

# Abordaje pediátrico y parental de los estilos de vida en una población determinada

Elena Cruz Ortega, Diego Martín-Caro Álvarez, María Teresa García Delgado, Cristina Martín-Crespo Blanco, Saray Blanco Abril, Daniel Guijarro Espadas

Enfermeras/os

III Premios de Investigación CODEM 2019. Tercer premio

**Cómo citar este artículo:** Cruz Ortega, E., Martín-Caro Álvarez, D., García Delgado, M.T., Martín-Crespo Blanco, C., Blanco Abril, S., Guijarro Espadas, D., Abordaje pediátrico y parental de los estilos de vida en una población determinada. *Conocimiento Enfermero* 10 (2020): 05-11.

## RESUMEN

**Introducción.** La prevalencia de la obesidad infantil está influenciada tanto por factores psicológicos, socioeconómicos y familiares, incluida la educación de los hijos. La influencia de los padres en la alimentación de sus hijos es un tema crítico teniendo en cuenta la creciente prevalencia de obesidad en niños y jóvenes. Los niños dependen exclusivamente de sus padres para llevar una nutrición adecuada y una actividad física regular.

**Objetivo.** En este estudio se pretende determinar los factores asociados al riesgo de presentar sobrepeso u obesidad infantil, así como resaltar las características nutricionales y estilos de vida tanto de la población pediátrica como de sus progenitores.

**Resultados.** Los resultados muestran una necesidad de mejora del patrón alimentario en la población pediátrica y el aumento de la actividad física tanto en la población infantil como en la muestra parental. Resaltando el alto porcentaje de niños que comen mientras utilizan un dispositivo electrónico.

**Conclusiones.** La enfermera pediátrica en atención primaria tiene una función relevante para la prevención del sobrepeso y la obesidad infantil, así como, ser influyente en la adquisición de hábitos saludables de niños y sus familiares.

**Palabras clave:** hábitos alimentarios; estilo de vida; padres; pediatría; enfermería.

## Pediatric and parental approach to lifestyles in a determined population

### ABSTRACT

**Introduction.** The prevalence of childhood obesity is influenced by psychological, socioeconomic and family factors, including children's education. Parent's influence on feeding their children brings out a critical issue considering the rapid growth of obesity in children and young people. Children depend exclusively on their parents in terms of having a healthy diet and practice physical activity.

**Objective.** This study aims at determining the main factors associated with the risk of overweight and obesity in children, as well as it highlights the nutritional characteristics and ways of life of both the pediatric population and their parents.

**Results.** Our results show that children and their parents definitely need to improve their eating habits and increase their physical activity, that is, both children and parents. Considering, with greater significance, the high amount of children who eat while using an electronic device.

**Conclusions.** Thus, a pediatric nurse in primary care plays an important role here in order to prevent childhood obesity, as well as being an influence on children and parents so as to improve their eating habits. Not only should we focus on the pediatric patient, but also it is essential to keep on working together with the family members, that is, the creators of those habits. Therefore, may it give a sharper focus on training and providing parents with valuable information on this issue.

**Keywords:** feeding behavior; life style; parents; pediatrics; nursing.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/135>

## Introducción/justificación

El desarrollo científico-sanitario y los cambios sociodemográficos de la población requieren cambios en la práctica enfermera que potencien la excelencia y los cuidados basados en la evidencia de una manera sostenible [1]. Muchos países comenzaron a desarrollar el papel de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) a finales del siglo XX, cuando surgieron como resultado de la necesidad de contener costes, mejorar el acceso al cuidado, reducir el tiempo de espera, dar respuesta a las personas más vulnerables y mantener la salud entre grupos específicos [2]. En un esfuerzo por consensuar una definición y unificar términos, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) definió en 2008 a la EPA como: “Una enfermera graduada con conocimiento experto, habilidades en la toma de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para la práctica avanzada” [3]. Aunque existe consenso sobre los conocimientos y las habilidades de la EPA, en la práctica, el concepto implica una gran variabilidad de perfiles enfermeros, con diferentes competencias y dominios de práctica según el país o zona en el que se desarrollan [3]. Las competencias definidas por el modelo Strong [4] o por el modelo de Hamric et al. [5] son aceptadas dentro de la profesión enfermera, donde se expone que la principal diferencia en el perfil profesional entre EPA y enfermeras de cuidados generales es la capacidad de la EPA para asumir casos más complejos y gestionarlos con mayor independencia, juicio y responsabilidad [1].

