



Enfermería Clínica

[About this Journal](#)

[Sample Issue Online](#)

[Submit your Article](#)

Copyright © 2015 Elsevier España S.L. All rights reserved

CONTENIDO

EDITORIAL	1
Práctica avanzada en Enfermería y nuevos modelos de organización sanitaria	1
ORIGINALES	5
Competencia en práctica basada en la evidencia en estudiantes del grado en enfermería	5
Necesidades de formación sobre reanimación cardiopulmonar en el ámbito deportivo del fútbol ...	6
Consumo de drogas en estudiantes de enfermería	7
Versión española de la escala multidimensional de locus de control de la salud en estudiantes de enfermería	8
Autoestima, resiliencia, locus de control y riesgo suicida en estudiantes de enfermería.....	9
ORIGINAL BREVE	10
Percepción de la identidad profesional de la enfermería en el alumnado del grado	10
CUIDADOS	11
Cuidados de enfermería en el tromboembolismo pulmonar en urgencias extrahospitalarias.....	11
ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA	12
Efectos de una intervención de consejo anticonceptivo en adolescentes de barrios desfavorecidos con alta proporción de inmigrantes	12
CARTAS AL DIRECTOR	13
Re-análisis desde un enfoque correlacional del dominio «deterioro del funcionamiento» de la escala de valoración integral de la fatiga	13

Práctica avanzada en Enfermería y nuevos modelos de organización sanitaria

San Martín-Rodríguez L¹.

¹Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Pública de Navarra, Navarra, España.

Electronic address: leticia.sanmartin@unavarra.es.

En los últimos años, hemos asistido en nuestro país a una eclosión de la Enfermería sin precedentes, tanto en el terreno de la formación —universitaria y clínica— como en el terreno de la práctica, con la aparición de nuevos roles y reivindicación de nuevas competencias. En este contexto, se ha ido introduciendo en nuestro discurso el concepto de «rol avanzado» o de «Práctica Avanzada en Enfermería», utilizándolo casi de manera general, para la denominación de todos aquellos nuevos roles de Enfermería que iban apareciendo en el panorama de nuestro sistema sanitario: enfermeras gestoras de casos, enfermeras de enlace, enfermeras especialistas, etc.

A nivel general, la confusión con respecto a la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) es grande. Desde la aparición de este rol en EE.UU., en los años 40¹, distintos países han ido adoptando la EPA y la han ido adaptando a las particularidades de cada contexto, originando una heterogeneidad de concepciones. En un esfuerzo por consensuar una definición, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) definió en 2008 la EPA como una enfermera con un conocimiento experto, con capacidad para tomar decisiones complejas y con las competencias clínicas necesarias para poder llevar a cabo una práctica ampliada, recomendando para su formación un nivel de máster. Sin embargo, en esa misma definición en la que se intenta unificar el concepto de EPA, el CIE apunta a que estos roles estarán perfilados por el contexto concreto de cada país.

Nos ha parecido oportuno tomar como referencia las figuras de EPA que fueron definidas como tales desde el principio, que se han exportado con éxito a otros países y han generado toda una literatura en torno a sus competencias y su efectividad. Así, desde su nacimiento en EE.UU., las 2 figuras referentes dentro de la EPA son la *Nurse Practitioner* (NP) y la *Clinical Nurse Specialist* (CNS), de las que preferimos utilizar su denominación en inglés, para no caer en la confusión que suele generar su traducción al castellano. Ambas figuras tienen su origen en necesidades diferentes, y han expandido o han hecho «avanzar» la práctica enfermera, en distintas direcciones. Mientras la NP responde a una carencia de profesionales de la medicina y su práctica avanzada se basa en la adquisición de competencias de valoración, diagnóstico y

tratamiento, otorgando así una autonomía en la gestión de ciertos tipos de pacientes², la CNS tiene su origen en la necesidad de las enfermeras gestoras de contar con alguien que les ayude a formar a su personal en calidad de cuidados y por lo tanto, su práctica avanzada se ha basado en los propios cuidados de enfermería³. El hecho de que una de las figuras se base en el avance de la disciplina enfermera y la otra en el avance de la actividad, tomando prestadas responsabilidades propias de otros profesionales, ha generado un gran debate en la disciplina, que no abordaremos aquí, pero que conviene tener presente.

