de la función renal con el consiguiente empeoramiento.		
No se deben utilizar la mayoría calcioantagonistas a excepción de amlodipino y felodipino pueden empeorar la IC.		
Formulaciones efervescentes pueden contener importantes cantidades de cloruro sódico, por tanto, las formas orales más recomendadas serían comprimidos, capsulas, sobres..., también se debería observar los excipientes sobre todo cuando este sea cloruro sódico. Si se requiere control estricto del contenido en sodio consultar ^{10,11}		

3. Tratamiento no Farmacológico

3.1. Dieta y nutrición

En cuanto al abordaje de hábitos dietéticos nos fijaremos en:

3.1.1. Peso

Destacaremos dos situaciones en el manejo de los pacientes que padecen IC:

- a - Obesidad** (IMC > 30): es recomendable perder peso para conseguir mejorar el estado general y los síntomas⁶.

Debemos estimular la modificación de hábitos dietéticos que favorezcan el incremento de la ingesta de frutas, verduras, cereales, legumbres y pescado azul, reduciendo el consumo de grasas saturadas, alimentos con alto contenido en colesterol y ácidos grasos trans.

- b - Caquexia:** En pacientes con IC grave puede aparecer caquexia cardíaca: una pérdida involuntaria de más del 6% del peso estable (durante los últimos 6 meses). La caquexia se caracteriza por una pérdida de músculo, tejido adiposo y tejido óseo y se asocia a un peor pronóstico, a un aumento del número de hospitalizaciones y a la reducción de la supervivencia⁷.

3.1.2. Sodio

La forma más común de sodio es el cloruro sódico o sal de cocina, usada para sazonar o conservar los alimentos. Pero el sodio también puede encontrarse añadido a aditivos alimentarios¹² usados como conservantes (nitrato sódico, benzoato sódico...), antioxidantes (citrato sódico, tartrato sódico...), potenciadores del sabor (glutamato sódico, gualinato sódico...), edulcorantes (citramato sódico, sacarina sódica...), estabilizantes (alginato sódico, difosfato sódico...), etc. Por lo tanto cuando sea necesario el seguimiento de una dieta hiposódica se debe tener en cuenta no solo la sal que se usa para cocinar, sino también la contenida en alimentos y aditivos.

Según la OMS, la ingesta de sal recomendada en pacientes sin patología es de 5 gr/persona/día. Hay que tener en cuenta que 5 gr de sal = 2 gr de sodio (gr de sodio x 2,5 = gr de sal). Al realizar la compra se debe observar el etiquetado nutricional para elegir aquellos alimentos con un menor contenido en sal. En la **Tabla 2** puede verse el contenido en sal de diversos alimentos.

Tabla 2: Contenido de sal de los alimentos
(Contenido en sal en mg. Por cada 100 g de porción comestible)

ALIMENTO (100 G)	CONTENIDO DE SAL (mg)	ALIMENTO (100 G)	CONTENIDO DE SAL (mg)
Caldo en cubitos y sopas comerciales	27.000	Queso Manchego semicurado	600
Bacalao o arenque salado	4.300	Verduras en lata	600
Tocino de cerdo	2.300	Leche en polvo desnatada	557
Caviar y sucedáneo de caviar	2.000	Mayonesa	500
Pizza	2.000	Pan (normal, tostado, integral de centeno)	430
Panceta o bacon de cerdo	2.000	Cuajada, requesón, queso fresco de Burgos o Villalón	300
Precocinados (croquetas, empanadillas, albóndigas, canelones, carne empanada)	2.000	Tomate frito envasado	300
Queso azul	1.800	Galletas	244
Ketchup	1.700	Marisco en general	Entre 200-400
Jamón serrano	1.500	Huevo	Entre 200-400
Aceitunas	1.500	Pescado fresco	Entre 100-200
Jamón de York	1.490	Margarina vegetal	101
Queso manchego curado	1.200	Carne (pollo, pavo, ternera, cordero, conejo) y vísceras	Entre 50-100
Patatas fritas comerciales	1.100	Leche	50
Embutidos (salchichón, chorizo, mortadela, butifarra)	1.100	Yogures, petit suisse	45
Corn flakes (cereales de maíz)	1.100	Pasta italiana	17
Foie-gras	900	Mantequilla	5
Bollería	750	Verduras	0-20
Conservas (atún, bonito, anchoas, berberechos, mejillones, sardinas, caballa)	700	Frutas	0-20

Fuente: Fundación Hipercolesterolemia familiar. <https://www.cholesterolfamiliar.com/HTA.html>

En cuanto a la IC, diversos artículos y guías^{13,14} recomiendan la restricción de sal de la siguiente forma:

- **IC grave o situaciones de descompensación:** dieta muy restrictiva: <3 gr./día, lo que equivale a cocinar sin sal, ya que dicha cantidad la aporta el contenido de sodio propio de los alimentos.
- **IC leve o moderada:** 3-5 gr/día, que equivale a una cucharadita de moka.

En algunos artículos^{7,15} se cuestiona la efectividad y seguridad de restricción de sal de manera generalizada en IC.

3.1.3. Potasio

El uso de ciertos fármacos puede producir como efectos adversos situaciones de hiperpotasemia (fármacos ahorradores de potasio) o el efecto contrario: hipopotasemia. Además, los sustitutos de la sal en ocasiones llevan una importante cantidad de potasio.

Dichas situaciones requieren valorar el contenido de potasio de los alimentos para dar las recomendaciones adecuadas.

3.1.4. Líquidos

La reducción de líquidos en pacientes con síntomas leves o moderados no aporta beneficios, pero sí está indicado limitar la ingesta a 1,5–2 l/día en pacientes con síntomas graves de IC y con hiponatremia^{6,7,14}. En la ingesta se debe computar además del agua, los zumos, infusiones, refrescos, sopas..., En las aguas minerales hay que observar la etiqueta, por la gran variabilidad del contenido de sodio entre las diferentes marcas comerciales.

3.2. Ejercicio Físico

Al contrario de lo que se creía hace años, cuando se recomendaba reposo como medida general, se ha demostrado que la práctica regular de actividad física moderada beneficia a los pacientes con IC. Actualmente se recomienda fomentar el ejercicio aeróbico regular para mejorar la capacidad funcional y los síntomas (clase 1, nivel A de evidencia)⁷, incorporándose el ejercicio físico (EF) como un tratamiento más de la IC siempre que el paciente se encuentre estable¹⁶

Distintos estudios¹⁷ han comprobado que el EF puede lograr mejorar el estado funcional y la calidad de vida, además de disminuir el riesgo de mortalidad, mejorando la resistencia al esfuerzo y reduciendo el riesgo de arritmias. El Comité de la *American Heart Association* (AHA) marca las siguientes pautas de recomendación para la realización de EF¹⁷:

1. **Duración:** 20-30 minutos.
2. **Intensidad:** adaptada al paciente, 70-80% del consumo máximo de oxígeno (VO₂) o en su defecto valorando la intensidad mediante percepción subjetiva del esfuerzo.
3. **Frecuencia:** 3-5 sesiones por semana (cuando la sesión produce agotamiento debe darse por lo menos un día de reposo de ejercicio).
4. Debe haber un **precalentamiento** en cada sesión de 10-15 minutos, y es aconsejable un tiempo de enfriamiento.
5. Pueden hacerse **ejercicios de resistencia**, con resistencia leve y repeticiones rápidas, como lo ofrecen los circuitos de aparatos con pesas.

Por lo general, se recomienda los ejercicios aeróbicos: bicicleta estática, caminar, nadar,... en los que hay que intercalar momentos de descanso con tiempos cortos de actividad, se deben evitar los ejercicios bruscos y violentos, los isométricos y los deportes de competición^{16,18}. El EF ha de separarse mínimo una hora antes y 2 horas después de la ingesta y evitarlo cuando haga mucho calor, humedad o frío¹⁶. Pequeños gestos cotidianos como subir escaleras, sustituir el autobús por el caminar o actividades de jardinería también pueden ayudar a mejorar la capacidad funcional.¹⁹

3.3. Hábitos tóxicos

3.3.1. Tabaco

Todas las drogas son un factor de riesgo y están desaconsejadas en los pacientes con IC. Abandonar el hábito de fumar mejora los síntomas y aumenta la supervivencia. Desde la consulta de enfermería se ha de aconsejar sobre técnicas para el abandono del hábito tabáquico, incluyendo al paciente en el programa de Deshabitación Tabáquica si procede, facilitando de este modo la ayuda y el soporte necesarios para conseguirlo.

3.3.2. Alcohol

El alcohol está asociado a un aumento de la tensión arterial y del riesgo de arritmias, las recomendaciones de las guías^{6,7} es limitar su consumo a 10-20 gr./día (1-2 copas de vino/día) y en los pacientes con sospecha de miocardiopatía alcohólica se debe recomendar una abstención completa.

4. Papel de la Enfermera de Atención Primaria

Existen muchas experiencias de atención a pacientes con IC, agrupadas en dos modelos²⁰:

1. Centrados en la atención domiciliaria.
2. Centrados en el seguimiento ambulatorio en clínicas especializadas.

En casi todos los casos la provisión del servicio corre a cargo de enfermeras, la mayoría dependiendo de servicios de cardiología. Aunque se comienza a hablar de la necesaria coordinación primaria- especializada, estos modelos se centran en la coordinación médico de familia- cardiólogo, y se tiene poco en cuenta a las enfermeras comunitarias²¹. Existen otras propuestas de coordinación inter-niveles basadas en enfermería²² y finalmente propuestas de nuevos modelos de atención centralizados en AP, en el que la colaboración de médicos y enfermeras de forma estructurada permite un seguimiento adecuado de estos pacientes^{23,24}.

De forma general el **papel de la enfermera** en la atención a los pacientes con IC se centra en:

- la información y la educación sanitaria orientada hacia el autocuidado,
- la detección precoz de signos de descompensación y su abordaje,
- el fomento de la adherencia terapéutica y la promoción de hábitos de vida adecuados,
- la elaboración de planes de cuidados según las necesidades de cada individuo,
- el asesoramiento ante dudas y dificultades del paciente y su familia,
- el apoyo emocional para el mejor afrontamiento de la enfermedad y la posible pérdida de funcionalidad
- y asegurar la continuidad asistencial mediante una adecuada coordinación con el médico de familia del paciente y con el segundo nivel.

Tras el diagnóstico o alta hospitalaria se realizará una primera consulta, posteriormente se pueden establecer visitas de seguimiento a los 15 días, al mes y cada 3 meses¹⁴, siempre individualizando con cada paciente y ajustando a sus necesidades y buen o mal control.

5. Educación Sanitaria en la IC: Autocuidado

Los dos aspectos esenciales para la evolución favorable de la IC son el autocuidado del paciente y la adherencia al tratamiento.

Los dos aspectos esenciales para la evolución favorable de la IC son el autocuidado del paciente y la adherencia al tratamiento y en ambos casos la herramienta básica para conseguirlos la proporciona la educación sanitaria¹⁸.

La participación activa y coherente del paciente en el autocuidado es clave para la evolución favorable de la patología y se asocia con mejores resultados clínicos, incluyendo la disminución de la frecuencia y la gravedad de las reagudizaciones e ingresos hospitalarios, y la reducción de la tasa de mortalidad²⁵

El autocuidado debe contemplar los siguientes aspectos¹⁸:

- Acciones destinadas a mantener la estabilidad física.
- Evitar comportamientos que pudieran empeorar la enfermedad.
- Conocimiento e identificación precoz de síntomas o signos de deterioro o descompensación.

Sin embargo, el autocuidado deficiente sigue siendo extremadamente común en los pacientes con IC: menos de la mitad de ellos se pesan rutinariamente y para la mayoría es difícil llevar una dieta restringida en sodio. Las investigaciones han documentado que poco más de la mitad de estos pacientes, tiene éxito en este aspecto del autocuidado²⁶

Para que el autocuidado sea efectivo, ha de sustentarse en tres pilares fundamentales: los conocimientos, las habilidades y las actitudes del paciente. (**Tabla 3**: Temas educativos esenciales en la educación al paciente con IC y habilidades y conductas a enseñar).

5.1. Conocimientos sobre la enfermedad

El conocimiento de la enfermedad y todos sus componentes es básico para que el autocuidado sea eficaz. Un estudio llevado a cabo en el 2004 reveló que los pacientes con IC comúnmente perciben la enfermedad como aguda en lugar de crónica y consideran que están curados cuando los síntomas han desaparecido²⁶

Las enfermeras deben de tener la habilidad para evaluar las necesidades individuales y comenzar el proceso de educación basándose en el nivel de percepción previo del paciente con relación a la enfermedad, nivel de escolaridad y función cognitiva²⁰.

Es importante proporcionarle al paciente conocimientos sobre:

- En qué consiste la enfermedad: origen, características, síntomas y signos.
- Tratamiento farmacológico: indicación, dosis, efectos secundarios.
- Factores de riesgo asociados.
- Importancia de las medidas higiénico-dietéticas: dieta, ejercicio,...

Debe darse énfasis al hecho que la IC es un síndrome crónico y progresivo, en el cual el estilo de vida tiene un papel fundamental.

Tabla 3: Temas educativos esenciales en la educación al paciente con IC y habilidades y conductas a enseñar ^{16,7,18,14}

TEMAS EDUCATIVOS	HABILIDADES Y CONDUCTAS
Definición y etiología de la insuficiencia cardíaca	Explicar el concepto de IC, su etiología y por qué se producen los síntomas. Dar énfasis al hecho que la IC es un síndrome crónico y progresivo. Comprender los factores pronósticos importantes y tomar decisiones realistas.
Síntomas y signos de la insuficiencia cardíaca	Monitorizar y reconocer los signos y síntomas. Conocer los signos de alarma y saber cómo y cuándo contactar con los servicios sanitarios. Controlar el peso regularmente y reconocer rápidamente cualquier aumento de peso. En caso de aumento de peso >2 Kg en 3 días utilizar terapia diurética flexible en caso de ser la apropiada y recomendada tras una educación adecuada y la provisión de instrucciones detalladas.
Tratamiento farmacológico	Comprender las indicaciones y las dosis: ¿Qué aportan los fármacos y para qué sirven? Reconocer los efectos secundarios más comunes de cada fármaco que se prescriba. Comprender la importancia de seguir las recomendaciones terapéuticas y mantener la motivación para seguir el plan de tratamiento: importancia del cumplimiento terapéutico más allá del alivio sintomático.
Modificación de los factores de riesgo	Monitorizar la presión arterial si el paciente es hipertenso. Mantener un control de la glucosa si el paciente es diabético. Evitar la obesidad. Comprender la importancia de dejar de fumar y abandonar el hábito. Promover la abstención de alcohol en pacientes con sospecha de miocardiopatía alcohólica.
Recomendaciones para la dieta	Restringir de la ingesta de sodio, si está indicado. Evitar una ingesta excesiva de líquidos. Si síntomas graves restricción a 1,5-2 l/día. Monitorizar y prevenir la desnutrición. Dieta hipocalórica si obesidad.
Recomendaciones para el ejercicio	Indicar reposo sólo en pacientes inestables o con IC avanzada. Comprender los beneficios del ejercicio físico. Practicar ejercicio físico de forma regular. Recomendar ejercicio aeróbico regular mantenido (andar o montar en bicicleta, 30 minutos, 3-4 veces/semana). Sentirse seguro y cómodo al realizar actividades físicas. La actividad física ha de estar limitada por la aparición de los síntomas. Evitar los ejercicios isométricos. Aconsejar hacer reposo postprandial.
Actividad sexual	No debe restringirse, salvo en casos avanzados o IC descompensada. Acomodarla según la tolerancia al ejercicio, evitando esfuerzos que originen el surgimiento de síntomas. Sentir tranquilidad con respecto a la actividad sexual y discutir los problemas con los profesionales. Tratar el aspecto sexual por el equipo multidisciplinar de forma natural e informativa durante la primera consulta de los pacientes o cuando ellos manifiesten dudas o dificultades. Explicar la presencia de síntomas psicológicos producto de la IC, limitaciones físicas, efectos colaterales de los medicamentos (diuréticos y betabloqueadores), diagnóstico de diabetes mellitus o hipertensión arterial sistémica son algunos de los factores que pueden causar disfunción eréctil. Comprender problemas sexuales específicos y las estrategias para superarlos. Los pacientes en clase I y II pueden hacer uso del sildenafil con seguridad, sin embargo, los pacientes deben ser informados que, cuando se usan nitratos, el sildenafil debe ser usado posterior a las 24 horas.
Inmunización	Vacunarse contra la gripe y la enfermedad por neumococo.
Trastornos del sueño y respiratorios	Reconocer comportamientos preventivos, como reducir peso en los obesos, dejar de fumar y abstenerse del alcohol. Explicar higiene del sueño. Conocer opciones de tratamiento, si está indicado.
Aspectos psicológicos	Comprender que los síntomas de depresión y los trastornos cognitivos son frecuentes en los pacientes con insuficiencia cardíaca y la importancia del apoyo social. Conocer opciones de tratamiento, si está indicado.
Viajes	Preparar actividades de viaje y ocio según la capacidad física. Desaconsejar los viajes largos. Desaconsejar destinos con climas cálidos y húmedos y con gran

	altitud. Al viajar, llevar un informe escrito de la historia clínica y el régimen de medicación actual y llevar medicación extra.
Actividad laboral	Tratar de que el paciente continúe con su actividad laboral, adaptándola si es preciso a su capacidad física.
Otros fármacos	Evitar o utilizar con precaución fármacos de tipo: AINES y COX, antiarrítmicos, calcioantagonistas, antidepresivos tricíclicos, corticoides, litio y fármacos efervescentes.
Anticoncepción y embarazo	La IC aumenta el riesgo de morbilidad materna y neonatal, En caso de embarazo o deseo de embarazo, se recurrirá al cuidado especializado entre cardiólogo y ginecólogo. La anticoncepción oral tiene un bajo riesgo de causar trombosis periféricas e hipertensión que deben sopesarse con el riesgo de embarazo. Usar el DIU, excepto en mujeres con valvulopatía por el riesgo de infección (endocarditis) o sangrado relacionado al tratamiento anticoagulante.
Factores precipitantes de descompensación más habituales	Conocer las causas más comunes de descompensación: Incumplimiento terapéutico o abandono de la medicación, transgresiones dietéticas, uso de fármacos inapropiados, infecciones, fiebre.