Existe un estudio nacional sobre las competencias de la EPA según Sastre et al [6], estudios sobre la necesidad de implantación de estos perfiles justificados por la accesibilidad y la continuidad de la atención de salud en enfermedades crónicas [7], y un estudio sobre la identificación y exploración de los instrumentos existentes que permiten definir el alcance de las actividades inherentes a la EPA siendo necesaria la creación de instrumentos válidos y fiables para aportar una mayor claridad en la definición del papel de la EPA y contribuir así a una correcta implantación, desarrollo y sostenibilidad en el sistema sanitario [1].

Uno de los principales problemas de la Enfermera Gestora de Casos (EGC) o EPA es la laxitud conceptual, que, combinada con la multitud de

experiencias y modalidades, dificulta su desarrollo, su comparación y su evolución [8].

La EPA sigue un modelo de trabajo protocolizado y dentro del proceso enfermero, debe poseer amplia experiencia clínica, docente e investigadora, debe ser autónoma en la toma de decisiones, tener una visión integral del paciente y ser mediadora entre éste, la comunidad y el sistema sanitario dentro de un equipo multidisciplinario [6].

Alves et al. [9] encuentran que entre los atributos de la EPA/EGC destacan la orientación a la mejora de la calidad y la contención de costes, supone una reestructuración del equipo de salud que presta la atención para prevenir intervenciones innecesarias y evitar la duplicación y la fragmentación de la información.

A nivel nacional se vienen desarrollando distintos proyectos de EPA/EGC para promover una asistencia sanitaria de alta calidad y coste-efectiva en Atención Especializada, adaptándose a los cambios que está sufriendo la población [10].

Desde el 2014 en el Plan de Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad Autónoma de Madrid es patente el papel de la Enfermera de Enlace (EE) y la EGC de Atención Primaria [11]. Como ejemplo, desde el año 2015 en el Hospital Universitario Infanta Sofía de Madrid, ya existe una red de EPA/EGC vinculadas al paciente crónico geriátrico y oncológico cuya valoración de resultados ha sido la satisfacción de los pacientes, agilización, flexibilización y aumento de la eficiencia en la utilización de recursos [12].

La EGC es un ejemplo de EPA [13] de tal forma las distintas nomenclaturas EPA, EGC, EE son análogas y aluden al mismo concepto, por lo que desde ahora en adelante sólo usaremos el término EPA para referirnos a ellas.

## Objetivo

Debido al aumento de las listas de espera (de entre 3 meses a 1 año) para acceder a una primera consulta de valoración en el Servicio de Alergia del Hospital Universitario Infanta Sofía, y a la necesidad del paciente con sospecha alérgica de realizar varias visitas hospitalarias para que el alergólogo establezca un diagnóstico de certeza, se realiza un proyecto de implementación de la figura de la

EPA, como recurso para disminuir las listas de espera a una primera consulta y aumentar el número de consultas de alta resolución [14] en pacientes con sospecha de alergia.

## Material y método

"Para que una intervención tenga una posibilidad de mejorar la salud o la atención médica hay que asegurar un adecuado diseño de intervenciones complejas" Campbell et al. [15], para ello se elabora un procedimiento específico basado en los protocolos de actuación ya existentes en el Servicio de Alergia; es aprobado por la Dirección Médica y la Dirección de Enfermería del Hospital, y participan alergólogos y enfermeras del propio Servicio. Fue necesaria la concesión individualizada a cada EPA de un permiso para la petición de analíticas específicas dependiendo del motivo de consulta y/o del factor desencadenante del episodio alérgico (tabla 1).

Como EPA se seleccionan, dentro del propio Servicio de Alergia, a aquellas enfermeras con experiencia mínima de 5 años en investigación y práctica basada en la evidencia, liderazgo clínico y profesional, y gestión de cuidados [6] en el Servicio de Alergia, y una experiencia asistencial de más de 20 años.

Como recursos materiales se contó con un despacho ubicado en el mismo Servicio de Alergia, un ordenador con acceso a la historia clínica del paciente y a la plataforma de petición de analíticas, y una línea telefónica.