La práctica de ambos perfiles contempla tanto actividades directas sobre el paciente, como actividades dirigidas al personal de Enfermería, necesitando para ello las competencias de *coaching*, consultoría, liderazgo, investigación, colaboración y toma de decisiones éticas⁴. Sin embargo, mientras que la NP dedica aproximadamente un 80% de su tiempo a las actividades directas sobre el paciente, y un 20% a las actividades sobre el personal de Enfermería, el perfil de CNS presenta estos mismos porcentajes invertidos, dedicando un 80% de su tiempo a actividades dirigidas al personal de Enfermería, y un 20% a actividades sobre los pacientes. Este reparto de actividades no es sino el reflejo de la orientación de ambos perfiles, tal y como comentábamos con anterioridad. Sin embargo, no es difícil poder entender la práctica avanzada como un *continuum* entre ambos perfiles, según el cual, pueden llegar a conceptualizarse distintos roles según el reparto que se haga de su tiempo entre los 2 grupos de actividad⁵.

La cuestión ahora es ¿qué cabida tienen estos perfiles en el sistema sanitario de nuestro país? Para dar respuesta a esta pregunta, con una cierta visión a medio plazo, hemos optado por utilizar la perspectiva que nos dejan los nuevos modelos organizativos de provisión de servicios, que se están desarrollando en los últimos años en el sistema sanitario español.

Los sistemas sanitarios regionales de nuestro país han ido progresando en los últimos años en el planteamiento de nuevos modelos organizativos, modelos que no buscan sino la adaptación de los servicios de salud, a las nuevas necesidades de la población en materia sanitaria. Estas necesidades vienen determinadas por una realidad cambiante, caracterizada por un aumento de la esperanza de vida de la población, incremento de las enfermedades crónicas, avances tecnológicos importantes y acentuación del coste de los tratamientos, entre otros. Sin embargo, la demanda no es solo la de dar respuesta a estas nuevas necesidades, sino hacerlo poniendo énfasis en la contención del gasto y en el incremento de la calidad de la atención. A este respecto, es inevitable señalar la impronta que la crisis económica ha dejado en la reorientación de los servicios sanitarios, obligando a la adopción de medidas de sostenibilidad importantes.

Estos nuevos planteamientos organizativos y de gestión intentan por un lado evolucionar hacia una visión más horizontal de la estructura organizativa sanitaria y por otro, intentar poner más peso en la atención comunitaria, como base del sistema sanitario. Todo ello, bajo la perspectiva de un nuevo paradigma, que promueve la participación del paciente como parte activa del sistema.

Nos estamos poco a poco deshaciendo de las tradicionales estructuras verticales, organizadas en torno a silos de profesionales y especialidades, y nuestras organizaciones están adquiriendo estructuras más matriciales, caracterizadas por la presencia de una organización horizontal, que se adapta mejor a los procesos asistenciales por los que transcurren los pacientes. En definitiva, se trata de organizar a distintos profesionales, en torno a un grupo homogéneo de pacientes. Este tipo de organización es ideal para la resolución de problemas complejos que requieren de la intervención de muchos especialistas, además de tener una gran flexibilidad a la hora de ahorrar costes⁶. Hace unos años se hablaba de «institutos» o «áreas clínicas funcionales» en los hospitales^{7,8} y ahora, bajo el mismo modelo organizativo y de gestión, se habla genéricamente de «gestión clínica».

En este escenario de desarrollo de la gestión clínica, las EPA pueden aportar un valor añadido muy interesante para el sistema. Este perfil de práctica avanzada podría asumir perfectamente el liderazgo clínico, considerado uno de los elementos determinantes para el éxito de la gestión clínica⁹. No solo por la capacidad de la EPA para sostener a las enfermeras en la toma de decisiones clínicas complejas, sino también, por su formación en colaboración interdisciplinar y trabajo en equipo, y su competencia para basar la práctica clínica en la evidencia, uno de los pilares fundamentales de la gestión clínica¹⁰. Además, el empoderamiento o la activación de los pacientes para que sean los verdaderos responsables de la gestión de su enfermedad, debe ser sin duda asumido por las enfermeras, razón de más para contar con un liderazgo clínico en manos de este profesional.