Fuente: Elaboración propia

5.2. Habilidades

Que los pacientes tengan conocimientos ("saber qué hacer") sobre su enfermedad no implica necesariamente que sepan integrarlos en su vida diaria, por eso es preciso traducir esos conocimientos en capacidad de acción: en habilidades ("saber cómo hacerlo"),

Dentro de las habilidades en las que hay que educar al paciente se encuentra la observación de signos y síntomas de agravamiento de la enfermedad, el control adecuado del peso y el registro de los mismos.

a- **Signos y síntomas de empeoramiento**

Martje et al²⁷ en una revisión bibliográfica realizada para descubrir las consecuencias del incumplimiento en pacientes con IC destacaron que éstos toleran algunos síntomas como edema, aumento de peso y fatiga alrededor de 7 días, y disnea 3 días antes de buscar asistencia médica, y solamente el 5% asocian el aumento de peso como un signo de descompensación.

En este contexto, las intervenciones de enfermería deben estar enfocadas a la educación de los pacientes para el reconocimiento precoz de estos signos y síntomas evitando cuadros de descompensación, con el objetivo de tomar las medidas oportunas: aumentar la dosis de diurético o acudir a consultar.

Dentro de estos signos de alarma/descompensación se encuentran^{14,7,16}:

- Ganancia de peso rápida: 2 kg/3 días o 3 kg/semana.
- Edemas de pies, tobillo o piernas.
- Disminución de la cantidad de orina.
- Disnea con menor esfuerzo o de reposo.
- Ortopnea o necesidad de aumentar el número de almohadas para dormir.
- Tos irritativa y persistente (sobre todo acostado).
- Dolor en el pecho y/o palpitaciones.
- Cansancio intenso.
- Mareos y/o pérdida de conocimiento

b- **Control del peso**

Los pacientes deben controlar su peso de manera rutinaria para detectar cualquier cambio. La periodicidad en el registro del peso se aconsejará según la clase funcional: los pacientes estables deben pesarse 2-3 veces por semana y en los casos de descompensación o IC avanzada el control ha de ser diario. La detección de cualquier signo de alarma como el aumento de peso, puede ayudar a evitar un ingreso si se trata en fases iniciales (Grado de recomendación I, nivel de evidencia C)¹⁴

Para que el registro del peso sea correcto ha de establecerse el peso de referencia (peso en situación estable) y realizarse el control por la mañana, después de orinar, en ayunas, sin ropa y siempre en la misma balanza.

Siempre de manera individualizada y tras valorar el nivel de entendimiento del paciente y una educación previa adecuada y provisión de instrucciones detalladas, puede recomendarse una dosis flexible de diuréticos basada en los síntomas y en el balance de líquidos, de modo que en caso de observarse un aumento de peso rápido, el paciente aumentará la dosis de diuréticos y entrará en contacto con el equipo de AP^{7,18,19}. En estos casos también es importante explicar al paciente los riesgos de la reducción de volumen por uso excesivo de diuréticos.

c- **Registro**

El control y registro del peso y de otras variables como la ingesta de líquidos, según las situaciones personales, es otra habilidad en la que instruir al paciente. Para ello, podemos emplear registros que faciliten este control al paciente.

5.3. Actitudes ante la enfermedad

El compromiso del paciente es imprescindible para conseguir un resultado óptimo en los pacientes con IC. Una actitud positiva ante la enfermedad e implicación en el cuidado, asumiendo el autocuidado como una parte más del tratamiento van a mejorar siempre el resultado final. Una herramienta útil para valorar el autocuidado es la "Escala Europea de autocuidado en la insuficiencia cardíaca"²⁸.

6. Adherencia

Es un hecho conocido que un buen seguimiento de las indicaciones terapéuticas disminuye la morbimortalidad y mejora el bienestar del paciente, sin embargo, la literatura señala que sólo un 20-60% de los pacientes con IC cumplen el tratamiento que se les ha prescrito⁶.

La OMS define la adherencia²⁹ como "el grado en el cual el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponden con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria".

La enfermera en cada visita de seguimiento debe valorar la adherencia a todos los pacientes, teniendo en cuenta que no es una característica personal: la misma persona puede cumplir el tratamiento o dejar de hacerlo en otro momento, o ser adherente a unos fármacos pero no a otros.

Para valorar la adherencia existen muchos métodos, pero en la práctica clínica lo más fácil y efectivo es **Preguntar**. El hecho de preguntar, por sí sólo, puede contribuir a disminuir el incumplimiento. Existen dos test muy utilizados

Test de Haynes: "La mayoría de las personas, tienen dificultades para tomar los comprimidos. ¿Usted tiene dificultades para tomar los suyos?".

Cuestionario de Morinsky-Green: Consta de 4 preguntas: 1- ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? 2-¿Los toma a la hora indicada? 3-¿Deja de tomar su medicación cuando se encuentra bien? 4- ¿Deja usted de tomarlos si alguna vez le sientan mal? Se considera incumplidor a la persona que responde de forma incorrecta alguna de las 4 preguntas.

Si la enfermera detecta mala adherencia, intentará determinar las causas, teniendo en cuenta los factores relacionados con la mala adherencia (**Tabla 4**) e implantará las estrategias apropiadas a cada situación para favorecer el cumplimiento. No hay ninguna intervención que haya demostrado una evidencia concluyente, lo que sí parece confirmarse es que lo más efectivo es la combinación de varias estrategias y la individualización de cada paciente³⁰. Son estrategias generales para promover la adherencia³¹: No culpabilizar al paciente y evitar la intimidación, Indagar creencias y expectativas. Establecer buena relación profesional-paciente, Modelo de atención centrado en el paciente. Aceptar que el paciente es quien decide, Implicar al paciente en la toma de decisiones. Lograr apoyo familiar/social. Adaptar el tratamiento a sus rutinas. Reducción de la complejidad del tratamiento (frecuencia, dosis, nº de fármacos). Recordatorios de los horarios (teléfono, mensajes, alarmas, pastilleros), ligar la toma a una actividad. Dar Información verbal y escrita.

Tabla 4: Factores relacionados con la Adherencia³¹

Relacionados con el paciente	Relacionados con el tratamiento	Relacionados con la patología	Relacionados con el equipo asistencial
Culturales, creencias	Complejidad: nº de fármacos, dosis, duración	Patología aguda o crónica	Confianza recíproca
Deterioro cognitivo, funcional	Falta de confianza en la efectividad	Presencia de síntomas	Accesibilidad
Depresión u otros trastornos psicológicos	Temor a efectos adversos	Expectativas de curación	Continuidad asistencial
Apoyo familiar. Soledad	Coste de los medicamentos	Comorbilidad	

Fuente: Elaboración propia

7. Planes de Cuidados para pacientes con IC

La valoración integral de los pacientes con patologías crónicas es imprescindible para un correcto abordaje de sus problemas. En los pacientes con IC es frecuente encontrar problemas relacionados con la nutrición, el descanso, la actividad, el manejo y afrontamiento de su enfermedad. Menos valorados, pero no por ello menos importantes, son los patrones cognitivo-perceptivo y de valores y creencias, éste último recomendado para la toma de decisiones con respecto a calidad de vida y ética en final de vida en estos pacientes³². Por ello es importante individualizar la atención y valorar, así mismo, el entorno familiar y social para conocer las ayudas con que puede contar.

Los Diagnósticos Enfermeros encontrados con mayor frecuencia son los siguientes^{33,34,35}: los relativos a Déficit de autocuidados (00108,...), Conocimientos Deficientes (00126), Intolerancia a la actividad (00092), Ansiedad (00146), Gestión ineficaz de la propia salud (00078), Exceso de volumen de líquidos (00026).

Difieren en algunos casos dependiendo donde pongan el foco de atención las enfermeras, que por lo general suele ser en los aspectos biológicos relacionados con las manifestaciones clínicas cardiovasculares como los relativos a la respiración o al aumento de líquidos y dejando relegados la valoración psico-socio-familiar.

En la **Tabla 5** se adjunta un resumen de lo que podría ser un PC tipo para estos pacientes^{36,37,38,39}.

Tabla 5: Plan de Cuidados en el paciente con Insuficiencia Cardíaca^{36,37,38,39}

Diagnóstico NANDA	Resultados Esperados NOC	Intervenciones NIC
00092 Intolerancia a la actividad	0005 Tolerancia a la Actividad 0002 Conservación de la energía	0180 Manejo de Energía 4310 Terapia de actividad 4046 Cuidados cardíacos: rehabilitación 0200 Fomento del ejercicio
00146 Ansiedad	1402 Control de la ansiedad	5820 Disminución de la Ansiedad 5230 Aumentar el afrontamiento
00123 Conocimientos deficientes	1808 Conocimiento: medicación 1813 Conocimiento: régimen terapéutico 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad 1811 Conocimiento: actividad prescrita	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad 5614 Enseñanza: dieta prescrita 5616 Enseñanza medicamentos prescritos 5612 Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito 5520 Facilitar el aprendizaje
00078 Gestión Ineficaz de la propia salud	1601 Conducta de cumplimiento 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión	4420 Acuerdo con el paciente 4360 Modificación de la conducta
00108-9-10 Déficit Autocuidados	0300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria	1800 Ayuda en el autocuidado
00095 Insomnio	0003 Descanso 0004 Sueño	1850 Mejorar del sueño
00069 Afrontamiento inefectivo	1302 Superación de problemas 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida	5270 Apoyo emocional 5230 Aumentar el afrontamiento 5250 Apoyo en la toma de decisiones
00070 Deterioro de la adaptación	1300 Aceptación estado de salud 1302 Superación de problemas	5270 Apoyo emocional 5230 Aumentar el afrontamiento
00061 Cansancio en el rol de cuidador	2508 Bienestar del cuidador familiar	7040 Apoyo al cuidador principal

Fuente: *Elaboración propia*

8. Atención domiciliaria

La IC, al ser una enfermedad evolutiva, puede llegar a ser muy invalidante, cursando en muchos casos con disnea de pequeños esfuerzos o de reposo. Las características frecuentes de estos pacientes (ancianos, frágiles, con comorbilidad, dependientes y con necesidades de recursos sociosanitarios) hacen que se vean favorecidos por la atención domiciliaria. Desde Atención Primaria se debería priorizar este servicio, asegurando una atención domiciliaria integral y longitudinal.

Existen numerosas experiencias de seguimiento en domicilio con buenos resultados, aunque dispares en algunos de los ítems evaluados^{40,41}. En un metaanálisis⁴² se concluyó que la involucración del paciente en su autocuidado y el seguimiento cercano por el médico y enfermera junto con el cardiólogo puede ser eficaz en la disminución de la mortalidad y de los reingresos; es pues, imprescindible una buena coordinación que permita la continuidad asistencial. Corrales⁴³ expuso las diferencias entre los distintos modelos organizativos para mejorar la coordinación y continuidad de cuidados, opinando que “la continuidad asistencial se favorece cuando es el mismo profesional el que efectúa, coordina y decide el plan a realizar”. La creación de unidades específicas dependientes de servicios hospitalarios implica un modelo dirigido a la enfermedad en lugar de a la persona y conduce a la creación de una red paralela y a la fragmentación del sistema de provisión de cuidados en domicilio⁴⁴.

Para realizar una atención integral del paciente enfocada al autocuidado, máxime cuando se trata de acudir a domicilio, las enfermeras comunitarias tienen un papel indiscutible, pudiendo prestar unos cuidados de alta calidad si se realizan cambios organizativos, se cuenta con recursos adecuados, coordinación con hospital y servicios sociales y se protocoliza la intervención. El cuidado es el elemento diferenciador de la profesión enfermera, siendo el Modelo de Autocuidado el predominante en AP, por ello son estas profesionales las que están mejor capacitadas para llevar a cabo el concepto Autocuidado⁴⁴.

La intervención en el domicilio irá dirigida a mejorar la calidad de vida; controlar los síntomas: la detección precoz de empeoramiento y su abordaje, tratando de evitar reingresos; educación sanitaria para el autocuidado; soporte emocional para el afrontamiento de la enfermedad y la discapacidad y soporte al entorno familiar y cuidador principal.

Se ha de realizar una valoración funcional mediante las escalas habituales (Barthel o Katz), valoración de signos y síntomas comunes en la IC y una valoración integral por patrones funcionales de Gordon, para detectar: necesidades de cuidados (educativas, físicas y psicosociales), la capacidad para el autocuidado, problemas de colaboración y necesidades en el cuidador principal. Tras esta valoración se establecerá el plan de cuidados individualizado. La periodicidad de las visitas irá en función de las necesidades de cada paciente y su nivel de dependencia.

9. Conclusión

En este trabajo se ha hecho una revisión global de la IC, su definición, síntomas, tratamiento farmacológico y no farmacológico, para contribuir a actualizar conocimientos y a mejorar los cuidados que prestan las enfermeras de AP, abordando desde una perspectiva integral el manejo en consulta y domicilio y aspectos educacionales tendentes al autocuidado del paciente mediante el reconocimiento precoz de síntomas, fomentando la adherencia y enseñando una serie de habilidades necesarias para un buen control de la enfermedad.

Bibliografía

1. San Román-Terán C, Guijarro R, Guil M. El punto de vista del internista: papel de la comorbilidad asociada en la insuficiencia cardiaca. *Cardiocyte*. 2010; 45: 147-9.
2. Anguita M, Crespo MG, de Teresa E, Jiménez M, Alonso L, Muñiz J. Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en la población general española mayor de 45 años. *Estudio PRICE*. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61:1041-9

3. Galindo G, Cruz I, Real J, Galván L, Monsó C, Santafé P. Pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca en Atención Primaria: envejecimiento, comorbilidad y polifarmacia. *Aten Primaria*. 2011; 43 (2): 61-7.
4. Rivas B, Permanyer G, Brotons C, Aznar J, Sobreviela E. Perfil clínico y patrones de manejo en los pacientes con insuficiencia cardiaca atendidos ambulatoriamente en España: estudio INCA. *Aten Primaria*. 2009; 41 (7): 394-401.
5. Gervas J, Pérez M. Prestación de servicios sanitarios: qué, quién, cuándo y dónde. En: Ortún V, director. *La refundación de la atención primaria*. [Internet]. Madrid: Springer Healthcare; 2011. [Consultado 23 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/pdf/La_refundacixn_de_la_Atencixn_Primaria.pdf.
6. Grupo de Trabajo de la ESC para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008). Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008). *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61(12):1329. e1-1329.e70. [Consultado el 27 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13129755&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=25&ty=33&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revvespcardiol.org&lan=es&fichero=25v61n12a13129755pdf001.pdf
7. Grupo de Trabajo de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardiaca Aguda y Crónica 2012 de la Sociedad Europea de Cardiología. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica 2012. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65 (10): 938.e1-e59. [Consultado el 27 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=90154894&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=25&ty=103&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v65n10a90154894pdf001.pdf
8. Anguita M, Comín J, Almenar L, Crespo M, Delgado J, Gonzalez-Costello J, et al. Comentarios a la guía de práctica clínica de la ESC sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica 2012. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 63(10): 974-8
9. Diccionario de medicamentos y principios activos [Internet]. España: UBM médica Spain SA; 2010. [Consultado el 20 de diciembre 2012]. Disponible en: <http://www.vademecum.es/>
10. Castro F, Sastre I. Carta al Director. Medicamentos desaconsejados en pacientes con dieta hiposódica. *Aten Primaria*. 2011; 43(7): 387-8.
11. Escuela Andaluza de Salud Pública. Riesgo del uso de medicamentos desaconsejados en pacientes con dieta hiposódica: Presentaciones efervescentes. *Boletín terapéutico andaluz*. 2011; 27(2): 7-8.
12. Meco JF, Pascual V, editores. Guía de alimentación cardiosaludable en Atención Primaria. Unilever Foods SA; 2004.
13. Luque, M. Contenido en sodio de la dieta y enfermedades cardiovasculares. *Cardiovasc Risk Factors*. 2000; 9: 319-25.
14. Domingo M, Mena A, Lupon J. Los principales problemas de salud: Insuficiencia Cardiaca. *AMF*. 2012; 8(1): 4-16.

