

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

SEGURIDAD DEL ALUMNO CON PATOLOGÍA CRÓNICA DURANTE LA ETAPA DE ESCOLARIZACIÓN OBLIGATORIA

Autor principal JULIÁN PEYROLÓN JIMÉNEZ

CoAutor 1

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Comunitaria

Palabras clave salud escolar Diabetes Mellitus Tipo 1 Asma servicios de salud escolar

» Resumen

Se plantea un estudio descriptivo, transversal, observacional y cuantitativo, cuyos objetivos son valorar el grado de conocimiento del profesorado en relación a la actuación frente a problemas de salud comunes en el entorno escolar, la prestación de primeros auxilios y la administración de medicación a los menores a su cargo.

Se realiza una encuesta entre un grupo de docentes que imparten clases en los distintos niveles educativos de la etapa escolar de educación obligatoria (de 6 a 16 años), en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, en la que se plantean los problemas de salud que se presentan con mayor frecuencia en el ámbito escolar.

De los resultados se desprende que es necesario reforzar entre los profesores su nivel de conocimientos en materia de primeros auxilios. Del mismo modo, se constata la necesidad de diseñar y difundir protocolos específicos, de manera que las actuaciones en los distintos Centros sean homogéneas, y el profesorado conozca claramente cuál es su grado de responsabilidad en el cuidado y mantenimiento de la salud de los alumnos a su cargo.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Derivado etimológicamente del griego *Xpovoc* (Chronos o dios del tiempo), la patología crónica hace referencia a la enfermedad no curable, sea grave o benigna.

La Diabetes Mellitus y sus complicaciones son una de las principales causas de mortalidad en nuestro país la tercera si nos referimos a las mujeres-; por Comunidades Autónomas, la mortalidad más elevada se observa en Canarias, Andalucía y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

Un estudio sobre 744.444 habitantes Canarios reveló que, en el grupo de 0-14 años (302.293), la incidencia de Diabetes Mellitus tipo 1 es más alta que en el resto de la población estudiada, con una global de 15 por cada 100.000 habitantes/año (Carrillo Domínguez, A. 2000).

Como ocurre en el caso de la diabetes, el asma es una patología harto frecuente en Canarias. Diferentes trabajos apuntan a que las condiciones climáticas y la alimentación juegan un papel importante en la alta incidencia de esta enfermedad, sin que al parecer se detecten diferencias significativas en relación a que los antepasados sean de origen canario o nacidos fuera de las Islas Canarias.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Se presenta un estudio descriptivo, transversal, observacional y cuantitativo.

Mediante el uso de un cuestionario, se pretende valorar el grado de conocimiento y aptitud del profesorado frente a algunas situaciones en las que el menor con patología crónica requiera una actuación urgente o de emergencia durante la etapa de escolarización obligatoria. Se ha considerado que el cuestionario era una herramienta útil por cuanto es un instrumento ampliamente utilizado en la investigación cuantitativa de carácter descriptivo, que permite recoger información apropiada y cuantificable enfocada a las variables propuestas al menor coste posible y sin la intervención directa del investigador.

El documento consta de 2 páginas a doble cara, con un encabezado que indica claramente el ámbito de interés del estudio y que tanto en la recogida de datos como en el tratamiento de los mismos se mantendrá una absoluta confidencialidad, así como una referencia a la Ley de Protección de Datos 15/1999.

Con anterioridad y al objeto de valorar su legibilidad, el cuestionario ha sido administrado a un grupo de cinco sujetos representativos de la población a estudiar, lo que ha permitido detectar algunos errores formales de redacción e interpretación, así como determinar que en la cumplimentación del mismo se invierten aproximadamente 9 minutos.

Los criterios de inclusión de los participantes han sido los de ejercer la docencia activa en niveles de Primaria o Secundaria en la provincia de Santa Cruz de Tenerife y no estar en posesión de título que acredite formación reglada en el ámbito sanitario.

Los criterios de exclusión han sido la negativa a participar en el estudio, el dejar una o más preguntas sin responder, marcar más de una respuesta a una de las preguntas o contar con ayuda externa para la realización del cuestionario.

Previamente se contactó por escrito con los directores de cuatro Centros Educativos, dos de Primaria y dos de Secundaria, para solicitar su colaboración a la hora de difundir entre los docentes los cuestionarios.

criterios de selección. Dos de los mencionados docentes imparten clases en Primaria y otros dos en Secundaria.

Se administraron 100 cuestionarios en el periodo comprendido entre los días 19 y 26 de diciembre de 2011, y finalmente se han incluido en el estudio 43. Los motivos de exclusión, además de los relacionados con no cumplir con los criterios de inclusión, han sido el dejar una o más preguntas en blanco (52) y el marcar más de una respuesta (5).