La primera fase del proyecto (de enero de 2015 a diciembre de 2016) se inicia con la identificación de aquellos pacientes nuevos citados en Consulta de Alergia a través del acceso a las listas de citas del Hospital.

Seguidamente la EPA contacta telefónicamente con el paciente un mes antes de la cita, y mediante una entrevista telefónica realiza una valoración sobre el motivo de consulta, síntomas, antecedentes personales, tratamiento habitual, hábito dietético e identificación del posible agente desencadenante del proceso alérgico.

Tras la valoración sobre el motivo de consulta o el posible agente desencadenante del episodio alérgico, la EPA solicita la analítica siguiendo el protocolo específicamente diseñado para este fin, indicando al paciente el circuito de la misma y la preparación previa a la extracción sanguínea.

Posteriormente la EPA da indicaciones, siguiendo los protocolos de trabajo ya existentes en el propio Servicio de Alergia, sobre posibles interacciones farmacológicas y preparación previa específica para la correcta realización de las demás pruebas diagnósticas alergológicas (espirometría, flujo espiratorio de óxido nítrico y test cutáneos).

Finalmente la EPA realiza una educación sanitaria al paciente contactado sobre identificación del posible factor desencadenante del proceso alérgico, e informa sobre medidas de evitación a seguir para prevenir una nueva reacción alérgica por sobreexposición.

En la segunda fase del proyecto (de mayo a diciembre del año 2017) se accede a la historia clínica de cada paciente contactado verificando la rea-

**Tabla 1.** Motivo de consulta y/o del factor desencadenante del episodio alérgico.

Motivo de consulta / factor desencadenante	Rinitis – Asma bronquial	Urticaria – Angioedema	Leche	Huevo	Beta lactámicos
Determinaciones analíticas específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>IgE</li> <li>Rt222 Arizónica</li> <li>t9Olivio</li> <li>g6Phleum pratense</li> <li>t11latanus acerifolia</li> <li>e1Caspas de gato</li> <li>e5Caspas de perro</li> <li>d1D. pteronyssinus</li> <li>m6A. alternata (A. tenuis)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemograma</li> <li>Creatinina</li> <li>Proteínas totales</li> <li>lonas (sodio/potasio)</li> <li>GPT (ALT)</li> <li>IgE</li> <li>p4Anisakis</li> <li>Estudio tiroideo</li> <li>C3</li> <li>C4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IgE</li> <li>f2Leche</li> <li>f76 phalactoalbumina</li> <li>f77 beta-lactoglobulina</li> <li>f78 Caseína</li> <li>Re204 BSA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IgE</li> <li>f1 Clara de huevo</li> <li>f232 Ovoalbumina</li> <li>f233 Ovomucoide</li> <li>f75 Yema de huevo</li> <li>Rk208 Lisozima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IgE</li> <li>c6Amoxicilina</li> <li>c5Ampicilina</li> <li>c1Penicilina G</li> <li>c2Penicilina V</li> </ul>

lización de la analítica protocolizada, asistencia a la consulta con el alergólogo, evitación de posibles desencadenantes, acontecimiento de nuevo episodio alérgico posterior a la llamada de la EPA e identificación de consulta de alta resolución, definida por Zambrana García et al. [14] como: "El proceso asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento y reflejados ambos en un informe clínico, siendo realizadas estas actividades en una sola jornada y en un tiempo aceptado por el usuario tras recibir la información oportuna".

Posteriormente se registran todos los datos obtenidos en un registro específicamente creado para tal fin. Estos datos eran: Número de historia clínica, edad, sexo, fecha de la llamada, motivo de consulta, petición de analítica, educación sanitaria sobre identificación de posible desencadenante, fecha de primera cita en consulta, si acude o no a la consulta, si se realiza o no todas las pruebas, consulta de alta resolución y aparición o no de nuevo episodio alérgico posterior a la llamada de la EPA.

## Resultados

En la primera fase del proyecto la EPA llama a 453 pacientes un mes antes de la cita para la primera consulta al Servicio de Alergia. Logra contactar con 342 (75,49%); solicita analítica según protocolo a 337 (98,53%), y se realizan la analítica 296 (87,83%).