15. Miyoko N, Strunk MC, Guimaraes G, Rezende VC, Bocchi EA. ¿La dieta con bajo nivel de sodio es de hecho una recomendación que sirve a todos los pacientes con insuficiencia cardiaca estable?. Arq Bras Cardiol. 2010; 94(1): 87-95.
16. De la Hera P, Lorente N, Fontaneda A, Cancho C, San Martín M, Autillo B, et al. Medidas de autocontrol en insuficiencia cardiaca, especializada-atención primaria. Gerencia de Salud de Área de Palencia. [Consultado el 15/12/2012]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/54835391/Guia-IC-Especializada-AP-2009-1>.
17. De la Serna, F. El ejercicio físico en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca. En: De la Serna, F. Insuficiencia Cardíaca. 3ra ed. Editorial Federación Argentina de Cardiología; 2010. p. 518-24.
18. Área de Referencia Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Servicio de Cardiología. Manual de diagnóstico y tratamiento de insuficiencia cardiaca crónica. 2011. [Consultado 14 enero 2013]. Disponible en: <http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2057-ga.pdf>.
19. Rejane E, Badin G, Bandeira F, Brasil K, de Oliveira A. ¿Qué enseñar a los pacientes con insuficiencia cardiaca y por qué?: el papel de los enfermeros en las clínicas de insuficiencia cardiaca. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2007 [Consultado 12/01/13]; 15(1). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es_v15n1a24.pdf.
20. Morales JM. Efectividad de los modelos alternativos de Atención para pacientes con insuficiencia cardiaca: Revisión sistemática. [Consultado 30 diciembre 2012]. Disponible en: <http://www.index-.com/lascasas/documentos/lc0041.pdf>.
21. Peña-Gil C, Comín-Colet J. Integración de ámbitos asistenciales. Rev Esp Cardiol Supl. 2007; 7: 21C-9C. [Consultado 30 diciembre 2012]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13108424&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=25&ty=77&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revcardiol.org&lan=es&fichero=25v7nSupl.Ca13108424pdf001.pdf
22. Programa de IC Hospital del Mar- SAP Litoral. Protocolo de Intervención Multidisciplinaria Basada en Enfermería. Justificación de un Modelo Basado en la Intervención de Enfermería. [Consultado 30 diciembre 2012]. Disponible en: <http://www.parcdesalutmar.cat/mar/protocol%20Programa%20IC%20Hospital%20del%20Mar-%20SAP%20Litoral.pdf>.
23. Bouza D, Pazos A, González FJ, Nóvoa FJ, Pereira J, Vázquez JM, et al. Desarrollo de un programa de asistencia integral a la insuficiencia cardiaca en Atención Primaria con la colaboración de Atención Especializada, gestionada a través de un sistema inteligente de información. [Consultado 30 diciembre 2012]. Disponible en: <http://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/becas/desarrollo-programa-asistencia-insuficiencia-cardiaca.pdf>.
24. Gervás J. [Potenciar la atención primaria para mejorar el seguimiento de la insuficiencia cardiaca en los países desarrollados](#). Aten Primaria. 2006; 37 (8): 457-9. [Consultado el 30 diciembre 2012]. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2009/03/potenciar-la-ap-para-mejorar-el-seguimiento-de-la-ic-en-paises-desarrollados.pdf>.
25. Gálvez, M. ¿Cómo experimentan y entienden pacientes y médicos las recomendaciones al alta que se suministra a los enfermos que padecen insuficiencia cardiaca?. Index Enferm, 2010; 19 (2-3): 226-8. [Consultado 15 de enero de 2013]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200035&lng=en&nrm=iso&tlng=en

26. Olivella M, Patricia C, Bastidas CV. Fomento del autocuidado en la insuficiencia cardiaca. *Enfermería Global*. 2012; (25): 282-6.
27. Van der Wal MH, Jaarsma T, Van Veldhuisen DJ. Noncompliance in patients with heart failure: how can we manage it?. *Eur J Heart Fail*. 2005; 7(1): 5-17.
28. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59(2): 166-70.
29. Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2004. [Consultado 24 de diciembre de 2012]. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>.
30. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. [Consultado 22 de diciembre de 2012]. Disponible en: www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
31. Rodríguez García MJ. Adherencia farmacológica. Polimedicación. En: SEAPA. Actualización farmacológica en enfermería de Atención Primaria. 1ª ed. Oviedo: SEAPA; 2013. p. 357-412
32. Murcia-salud [Internet]. Portal sanitario de la región de Murcia. [Consultado 10 de enero 2013]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=19316&idsec=453
33. Lara MD, Segura C. Diagnósticos e intervenciones de enfermería en el paciente ambulatorio con cardiopatía isquémica. *Enferm Cardiol*. 2009; 16 (46): 17-22.
34. Puntunet ML, Ortega MC, Montesinos G, Leija C, Quintero MM, Cruz G, et al. Diagnósticos de enfermería más frecuentes por necesidad en la persona con afección cardiovascular. *Rev Mex de Enferm Cardiológica*. 2012; 20 (1): 12-6. [Consultado 23 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.index-f.com/rmec/20/20-012.php>
35. López MG, Rus C, Martínez MM, Cortez GA, Delgado M. Aplicación de un plan de cuidados de enfermería en un programa de insuficiencia cardíaca. *Enferm Cardiol*. 2007; 14(41): 25-32.
36. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011. 1ª ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2010.
37. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, et al, editores. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. 2ª ed. Madrid: Elsevier, 2007
38. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2009
39. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E, editoras. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009
40. Miralles Vicedo B. Impacto del manejo domiciliario versus hospitalario en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica. *J Am Coll Cardiol*. 2012; 60: 1239-48. [Consultado 31 de diciembre de 2012]. Disponible en: URL: <http://www.secardiologia.es/practica-clinica->

investigacion/blog-cardiologia-hoy/jacc-journal-american-college-cardiology/4339-impacto-manejo-casa-versus-hospitalario-en-pacientes-con-insuficiencia-cardiaca-cronica.

41. Brotons C, Falces C, Alegre J, Ballarín E, Casanovas J, Catá T, et al. Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la efectividad de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardiaca: estudio IC-DOM. Rev Esp Cardiol. 2009; 62 (4): 400-8. [Consultado 31 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/ensayo-clinico-aleatorizado-evaluar-efectividad/articulo/13135064/>.

42. Finlay A, Stewart S, Ferrua S, McMurray J. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. J Am Coll Cardiol. 2004; 44: 810-9. [Consultado 31 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1135896>.

43. Corrales D, Alonso A, Rodríguez MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26 (S): 63-8. [Consultado 31 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.smandaluz.com/sites/default/files/docu_pdf/2012docuPDF/INFORME-SESPAS2012.pdf#page=68.

44. FAECAP. Las enfermeras comunitarias ante las Necesidades de las personas en el siglo XXI. Estrategia ante las personas con problemas crónicos. Estrategia ante la dependencia y la fragilidad. FAECAP. 2012. [Consultado 31 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.faecap.com/noticias/show/las-enfermeras-comunitarias-ante-las-necesidades-de-salud-de-las-personas-con-problemas-cronicos>.

Links de interés para la consulta de enfermería:

Alimentación:

http://www.observatoriodelasaludcardiorenal.es/herramientas_tablasSodio.php

<http://www.fundaciondelcorazon.com/images/stories/file/dieta-insuficiencia-cardiaca.pdf>

http://www.observatoriodelasaludcardiorenal.es/herramientas_tablasPotasio.php

Ejercicio:

http://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/preven/cap_06.pdf

Registros:

<http://www.insuficiencia-cardiaca.com/insuficiencia-cardiaca-descargas/peso-tension-arterial-frecuencia-cardiaca-sintomas-liquidos-insuficiencia-cardiaca.pdf>

Autocuidado:

<http://www.telecardiologo.com/descargas/78747.pdf>

Planes de cuidados estandarizados:

<http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/3101.pdf>

<http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2057-ga.pdf>

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/insuficiencia_cardiaca/insuficiencia_cardiaca.pdf

Experiencia de una EIR en Deshabituación Tabáquica

Experience of a Nurse Specialist in Formation in Smoking Cessation

Alba Martínez Álvarez (EIR)

C.S de Las Vegas

Manuscrito recibido: 25-01-2013

Manuscrito aceptado: 19-03-2013

Cómo citar este documento

Martínez Álvarez A. Experiencia de una Enfermera Interna Residente en deshabituación tabáquica. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Abr; 1 (2): 27-36.

Resumen

El hábito tabáquico está considerado como una enfermedad crónica, a la vez que una conducta de riesgo, de gran prevalencia e importancia entre la población general. En él hay que tener en cuenta no sólo el tratamiento farmacológico, sino también el conductual, con la importancia que los hábitos, rutinas y entorno del paciente tienen en estos casos. Por tanto, durante la formación en la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria tenemos la oportunidad de formarnos en deshabituación tabáquica tanto individual como grupal. La experiencia en este campo fue muy positiva tanto para mí como para los pacientes, pudiendo abarcar un campo tan importante como es el hábito tabáquico y a la vez tan abandonado e infravalorado.

En este artículo presentaré mi experiencia en este campo.

Palabras Clave

Tabaco, Cese del uso del tabaco, Tabaquismo, Enfermería en salud comunitaria, Educación en enfermería, Atención de enfermería.

Abstract

The smoking habit is considered a chronic disease as well as risky behavior that have a high prevalence and importance. It must take into account not only drug treatment, but also the behavior, the importance of habits, routines and patient environment have in these cases. Therefore, during the specialty of Family and Community Nursing we have the opportunity to shape us into smoking cessation both individual and group. The experience in this field was very positive so much for me as for the patients, being able to include a field as important as it is the habit tabáquico and simultaneously. In this article I will present my experience in this area.

Keywords

Tobacco, Tobacco Use Cessation, Smoking, Community Health Nursing, Education Nursing, Nursing care.

Introducción

Uno de tantos temas en los que tenemos que formarnos durante nuestra especialidad es en deshabituación tabáquica, tema de actualidad y gran importancia a nivel sanitario tanto por la prevalencia de fumadores como por sus consecuencias.

Durante mi primer año en el centro de salud de Las Vegas, mi centro de referencia, se realizaron distintas intervenciones en relación con este problema de salud, entre las que se encuentran talleres en colegios y una campaña en el día mundial sin tabaco, organizada por las enfermeras de pediatría, en la cual colaboraron los alumnos del C.P. de Las Vegas en diversas actividades. Una de ellas consistió en la administración de una encuesta a todos los usuarios que ese día acudían al centro, la cual fue creada por mí para dicha actividad y supervisada por *Dña. Carmen Díez Fernández*. Los resultados, que se pueden consultar en el Anexo 1, si bien no tienen mucho rigor científico, sí fueron interesantes para nosotras.

Como consecuencia, algunas enfermeras del centro de salud decidimos impulsar las intervenciones en deshabituación tabáquica, algo olvidadas en Atención Primaria. Se planteó la intervención en consulta individual y grupal y se creyó oportuno que yo, como EIR, fuera la responsable de dicha intervención grupal. Para ello, en primer lugar desarrollé una sesión clínica para médicos y enfermeras del centro de salud, con muy buena acogida por parte de todo el personal. Dicha sesión la expondré a continuación (a excepción del apartado sobre medicación y tratamiento en menores de edad que no se incluye en el artículo) junto con las conclusiones que obtuve tras la realización de las intervenciones planteadas.

Destacar que la mayor parte de la información está sacada de diversas guías de práctica clínica (referidas en la bibliografía), en especial la guía para profesionales del Principado de Asturias "*Intervención en tabaquismo desde Atención Primaria de Salud*"¹ y la información obtenida durante mi rotación en la consulta especializada del C.S del Quirinal cuya responsable es la enfermera *Dña. Carmen González Carreño*.

Objetivo

Presentar a las enfermeras/os de Atención Primaria mi experiencia en deshabituación tabáquica, como residente de Enfermería Familiar y Comunitaria, así como una opción de trabajo en este campo.

Desarrollo

1. ¿Por qué compensa intervenir en tabaco?

- La conducta de fumar está definida por la American Psychiatric Association como un trastorno adictivo con consideración de **enfermedad crónica** que además es una conducta de riesgo^{2,3}.
- El tabaco es la mayor causa aislada de mortalidad prevenible en el mundo y causante de unos 5,5 millones de muertes anuales **evitables** (2.398 en Asturias según el Observatorio sobre Drogas para Asturias), invalidez y muerte. La esperanza de vida disminuye 10 años y la mitad de ellos morirán por enfermedades causadas directamente por el consumo tabáquico. Es curioso compararlo con los 1,8 millones de muertes por VIH, enfermedad con la que sí se está concienciado. Si se continúa con esta tendencia, 1000 millones de personas sufrirán este tipo de muerte a lo largo de este siglo según las estimaciones de la OMS¹⁻⁷.

- Es la primera causa de cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, infecciones de las vías respiratorias y EPOC en los países desarrollados. Estas son, en este orden, las principales causas de mortalidad en dichos países ^{1,2,3,4,7}.
- En cuanto a la epidemiología, España está por encima de la media, siendo el mayor consumidor europeo, habiendo aumentado considerablemente, especialmente en mujeres, desde 1999. Existe una diferencia del 20% con respecto a Italia o Francia, considerándose que aproximadamente el 30% de la población es fumadora.
- En el caso concreto de Asturias, el 80% ha tenido en alguna ocasión alguna experiencia respecto al tabaco y el 32 % tiene un consumo diario de tabaco, siendo el porcentaje semejante entre hombres y mujeres⁸.
- De toda esta población de fumadores, el 60% quiere dejar de fumar aunque la mayoría no sabe dónde pedir ayuda^{1,3}.
- Desde el Banco Mundial se describen 6 intervenciones coste-efectivas entre las que se incluyen: mejorar la información sobre las consecuencias de esta conducta y el tratamiento (incluido el farmacológico) para dejar de fumar¹.
- Está demostrado que habiendo ayuda aumenta la tasa de éxito en cuanto a abandonos, mientras que disminuye si el paciente se automedica¹⁻⁶.
- La legislación nacional, LEY 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo, en su artículo 12 lo respalda diciendo que "las administraciones públicas competentes promoverán el desarrollo de programas sanitarios para la deshabituación tabáquica en la red asistencial sanitaria, **en especial en atención primaria**" ¹.

2. Actuación

Hay que tener en cuenta que fumar es una **conducta aprendida, una dependencia física y una dependencia psíquica**. Por ello las intervenciones se basarán en un abordaje **psicológico y farmacéutico**. A continuación expondré, como ya se mencionó anteriormente, sólo las relacionadas con el abordaje psicológico/conductual.

3. Abordaje Psicológico

Según la *US Public Health Service* las 5 intervenciones recomendadas son ^{1,7}:

Hay que tener en cuenta que fumar es una conducta aprendida, una dependencia física y una dependencia psíquica. Por ello las intervenciones se basarán en un abordaje psicológico y farmacéutico.

AVERIGUAR EL HÁBITO TABÁQUICO DE TODOS LOS PACIENTES

En el caso de no fumadores o exfumadores (persona que lleva más de un año sin fumar) reforzar y felicitar. Si son fumadores (definido por la OMS como 1 cigarrillo al día en el último mes) pasar a la segunda fase.

ACONSEJAR A TODOS LOS FUMADORES

El consejo sanitario en esta fase debe ser breve, **positivo** y personalizado. Hay que ofrecer nuestra ayuda para dejarlo y proporcionar material informativo sobre el tabaquismo¹.