Si nos centramos más concretamente en el contexto hospitalario, el liderazgo clínico para las enfermeras de base se hace imprescindible. La exigencia de estos nuevos modelos de gestión es grande. Se exige a las enfermeras un nivel alto de calidad de cuidados, a la vez que experimentan con nuevas formas de hacer, de organizarse y de entender la atención al paciente. Los pacientes son cada vez más complejos y más conscientes de sus demandas, y las enfermeras se enfrentan en muchas ocasiones en su trabajo diario a dificultades derivadas de la aplicación de distintas medidas de sostenibilidad. A este respecto, el perfil de la CNS —que recordemos, su principal actividad se centra el profesional de enfermería—, complementa al perfil de gestión en aquellas tareas que suponen el mantenimiento de unos estándares altos de calidad de cuidados³. Según la experiencia de distintos países en la implantación de la CNS,

esta figura ha propiciado en todos los casos el avance de la Enfermería a un nivel superior de práctica clínica¹.

Además del desarrollo de la gestión clínica, la evolución de los problemas de salud de la población hacia la cronicidad, ha originado un replanteamiento en el papel de la atención primaria, entendiendo que debe actuar como la piedra angular de nuestro sistema sanitario. Este énfasis puesto en la atención comunitaria, se ha visto complementado con la ya comentada visión horizontal a nivel organizativo. La organización horizontal se ha concebido más allá de los límites de las organizaciones, entendiendo que los procesos de los pacientes, transcurren entre distintas organizaciones sanitarias. Por esta razón, la que la coordinación y la integración de distintos niveles asistenciales se ha convertido en algo ineludible para el correcto funcionamiento del sistema.

En este contexto de reorientación hacia la integración de servicios, enfatizando en la atención primaria y la asistencia del paciente en el domicilio, el perfil de NP en atención comunitaria o atención primaria, podría tener su razón de ser. Quizás sea el único perfil de NP que puede llegar a tener cabida en nuestro sistema sanitario a medio plazo. Por un lado, recordemos que la NP se fundamenta en la adquisición de responsabilidades propias de los profesionales de la medicina y como sabemos, las experiencias a este respecto en nuestro país no son muy positivas; tenemos todavía presente el conflicto generado con la prescripción enfermera. Por otro lado, el nacimiento de la NP en otros países tiene su origen en la falta de profesionales de la medicina, y España, con 37 médicos por cada 10.000 habitantes, se encuentra en el grupo de cabeza de los países europeos en cuanto a número de médicos¹¹.

Sin embargo, la potenciación de la atención primaria y la necesidad de coordinar e integrar servicios, puede ser terreno abonado para el desarrollo de la NP. No solo es un perfil que la mayoría de países ha decidido desarrollar e invertir, sino que hay evidencia que avala la eficacia de este perfil, demostrando que en atención primaria, puede llegar a ser igual de eficaz que los médicos a la hora de conseguir resultados de salud¹². Además, la NP en atención primaria puede mejorar el acceso al sistema y la gestión de la demanda, ya que es capaz de resolver entre el 80-90% de los procesos¹³. Quizás ayude a su implantación y desarrollo el hecho de que en los próximos años, para la especialidad de medicina de familia y comunitaria concretamente, algunos informes prevén un déficit de profesionales¹⁴.

Por último, señalar en este punto que la coordinación e integración de servicios desde atención primaria, podría también beneficiarse de una figura de EPA para la de gestión de casos. No está claro a nivel internacional si la enfermera gestora de casos es una enfermera especialista o una enfermera avanzada. Algunos autores⁴ la incorporan dentro de su definición de EPA, aunque a día de hoy, únicamente EE.UU. la considera enfermera de práctica

avanzada¹. Lo que es cierto es que incorporar un perfil más avanzado a la gestión de casos, podría aportar ventajas en cuanto a la resolución de procesos. Dentro del *continuum* propuesto por Donald et al.⁵, adquiriría sentido un perfil próximo a la NP, adquiriendo algunas competencias que le permitan una mayor autonomía en la gestión de los pacientes.