El total de pacientes contactados que se hicieron la analítica, acudieron a la consulta y se realizaron todas las pruebas indicadas por el alergólogo en una sola jornada, fueron 291 (85,08%), por lo tanto, en estos pacientes se pudo realizar una consulta de alta resolución (figura 1).

Los motivos de consulta de los 342 (75,49%) pacientes contactados fueron: 217 por rinitis, 51 por alergia a alimentos, 36 por urticarias, 34 por alergias a medicamentos, 3 por alergias a himenópteros, y 1 por asma ejercicio. Del subgrupo de pacientes con sospecha de alergia a alimentos o medicamentos (85), sobre los que la EPA realizó educación sanitaria sobre medidas de identificación y evitación del posible agente desencadenante de la reacción alérgica, no se desarrolló un nuevo

Figura 1. Diagrama de caso.

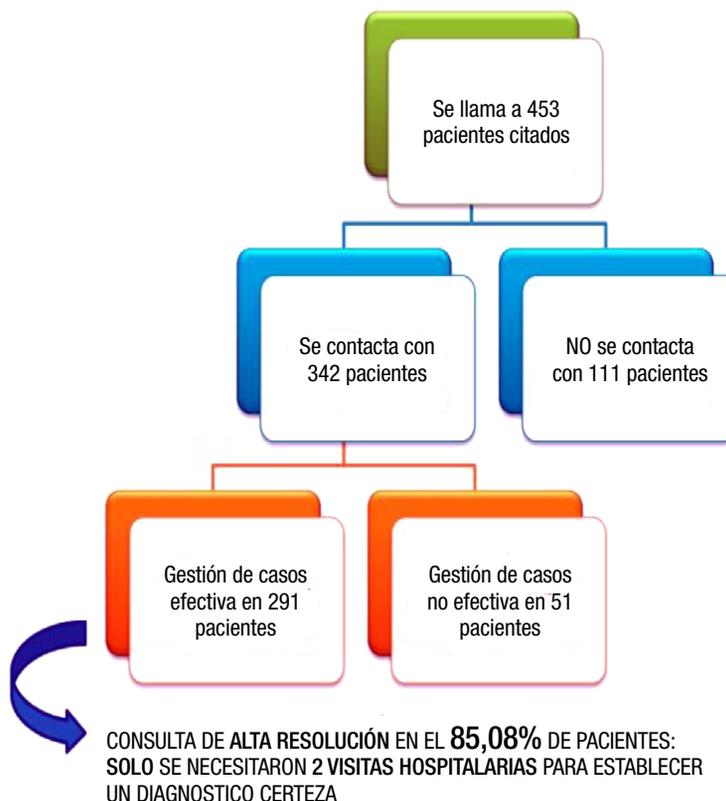


Figura 2. Motivos de consulta.

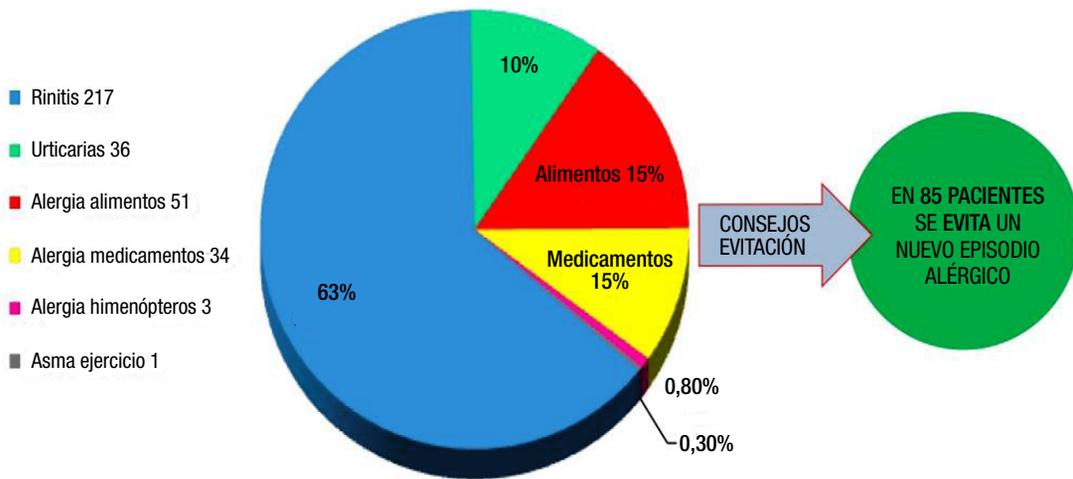


Figura 3. Circuito tradicional diagnóstico alérgico de certeza.