APRECIAR LA DISPOSICIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

Siguiendo las fases del modelo del cambio de Prochaska y Diclemente, si se encuentra en fase de precontemplación o contemplación realizaremos una intervención breve, explicada más adelante¹.

Si se encuentra en fase de preparación o acción pasar a la siguiente fase.

AYUDAR AL PACIENTE INTERESADO EN DEJARLO

Siguiendo el mismo modelo de cambio, a las personas en fase de preparación les ayudaremos con asesoramiento práctico, visitas de seguimiento y/o tratamiento farmacológico¹. Según la evidencia hay que ofrecer a todos los fumadores, al menos, tratamientos breves, que gozan de eficacia demostrada. El asesoramiento individual, grupal y telefónico es eficaz, y su efectividad aumenta con la intensidad del tratamiento⁶.

El tiempo de las intervenciones puede dividirse en varias consultas: una 1ª consulta más larga y las sucesivas más cortas. Sin embargo también está demostrado que no todas las personas requieren sesiones muy largas. En ocasiones una intervención breve es suficiente. En estos casos y teniendo en cuenta el coste-beneficio, no se realizaría una intervención sistematizada.

ACORDAR LOS CONTACTOS DE SEGUIMIENTO

4. Tipos de Intervenciones

4.1. Intervención breve

Indicada en fases de **contemplación y precontemplación**. La evidencia demuestra que sólo con el consejo sanitario y material didáctico proporcionado en esta intervención, que recordemos es de 2-3 minutos, aumentamos la tasa de abstinencia un 2,5 %. Hay que realizar la una entrevista motivacional y proporcionar material didáctico. El objetivo final es aumentar la motivación y autoeficacia^{1, 3, 4, 6}.

4.2. Intervención sistematizada

Está indicada en la fase de **preparación**.

Se planearán: 3 consultas semanales, continuando con dos mensuales y una anual. En este tipo de pacientes se planteará la opción del tratamiento farmacológico^{1, 2, 3, 4}.

1ª CONSULTA:

Comenzaremos con una anamnesis y exploración física. Así averiguaremos patologías que determinarán el tratamiento farmacológico, falsas creencias, dependencia y motivación (mediante escalas de Richmon, Fagerström y Glover Nillson), patrón de la conducta, motivaciones para dejar de fumar, posibles barreras, etc. Todas estas actuaciones se encuentran pormenorizadas en el protocolo del SESPA para el Tabaco.

En cualquier caso y como pilar básico de este tipo de consultas hay que dejar que el paciente exprese sus sentimientos y miedos, sobre los que luego actuaremos, **y acordar siempre entre los dos** las actuaciones que llevaremos a cabo. Reforzaremos la decisión tomada y felicitaremos al paciente y, por supuesto, nunca le juzgaremos.

Tras esta consulta, en la mayoría de los casos, el paciente seguirá fumando con o sin tratamiento farmacológico, al menos hasta la siguiente sesión. De esta manera prepararemos al paciente para el cambio de conducta y disminuirémos la tasa de fracaso.

Una vez realizada la valoración y creada una adecuada relación enfermera-paciente:

- 1) Se explicarán los posibles tratamientos que el profesional haya creído convenientes en su caso para que vaya eligiendo la alternativa que más se adecue a él.
- 2) Se explicarán los posibles síntomas o efectos adversos de dejar de fumar (síndrome de abstinencia) dejando claro que son totalmente diferentes tanto en aparición como en intensidad en cada paciente.
- 3) Se desmontarán falsas creencias.
- 4) Se explicará la posibilidad de recaídas para que, si ocurre, no lo vean como un fracaso sino como un aprendizaje.
- 5) Se insistirá en la necesidad de su fuerza de voluntad (no hay medidas milagrosas) y se terminará reforzando los aspectos positivos del dejar de fumar teniendo en cuenta, sobre todo, sus motivaciones.
- 6) Posteriormente, se le recomendará un registro de los cigarros fumados. Averiguaremos de esta manera situaciones de riesgo y el paciente se hará consciente de la conducta. Sólo con esto ya hay pacientes que dejan de fumar o, en muchos casos, disminuyen el consumo.
- 7) Deberán apuntar los motivos para dejar de fumar y mirarlos de vez en cuando (sobretudo en los periodos bajos de motivación) así como las causas por las que fuman para determinar situaciones de riesgo y anteponerse a ellas.
- 8) Buscarán apoyos informando a todo su entorno del abandono.
- 9) Eliminarán relación conducta-tabaco, empezando por posponer media hora aquellos cigarrillos fijados por costumbre (ejemplo: al salir de coche, nada más desayunar...).
- 10) Fijaremos el día "D": se puede fijar en las siguientes 4 semanas, pudiendo ser más recomendable en las 2 siguientes. En casos de alta motivación y baja dependencia podrían plantearse dejarlo en los próximos días, realizando antes lo establecido en los puntos anteriores.
- 11) Para terminar, aunque ésta se pueda realizar en cualquier otro momento, realizaremos un cooximetría. Nos servirá para el seguimiento y la valoración del paciente (modo de fumar, tabaco fumado...).

2ª CONSULTA

Si ya ha dejado de fumar: ver 3ª consulta

Si aún no ha dejado de fumar y lo hará entre esta y la próxima consulta (lo más habitual):

- 1) Reforzaremos la decisión y valoraremos la motivación en este momento.
- 2) Dejaremos al paciente expresarse.
- 3) Valoraremos los registros: los explicaremos y comprobaremos qué aprendieron.
- 4) Solucionaremos dudas y continuaremos desmontando falsas creencias.
- 5) Explicaremos que las ganas de fumar se puede prevenir o controlar y que duran minutos, luego desaparecen de nuevo y explicaremos que la motivación fluctúa y cómo actuar.
- 6) Se explicarán al dejar de fumar de pierde el efecto anestésico del tabaco por lo que los pacientes refieren la sintomatología de la faringitis (queja muy habitual) que

probablemente tengan pero que no han sentido hasta el momento. También notarán más expectoración y tos ya que la destrucción ciliar que se produjo con el tabaco junto con el resto de modificaciones del árbol bronquial, producen mayor acumulación de moco, más dificultad para expulsarlo y por tanto tos y molestias. Esto puede durar unos meses (hasta 6 aproximadamente) pero es normal y síntoma de que se está mejorando.

- 7) Repasaremos la medicación: preferencias, tipo de medicación que va a tomar en el caso de que así sea y pautas.
- 8) Daremos recomendaciones higiénico-dietéticas:
 - Beber zumos ricos en Vitamina C y agua.
 - Pensar “**hoy** no voy a fumar” (eliminar pensamientos a largo plazo).
 - En personas que necesiten mantener las manos ocupadas sugerir canicas o semejante.
 - Aumentar el ejercicio para compensar el gasto de 200 Kcal/día que provoca el consumo de tabaco, así como liberar endorfinas, sustituyendo la sensación placentera del tabaco.
 - Prácticas de relajación para momentos de mayor ansiedad.
 - Mantener el mismo hábito dietético no sustituyendo el tabaco por comida. Tener en cuenta que el café hará más efecto al dejar de fumar, por lo que conviene disminuirlo para prevenir el insomnio, que además es uno de los síntomas del síndrome de abstinencia, junto con la ansiedad-nerviosismo e irritabilidad.
 - Buscar actividades de ocio no relacionadas con el tabaco.
 - Establecer recompensas.
 - Recomendaciones para el síndrome de abstinencia: vaso de agua fría para momentos de “mono”, infusiones para dormir (recordar que el anís es antídoto de la nicotina, que existen infusiones para facilitar el tránsito intestinal y tener cuidado con infusiones excitantes)...
- 9) Según sus preocupaciones principales, les daremos los consejos o información más adecuados. Tener en cuenta la habitual preocupación por la ganancia de peso: desmontar falsas creencias, aumentar el doble el ejercicio, comer lo mismo y si el profesional lo ve conveniente proponer medicación para la deshabitación tabáquica que disminuya el aumento de peso-apetito.

3º SEGUIMIENTO

- Felicitaremos al paciente.
- Analizaremos los beneficios que está observando.
- Analizaremos adherencia al tratamiento farmacológico.
- Analizaremos las dificultades que ha encontrado y propondremos soluciones, valorando falsas creencias que aún no se hayan desmontado y el síndrome de abstinencia.
- Adelantaremos posibles sensaciones que podrá ir encontrando según pasan las distintas fases de abandono.

- Recordaremos que no se dejen engañar por la sensación de falsa seguridad: **ni un cigarro y no bajar la guardia ante situaciones de riesgo.**
- Insistiremos en hábitos dietéticos, ejercicio y control de TA.
- Realizaremos refuerzo positivo y motivación.
- Realizaremos la cooximetría.

En el caso de recaída:

- ✓ *Animaremos.*
- ✓ *Analizaremos las causas.*
- ✓ *Dejaremos que se exprese.*
- ✓ *Recordaremos que no es un fracaso.*
- ✓ *Replantearemos el tratamiento acordándolo con el paciente.*

5. Terapia Grupal

Entendemos una intervención grupal en deshabituación tabáquica como una intervención, generalmente enfermera, en la que se busca la complicidad y el apoyo mutuo para el cambio de conducta. Es muy importante crear una atmósfera sin juicios y con metas realistas y saludables.

El número de sesiones estará alrededor de las 7-9 con una duración de 60-90 minutos cada una. En todas ellas se realizará una cooximetría que servirá de control y motivación y una valoración del síndrome de abstinencia.

En primer lugar los pacientes expresarán sus dificultades, miedos, creencias... Hay que dejar que se expliquen sin juzgarles y mostrando siempre empatía. **Todas las sesiones tienen que terminar con un refuerzo positivo.**

A pesar de que siempre haya que ir con una idea de lo que el profesional quiera comentar en las sesiones, hay que amoldarse a la evolución que tengan según lo que los pacientes quieran comentar, preguntar o expresar cada día.

En el caso de grupo cerrado, que es lo más recomendado, las sesiones se desarrollarán según el siguiente modelo:

1º SESIÓN

- Presentación.
- Charla informativa sobre epidemiología del tabaquismo, patología que produce y beneficios del cese tabáquico.
- Identificación y desmontaje de falsas creencias más comunes y de las que vayan surgiendo en las sesiones.
- Establecimiento de metas realistas acordadas con cada paciente. Información sobre tratamiento farmacológico.

- Administración de test sobre síntomas de síndrome de abstinencia: es útil empezarla antes del intento de cese para valorar los síntomas que ya existían y no achacarlos al cambio de conducta
- Cooximetría y peso.
- Consejos para la fase de preparación: registro de cigarrillos, posponer media hora los que sean conductuales, cambiar de marca de tabaco, buscar apoyos en su entorno y anotar motivos para dejar de fumar.

2º SESIÓN

3 DÍAS antes del día D.

- Enseñar a ser consciente de los cigarrillos fumados y valorar su patrón de conducta y sus situaciones de riesgo.
- Realizar cooximetría, peso y síntomas de síndrome de abstinencia.
- Charla sobre dependencia física y psíquica, posibles efectos del síndrome de abstinencia y pautas para prevenirlo o disminuirlo.
- Impartir técnicas de relajación y otros mecanismos de afrontamiento a situaciones difíciles.

3º SESIÓN

- Realizaremos cooximetría, peso y valoración del síndrome de abstinencia.
- Dejaremos que los pacientes expresen sus mayores dificultades, estrategias utilizadas, ideas erróneas, etc.
- Reforzaremos técnicas de autocontrol y anticipación.

4º SESIÓN

- Realizaremos cooximetría, peso y valoración del síndrome de abstinencia.
- Analizaremos los pros y los contras de cada paciente y evaluaremos la posible fase de duelo.
- Daremos pautas higiénicas de sueño y seguiremos insistiendo en técnicas de autocontrol, relajación y anticipación.

5º-7º SESIÓN

- Realizaremos cooximetría, peso y valoración del síndrome de abstinencia.
- Analizaremos los beneficios observados por los pacientes, reforzando este aspecto. Es muy útil dejar que se refuercen entre ellos y se den "trucos", que se expresen y compartan opiniones.
- Daremos recomendaciones dietéticas y les animaremos a que empiecen a darse recompensas.
- Evaluaremos situaciones de riesgo a las que se han enfrentado o que se enfrentarán y reforzaremos las técnicas de afrontamiento y resolución de problemas.

8º Y 9º SESIÓN

- Valoraremos la evolución de los pacientes, desdramatizaremos el fin del tto farmacológico y trabajaremos prevención y posibles recaídas.

6. Resultados de la Experiencia

Tras la realización del grupo para deshabituación tabáquica se puede observar una mayor implicación de todo el personal del centro de salud en este tema, aumentando el interés la formación así como la colaboración con los profesionales que actualmente ya trabajan el cese tabáquico. Diversas enfermeras comenzaron a realizar deshabituación tabáquica a nivel individual y una de ellas decidió continuar con los talleres de manera programada y continuada.

En cuanto a mi experiencia personal, fue muy positiva tanto a nivel de grupo como a nivel individual:

- **Experiencia grupal:** Pocos de ellos abandonaron el intento tras la primera sesión, en concreto 5, teniendo 3 de ellos razones de peso para ello, mientras que los 7 restantes acudieron a todas las sesiones. Recibieron con gratitud los esfuerzos realizados para ayudarlos y expresaron la importancia del cambio de planteamiento: una enfermera proporciona herramientas y apoyo para mejorar la salud, no una actitud paternalista “riñendo” a los pacientes por no cumplir los objetivos pactados o implantados por la propia enfermera. Así mismo refirieron mayor sensación de responsabilidad y menor frustración que en otros intentos fallidos gracias a los conocimientos proporcionados durante el taller. Sin embargo, y habiendo sido imposible localizar a una paciente, correspondiente al 14%, que había abandonado el hábito durante el transcurso del taller, el 57% no mantuvieron el cese tras un año o no llegaron a realizarlo, en ocasiones por problemas repentinos en el entorno familiar. En estos casos acudieron a mí a comentarme la situación y replantear su programa. Ninguno dejó el grupo ya que eran conscientes de que no era un fracaso, sino un aprendizaje, y que continuar en el grupo les proporcionaría mecanismos y herramientas útiles para el próximo intento. El crear ese clima de confianza lo valoraron como muy positivo, enfrentándose de otra manera a las situaciones no previstas.

El hecho de que el porcentaje de abandono sea bajo en comparación con otros problemas de salud puede ser frustrante para la enfermera responsable pero en mi caso no lo fue. Considero que el grupo estuvo bien encaminado, con una aceptación y valoración muy buena por parte de los asistentes al mismo y que a pesar de no haber mantenido el cese tabáquico durante un año, lograron herramientas para volver a intentarlo y para enfrentarse de manera adecuada a ese intento fallido.

- **Experiencia en consulta individual:** tras impartir la sesión expuesta anteriormente, acudieron a mi consulta pacientes de varios cupos derivados por el personal de enfermería y medicina. Los resultados en cese tabáquico fueron buenos, consiguiendo el abandono en muchos de los casos teniendo en cuenta el porcentaje habitual. La adherencia a las visitas de seguimiento fue buena, a pesar de tener que aumentar la frecuencia de las mismas en algún caso por la existencia de barreras con las que en un principio no se contaba y que dificultaron mucho el mantenimiento de la motivación del paciente. Los usuarios que acuden a la consulta individual agradecieron la flexibilidad de horario y la intimidad. Al crear el mismo clima de confianza, confidencialidad y empatía, los pacientes se mostraron a gusto, sin temor a decir la verdad respecto a su situación y a las barreras encontradas durante el cese y más dispuestos a realizar las modificaciones oportunas para favorecerlo, ya que son conscientes de que todos ellos han sido pactados entre la enfermera -yo en este caso- y el propio paciente. Ello crea una sensación de responsabilidad imprescindible para lograr el cese tabáquico que sin embargo no está presente al inicio en la mayoría de los casos.

Bibliografía

1. Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Intervención en tabaquismo desde Atención Primaria de Salud Guía para profesionales. Principado de Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2009
2. Fistera.com, Atención Primaria en la Red [sede Web]. La Coruña: Fistera.com. Guía sobre tabaquismo; [actualizada el 23 de Junio de 2011; citada 30 de Enero de 2012]. Disponible en: <http://www.fistera.com/guias-clinicas/guia-tabaquismo/>
3. Consejería para la igualdad y bienestar social, Junta de Andalucía. Guía de práctica clínica de adicción al tabaco. Andalucía: Consejería de igualdad y bienestar social; 2008
4. Gobierno de Murcia, Consejería de Sanidad. Atención al tabaquismo en Atención Primaria. Guía de práctica Clínica. Murcia: Consejería de Sanidad; 2006
5. Organización médica colegial de España, Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Buena Práctica Clínica en abordaje del tabaquismo. Madrid: IM&C; 2006.
6. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Guía de tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; 2010.
7. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Tabaquismo. Abordaje en Atención Primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Granada: SAMFYC; 2011.
8. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Principado de Asturias. Observatorio de Drogas para Asturias. Informe 2008. Oviedo: Consejería de Salud y servicios Sanitarios; 2008.