Solo nos queda instar a los dirigentes, a que creen y regulen puestos de Práctica Avanzada en Enfermería, y a las universidades, a que ofrezcan la formación para el futuro desarrollo de estos perfiles en nuestro sistema sanitario. Es precisamente en un contexto de consolidación de la formación universitaria de posgrado en Enfermería, en el que se ha desarrollado la EPA en otros países¹.

ORIGINALES

Competencia en práctica basada en la evidencia en estudiantes del grado en enfermería

Ruzafa-Martínez M¹, Molina-Salas Y², Ramos-Morcillo AJ³.

¹Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Campus de Espinardo, Universidad de Murcia, Murcia, España. Electronic address: maruzafa@um.es.

²Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias Sociosanitarias, Campus de Lorca, Universidad de Murcia, España.

³Centro de Salud de Archena/Consultorio de Ojós, Área de Salud VI (Vega Media del Segura), Servicio Murciano de Salud, Murcia, España.

Objetivos

El aprendizaje de la práctica basada en la evidencia (PBE) se ha convertido en un aspecto clave en la formación de profesionales de Enfermería. En el nuevo plan de estudios del Grado en Enfermería de la Universidad de Murcia (UM) se incluyó una asignatura específica sobre PBE en cuarto curso.

El objetivo del presente estudio es conocer el nivel de competencia en PBE en estudiantes del Grado en Enfermería de la UM y comparar los resultados entre los 4 cursos.

Método

Estudio observacional descriptivo transversal. Población de estudio: estudiantes de los 4 cursos del Grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias Sociosanitarias de la UM, curso 2013-14. Se utilizó el cuestionario validado CACH-PBE que evalúa competencia en PBE y sus dimensiones: actitud, habilidades y conocimientos. El rango de la escala es: 1 punto «nivel más bajo» a 5 puntos «nivel más alto». Se realizaron análisis descriptivos y bivariantes con el programa SPSS 21.0.

Resultados

Participaron 144 estudiantes, el 76,4% eran mujeres, la mediana de edad fue de 23 años. El 84,7% asistieron a más del 75% de horas de clase. Las diferencias de medias en el cuestionario entre primero y cuarto fueron de 0,58 puntos en actitud, 0,60 en habilidades, 1,6 en conocimientos y 0,83 en competencia global. Los estudiantes de cuarto curso obtuvieron puntuaciones medias significativamente más altas que el resto de cursos ($p < 0,05$) en todas las dimensiones y en la competencia global en PBE.

Conclusiones

Los estudiantes del Grado en Enfermería estudiado adquieren un adecuado nivel de competencia en PBE. El mayor incremento ocurre en cuarto curso.

Palabras clave: Práctica clínica basada en la evidencia, Enseñanza, Instituciones de enseñanza superior, Educación en enfermería, Investigación en educación de enfermería.

Necesidades de formación sobre reanimación cardiopulmonar en el ámbito deportivo del fútbol

Guerra-Martín MD¹, Martínez-Montilla JM², Amador-Marín B³.

¹Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España. Electronic address: guema@us.es.

²Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España. Electronic address: Josema_martinez_88@hotmail.com.

³Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España. Electronic address: b_amadormarin@hotmail.com

Resumen

Objetivo

En España se producen alrededor de 25.000 paradas cardiorrespiratorias, numerosas de ellas en presencia de personal no sanitario. En menos del 25% de las paradas cardiorrespiratorias presenciadas los testigos inician la reanimación cardiopulmonar. El fútbol es un deporte de contacto, con unas características y unos requerimientos físicos que hace poner al límite el organismo, y que por lo tanto presenta un porcentaje mayor de probabilidades de presentar numerosas lesiones, entre ellas, paradas cardiorrespiratorias. Por ello, se planteó como objetivo conocer la situación actual sobre la formación en soporte vital básico en el ámbito deportivo del fútbol.

Método

Se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, tanto nacionales (IME, CUIDEN, ENCUENTR@, ENFERMERÍA AL DÍA, ISOC) como internacionales (PUBMED, SCOPUS, CINAHL), con diferentes descriptores MESH relacionados con el tópico.

Resultados

Se identificaron un total de 395 referencias, seleccionándose finalmente 17 estudios, 8 de ellos tenían como tema principal la reanimación cardiopulmonar y los 9 restantes eran sobre utilización de desfibriladores semiautomáticos.

