

Enfermería de familia frente a enfermería de pediatría

I. Nieto de Antonio, A. Gómez de Cádiz Villarreal, D. Aragón Lavale, L. Flores Berzal y M.A. Vega González

Centro de Salud San Cristóbal. Área 11. Madrid.

(*An Esp Pediatr* 2000; 53: 395-398)

Objetivo

Conocer la opinión del pediatra de atención primaria con respecto a las dos formas de organización de la enfermería en los centros de salud (enfermería de familia y enfermería de pediatría): ventajas de una sobre otra, modelo preferido y sugerencias para implantarlo.

Métodos

Estudio Delphi, realizado desde octubre de 1999 hasta enero de 2000, con 58 pediatras de equipo de atención primaria del área 11 de Madrid.

Resultados

Las ventajas de la enfermería de pediatría fueron: mejor coordinación con el pediatra, mayor motivación y formación del profesional de enfermería, uniformidad de criterios, mejor conocimiento del paciente, preferencia de las familias, ampliación de actividades y separación de niños y adultos. El acuerdo sobre todas ellas fue mayor del 92 %, con una importancia superior a 4 (en una escala de 0 al 5).

Las ventajas de la enfermería de familia fueron: ahorro, mejor conocimiento familiar y social, preferencia del colectivo de enfermería, posibilidad de cambio de profesional y continuidad en el seguimiento del adolescente. El acuerdo fue variable (del 29 al 61 %), con una importancia inferior (del 2,8 al 3,6), según los enunciados.

El 96 % de los pediatras consideraron la enfermería de pediatría como la forma idónea de organización.

Aunque el 75 % no aportó ninguna sugerencia que pudiera favorecer la implantación del modelo preferido, el acuerdo sobre las iniciativas que aportaron el resto de participantes osciló entre el 68 y el 100 %.

Conclusión

El pediatra de atención primaria opina que la enfermería de pediatría es más ventajosa que la enfermería de familia para su trabajo diario.

Palabras clave:

Técnica Delphi. Enfermería pediátrica. Atención primaria.

FAMILY VERSUS PEDIATRIC NURSING

Objectives

To collect primary care pediatricians' opinions on the two models of nursing care organization (family nursing and pediatric nursing) in primary care centers: the advantages of each model, pediatricians' preferred model and suggestions for implantation.

Methods

Delphi study, carried out between October 1999 and January 2000, among 58 primary care pediatricians from area 11 in Madrid.

Results

The advantages of pediatric nursing were better coordination with the pediatrician, improved motivation and training of nursing professionals, uniform criteria, greater knowledge of the patient, preference of the families, increased activity, and separation of children and adults. Agreement on these factors was greater than 92 %, with a rating higher than 4 (on a scale from 0 to 5 scale). The advantages of family nursing were financial savings, greater social and familial knowledge, preference of the nursing staff, the possibility of staff changes, and continuity in the follow-up of teenagers. Agreement was variable (29-61 %) with a lower rating (2.8 to 3.6) according to each question. Ninety-six percent of the pediatricians considered pediatric nursing to be the most suitable organizational alternative. Seventy-five percent did not provide any suggestions for the implementation of their preferred model but agreement on initiatives proposed by the remaining participants was between 68 and 100 %.

Conclusion

Primary care pediatricians consider that in their daily work pediatric nursing is more advantageous than family nursing.

Key words:

Delphi technique. Pediatric nursing. Primary care.

Correspondencia: M.A. Vega González. Puerto de la Cruz Verde, 40 D, 5º A. 28045 Madrid.
Correo electrónico: magelito@teleline.es

Recibido en mayo de 2000.

Aceptado para su publicación en septiembre de 2000.

Datos	Porcentaje pediatras (n = 58)
Sexo	
Varón	32,7
Mujer	67,2
Situación laboral	
Propietario	63,7
Interino	36,2
Turno	
Mañana	51,7
Tarde	48,2
Distrito	
Aranjuez	18,9
Arganzuela	20,6
Carabanchel	32,7
Villaverde	27,5

INTRODUCCIÓN

El modelo de trabajo en equipo en atención primaria pretende fomentar la comunicación entre profesionales que tienen una serie de objetivos comunes basados en unos determinados programas y protocolos¹. En la atención a las personas adultas por lo general un médico y un enfermero(a) desarrollan sus funciones y actividades asistenciales sobre una misma parte de la población².