7. Anexo 1

Datos recogidos mediante la administración de encuestas a todos los usuarios que acudían al centro de salud el 31/05/2011. La administración la realizaron los alumnos del C.P. Las Vegas, supervisados por una enfermera del C.S. de Las Vegas, como parte de las actividades programadas para ese día.

DATOS GENERALES

	2011	2012
Nº encuestas	196	85
Hombres	37,7%	38,8%
Mujeres	57,3%	55,3%
NC sexo	5%	5,9 %
Edad media	51	49,2
DE edad	17	16,6
Edad mínima	18	17
Edad máxima	87	80
NC edad	24%	17,6 %

DATOS FUMADORES

	2011	2012
Porcentaje	22%	29,4%
Hombres	41,8%	56%
Mujeres	55,8%	56%
NC sexo	2%	8%
Hay fumadores en el entorno cercano	67%	68%
Influye entorno cercano fumador	Sí	35%
	NC	12%
El entorno cercano muestra	Rechazo	51%
	Indiferencia	42%
Se plantean dejar de fumar	86%	80%
Conoce apoyos del centro (al menos 1)	63%	56%

DATOS NO FUMADORES

	2011	2012
Porcentaje	78%	70,6%
Exfumadores	42%	58%
Nunca han fumado	55,3%	42%
NC	2,7%	0%
Les molesta el humo (exfumadores)	68%	62%
Establece medidas restrictivas en el hogar (exfumadores)	86%	80%
Realiza medidas de presión a los fumadores para deshabituación (exfumadores)	52%	46%

FUMADORES SEGÚN FRANJA DE EDAD

	2011	2012
Igual o mayor 60 años	2,3%	4%
40-59 años	34,9%	32%
17-39 años	34,9%	40%
NC edad	28%	24 %

El Real Decreto 16/2012 y el Cambio de Modelo Sanitario

The Royal Decree Law 16/2012 and the transformation of Spanish healthcare system

Pablo Pérez Solís (Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria)

Álvaro Díaz Álvarez (Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria)

C.S del Natahoyo. Área sanitaria V (Gijón)

*Manuscrito recibido: 23-01-2013
Manuscrito aceptado: 05-03-2013*

Cómo citar este documento

Pérez Solís P, Díaz Álvarez A. El Real Decreto 16/2012 y el cambio de modelo sanitario. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Abr; 1 (2): 38-47.

Resumen

El Sistema Nacional de Salud (SNS) vigente en España desde la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1.986 se caracterizaba por tres rasgos fundamentales: era universal, público y gratuito. En los últimos meses se han venido introduciendo una serie de modificaciones en el mismo que ponen en entredicho estos tres rasgos. En el presente artículo pretendemos exponer cuales han sido esas modificaciones, los motivos por los que se pueden haber producido, y analizar sus posibles consecuencias en el modelo sanitario que hemos disfrutado (o padecido) hasta ahora.

Desarrollo

1. Gratuidad frente a copago

Cuando se publicó el **"Real Decreto 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones"**¹, lo que los medios de comunicación recogieron, y la idea principal que quedó en la población, era que los medicamentos dejaban de ser gratuitos para los pensionistas. De modo que la norma pasó a ser conocida popularmente como "el Decreto del copago". Esta simplificación ocultaba otros aspectos más trascendentales del Decreto, cuyo desarrollo completo aún está pendiente, pero del que progresivamente van desprendiéndose nuevas medidas que acabarán conformando un sistema sanitario diferente al que hemos tenido las pasadas décadas.

Tras los cambios en la aportación de los usuarios en la prestación farmacéutica, introduciendo el pago de un porcentaje de los medicamentos por los pensionistas, vino la exclusión de la financiación pública de más de 400 fármacos y, en fechas recientes, el copago (término que utilizaremos por ser el más familiar, aunque no sea el más adecuado ²) por el transporte sanitario no urgente.

El Decreto abre más posibilidades de copagos con la creación de un modelo de cartera de servicios distribuido en varias categorías, y que supone una puerta abierta a cambios futuros que pueden ser muy relevantes. Establece una cartera común dividida en tres niveles, que debe ofertarse por igual en todo el Estado, y un cuarto nivel de servicios complementarios consistente en técnicas o procedimientos que cada comunidad autónoma podrá incorporar a su propia cartera de servicios, siempre y cuando tenga dinero para pagarlo. Así, por ejemplo, si una comunidad autónoma tiene medios económicos suficientes, podría ofrecer en su cartera de servicios tratamientos homeopáticos o de cirugía estética con cargo al sistema público. La estricta limitación presupuestaria impuesta por la aprobación del artículo 135 de la Constitución en 2011 y su "hija", la Ley Orgánica de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera (de abril de 2012), afecta directamente a los servicios públicos prestados por las Comunidades Autónomas, y en la situación económica actual es poco probable que se desarrolle una cartera de servicios complementarios. Veremos lo que ocurre en el futuro.

Volviendo a la cartera de servicios comunes, es decir, la que será igual en toda España, se contemplan tres niveles de servicios: básicos, que comprenden todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y que serán totalmente gratuitos; suplementarios y accesorios. En los dos últimos el paciente deberá de pagar una parte del servicio. Entre los servicios suplementarios se incluyen la prestación farmacéutica, el transporte sanitario no urgente y las prestaciones ortoprotésicas ambulatorias, para los que ya se ha establecido el copago, y los productos dietéticos, en los que se establecerá próximamente. Finalmente los servicios accesorios son aquellos "que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico". Serán también "de copago", aunque falta por establecer que servicios incluiría. Entre los "globos sonda" que se han planteado en algún momento estaría la comida de los enfermos ingresados en hospitales, pero el listado podría incluir muchas otras cosas.

No es difícil deducir que el cambio de estructura de la cartera de servicios, con la excusa de organizar y homogeneizar las prestaciones entre comunidades autónomas, establece mecanismos que permitirán sacar de la cartera "gratuita" ciertas prestaciones a conveniencia de distintos intereses y presiones, incluyendo los de las corporaciones privadas. Si algunas actividades pasan al grupo que supone aportación del usuario, o incluso salen de la cartera

común de servicios, probablemente habrá una mayor captación por proveedores privados. Si ya el copago farmacéutico fue controvertido en su origen, el Decreto contempla la posibilidad de otras medidas de gran impacto social y cuyos efectos podrán observarse a medio plazo.

2. Universalidad frente a aseguramiento

*El Real Decreto 16/2012
niega la asistencia
sanitaria a los
extranjeros "sin
papeles" excepto a los
menores de 18 años, las
embarazadas y las
situaciones de urgencia.*

Otro de los aspectos del Real Decreto 16/2012 que trascendió a los medios de comunicación cuando fue publicado, era que negaba la asistencia sanitaria a los extranjeros "sin papeles" excepto a los menores de 18 años, embarazadas y situaciones de urgencia.

Más allá de este hecho, absolutamente reprochable desde el punto de vista ético e incluso de la salud pública, lo que el Decreto estableció fue la obligatoriedad de "estar asegurado" o ser beneficiario para acceder a las prestaciones del SNS. Desde la Ley General de Sanidad y, más detalladamente, desde la aprobación de la Ley de cohesión y calidad del SNS en el año 2.003, la única condición requerida para recibir asistencia sanitaria pública en España era el ser

ciudadano español o, en el caso de los extranjeros sin recursos, estar empadronado. De la asistencia pública universal se ha pasado a una asistencia solamente a las personas aseguradas o beneficiarias. Este cambio de modelo ha sido rechazado ^{3,4} por la Federación de Asociaciones de Enfermería de Atención Primaria (FAECAP) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), entre otros colectivos científicos y profesionales.

Aunque los efectos de este cambio se han atenuado al permitir acogerse a la prestación para personas sin recursos a los que tienen unos ingresos anuales menores de 100.000 euros, y por la decisión de algunas autonomías, entre ellas Asturias, de mantener la asistencia a los "sin papeles", el cambio de filosofía que subyace en la nueva normativa es trascendental: la asistencia sanitaria pública deja de ser un derecho de todos, independientemente de su condición, para ser un derecho que se adquiere si el ciudadano cumple una serie de requisitos, o se concede si se acredita la condición de ciudadano sin recursos. Está por ver si los criterios para poder ser atendido por el SNS se restringen con el tiempo...

3. Sanidad Pública frente a Privatización

El Real Decreto no entra en consideraciones sobre quien ha de ser el proveedor de la asistencia sanitaria. Se habla del SNS, sin detallar para nada si la gestión del mismo ha de ser enteramente pública, privada o mixta. En realidad tampoco era necesario, ya que la posibilidad de gestión privada de los centros sanitarios públicos estaba contemplada en la legislación española desde la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS ⁵, aprobada bajo el gobierno del Partido Popular con los votos favorables del PSOE y los partidos nacionalistas. Dicha ley se aprobó sin demasiado revuelo, probablemente por el consenso entre los partidos mayoritarios y por no provocar un impacto inmediato sobre la atención prestada a los ciudadanos. Sin embargo, es una de las piedras angulares sobre la que descansan cambios fundamentales en la organización sanitaria de este país.

Al amparo de esta ley han surgido varias experiencias de gestión privada, fundamentalmente en la Comunidad Valenciana (modelo Alzira), pero ha sido con la decisión de la Comunidad de Madrid de ofertar seis hospitales y 27 centros de salud a la gestión privada, cuando han

saltado todas las alarmas ante lo que se interpreta como una privatización progresiva del sistema sanitario, dando lugar a una movilización sin precedentes de los profesionales sanitarios que trabajan en esa comunidad. Castilla-La Mancha ya ha anunciado que cuatro de sus hospitales serán ofertados a la gestión privada a lo largo del año 2013, y todo hace pensar que otras autonomías seguirán un camino parecido, al menos aquellas gobernadas por el Partido Popular, ya que el silencio del gobierno central da a entender que aprueba estas iniciativas.

Son varios los autores que han argumentado frente a la creciente presión hacia formas de gestión privada, ya sea señalando similitudes con las reformas del sistema sanitario británico⁶ (un proceso de reformas, recortes y de incorporación de proveedores privados⁷ impulsado por David Cameron en los últimos 2 años), revisando la literatura sobre los modelos de gestión sanitaria⁸, o posicionándose como institución científica contra⁹ las políticas de privatización. Sin embargo, parece que la tendencia sigue adelante.

4. Preparando el terreno

Los cambios mencionados se han venido gestando desde años atrás, cuando nadie había previsto la crisis actual, mediante una serie de mensajes lanzados estratégicamente para crear en la sociedad, y en los responsables políticos, la idea de que la sanidad española era insostenible por la desmesura de sus gastos.

Durante años el sistema sanitario español, “universal, público y gratuito”, ha sido una de las “joyas de la corona”, siendo reconocido internacionalmente como uno de los más eficientes y de los que obtenía mayor grado de aprobación por los ciudadanos. Sin embargo, en los últimos años (desde 2005-2006 aproximadamente la presencia en los medios de comunicación es creciente), ha venido lanzándose el mensaje de que el sistema suponía un gasto que el país no se podía permitir. Esta idea ha calado tan hondo en buena parte de la población que, con la llegada de la crisis, se ha aceptado como inevitable que había que recortar prestaciones sanitarias y empezar a pagar por lo que antes era gratuito. Paralelamente se ha repetido como un mantra que una gestión privada permitiría ahorrar más y sería más eficiente que la pública, algo que no está avalado por ningún estudio comparativo riguroso en nuestro país, donde no se han hecho, y tampoco en otros países en los que sí se han hecho.

Con cifras en la mano, el gasto sanitario en España suponía en 2009 el 9.5% del PIB, y se situaba exactamente en la media de los países de la OCDE¹⁰ (**Figura 1**). De ese porcentaje el 7% era gasto público (tampoco en eso nos destacamos respecto al resto de los países de nuestro entorno) y el 2,5% era gasto privado. En los últimos tres años el porcentaje del gasto público se ha ido reduciendo, y la previsión contenida en el Programa de Estabilidad presentado por el gobierno de España a la Unión Europea, es que al final de 2015 represente solamente el 5,1% del PIB¹¹. Como no es previsible que la sanidad sea más barata en 2015 que en 2009, se supone que lo que van a dejar de aportar las arcas públicas, lo tendrá que aportar el ciudadano de su bolsillo (quien pueda pagarlo, naturalmente), o se recortará en prestaciones.

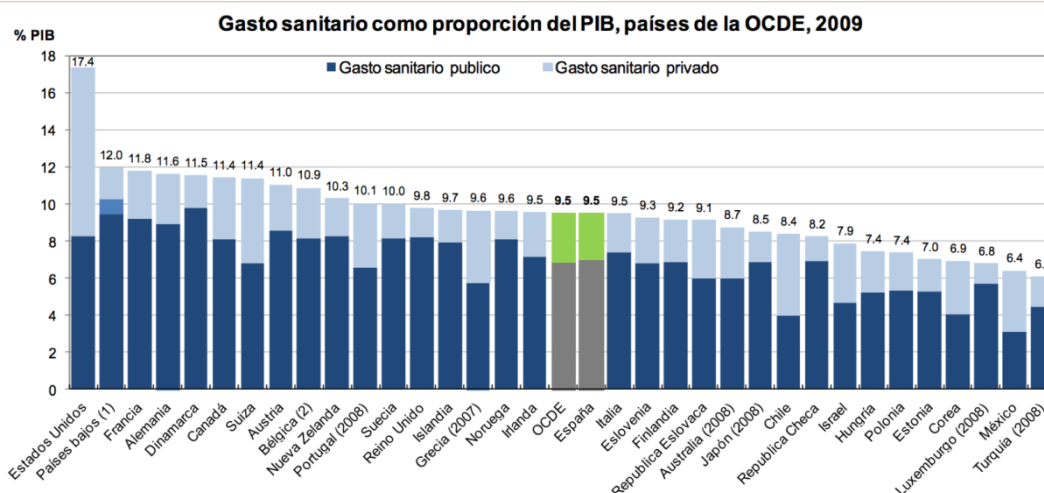


Figura 1: Gasto sanitario como proporción del PIB, países de la OCDE, 2009

Por tanto, más que ante un problema de excesivo gasto sanitario público, estamos ante un problema de insuficiente financiación. Con la caída de los ingresos como consecuencia de la crisis y la necesidad de controlar el déficit público, es fácil encontrar justificación para recortar en sanidad, que supone una buena parte de los presupuestos. Reducir prestaciones y hacer pagar parte de las mismas a los pacientes es el camino por el que se ha optado, asumiendo que ello lleva a un deterioro progresivo de la sanidad pública. Quienes se lo puedan permitir, recurrirán a la sanidad privada, que ha visto crecer sus ganancias en los últimos años a pesar de la crisis¹².

Paralelamente, surgen cada vez más presiones para que las cantidades abonadas a entidades sanitarias privadas desgraven en el impuesto sobre la renta, al igual que sucede con los planes de pensiones. Dicha medida supondría disminuir la recaudación fiscal dedicada a los servicios públicos, empeorando el problema de financiación, en favor de la provisión privada, cuyo efecto "ahorrador" de gasto sanitario público es dudoso.

5. ¿Vamos hacia un cambio de Modelo Sanitario?

A la vista de las consideraciones anteriores, parece claro que la respuesta es afirmativa, aunque si creemos a los responsables políticos de estos cambios, su intención única es preservar el sistema sanitario y mantener su carácter gratuito, público y universal. Así lo afirma el preámbulo del propio Decreto 16/2012: *"se debe garantizar el mantenimiento del modelo español de SNS [...] que garantiza la protección de la salud y se sustenta con base en la financiación pública, la universalidad y la gratuidad de los servicios sanitarios"*.

El cambio de modelo se viene perfilando desde hace tiempo, como hemos indicado, pues algunas de las medidas legales que lo sustentan llevan en vigor más de quince años. En realidad el SNS nunca ha sido totalmente universal, ya que una parte de la población no tenía cubierta su asistencia sanitaria en la red pública. Tampoco ha sido gratuito: siempre ha habido prestaciones sanitarias y medicamentos excluidos de la financiación pública y ha existido copago farmacéutico para los no pensionistas. Además, como ya se ha mencionado, empresas privadas han gestionado centros del SNS desde hace años, en diferentes modalidades.