Conclusiones

Existe una escasez de investigaciones sobre este tópico en el ámbito deportivo del fútbol. Hecho que nos llama la atención, ya que en este ámbito podrían encontrarse situaciones que requieran una actuación inmediata salvadora. Por ello, queremos resaltar la importancia de la reanimación cardiorrespiratoria temprana, siendo fundamental la formación sobre soporte vital básico y desfibriladores semiautomáticos en el ámbito deportivo del fútbol.

Palabras Clave: Resucitación cardiopulmonar, Desfibriladores, Formación continuada, Fútbol.

Consumo de drogas en estudiantes de enfermería

Garrido-González I¹, Bugarín-González R², Machín-Fernández AJ¹.

¹Escuela Universitaria de Enfermería de Lugo (USC). EOXI de Lugo, Cervo y Monforte (SERGAS), Lugo, España.

²Escuela Universitaria de Enfermería de Lugo (USC). EOXI de Lugo, Cervo y Monforte (SERGAS), Lugo, España.

Electronic address: rosendo.bugarin.gonzalez@sergas.es.

Resumen

Objetivo

Conocer los patrones de consumo de sustancias adictivas de los estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería de Lugo.

Método

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en las aulas a través de un cuestionario en el mes de abril de 2015.

Resultados

La participación del alumnado fue del 61,5% (185), de los que el 83,2% correspondían al sexo femenino. La sustancia adictiva de consumo más precoz fue el tabaco (15 años). Consumieron cigarrillos en el último mes un 36,2% de los estudiantes y alcohol el 89,9% (un 58,4% del total se emborracharon).

Un 2,2% utilizaron, en ese período, tranquilizantes/hipnóticos.

La droga ilegal de mayor uso fue el cannabis (17,8%) y a continuación la cocaína (2,2%).

Existe una asociación significativa entre el consumo de drogas ilegales y ser varón, fumar tabaco o beber alcohol, vivir solo o con amigos (no con la familia), tener un mal rendimiento académico y practicar botellón. No hubo diferencias con la práctica deportiva ni con la lectura.

Se estudió también el policonsumo: el 16,2% manifestó haber utilizado simultáneamente alcohol y cannabis y un 4,9% alcohol y cocaína.

Conclusiones

Los patrones de consumo son similares, y algunos incluso mayores, que los de la población general en ese grupo de edad. De ahí que se consideren necesarias, en el ámbito universitario, medidas específicas para prevenir la adicción a sustancias en este colectivo.

Palabras Clave: Drogas de abuso, Estudiantes de enfermería, Tabaco, Alcohol, Cannabis, Cocaína.

Versión española de la escala multidimensional de locus de control de la salud en estudiantes de enfermería

Tomás-Sábado J¹, Montes-Hidalgo J².

¹Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España. Electronic address: joaquin.tomas@eug.es.

²Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España.

Resumen

Objetivo

Determinar las propiedades métricas preliminares de la forma española de la Escala multidimensional de locus de control de la salud (MHLC), formada por 3 subescalas: 1) *internalidad*; 2) *otras personas relevantes*, y 3) *suerte/azar*, y estudiar la relación que la atribución del control de la salud interno o externo tiene con autoestima, autoeficacia y competencia percibidas, en una muestra de estudiantes de enfermería.

Método

Estudio observacional transversal en el que participaron 109 estudiantes, que respondieron un cuestionario anónimo que contenía datos demográficos y las versiones españolas de la MHLC, la Escala de autoestima de Rosenberg, la Escala de autoeficacia general y la Escala de competencia general percibida.

Resultados

Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,713 para *internalidad*, 0,665 para *suerte/azar* y 0,728 para *otras personas*. La correlación test-retest para los 18 ítems de la MHLC, fue de 0,866. La *internalidad* correlaciona positiva y significativamente con autoeficacia y competencia, mientras que *azar/suerte* presenta correlaciones negativas y significativas con autoestima y competencia. No aparecen diferencias significativas por género en ninguna de las 3 subescalas, mientras que los sujetos más jóvenes manifiestan mayor tendencia a la atribución externa. La estructura factorial confirma la hipótesis trifactorial.