Sin embargo, la organización de la enfermería extrahospitalaria para el cuidado de la población infantil no es uniforme en los equipos de atención primaria, ni siquiera dentro de una misma área sanitaria. Existen, por lo general, dos tipos de estructura. En la primera, a la que denominamos enfermería de familia, cada niño del cupo de un pediatra tiene asignado un profesional de enfermería que es el que le corresponde al médico general que tenga su familia. En la segunda, a la que llamamos enfermería de pediatría, todos los niños del cupo son atendidos por el mismo profesional.

El siguiente estudio tiene como objetivo recoger información sobre las posibles ventajas e inconvenientes de ambos modelos de trabajo y llegar a un consenso sobre cuál podría ser la forma idónea de organización para el pediatra de atención primaria, así como generar ideas o soluciones necesarias para mejorar en lo posible la atención que se presta a los niños.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización del presente estudio se ha utilizado la técnica Delphi, que tiene por objeto recoger las opiniones de expertos sobre una determinada cuestión para llegar a un consenso³. El criterio para ser elegido como participante fue ser pediatra de equipo de atención primaria del área sanitaria 11 de Madrid en la fecha de inicio del estudio, que se desarrolló de octubre de 1999 a enero de 2000. En ese momento, el número de pediatras que trabajaban en el área era de 70, de los cuales dos fueron

asegurar la comprensión del cuestionario inicial se realizó en primer lugar un pretest entre diez de ellos, seleccionados mediante muestreo sistemático en los diferentes distritos y que posteriormente se descartaron del estudio. Los 58 restantes, cuyas características sociolaborales se describen en la tabla 1, fueron los participantes que recibieron las tres encuestas.

En cada uno de los envíos que se hicieron por correo interno, se incluía una carta introductoria con el objeto y la metodología del estudio, las preguntas específicas de cada encuesta y un sobre para devolver la respuesta de forma anónima dentro de los plazos establecidos. No se realizó captación telefónica previa por considerar que el número inicial de participantes aseguraba respuestas suficientes.

En el primer cuestionario se les pidió una serie de datos sociolaborales (edad, sexo, situación laboral, turno de trabajo, distrito dentro del área sanitaria, años de ejercicio profesional y número de profesionales de enfermería que atienden a los niños de su cupo en la actualidad) y las siguientes preguntas abiertas:

1. ¿Cuál crees que es el número idóneo de profesionales de enfermería que deben atender a los niños de tu cupo?

2. Enumera los aspectos más importantes en los que creas que la enfermería de pediatría (un profesional atiende a todos los niños de tu cupo) es más ventajosa que la enfermería de familia (varios profesionales atienden a los niños de tu cupo).

3. Enumera los aspectos más importantes en los que creas que la enfermería de familia es más ventajosa que la enfermería de pediatría.

En el segundo cuestionario se agruparon las respuestas a las dos últimas preguntas, mediante consenso entre los investigadores, en varios enunciados que fueron incluidos junto con algunas de las frases textuales que pudieran aclarar mejor su significado. Debían indicar en cada uno de ellos si estaban de acuerdo o no y valorar numéricamente su importancia en los que estaban de acuerdo en una escala que iba de 0 (ninguna) a 5 (mucho). Se les solicitó también ideas, actividades o sugerencias para facilitar la implantación del modelo de enfermería elegido como idóneo. Los participantes podían hacer en todo momento cualquier tipo de aclaración o comentario que creyeran necesario.

En el tercer cuestionario se les pidió que reconsideraran sus respuestas previas a la luz de los resultados que se les adjuntaban, obtenidos del resto de los participantes. Y finalmente su acuerdo o no sobre las medidas de cambio sugeridas.

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa Epi-info 6.04 en versión española de 1996.

Ventaja	Porcentaje de acuerdo	Media de importancia \pm DE*
Coordinación con el pediatra (“ubicados más cerca”, “sabes a quién acudir”, “mejor comunicación”, “se acortan tiempos”)	100	4,86 \pm 0,32
Uniformidad de criterios (“es imposible unificar ideas entre 5-7 profesionales distintos”)	100	4,75 \pm 0,5
Separación de niños y adultos (“no se mezclan niños con ancianos, drogadictos”, “no se dispersan los niños por el centro”)	100	4,30 \pm 1,12
Ampliación de actividades (“facilita la docencia”, “proyectos de investigación juntos”)	100	4,28 \pm 1
Motivación del profesional de enfermería (“quien trabaja con niños suele gustarle”, “mayor motivación para el reciclaje”)	96,42	4,53 \pm 0,63
Formación del profesional de enfermería (“ven muchos más niños y adquieren mayor experiencia”, “mejor conocimiento al dedicarse en exclusiva”, “menos errores al vacunar”, “dominan mejor el programa del niño sano”)	96,29	4,58 \pm 0,62
Conocimiento del paciente del cupo (“mayor control de los niños”, “más fácil la captación del que no viene nunca”)	96,15	4,16 \pm 0,93
Satisfacción y preferencia de familias (“mayor tiempo de dedicación”, “mayor confianza”)	92,85	4,10 \pm 0,97