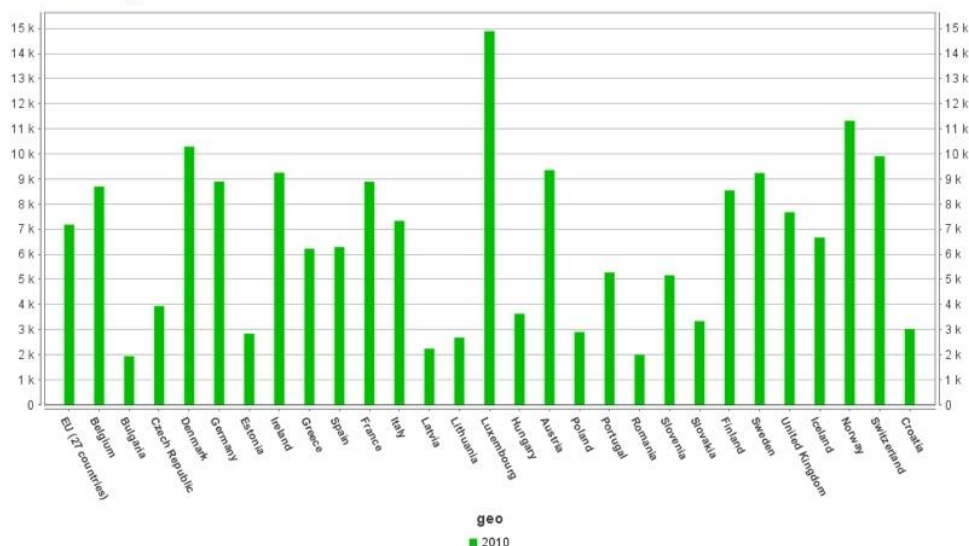
Pero nunca como ahora se habían producido cambios de tal magnitud en tan poco tiempo. La necesidad de recortar el gasto público ha sido la excusa, pero el gasto público tiene muchas

vertientes, y se ha optado por hacerlo especialmente en terrenos en los que la iniciativa privada tiene un margen considerable de mercado. Se ha optado por hacerlo, además, recortando prestaciones o cargando parte de sus costes en los ciudadanos. No eran estos los únicos caminos posibles, como luego veremos, aunque sí probablemente los más sencillos y los que más favorecen a determinados sectores empresariales.

Cuando se comprueba que medidas semejantes a las tomadas en el ámbito sanitario se han tomado también en el mundo de la educación y en la justicia, y se está asistiendo a un recorte de las prestaciones sociales, la conclusión es que no solo estamos ante un cambio en el modelo sanitario, sino en el propio modelo de estado de bienestar del que hemos disfrutado en las últimas década. Este modelo de gasto social, señalado por estar por encima de las posibilidades reales del país, gasta menos por habitante que la media de los 27 países de la Unión Europea¹³ (**Figura 2**).

Gasto en protección social por habitante

(Fuente: Eurostat)



Fuente de los datos: Eurostat

Última actualización: 14/1/2013

Fecha de acceso: 22/1/2013

Advertencia: este gráfico ha sido creado automáticamente por el software de Eurostat de acuerdo a especificaciones externas de las que Eurostat no es responsable.

Advertencia general de EC: http://europa.eu/geninfo/legal_notices_en.htm

Descripción breve: El gasto en protección social incluye: beneficios sociales, que consisten en transferencias en efectivo o en especies a hogares o individuos para protegerles de una serie de riesgos o cubrir necesidades [...].

Figura 2: Gasto sanitario medio de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos y el gasto sanitario de España

6. ¿Cómo afectan estas reformas a los ciudadanos?

Por lo pronto, afectan a sus bolsillos. Todos hemos escuchado los lamentos de pacientes con pensiones bajas, a quienes tener que adelantar el importe de su copago farmacéutico les obliga a hacer auténticos sacrificios, cuando no a prescindir de tomar algún fármaco con el consiguiente riesgo para su salud. Se han alzado voces de protesta por las consecuencias que pudiera tener el pago del transporte sanitario no urgente en pacientes que lo utilizan de modo habitual, como son los sometidos a hemodiálisis o a tratamientos oncológicos.

Aun no hay datos sobre las consecuencias, en términos de salud de la población, de los copagos instaurados, dado el escaso tiempo desde su implantación, y desconocemos si alguien se ha propuesto evaluarlos. De la experiencia de otros países sí podemos sacar conclusiones: los sistemas de copago reducen el uso de los servicios preventivos y afectan a la equidad del sistema sanitario, al perjudicar especialmente a los ancianos y enfermos crónicos ^{2,14}. Además su efecto recaudatorio, o en su caso disuasorio del uso de servicios sanitarios, es muy bajo, tendiendo a desaparecer con el transcurso del tiempo.

El paso a un modelo de aseguramiento ha tenido distintas repercusiones según las comunidades autónomas, ya que en algunas de ellas se ha mantenido la atención sanitaria a emigrantes en situación ilegal, por lo que en este aspecto las consecuencias del Real Decreto han sido escasas. Sin embargo en otras comunidades se han dado múltiples casos de desatención y de supresión de tratamientos a enfermos con patologías crónicas o infección por VIH¹. En todos los casos sigue pendiente de resolver la cuestión de la prestación farmacéutica, al haberse prohibido la tramitación de tarjeta sanitaria a todos los emigrantes en situación irregular.

¿Es mejor la atención sanitaria en centros gestionados por empresas privadas que en los que mantienen la gestión pública?. No disponemos en España de estudios que comparen resultados en términos de salud, ni siquiera de grado de satisfacción por la atención recibida. En una comparación de la financiación de la provisión privada con la provisión pública realizada en Italia, los resultados en mortalidad evitable no son positivos¹⁵. Por otra parte, los estudios comparativos del desempeño de hospitales según modelos de gestión¹⁶ tienen importantes limitaciones para sacar conclusiones definitivas¹⁷.

Lo que tampoco está claro, pese a ser uno de los argumentos más repetidos por sus defensores, es que la gestión privada le resulte más barata al Estado que la pública¹⁸, con el agravante de que los beneficios de éstas empresas no revierten al conjunto de los ciudadanos.

7. ¿Habría otros modos de reducir el gasto sanitario?

Esta es una pregunta trampa. El problema del SNS, como hemos señalado, no es tanto el exceso de gasto¹⁹ como una financiación insuficiente, y la tendencia a que siga disminuyendo. Sentada esta premisa fundamental, es justo reconocer un problema de distribución o de priorización del gasto. Todos los que trabajamos en el mundo sanitario sabemos que cada día se hacen actividades innecesarias, o que se podrían realizar de otra manera, consiguiendo una mayor seguridad para el paciente y una mejora de la eficiencia. Si esto es aplicable a la actividad diaria en un hospital o centro de salud, también lo es a las decisiones de "alta política sanitaria" que se refieren a la planificación, creación y gestión de los distintos equipamientos del SNS.

Cuestionar qué funciona mal en nuestro sistema sanitario y solucionarlo, es más complejo que las medidas que se han tomado. Requiere de la participación activa de todos los protagonistas de la sanidad, desde los gestores hasta los ciudadanos y, aunque sus resultados tarden más en verse, redundarán en una mejor asistencia sanitaria.

El término que se ha puesto de moda es "desinvertir"²⁰. Consiste en dejar de financiar aquellos procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores que no hayan probado su eficacia o mostrado una mejora sobre las alternativas ya existentes y de

¹ Para más información, aconsejamos visitar la página <http://yosisanidaduniversal.net/portada.php> En ella, además de abundante información para profesionales y pacientes, existe la posibilidad de denunciar casos en que se ha negado la asistencia sanitaria.

menor coste. Y utilizar la alternativa más eficiente disponible ante cualquier problema de salud que nos enfrentemos. Para cerrar el círculo, lo ahorrado en desinversión debería destinarse a su vez a gasto sanitario.

Formulado así, es difícil que la desinversión encuentre objetores. Las discrepancias surgirían a la hora de concretar en qué deberíamos desinvertir, y por tanto hacer desaparecer de la cartera de servicios de la sanidad pública. Como ejemplo sirva mencionar algunas actividades habituales en atención primaria, pero de las que hay escasa o nula evidencia de su eficiencia: chequeos de salud periódicos, incluyendo algunos de los que forman parte del programa del niño sano; algunas vacunaciones, prevención primaria con fármacos del riesgo cardiovascular, cribados de algunos cánceres... Como dice acertadamente José Luis Repullo *"según se avanza cuestionando consensos sobre lo que comúnmente se considera como válido (que es donde todos anclamos nuestras rutinas y exhibimos nuestra identidad profesional) la gente se va distanciando y luego se va poniendo huraña y agresiva"*²¹. Si ampliamos el espectro a la atención especializada, el margen de controversia y las implicaciones en costes se incrementarían exponencialmente.

Por tanto la desinversión es un proceso mucho más complejo en su desarrollo que en su formulación, susceptible de sufrir presiones de todo tipo (los intereses económicos y profesionales que tocaría serían enormes, y resultarían comprensibles las reticencias de la población al proponer este debate en el contexto actual) y precisa de la existencia de agencias de evaluación eficaces, y de la participación de expertos en múltiples campos, incluyendo a los ciudadanos.

Pese a estas dificultades, en España ya tenemos experiencias positivas en el terreno de la desinversión²², por lo que merece la pena continuar en este camino, más por razones de salud pública que por motivos económicos. Si evitar intervenciones de beneficios inciertos y con riesgos potenciales es una obligación ética permanente, en tiempos de crisis se convierte en algo irrenunciable.

Pero aunque lográramos la utopía de la eficiencia absoluta, probablemente resultase insuficiente para resolver el problema financiero de una sanidad con una demanda que siempre tiende al crecimiento. Por ello lo que habría que preguntarse es si nuestros políticos están dispuestos a hacer un rescate del SNS, como han hecho de la banca, garantizando una financiación suficiente y estable, o más bien optan por acelerar su deterioro retirándole recursos, al tiempo que favorecen la provisión de servicios sanitarios por empresas con ánimo de lucro.

Bibliografía

1. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, núm 98, sec. I., pág. 31278 (24/4/2012) Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
2. Solanas Saura P. Coordinador. Copago. Conclusiones desde la evidencia científica. SEMFYC; 2010. Serie Documentos SEMFYC: nº 29. Disponible en: <http://www.semfyc.es/biblioteca/virtual/detalle/Copago.+Conclusiones+desde+la+evidencia+cientifica/>
3. Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias [sede Web]. La FAECAP contra la nueva reforma sanitaria que rompe el principio de solidaridad y universalidad de la atención sanitaria en España [actualizado el 13 de junio de 2012; acceso el 10 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.seapaonline.org/noticias/244>

4. Sociedad Española de Medicina Familiar y comunitaria [sede Web]. Josep Basora presidente de semFYC se posiciona en El País a favor de atender a los inmigrantes sin papeles [actualizado el 27 de abril de 2012; acceso el 10 de enero de 2013]. Disponible en: http://www.samfyc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=305:josep-basora-presidente-de-semfyc-se-posiciona-en-el-pais-a-favor-de-atender-a-los-inmigrantes-sin-papeles&catid=34:noticias&Itemid=60
5. Ley 15/1997, de 25 de abril sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 100, pág. 13449 (26/4/1997). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1997/04/26/pdfs/A13449-13450.pdf>
6. Minué S. [blog]. Manipulando las reglas del juego [actualizado el 14 de enero de 2013, acceso el 20 de enero de 2013]. Disponible en: <http://gerentedemediado.blogspot.com.es/2013/01/manipulando-las-reglas-del-juego.html>
7. Mindell JS, Reynolds L, Cohen DL, McKee . All in this together: the corporate capture of public health. BMJ. 2012; [publicado en internet el 17 de diciembre de 2012; acceso el 7 de enero de 2013]; 345. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e8082>
8. Padilla, J. [blog]. ¿Qué nos dice la evidencia sobre los modelos de gestión sanitaria? [actualizado el 28 de noviembre de 2012; acceso el 20 de enero de 2013]. Disponible en: <http://medicocritico.blogspot.com.es/2012/11/que-nos-dice-la-evidencia-sobre-los.html>
9. Sociedad Española de Salud Pública y Administración sanitaria [sede web]. Posicionamiento SESPAS sobre las políticas de privatización de la gestión de los servicios sanitarios [actualizado el 27 de noviembre de 2012; acceso el 20 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Posicion.pdf>
10. Organization for Economic Cooperation and Development (2011). Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing [acceso el 15 de enero de 2013]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en
11. Gobierno de España [sede web]. Actualización del programa de Estabilidad del Reino de España 2012 -2015 [acceso el 2 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/0E911A5C-F0F6-490F-8280-1AE0EDC539CE/202009/ActualizacinProgramaEstabilidad2.pdf>
12. Barciela F. La excelente salud de la sanidad privada. EL PAÍS. 18 de noviembre de 2011; Sanidad [acceso el 10 de enero de 2013]. Disponible en http://economia.elpais.com/economia/2012/11/16/actualidad/1353093576_128398.html
13. Eurostat [base de datos de internet]. European System of Integrated Social Protection Statistics [acceso el 21 de enero de 2013]. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/social_protection/data/main_tables
14. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Can user charges make health care more efficient? BMJ. 2010 [publicado en internet el 18 de agosto de 2010]; 341: c3759. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c3759>
15. Quercioli C, Messina G, Basu S, McKee M, Nante N, Stuckler D. The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy. J Epidemiol Community Health. 2013; 67(2):132-8 [publicado en internet el 26 de septiembre de 2012; acceso el 20 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/early/2012/09/28/jech-2011-200640.abstract>
16. Iasist. Evaluación de los hospitales de España según su modelo de gestión. Barcelona: Iasist S.A. 2012. Disponible en: http://www.iasist.com/files/Modelos_de_gestion.pdf

17. Padilla, J. [blog]. Lectura crítica del informe IASIST [actualizado el 4 de diciembre de 2012; acceso el 20 de enero de 2013]- Disponible en: <http://medicocritico.blogspot.com.es/2012/12/lectura-critica-del-informe-iasist.html>
18. Negocio Sanitario. EL PAIS. 7 de enero de 2012; Editorial [acceso el 8 de enero de 2012]. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2013/01/06/opinion/1357504969_541845.html
19. Simó J. ¿Gastamos demasiado... o gastamos mal? AMF. 2012; 8(4): 197-205. Disponible en: http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=961
20. Campillo-Artero, C.; Bernal-Delgado, E. Desinversión y eficiencia en sanidad: aún sin brotes verdes. Rev Calidad Asistencial. 2012; 27(3): 127-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-calidad-asistencial-256/desinversion-eficiencia-sanidad-aun-brotes-verdes-90139041-editorial-2012>
21. Segura del Pozo J [blog]. El recorte científico de la sanidad pública [actualizado el 28 de diciembre de 2012; acceso el 8 de enero de 2013]. Comentario realizado por Repullo, J., el 30 de diciembre de 2012. Disponible en: <http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2012/12/28/el-recorte-cientifico-de-la-sanidad-publica/>
22. Gutiérrez – Ibarlucea I. Desinversión basada en la evidencia en España. Atención Primaria. 2011; 43(1): 3-4. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/node/2461515>

Cuando se trabaja en equipo los esfuerzos no se suman, se multiplican

Belén García Busto (Médico de familia)

Marta Isabel Villamil Díaz (Enfermera Atención Primaria)

C.S de Cudillero

Cómo citar este documento

García Busto B, Villamil Díaz MI. Cuando se trabaja en equipo los esfuerzos no se suman, se multiplican. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Abr; 1 (2): 48-50.

Habla una médica

El trabajo en equipo es uno de los pilares básicos de la Atención Primaria. Es su fortaleza y su debilidad.

La unidad básica asistencial constituida por el médico, la enfermera y el grupo de población asignado a ambos, es el núcleo del trabajo en Atención Primaria. Un trabajo coordinado en torno a un objetivo común, el bienestar del paciente como eje central de la asistencia. Una comunicación fluida entre ambos profesionales es imprescindible para mejorar la calidad de la atención prestada.

Nuestros pacientes no tienen el mismo comportamiento en la consulta del médico y en la de la enfermera. Acertada o equivocadamente les han adjudicado a cada uno un papel. Personas inaccesibles para el médico, pueden ver en la enfermera un profesional más cercano y abordar en su consulta aspectos que no tocarían en la de éste y cuyo conocimiento puede ser importante en el mantenimiento y mejora de su estado de salud. En cambio, puede haber aspectos que sólo aborden en la consulta del médico y que sean de interés en la elaboración de un plan de cuidados. Una puesta en común entre ambos permite una visión más integral y por tanto una asistencia de mayor calidad.