Conclusiones

Puede concluirse que la forma española de la MHLC presenta una adecuada validez de constructo y propiedades métricas aceptables. Asimismo, se evidencia la relación entre el control interno de la salud con el bienestar percibido y la autoconfianza.

Palabras Clave: Locus de control, Autoestima, Autoeficacia, Competencia, Enfermería.

Autoestima, resiliencia, locus de control y riesgo suicida en estudiantes de enfermería

Montes-Hidalgo J¹, Tomás-Sábado J².

¹Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España.

²Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España. Electronic address: joaquin.tomas@eug.es.

Resumen

Objetivos

Bajo el presupuesto de que el suicidio es la consecuencia de una serie de factores que actúan de forma acumulativa, el objetivo de este trabajo fue estudiar la asociación de la autoestima, resiliencia y locus de control con el riesgo de conducta suicida en una muestra de estudiantes de enfermería.

Método

Estudio observacional, transversal, correlacional, con 186 estudiantes de enfermería que respondieron un cuestionario que contenía, además de datos demográficos, las formas españolas de la escala de autoestima de Rosenberg, escala breve de afrontamiento resiliente, escala de riesgo suicida de Plutchik y escala de locus de control interno-externo de Rotter.

Resultados

Las puntuaciones de hombres y mujeres son similares en todas las escalas, excepto en locus de control, donde se aprecia una significativa mayor tendencia de las mujeres a la atribución de control externa. El 6,4% de los estudiantes presentan puntuaciones que indican riesgo suicida. Las puntuaciones en riesgo suicida correlacionan negativa y significativamente con autoestima y resiliencia y positivamente con el locus de control. El análisis de regresión lineal identifica la autoestima como principal variable relacionada con el riesgo suicida.

Conclusiones

Los resultados sugieren que los estudiantes que presentan baja autoestima tienen dificultades para adaptarse a situaciones adversas y tienden a la atribución externa de las consecuencias de sus acciones pueden presentar un mayor riesgo de conducta suicida. Asimismo, la

identificación de la autoestima como importante factor implicado en el riesgo suicida puede ayudar en el diseño de programas de prevención.

Palabras Clave: Riesgo suicida, Autoestima, Resiliencia, Locus de control, Enfermería.

ORIGINAL BREVE

Percepción de la identidad profesional de la enfermería en el alumnado del grado

Albar MJ¹, Sivianes-Fernández M².

¹Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Sevilla, España. Electronic address: mja@us.es.

²Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Sevilla, España.

Resumen

Objetivo

Identificar la percepción de la identidad profesional de enfermería en el alumnado de primero y cuarto del grado.

Método

Estudio descriptivo mediante encuesta. Utilizando un muestreo aleatorizado en el alumnado de primer y cuarto curso se seleccionaron 50 y 51 estudiantes respectivamente. La encuesta fue elaborada mediante consenso de expertos y contenía un registro de datos sociodemográficos, 14 ítems y dos preguntas abiertas. Se realizaron análisis descriptivos de los datos y bivariado mediante la aplicación del test chi cuadrado, para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas en las respuestas en función del curso. Se utilizó el programa estadístico SPSS 22.0. Las preguntas abiertas fueron sometidas a un análisis de contenido.

Resultados

Se identifican diferencias estadísticamente significativas en los ítems relacionados con la diversidad de roles que puede asumir el profesional de enfermería en el sistema de salud (profesionales y académicos) y, en el carácter autónomo de su ejercicio. Estos resultados son confirmados por la información obtenida en las preguntas abiertas.

Conclusión

La formación académica es de gran importancia en el proceso de adquisición de la identidad profesional de los futuros profesionales de la enfermería, pero cambiar la imagen pública de la profesión es responsabilidad de todos los agentes sociales implicados en su desarrollo.

Palabras Clave: Imagen pública, Enfermería, Estudiantes, Identidad profesional, Percepción.

Cuidados de enfermería en el tromboembolismo pulmonar en urgencias extrahospitalarias

Carrión-Martínez A¹, Rivera-Caravaca JM².

¹Asociación para la integración de la discapacidad (INTEDIS), Mula, Murcia, España; Asamblea Comarcal Cruz Roja, Molina de Segura, Murcia, España.