*De 0 a 5: 0, ninguna; 5, mucha.

TABLA 3. Ventajas de la enfermería de familia

Ventaja	Porcentaje de acuerdo	Media de importancia \pm DE*
Conocimiento familiar-social (“mejor conocimiento de la historia, el ambiente y la patología familiar”)	61,5	2,96 \pm 1,28
Continuidad en el seguimiento del adolescente	59,2	3,17 \pm 1,29
Ahorro (“al prescindir de un profesional de enfermería por cada pediatra”, “dinero: no es rentable nada de pediatría”)	52,0	3,62 \pm 1,37
Preferencia de la enfermería (“mejor formación de la enfermería al trabajar en todos los campos”)	38,4	3,11 \pm 1,49
Posibilidad de cambio de enfermero(a) (“si no se congenia”)	29,1	2,83 \pm 1,32

*De 0 a 5: 0, ninguna; 5, mucha.

RESULTADOS

El número de respuestas a los cuestionarios fue muy similar durante el desarrollo del estudio (28, 32 y 28, respectivamente).

Los datos de las variables sociolaborales de los pediatras que respondieron al primer cuestionario fueron: sexo varón, 26,9%; mujer, 73,1%; propietarios, 67,9%, interinos, 32,1%; turno de mañana, 60,7%, de tarde, 39,3%; distritos de Aranjuez, 17,9%, Arganzuela, 17,9%, Carabanchel, 21,4%, y Villaverde, 42,9%. La edad media fue de 47,35 \pm 10,48 (27,5-61,5) años y la media de duración del ejercicio laboral como pediatra fue de 19,60 \pm 8,85 (7-36) años.

El 57% de los que contestaron trabajaban con enfermería de pediatría y el 43% con la de familia. En este último caso, la media de profesionales de enfermería con el que se colabora es de 6,66 \pm 3,18 con un rango de 4 a 12. El 96% opinó que la situación idónea era trabajar con un único enfermero(a).

Los porcentajes en los que los participantes estaban de acuerdo sobre los diversos enunciados (con alguna de las frases más significativas) y su importancia, en la tercera

encuesta, se reflejan en las tablas 2 (enfermería de pediatría) y 3 (enfermería de familia).

El 75% de los participantes no aportó inicialmente ninguna idea que pudiera favorecer la implantación de la enfermería de pediatría. Las propuestas que surgieron del resto de participantes y los porcentajes de acuerdo que se lograron al ponerlas en común se detallan en la tabla 4.

DISCUSIÓN

No se ha encontrado en la bibliografía nacional (Índice Médico Español) ningún estudio previo similar que explore las necesidades organizativas de la pediatría de atención primaria. En cambio, desde el punto de vista de la enfermería sí existen varios trabajos que comparan distintos modelos⁴⁻⁶ (comunitaria, por programas, etc.) o explican el desarrollo de sus funciones sin que se describan las implicaciones que conllevan sobre la atención a los niños⁷.

Los métodos de consenso, entre los que se incluye la técnica Delphi, se usan cada vez con más frecuencia para definir grados de acuerdo sobre temas debatidos de salud