Figura 4. Nuevo circuito diagnóstico alérgico de certeza.



episodio alérgico por sobreexposición entre la llamada y la cita (figura 2).

## Discusión

La figura de la EPA que contacta con el paciente con sospecha de patología alérgica 1 mes antes de acudir a la primera consulta de valoración con el alergólogo, es determinante en el aumento de las consultas de alta resolución, y en la evitación de nuevos episodios alérgicos por sobreexposición al agente desencadenante.

El circuito de valoración tradicional del paciente con sospecha de un proceso alérgico en el

Servicio de Alergia del Hospital incluía un mínimo de tres visitas hospitalarias para establecer un diagnóstico de certeza (figura 3). Con la implementación de este proyecto se consigue que la primera visita del paciente a la consulta en el Servicio de Alergia se transforme en una consulta de alta resolución (figura 4).

Durante la primera fase del proyecto (de enero de 2015 a diciembre de 2016) en el Servicio de Alergia del Hospital hubo un total de 10.559 pacientes citados en primera consulta de valoración alérgica. No se pudo contactar con todos ellos debido a diversos tipos de limitaciones en los recursos, tanto humanos como materiales. En cuanto a las limitaciones de recursos humanos, sólo se contaba con 2

EPA, cuya disponibilidad comenzaba después de su trabajo asistencial diario, es decir, no se crearon puestos específicos de EPA a jornada completa. En cuanto a las limitaciones de recursos materiales, la ubicación para estas funciones estaba limitada a un despacho y una sola línea telefónica, por lo que únicamente se pudo llamar a 453 pacientes del total de 10.559 pacientes citados a primera consulta.

La importancia clínica de este proyecto está limitada por las carencias tanto en recursos humanos como materiales, esto significó que sólo se pudieran beneficiar de él un número muy limitado de pacientes, 342 (3,23%) de un total de 10.559 pacientes citados para primera consulta. Por el contrario, la importancia estadística del proyecto sí es significativa ya que de los 342 pacientes contactados en 291 (85,08%) casos se pudo realizar una consulta de alta resolución.

Si la EPA hubiera podido llamar a los 10.559 pacientes citados para primera consulta durante el período de la primera fase del proyecto, habría contactado con 7.970 (75,49%) pacientes; de los cuales en 6.774 (85%) casos se hubiera podido realizar una consulta de alta resolución, disminuyendo así las listas de espera en la consulta de alergia al ser innecesarias consultas sucesivas para realizar el diagnóstico de certeza.

La educación sanitaria que realiza la EPA sobre identificación y medidas de evitación del posible agente desencadenante del proceso alérgico, no siendo un objetivo formulado en la fase previa del proyecto, es un hallazgo con el que se encuentra la EPA una vez iniciado el proyecto, y sobre el que se realiza un plan de acción específico y una evaluación posterior que se suma al proyecto inicial completándolo, pudiendo afirmar, como se hace en el Programa de Pilotaje de EGC en el SMS [16], que: “Se mejora la atención bajo un enfoque holístico e integral hacia cada paciente fomentando su autocuidado y su autonomía en la toma de decisiones”.

Según concluye Sánchez Martín [17]: “De las

experiencias realizadas, hemos aprendido que las Enfermeras de Práctica Avanzada son un recurso que facilita la sostenibilidad de los servicios, por la eficiencia demostrada en los resultados obtenidos en la atención a pacientes crónicos y crónicos complejos”. Cabe destacar por tanto de este proyecto que no hemos trabajado sobre el paciente crónico y que dichos resultados han sido realizados sobre el paciente debutante de un proceso alérgico.

## Conclusiones

La implementación de la EPA en el Servicio de Alergia del Hospital disminuye el número de consultas necesarias para establecer un diagnóstico de certeza en un paciente con sospecha de alergia, convirtiendo la primera consulta al Servicio de Alergia en una consulta de alta resolución.