Lógicamente, también es necesario armonizar y unificar criterios. La medicina no es una ciencia exacta y las recomendaciones para el abordaje de distintas patologías cambian constantemente, moviéndose en márgenes más o menos amplios dentro de la corrección. Si los dos profesionales con responsabilidad en el asesoramiento en materia de salud de una persona, no comparten y unifican las pautas de actuación y se sitúa cada uno en un extremo de la horquilla le estarán dando mensajes contradictorios. En qué momento del ciclo vital deja de tener importancia un nivel estricto del colesterol o de la glucemia, son decisiones individualizadas basadas en el conocimiento de la realidad del paciente y sus expectativas vitales, además de los conocimientos y recomendaciones científicas. Y deben ser decisiones compartidas.

Todo esto, solo puede conseguirse con una buena comunicación permanente en ambos sentidos. Se habla hoy en día de otras opciones, como cupos independientes que en mi opinión empobrecerían el trabajo. Es mucho más difícil conseguir coordinarse adecuadamente y el nivel de compenetración que se conseguiría sería inferior del que se logra trabajando codo con codo diariamente con un profesional y 1.400 pacientes en común, como es mi caso. En la educación sanitaria de los pacientes, en la atención a un paciente terminal, en una situación de urgencia vital... el que cada uno de los profesionales implicados en la asistencia sepa lo que se espera de él y lo que él puede esperar de su compañero, da

una seguridad y una calidad de asistencia imposible de conseguir en otras circunstancias. Entiendo que cuando a un profesional, médico o enfermera, le toca hacer equipo con alguien con quien no comparte objetivos esté deseando “independizarse” para poder trabajar sin ser cuestionado, pero esa no es la mejor solución para el paciente ni para los profesionales. Los objetivos deben actualizarse y consensuarse en sesiones clínicas abiertas a todo el equipo, en las que se definan unas pautas de actuación, correctas y acordes a los conocimientos actuales. Cada profesional, en base a sus conocimientos y habilidades específicos, debe asumir su responsabilidad y abordar los aspectos de su competencia, evitando la duplicidad de esfuerzos y manteniendo la unidad de acción que mejora la atención al paciente y la satisfacción del profesional. Si las sesiones no están abiertas a todo el equipo y las pautas de actuación no son compartidas y conocidas por todos, nos encontraremos con médicos y enfermeras aislados completamente ignorantes de las recomendaciones que recibe el paciente en la consulta de al lado.

Otro modelo actualmente en la palestra, es el que quiere dar a la enfermera el papel de técnico que hace electrocardiogramas o espirometrías, pone inyectables y realiza curas, todo ello sin continuidad asistencial y sin otro conocimiento más profundo del paciente. Esto ya lo hemos vivido en los antiguos ambulatorios y desde mi punto de vista es dar un inmenso paso atrás, ignorando el importante papel de la enfermera de Atención Primaria, precisamente ahora que empiezan a formarse enfermeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria. Para mí, como médico de familia que ve al paciente desde una perspectiva biopsicosocial, tener como compañera de equipo a una enfermera que conoce al paciente, su familia y su medio social y lo integra en su trabajo diario es de un valor incalculable. El enfoque multiprofesional permite detectar problemas de salud no expresados o situaciones de riesgo con una eficiencia mucho mayor que la actuación de cada profesional por separado.

Nuestro reto, es conseguir hacer realidad un auténtico trabajo en equipo desde el reconocimiento y el respeto a las competencias profesionales de cada uno y la colaboración de todos en torno a un objetivo común, mejorar el nivel de salud de la población.

Habla una enfermera

Soy enfermera de Atención Primaria, no por casualidad, ni porque las circunstancias laborales me hayan llevado a ello, si no por elección.

Durante años trabajé en muchos ámbitos, de hospitalización, de urgencias, de consulta ambulatoria, de atención continuada y también en Centros de Salud. Todos ellos tienen su lado positivo, pero me decanté hace ya 14 años, por la Atención Primaria. El contacto directo con la población y la forma de trabajo en equipo que se desarrolló en estos Centros fue fundamental. Me gustaba hasta el nombre: Centro de Salud.

Aquí, la enfermería ha conquistado una independencia profesional y ha conseguido ser un miembro importante del equipo de salud.

Mi consulta tiene tres puertas, la más importante la del frente, por donde entran mis pacientes, el centro de todo nuestro trabajo. A la derecha, la de la consulta de mi compañera médico, muchas veces entreabierta y siempre accesible, al fin y al cabo tiramos de la misma cuerda. A la izquierda la que me comunica con el resto del equipo, un apoyo técnico y humano permanentemente cerca.

Cómo cualquier equipo, en el Centro de Salud, las diferentes personas interaccionan intensamente con las demás, según su categoría profesional y su personalidad, para conseguir el objetivo común de mantener la salud y el bienestar de una población, personalizada en cada paciente. Tan importante es el citar una urgencia con buen criterio o

tomar correctamente los datos, cómo asistir rápidamente al paciente, teniendo el material bien colocado y esterilizado.

Estoy convencida de que, siempre, la unión del trabajo de varias personas, no sólo se suma, sino que se multiplica.

Tanto en el tú a tú del miniequipo medicina/enfermería, cómo en el de gran equipo hay algunas cosas fundamentales para lograr su funcionamiento:

- Delimitación de las competencias de cada uno, que faciliten la interacción, la autonomía y el respeto de todos los profesionales.
- Competencias técnicas y científicas reconocidas.
- Búsqueda de empatía y comunicación por encima de todo.
- Mínimas normas consensuadas de funcionamiento.
- Exponer claramente un objetivo común.

Saber aprovechar generosamente las competencias, no sólo técnicas si no personales de cada miembro del equipo es muy enriquecedor. Esto que parece obvio, no lo es siempre ya que, a veces, pesa más la categoría profesional que la competencia, sin embargo cuando no es así, el sentirse valorado en determinados campos hace motivador e interesante el trabajo diario. No se trata de si esto *"es tuyo"* o *"esto es mío"*, si no, de *"tú haces esto, yo lo otro y juntos lo demás, a ver si así lo conseguimos"*. Unir fuerzas y conocimientos sin miedo a delegar ni tampoco a tomar la iniciativa.

Ante un paciente, con nombre y apellidos, que padece alguna dolencia que le hace acudir a nuestra consulta, puede ser una urgencia, una enfermedad crónica, incluso terminal, el contar con un compañero al lado o el resto del equipo si es preciso, en el que confíes y sepas casi sin hablar lo que cada uno debe hacer, da como resultado que los malos tragos sean llevaderos y los éxitos más reconfortantes.

Especialmente para enfermería, que dedica mucho tiempo a pacientes crónicos o domiciliarios, sentir que ese trabajo es conocido, valorado y el mensaje acordado se dará igual en ambas consultas es fundamental, porque realmente el paciente es el tercer miembro del miniequipo. Implicarle y allanarle el camino para que sus pasos sean más seguros al avanzar, es nuestra labor común. El trabajo por tareas de enfermería, que en algún caso se planteó, haría perder todo ese trabajo realizado en torno a él, al desvincularse de una enfermera de referencia que sólo realizaría técnicas, sin ningún seguimiento ni valoración.

Los gestores también son importantes, deberían facilitar el trabajo en equipo, con formación y sesiones generales, dónde se actualicen conocimientos y se acuerden abordajes de práctica clínica y procesos crónicos consensuados. Así mismo, conocer el ámbito de trabajo de los equipos, escuchando sus propuestas y necesidades sentidas. No hace mucho tiempo, mi compañera y yo, tuvimos que realizar el curso de RCP por separado, a pesar de realizar guardias de 17 horas, siempre juntas, y a casi 30 Km del Hospital. Por una cuestión burocrática, no pudo ser.

Sin duda, hay muchas cosas en las que todos podemos mejorar para que nuestro trabajo sea más eficaz cada día y también más satisfactorio pero, la base será, diálogo, consenso,... trabajo en equipo.

*No se trata de si esto "es tuyo" o "esto es mío",
si no, de "tú haces esto, yo lo otro y juntos lo
demás, a ver si así lo conseguimos".*

Análisis de situación y propuestas de intervención para reforzar el campo de acción de las Enfermeras Comunitarias

Situation analysis and intervention proposals to strengthen the scope of community nurses

M^a Jesús Rodríguez García (*Enfermera de AP*)*

Ana González Pisano (*Enfermera de AP*)

Fernanda del Castillo Arévalo (*Enfermera de AP*)

*C.S de Infiesto

*Manuscrito recibido: 11-03-2013
Manuscrito aceptado: 27-03-2013*

Cómo citar este documento

Rodríguez García MJ, González Pisano A, del Castillo Arévalo F. Análisis de situación y propuestas de intervención para reforzar el campo de acción de las Enfermeras Comunitarias. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Abr; 1 (2): 51-61.

Resumen

Objetivos: Conocer y analizar las opiniones y propuestas de las enfermeras comunitarias de Asturias sobre el estado de la profesión y el sistema sanitario.

Método: Descriptivo cualitativo. Población y muestra: Enfermeras de Atención Primaria (AP) de Asturias. Técnica de recogida de datos: Mediante reuniones de grupos. Se realizaron dos grupos y las enfermeras invitadas que no pudieron acudir personalmente, enviaron por escrito la información solicitada. Las reuniones estuvieron coordinadas por dos personas.

Resultados: El análisis interno de las fortalezas destaca que las enfermeras tienen un modelo de atención orientado al cuidado y apoyo al autocuidado; enfoque biopsicosocial y a la promoción y prevención; Entre las debilidades sigue predominando el rol médico y la rigidez organizativa; El análisis de las oportunidades refleja los cambios sociodemográficos y el desarrollo de la especialidad; Y el de las amenazas muestra la falta de apuesta política por la AP.

Conclusiones: El sistema sanitario cuenta con profesionales de enfermería altamente cualificados, con amplia experiencia profesional y gran capacidad para adaptarse al cambio, lo que permite dar unos cuidados de calidad. Las enfermeras de AP se basan en un Modelo de Atención centrado en el autocuidado con un enfoque biopsicosocial alejado del modelo biomédico y de la medicalización de la salud.

Se proponen diversas estrategias para salir reforzados y aprender de las oportunidades de cambio que el momento actual nos impone, y buscar y aplicar iniciativas que hagan más funcional y sostenible nuestro sistema sanitario.

Palabras Clave

Enfermería de Atención Primaria. Análisis de la situación. Innovación organizacional

Abstract

Objectives: Understand and analyze the views and suggestions of Asturias community nurses on the state of the profession and the health system

Method: Descriptive and qualitative study. Subjects: Primary Care Nurses in Asturias. Data collection: Through group meetings. Two groups were formed, and invited nurses who could not attend personally, sent written information. The meetings were coordinated by two persons.

Results: The internal analysis of the strengths noted that the nurse has a model-oriented care and support for self care; biopsychosocial approach and promotion and prevention; Among the weaknesses still dominates the medical role and organizational rigidity; Analysis of opportunities reflects demographic changes and development of the specialty, And the threats shows the lack of political commitment to primary care.

Conclusions: The health system has highly qualified nursing professionals with extensive experience and great capacity to adapt to change, which allows giving quality care. AP nurses are based on a model of care focused on self-care with a biopsychosocial approach away from the biomedical model and the medicalization of health. Strategies are proposed to emerge stronger and learning opportunities that the current change upon us, and find and implement initiatives that make it more functional and sustainable health system.

Keywords

Primary care nursing. Analysis of Situation. Innovation Organizacional

Introducción

El establecimiento de cambios en las organizaciones, requiere tener en cuenta a los profesionales que los van a sostener, es importante conocer sus opiniones, preocupaciones, anhelos y expectativas, para con ello contribuir a una mejor implementación de los mismos¹.

El sistema sanitario y el modelo organizativo condicionan el papel de la enfermera y por ello el tipo de atención que se proporciona a los ciudadanos².

Las enfermeras tienen gran influencia en los resultados que desde la Administración Sanitaria se pretendan conseguir, su motivación y su participación son imprescindibles. El grado de satisfacción que los profesionales tengan en su actividad y la mejora de los entornos de trabajo se asocian con una disminución del 50% de la insatisfacción laboral³, que influirá en la calidad de la atención prestada.

Un aspecto a destacar es el aumento de la demanda asistencial para las consultas de enfermería, en detrimento de las actividades de prevención, educación sanitaria y promoción de salud, lo que redundará en una desvirtuación de la esencia de la Atención Primaria cuyos pilares son precisamente los citados.

Las dudas sobre el desarrollo de las competencias propias, dan lugar a malestar y pesimismo. Estas competencias, definidas en el Programa de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, deberían servir de referente sobre la labor a realizar por este colectivo. En qué forma hacer que la realidad se ajuste a las competencias ahí definidas, es algo en lo que debemos reflexionar.

La necesidad de reformas del sistema sanitario asturiano es una petición unánime⁴ expresada por ciudadanos, políticos, gestores y profesionales. Todas las organizaciones tienen márgenes de mejora y ésta, a la que hacemos alusión, no es una excepción. La Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias (SEAPA) se ha ofrecido, en reiteradas ocasiones, a colaborar en la búsqueda de soluciones y a aportar ideas y conocimiento para mantener un sistema sanitario público de calidad que esté basado en la Atención Primaria.

SEAPA lleva años creciendo, organizando cursos y talleres de formación y elaborando documentos avalados por la calidad y el rigor gracias al trabajo, entusiasmo e implicación de sus socios. Con el fin de facilitar la participación y el debate entre los socios y conocer cuál es su visión de la situación actual y las propuestas de acción a emprender o reforzar para hacer efectivos los fines de la sociedad, la Junta Directiva ha organizado unos encuentros con enfermeras comunitarias de cuyos resultados da cuenta este escrito.

Las enfermeras hemos avanzado en los últimos años, pero donde estamos no es donde quisiéramos estar. La responsabilidad de la actual situación está repartida entre diversos protagonistas, por eso hemos querido determinar qué acciones están a nuestro alcance y cuáles corresponden a otras instancias, para tomar con acierto aquellas decisiones que transformen la realidad, por compromiso con los pacientes, la población y la profesión.

Existe un consenso unánime, o así se verbaliza, que el sistema sanitario debe girar alrededor de las necesidades del paciente⁵. Para que los pacientes sean más autónomos y responsables de su salud, se debe potenciar y reconocer el trabajo de las enfermeras para capacitar a las personas en el autocuidado, en la autorresponsabilidad y en la educación de hábitos saludables.

Desde SEAPA continuaremos pidiendo un cambio de modelo que permita llevar a cabo las mejoras necesarias porque creemos que la renovación es posible, deseable e inevitable.

Objetivos

1. Conocer y analizar las opiniones y propuestas de las enfermeras comunitarias de Asturias sobre el estado de la profesión, el sistema sanitario y su entorno más próximo.
2. Facilitar la colaboración e implicación de los socios y abrir espacios de participación en SEAPA.
3. Elaborar propuestas de intervención para reforzar el campo de acción de las Enfermeras Comunitarias y transmitir las a los socios de SEAPA y a la Administración Sanitaria.

Desarrollo

1. Método

Diseño: Descriptivo cualitativo.

Población y muestra: Enfermeras de Atención Primaria de Asturias.

Técnica de recogida de datos: Mediante reuniones de grupos. Se realizaron dos grupos y las enfermeras invitadas que no pudieron acudir personalmente, enviaron por escrito la información solicitada. Las reuniones estuvieron coordinadas por dos personas encargadas de convocar a las participantes, entregarles la plantilla DAFO para que la rellenasen previamente a la reunión, moderar las reuniones y el debate, y redactar el documento con las conclusiones.

La matriz DAFO³ (Debilidades, Fortalezas, Amenazas u Oportunidades) ayuda a realizar un diagnóstico de situación y a tomar aquellas decisiones que aprovechen las oportunidades detectadas y consoliden las fortalezas, minimizando las debilidades y eliminando o reduciendo las amenazas.

- Las **fortalezas** describen a nivel interno, los recursos, habilidades, destrezas, capacidades y ventajas de la profesión en relación a otros grupos, colectivos, profesiones, etc.
- Las **debilidades** se refieren a aquellos factores propios, en los que nos encontramos en una posición desfavorable y reducen nuestra capacidad de desarrollo por falta de recursos, habilidades, experiencia, etc.
- Las **oportunidades** describen aquellas circunstancias y coyunturas externas al colectivo, que favorecen las posibilidades de crecimiento y desarrollo.
- Las **amenazas** son aquellos impedimentos, obstáculos y limitaciones del entorno que ponen en peligro el estatus alcanzado y enlentecen o frenan el progreso profesional.