Sugerencia	Porcentaje de acuerdo
Ofertar a la enfermería de cada centro de salud la dedicación exclusiva de uno de ellos(as) a pediatría	100
Compartir 1 enfermero(a) por cada 2 pediatras	71,42
Comparar resultados de evaluaciones enfermería de familia-enfermería de pediatría	81,48
Poner en conocimiento de la gerencia los datos de este estudio	96
Investigar por qué hay centros dentro de la misma área en los que se opta por modelos organizativos diferentes	91,66
Fomentar el reconocimiento de enfermería de pediatría en la cartera de servicios	100
Encuesta de satisfacción a padres	76,92
Proponer a los médicos de familia y a la enfermería que compartan todos los cupos como forma de que entiendan el problema	68

y, aunque su validez y fiabilidad no estén bien establecidos, se han convertido por su diseño y por sus resultados en un arma importante para tomar decisiones⁸. Una de las cuestiones que preocupan en este tipo de estudios es la posibilidad de sesgo⁹ en la selección de participantes al ofrecer la colaboración a unos determinados profesionales orientados hacia una opción dentro de las múltiples posibles. Por ello, una vez conocida la opinión sobre cuál es la forma idónea de organizarse para el colectivo de los pediatras (que no esperábamos que fuera tan unánime y rotunda) el siguiente paso sería llegar a un consenso con el resto de profesionales de la atención primaria incluidos aquellos que tienen poder de decisión en cuestiones organizativas (gerencias, Insalud, etc.).

Centrándonos ya en los resultados, el número de respuestas obtenidas, alrededor de 30 para cada cuestionario, es adecuado para recibir un amplio espectro de opiniones e indica que el interés se mantuvo durante la realización del trabajo. Un aumento en este número dificulta la labor de análisis sin que se incremente de manera significativa el interés de las respuestas. El porcentaje de respuestas obtenidas (el 50% en cada encuesta) obliga a plantearse si los pediatras que no contestaron pudieran tener opiniones diferentes de los que sí lo hicieron. Los datos sociolaborales de los que contestaron son similares con los de la muestra inicial y tampoco han contestado más frecuentemente aquellos que pudieran tener mayor grado de insatisfacción con su manera actual de organizarse puesto que el 57% de los que opinaban a favor de la enfermería de pediatría ya estaban trabajando de esta manera.

En cuanto a las opiniones propiamente dichas, lo primero que hay que destacar es la práctica unanimidad en

como forma idónea de trabajo, con independencia de las variables descritas. De manera global, se observa que el porcentaje de acuerdo sobre las ventajas de la enfermería de pediatría supera en todos los casos el 92% y que la importancia de todos los enunciados es alta frente a los datos de la de familia, que oscila entre el 29-61% de aceptación de las ventajas con una valoración inferior de su interés.

Es de destacar la alta proporción de participantes que no aportan en principio ninguna iniciativa para el cambio de modelo, aunque el porcentaje de acuerdo sobre las sugerencias de los demás es alto. Las dificultades de comunicación entre los pediatras de un área sanitaria y su aislamiento hacen que se generen soluciones globales con menor eficacia.

Como conclusión, se desea destacar que a través de los resultados del estudio y de los múltiples comentarios realizados por los participantes se ha detectado una especial sensibilidad por parte de los pediatras, que solicitan la implantación de la enfermería de pediatría en atención primaria como forma más idónea de trabajar con niños, aunque el camino para conseguirlo no se ve con claridad.

Agradecimientos

A los pediatras del Área 11 de Madrid que contestaron con entusiasmo y paciencia los sucesivos cuestionarios de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley General de Sanidad. Barcelona: Tecnos, 1994.
2. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, 3.ª ed. Barcelona: Mosby-Doyma, 1995.
3. La determinación de necesidades. Enfoque y métodos de identificación de problemas y necesidades de salud. En: Pineault R, Daveluy C, eds. La planificación sanitaria, 2.ª ed. Barcelona: Masson, 176-180.
4. Pérez Mora MJ, Mira JJ, García Alonso MA, Vázquez I, Salazar M. Enfermería comunitaria: repercusiones en los equipos de atención primaria. Rev Rol Enf 1995; 18: 51-55.
5. Del Pino Casado R, Frías Osuna A, Palomino Moral PA, Cantón Ponce D. Modelos de Enfermería comunitaria. Rev Rol Enf 1995; 18: 57-63.
6. Van-Der Hofstadt Román CJ, Baena Hernández C. Organización del trabajo de enfermería en Atención Primaria y satisfacción y estrés laboral: Enfermería Comunitaria versus Enfermería por programas. Centro de Salud 1995; 3: 757-761.
7. López i Pisa RM. Enfermería de atención primaria: desarrollo de sus funciones en España. Aten Primaria 1986; 3: 218-221.
8. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. Am J Public Health 1984; 74: 979-983.
9. Peiró Moreno S, Portella Argelaguet E. No todo es acuerdo en el consenso: limitaciones de los métodos de consenso en los servicios de salud. Gac Sanit 1993; 7: 294-230.