²Asamblea Comarcal Cruz Roja, Molina de Segura, Murcia, España; Departamento de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España. Electronic address: jmriviera429@gmail.com.

Resumen

El tromboembolismo pulmonar es una de las enfermedades tromboembólicas venosas más graves, tanto por su mortalidad como por el elevado número de complicaciones que lleva asociadas y por su repercusión en la calidad de vida. Las primeras horas son clave y su correcto manejo durante este periodo puede determinar las futuras secuelas. Por ello, en el ámbito extrahospitalario, la enfermera ha de tener los conocimientos y herramientas adecuadas para actuar de manera rápida y eficiente.

En este trabajo presentamos el caso clínico de un varón de 77 años que en su domicilio particular, tras haber sido dado de alta de una intervención de prótesis de rótula, comienza con un cuadro compatible con tromboembolismo pulmonar. Se realiza un proceso de atención de Enfermería según los patrones funcionales de Margory Gordon y se elabora un plan de cuidados en base a la taxonomía NNN (NANDA, NOC, NIC). Como diagnóstico enfermero principal se selecciona «patrón respiratorio ineficaz» y como posible complicación potencial del tromboembolismo pulmonar se elige el «infarto pulmonar».

Los resultados obtenidos tras llevar a cabo el plan de cuidados son satisfactorios, con una mejora de los signos y síntomas que presentaba el paciente, razón por la cual creemos que puede ser de utilidad para las enfermeras a la hora de enfrentarse a situaciones clínicas de características similares.

Palabras Clave: Embolia pulmonar, Atención de enfermería, Urgencias médicas, Planificación de atención al paciente.

Efectos de una intervención de consejo anticonceptivo en adolescentes de barrios desfavorecidos con alta proporción de inmigrantes

Díaz-Periáñez C¹.

¹Departamento de Enfermería, Universidad de Huelva, Huelva, España.

Electronic address: cristinadiazperianez@gmail.com

Nebot L, Díez E, Martín S, Estruga L, Villalbí JR, Pérez G, et al. Efectos de una intervención de consejo anticonceptivo en adolescentes de barrios desfavorecidos con alta proporción de inmigrantes. Gac Sanit. 2016; 30:43-46.

Resumen

Objetivo: Evaluar la efectividad de una intervención de consejo anticonceptivo en adolescentes según sexo y origen.

Métodos: Diseño pre-post con entrevista a los 3 meses. Participaron adolescentes de 3 barrios desfavorecidos de Barcelona, que recibieron una intervención de consejo anticonceptivo. Se compararon el uso de contracepción en la última relación sexual, y diversos conocimientos, creencias y autoeficacias, estratificando por sexo y origen (autóctono o inmigrante), con pruebas de McNemar y χ^2 .

Resultados: Ciento treinta y ocho adolescentes completaron el seguimiento (76%). El 55% eran chicas, el 85% tenían entre 16-19 años y el 71% eran inmigrantes. Tras la intervención mejoraron los conocimientos y diversas autoeficacias. El uso de contracepción efectiva aumentó en todos los grupos. En la muestra total, el uso de preservativo aumentó un 5,4% y la ausencia de método se redujo un 7,7%.

Conclusiones: Tras la intervención mejoró el uso de contracepción y sus determinantes en los adolescentes, particularmente en los inmigrantes.

Re-análisis desde un enfoque correlacional del dominio «deterioro del funcionamiento» de la escala de valoración integral de la fatiga

Dominguez-Lara S¹.

¹Instituto de Investigación de Psicología, Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.

Electronic address: sdominguezmpcs@gmail.com

Resumen

Sr. Director:

En los estudios obtención de evidencias de validez pueden implementarse diferentes estrategias: contenido del test, estructura interna, asociación con otras variables, procesos de respuesta y consecuencias de su uso¹; pero llevar a cabo solo una estrategia puede brindar resultados parciales, pero no concluyentes. En el estudio presentado de García-Sierra et al.² sobre la validación de la escala de valoración integral de la fatiga (EVIF), aunque obtuvieron evidencias de validez del contenido del EVIF, no se tomó en cuenta el análisis de su estructura interna, lo que permitiría extraer conclusiones más robustas sobre su dimensionalidad^{1,3}.