La EPA, tras establecer una valoración del motivo de consulta del paciente alérgico debutante y realizar una educación sanitaria sobre conductas de evitación e identificación de factores desencadenantes, fomenta el autocuidado y es determinante en la disminución de nuevos episodios alérgicos por sobreexposición.

Los resultados del proyecto permiten asegurar que el modelo de EPA no sólo es útil en el manejo de pacientes crónicos si no que lo amplía a pacientes debutantes. De esta forma podríamos extender dicho proyecto a cualquier consulta hospitalaria adaptándolo a las complejidades y especificidades de cada Servicio y Especialidad Médica.

## Cuestiones éticas

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses en relación con el presente trabajo, que se desarrolló conforme a los principios éticos, siendo además un trabajo inédito.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sevilla, S., y Zabalegui, A. (2017). Instrumentos de análisis para el desempeño de la Enfermera de Práctica Avanzada. *Enferm Clin*. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.10.002>.
2. Sheer, B., y Wong, F. (2008) The development of advanced nursing practice globally. *J Nurs Scholarsh*, (40), 204-211.
3. ICN International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network. (2009). Definition and characteristics of the role. International Council of Nurses. Recuperado de <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>.

4. Ackerman, MH., Norsen, L., Martin, B., Wiedrich, J. y Kitzman, HJ. (1996). Development of a model of advanced practice. *Am J Crit Care*, (5), 68-73.
5. Hamric, AB., Spross, JA. y Hanson, CM. (2009). *Advanced practice nursing. An integrative approach*. 4ª ed. St. Louis: Elsevier Saunders.
6. Sastre, P., de Pedro, J., Bennasar, M., Fernández, J., Sesé, A, y Morales, J. (2015). Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enferm Clin*, (25), 267-275.
7. Appleby, C. y Camacho, R. (2014) Challenges and opportunities: Contributions of the Advanced Practice Nurse in the chronicity. Learning from experiences. *Enferm Clin*, (24), 90-98.
8. Morales, JM. (2014). Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin*, 24 (1), 23-34.
9. Alves, S.N., Scatena, T.C., Cardozo, R.I., de Freitas, M.C, Larcher, M.H. y Sasaki, C.M. (2002). Case management: Evolution of the concept in the 80's and 90's. *Rev Lat Am Enfermagem*, (10), 472-477.
10. Fernández, V., Moreno, A., Perejón, I. y Guerra, M.D. (2007). Enfermeras Hospitalarias de Enlace (Gestoras de Casos). *Enf Global*, (10).
11. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Diciembre 2013. Recuperado de [http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/document/432\\_474\\_libro\\_estratapac\\_enfcronicommadrid\\_ip\\_0.pdf](http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/document/432_474_libro_estratapac_enfcronicommadrid_ip_0.pdf)
12. Moreno, E., Gamo, M.A., García, M.B., Molano, C., Muñoz, M. y Rodríguez, B. (2015). Red de enfermeras gestoras en el Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS): fundamentos y perspectivas. *Rev Tesela*. (18). Recuperado de <http://www.index-f.com/tesela/ts18/ts10500.php>
13. Goodman, C., Morales, J.M. y de la Torre, J. (2013). La contribución de la enfermera de Práctica Avanzada como respuesta a las necesidades cambiantes de salud de la población. *Metas Enferm*, 16(9), 20-25.
14. Zambrana, J.L., Jiménez, B., Marín, M. y Almazán, S. (2002). La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. *Med Clin (Barc)*, 118(8), 302-305.
15. Campbell, N.C., Murray, E., Darbyshire, J., Farmer, A. Griffiths, F., et al (2007). Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ*. 334:455-459. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1808182/>
16. Enfermera Gestora de Casos en el Servicio Murciano de Salud. Pilotaje 2010. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Recuperado de [https://www.ffis.es/ups/taller\\_gestion\\_casos\\_2010/triptic\\_formacion\\_harvard\\_2009\\_4.pdf](https://www.ffis.es/ups/taller_gestion_casos_2010/triptic_formacion_harvard_2009_4.pdf)
17. Sánchez, C.I. (2014) Cronicidad y complejidad: Nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico*. *Enferm Clin*, 24,(1), 79-89.