La representación gráfica de la matriz DAFO⁶ se muestra en la **figura 1**.

Análisis e interpretación de la información:

Se realiza un análisis estratégico partiendo de la matriz DAFO.

Como limitación del estudio podría ser que la selección de participantes procede mayoritariamente de centros de salud urbanos, lo que puede repercutir en el tipo de estrategias propuestas, al tratarse de condiciones de trabajo y entornos diferentes a los del medio rural.



Figura 1: Matriz del DAFO

Participantes:

M^a Jesús Rodríguez García, Fernanda del Castillo Arévalo, Ana González Pisano, Marta Pisano González, Emilio Velasco Castañón, Delia Fernández Fidalgo, Raquel Pérez Otero, Fernando Alonso Pérez, Fernanda Cifuentes Francisco, Rosa Trapiella, Javier Galán, Encarnación Fernández Fernández, Daniela Cordero, Ana M^a González Fernández, Mercedes Vega Gutiérrez, Alba Martínez Álvarez, Marta Villamil Díaz, Emma Alonso García.

2. Resultados del DAFO

2.1. Análisis interno

Fortalezas:

- Modelo de atención orientado al cuidado y apoyo al autocuidado; enfoque biopsicosocial y enfocado a la promoción y prevención.
- Cercanía, accesibilidad a la población y longitudinalidad en la atención.
- Valoración de necesidades de cuidados como una actividad sistematizada.
- Cuidados de calidad e individualizados.
- Independencia profesional.
- Alta cualificación de los profesionales.
- Persistencia de motivación en una parte del colectivo
- Capacidad de adaptación para el cambio.

- Disponibilidad de espacio físico para las consultas de enfermería.
- Agendas abiertas para demanda directa de la población.
- La especialidad de familia y comunitaria como estímulo de mejora de la calidad.
- Avance en la Enfermería Basada en la Evidencia y disponibilidad de guías de práctica clínica.
- Existencia de la SEAPA.

Debilidades:

- Escasa valoración social, política y empresarial de la Atención Primaria en general y de las enfermeras comunitarias en particular.
- Predominio del rol médico en la organización ocupando el rol enfermero un lugar secundario.
- Anclaje en el binomio médico-enfermera. Rigidez organizativa. Ausencia de "cupos" enfermero y libre elección de enfermera.
- Desconocimiento del trabajo de las enfermeras de AP por otros profesionales y enfermeras de otro nivel asistencial.
- La consulta de guías de práctica clínica y protocolos basados en la evidencia está poco integrado en la actividad.
- Escaso desarrollo de la investigación y publicación en revistas sanitarias
- Desconocimiento y/o falta de incorporación de las nuevas tecnologías en la actividad clínica y desconocimiento del uso de las redes sociales.
- Desmotivación, insatisfacción, conformismo y desunión en el colectivo.
- Heterogeneidad en la actualización formativa de la que se deriva una importante variabilidad en la práctica clínica.
- Modelo de atención centrado en la enfermedad y formación académica de las enfermeras basada en el modelo biomédico.
- Elevada presión asistencial, de consultas programadas, actividades burocráticas y técnicas delegadas, con prevalencia de las consultas asistenciales en el Centro de Salud sobre la Atención Domiciliaria, la Educación para la Salud y la Salud Pública.
- Actividades comunitarias en la marginalidad institucional y sujeta al voluntarismo de los profesionales.
- Escasa capacidad resolutoria, acompañada de ausencia de marco regulativo que lo facilite.
- Formación continuada a voluntad del profesional. Escasa formación en gestión, planificación sanitaria, calidad e investigación.
- Sistema de registro inapropiado e insuficiente para recoger la actividad enfermera, así como insuficiente registro de la actividad realizada por parte de las enfermeras.
- Escaso desarrollo de la función docente.
- Ausencia de capacidad innovadora en la organización del trabajo enfermero.

2.2. Análisis externo

Oportunidades:

- Los cambios demográficos y sociales: (envejecimiento, pacientes con patología crónica, desfavorecidos, inmigrantes, cuidadoras,...) otorgan mayor protagonismo a los cuidados enfermeros.
- La crisis económica como acicate para las reformas que precisa el sistema sanitario.
- Selección de los pacientes crónicos como población diana del sistema sanitario.
- Las enfermeras son coste-efectivas, abordan los problemas de salud con un enfoque desmedicalizador, con intervenciones más económicas, efectivas y más seguras para el paciente.
- Relativa accesibilidad a políticos y gestores para hacerles llegar nuestras reivindicaciones.
- El desarrollo de la Especialidad de Enfermería familiar y comunitaria. Mantenimiento del número de EIR (enfermera interna residente) en formación.
- Asignación del grado como título universitario para la enseñanza de Enfermería que equipara el título al mismo nivel que el resto de los estudios universitarios.
- Tendencia al crecimiento de la "cultura de lo saludable" en la sociedad.
- El uso de nuevas tecnologías para mejorar la formación.
- Disponibilidad de historia clínica informática que permite establecer sistemas de información y evaluación.

Amenazas:

- Falta de apuesta política e insuficiencia de recursos en la Atención Primaria. Gerencia única con supremacía del hospital sobre la AP, constituyendo una pérdida de influencia y un lastre para la AP.
- Crisis económica: restricción de recursos.
- Politización de la gestión sanitaria.
- Escasa presencia de enfermeras en la estructura directiva en el nivel macro y de la mesogestión.
- Desarrollo legislativo incompleto para algunas materias como la especialidad de familia y comunitaria y la prescripción enfermera.
- Falta de creación de la categoría profesional y posible trasvase de enfermeras hospitalarias a AP sin capacitación previa.
- Disminución de plantilla alejada del ratio 1/1 (una enfermera por cada médico).
- Ausencia de cartera de servicios enfermeros e indefinición del rol enfermero en AP.
- Sistema de registro inapropiado e insuficiente para recoger la actividad enfermera (lo que no se mide no existe).
- Sindicatos que anteponen la defensa de los profesionales hospitalarios al desarrollo de la atención primaria.
- Relaciones difíciles con la Organización Médica Colegial (OMC) y asociaciones médicas.

- Techo de cristal para el avance laboral y profesional.
- Falta de continuidad de cuidados entre atención hospitalaria y atención primaria.
- Pérdida de identidad de la AP; falta de empuje a la promoción y prevención
- Rigidez organizativa.
- Oportunidades laborales para el personal paramédico (técnicos) por su menor coste económico.

3. Estrategias a desarrollar

- Desarrollo pleno de la especialidad con la creación de la categoría profesional.
- Aumentar la visibilidad y el reconocimiento social de las enfermeras a través del trabajo con la población, con la prensa, con los políticos y distintos profesionales sanitarios de los dos niveles asistenciales.
- Valorar la experiencia profesional y exigir capacitación en competencias a la hora de acceder a plazas de AP.
- Necesidad de enfermeras en la estructura directiva con capacidad. jerárquica sobre las direcciones de enfermería de las áreas.
- Avanzar hacia un cambio de modelo, centrado en los cuidados.
- Formación estratégica obligatoria y en horario laboral con el objetivo de implementar y medir su aplicación posterior y disminuir la variabilidad, y que incluya en la formación el modelo de cuidados.
- Creación Cartera de Servicios enfermeros y definición de funciones.
- Reforzar las competencias en prevención y promoción de salud. Revisión de programas de actividades preventivas. Fomentar la formación y adquisición de competencias para trabajar sobre factores de riesgo.
- Potenciar otras puertas de entrada de los pacientes al sistema: resolución de problemas sanitarios agudos y abordaje del malestar de la vida cotidiana.
- Abordaje de la cronicidad con enfoque integral, con papel relevante de la enfermera de AP en el control de la patología estable. Revisión de protocolos de los procesos crónicos, reforzando el papel de enfermeras como gestoras de cuidados.
- Gestión del tiempo de consulta. Desburocratización de consultas y organización de las agendas de trabajo que habiliten el tiempo preciso para atención domiciliaria y actividades comunitarias como forma de fomentarlas y evitar el voluntarismo que las caracteriza.
- Evaluación de resultados en salud que evidencien el trabajo enfermero, con feedback a los profesionales
- Registros de cuidados normativizados y unificados.
- Desarrollo de la prescripción enfermera.
- Formación en búsqueda de evidencia científica y fomento de la investigación.
- Estrategias de mejora en la comunicación entre niveles y estamentos. Toma de decisiones compartida.

- Iniciar contactos con la Universidad para potenciar el modelo teórico-práctico de cuidados en la formación pregrado.
- Fomentar la participación ciudadana y el dialogo con las organizaciones sociales.

Conclusiones

Los profesionales de enfermería que trabajan en Atención Primaria en Asturias han destacado entre sus fortalezas, un modelo de atención centrado en el autocuidado y en el enfoque biopsicosocial. Ocupan una posición excepcional en el sistema por su cercanía, accesibilidad a la población y longitudinalidad en la atención que ofrecen.

Disponen de una probada capacidad para adaptarse al cambio, lo que les permite ofrecer unos cuidados de calidad, individualizados y a los que se incorpora la evidencia científica. Experiencias nacionales e internacionales⁷ avalan que cuando se les otorga nuevas responsabilidades, asumen tareas de coordinación entre niveles y continuidad en la atención. Compartir la actividad asistencial, atendiendo a procesos de baja complejidad y al malestar asociado con problemas de la vida cotidiana, es otro de los campos en los que estas profesionales han obtenido altos índices de resolución y satisfacción de los pacientes. Su intervención derivaría en reducción del gasto farmacéutico y mayor seguridad de los pacientes⁸.

Sin embargo este trabajo no se valora ni a nivel social, ni dentro de las políticas de la empresa, donde sigue predominando el rol del médico, la rigidez organizativa (ausencia de libre elección de enfermera, prescripción, etc.), la ausencia de enfermeras en la gestión, el desconocimiento de la Enfermera Comunitaria en otros niveles asistenciales, una escasa capacidad resolutoria al no existir un marco legislativo que lo desarrolle...e incluso una creciente preocupación y malestar por la ausencia de actividades innovadoras por parte de la empresa para desarrollar el potencial de este colectivo⁸.

A responder a los requerimientos de los pacientes, familias y población general, va a contribuir el desarrollo de la Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria. Su mayor formación, redundará en un aumento y mejora de su capacidad decisiva de la que se beneficiará el sistema sanitario y la sociedad. Las primeras especialistas se licencian en mayo del presente año sin que aún se haya planificado su status, competencias a desempeñar ni la articulación con la actividad de las enfermeras comunitarias generalistas.

Esta situación se encuentra amenazada por la crisis económica, las restricciones que acarrea y la politización de la gestión sanitaria, lo que se traduce en una falta de apuesta política para la Atención Primaria en general, y para la enfermería comunitaria en particular, retrasando la presencia de enfermeras en estructuras directivas, el desarrollo de la categoría profesional, un sistema equilibrado de sustituciones, traslados y oposiciones, una adecuación de las plantillas, etc.

A responder a los requerimientos de los pacientes, familias y población general, va a contribuir el desarrollo de la Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria.

A pesar de que el sistema sigue orientado al consumo y la demanda, las enfermeras siguen apostando por la promoción y la prevención que hayan demostrado ser coste-efectivas, útiles, necesarias, seguras y por poner freno a la medicalización innecesaria. Es necesario revisar, actualizar y racionalizar el programa de

actividades preventivas que se realiza en nuestra comunidad.

La crisis económica es vista como una amenaza a los servicios sanitarios. Minimizar el impacto negativo va a depender, entre otras cosas, de reasignar recursos, aumentar la productividad de los centros, abandonando la realización de actividades de escaso o nulo valor añadido (controles de seguimiento innecesarios a personas con procesos crónicos, solicitud de exámenes diagnósticos sin pruebas de efectividad) y delegando competencias del hospital a atención primaria y del médico a la enfermera comunitaria. Estas profesionales están en condiciones de aportar eficiencia, seguridad, cuidados de calidad y continuidad en los mismos si se llevan a cabo reformas organizativas que lo favorezcan.

Hay que lograr un mayor reconocimiento y valoración por la población, políticos, gestores, medios de comunicación y otros profesionales sanitarios, dado que es una necesidad sentida y demandada, dado que las enfermeras comunitarias tienen en su haber valores y competencias profesionales que aportan específicamente a cada ciudadano, que ninguna otra profesión puede hacer, mostrando que son fundamentales, necesarias e insustituibles para el sistema sanitario.

Una debilidad es la heterogénea formación continuada para mantener la competencia profesional, derivándose entre otras consecuencias una importante variabilidad injustificada en la práctica clínica. Saber cómo acceder a las fuentes de evidencia científica y fomentar la investigación como instrumento generador de conocimiento promoverá una práctica clínica más efectiva. Necesaria es también la adquisición de conocimientos y habilidades en las nuevas tecnologías de la información, de la comunicación, gestión, etc.

Amenaza es también considerada la unificación de las gerencias de Atención Primaria y Hospitalaria de las Áreas sanitarias. A este modelo se le atribuye que supondrá el abandono de la promoción y prevención, de las intervenciones poblacionales y el refuerzo de la medicalización y el hospitalocentrismo. Recelos despierta igualmente el posible traslado de enfermeras procedentes del hospital a Atención Primaria sin más méritos que la antigüedad, con la colaboración necesaria para que este proceso se lleve a cabo de las fuerzas sindicales. Para paliar el deterioro de estos cambios que en las circunstancias descritas acarrearían a la Atención Primaria, se solicita entre otros criterios, sea valorada la experiencia profesional en este nivel y la capacitación en competencias a la hora de acceder a las plazas de la oferta pública de empleo.

Perjudiciales son las consecuencias de la politización de los órganos de gestión. A sus puestos se accede por la confianza que el que nombra tiene en el nombrado, sin que tengan que cumplirse unos requisitos mínimos de formación, convocatoria pública, medición de cumplimiento de objetivos, etc. La falta de liderazgo que padece la enfermería comunitaria en estos momentos, no corresponde con el perfil profesional y curricular que tienen algunas enfermeras, con unas competencias adecuadas en la macro, meso y microgestión para trabajar teniendo en cuenta el conocimiento de las profesionales asistenciales de su realidad y con habilidades para orientar y estimular una cartera de servicios acorde con sus competencias y con las necesidades de la población.

Se deberían desarrollar todas las estrategias propuestas en este DAFO si queremos salir reforzados y aprender de las oportunidades de cambio que el momento actual nos impone, y buscar y aplicar iniciativas que hagan más funcional y sostenible nuestro sistema sanitario. Tenemos identificados un buen nº de decisiones, actividades, procedimientos que no se ajustan a lo razonable, efectivo, necesario, eficiente, justificable⁹. En las estrategias que definimos están ya identificadas posibles soluciones a este respecto.

Agradecimientos

Queremos manifestar nuestro agradecimiento a todas las personas que han participado, esta actividad ha servido para recoger aportaciones de los socios de SEAPA e identificar líneas de actuación que, recogidas y organizadas por la Junta Directiva, orientarán el plan de trabajo de la Sociedad.

Bibliografía

1. Robles García M, Dierssen Sotos T, Martínez Ochoa E, Herrera Carral P, Díaz Mendi AR, Llorca Díaz J. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2005 Abr [acceso el 3 de febrero de 2013]; 19(2): 127-134. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200006&lng=es.
2. Molina Mula J. El sistema sanitario: efecto sobre la práctica clínica de las enfermeras. Index Enferm [revista en la Internet]. 2011 Dic [acceso el 3 de febrero de 2013]; 20(4): 238-242. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000300006>.
3. Liu K, You LM, Chen SX, Hao YT, Zhu XW, Aiken LH. The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey. Clin Nurs. 2012 May [acceso el 31 de enero de 2013]; 21(9-10): 1476-85. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22380003>
4. Elola Somoza FJ. Futuro del Sistema Sanitario público del Principado de Asturias. Compromiso con un saludable futuro. Consejo Económico y Social del Principado de Asturias. 2010 [acceso el 9 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/files/56293_FICHERO_NOTICIA_97609.pdf
5. Casajuana J, Gervas J. La renovación de la atención primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare; 2012.
6. Dyson RG. Strategic development and SWOT analysis at the University of Warwick. European Journal of Operational Research, 2004. 152: 631-640.
7. Milos P, Larrain AI, Simonetti M. Categorización de servicios de enfermería. Propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. Cienc enferm. 2009; 15(1): 17-24.
8. Repullo JR. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. Rev Calid Asist. 2012; 27(3):130-138.
9. Repullo JR. Garantizar la calidad del Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sólo si nos comprometemos todos (Ed). Rev Calid Asist. 2011; 26:1-4.