Las variables a explorar, según los patrones de M. Gordon han sido:

1. (P.1) Percepción y control de la salud.
 - 1.1. Percepciones y creencias de la persona sobre la salud/enfermedad.
 - 1.2. Conocimientos específicos sobre el tema.
 - 1.3. Habilidades para reaccionar, con la finalidad de mantener un determinado nivel de salud.
 - 1.4. Medidas eficaces con la medicación.
2. (P.8) Rol-Relaciones.
 - 2.1. Nivel de dependencia de la persona (apoyos y recursos).

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

De los datos aportados en el marco teórico se desprende que no resulta infrecuente encontrar en las aulas Canarias a niños que padecen enfermedades crónicas, con una alta prevalencia del asma y la diabetes tipo 1, del mismo modo que no resulta infrecuente que dado el alto índice de prevalencia de diabetes en las islas, una gran parte de la población conozca de alguna persona en su entorno que la padezca. No obstante su patología resulta, a tenor de los resultados de la encuesta, una gran desconocida.

El problema surge dado que los menores pasan una buena parte de su jornada en la institución académica y, en el caso de los diabéticos tipo 1, necesitan de un tratamiento subcutáneo de insulina para el control de su enfermedad, y de preparados hiperglucemiantes inyectables en caso de hipoglucemias graves con pérdida de consciencia.

Las dificultades a la hora de integrar a estos niños en la escuela no se derivan ni de una necesidad educativa especial, ni directamente de su enfermedad, sino más bien de la falta de asistencia sanitaria, ya que aunque es cierto que el autocontrol y la autonomía personal del paciente diabético le permite desarrollar una vida completamente normal sin que la mayor parte del tiempo sea necesaria la intervención médica, los niños presentan una dependencia total de sus progenitores, lo que implica que en muchas ocasiones al menos uno de ellos tenga que abandonar su trabajo o la posibilidad de una promoción profesional, para poder atender al hijo durante el horario escolar. Esta situación ya supone, de entrada, la merma de ingresos de la unidad familiar, y el colocar a uno de los progenitores en la tesitura de tener que renunciar a su desarrollo profesional. La Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica cifra en un 59% el porcentaje de cónyuges que se han visto obligados a modificar su actividad laboral para poder atender a su hijo (Oriell, J., 2005).

Por lo que respecta a la resucitación cardiopulmonar en soporte vital básico, el Consejo Europeo de Resucitación en 2010 y el Plan Nacional RCP, aconsejan comenzar con 30 compresiones y 2 respiraciones, variando las directrices establecidas hasta el momento (SEMICYUC, 2010). Resulta cuanto menos curioso que se opte mayoritariamente por comenzar con 2 insuflaciones continuadas de 15 compresiones, por cuanto efectivamente, con anterioridad a la revisión de 2010, se comenzaba con las insuflaciones, reservándose las 15 compresiones únicamente al personal sanitario entrenado o en el caso de existir más de un reanimador. Cabe desprender que es necesario el refuerzo de la teoría y práctica de una técnica tan elemental, particularmente tras cualquier modificación por parte del organismo que la promueve.

Por lo que respecta a la integración del sanitario en los centros educativos en Canarias, realidad extensible al resto del territorio nacional, parece continuar siendo la asignatura pendiente. De la cesión de competencias en materia sanitaria y de educación a las Comunidades Autónomas han surgido tímidos intentos de integrar a los profesionales de la salud en los centros educativos, que invariablemente han terminado en un rotundo fracaso.

Desde el colectivo de enfermería y a nivel nacional, se han impulsado múltiples intervenciones amparadas en grupos de trabajo, asociaciones y sociedades científicas, con el ánimo de introducir progresivamente la figura de la enfermera escolar, mediante convenios específicos con Ayuntamientos, Consejerías, e incluso logrando que alumnos de enfermería cursasen prácticas en centros docentes, sin olvidar las colaboraciones puntuales y el diseño específico de intervenciones en el aula, que no dejan de desarrollarse a lo largo y ancho de nuestro país. No se trata del capricho puntual de un colectivo, las enfermeras españolas pretenden desarrollar las competencias específicas a las que habilita el ejercicio de su profesión, recogidas en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias (Jefatura del Estado, 2003), que se enuncian en el articulado 4.3 y 7.a.

Fruto de esos esfuerzos se consiguió que en el curso 2006/2007, el ayuntamiento de Villajoyosa -Provincia de Alicante-, se convirtiese en la primera localidad española en implantar la figura de la enfermera escolar en cada uno de sus centros educativos de Infantil y Primaria (ENSE, 2009), siendo la Comunidad Valenciana la primera en recoger específicamente una instrucción en el sentido de que Los centros docentes específicos de educación especial estarán dotados del personal de enfermería, que dependerán orgánicamente del departamento sanitario correspondiente (Generalitat Valenciana, 2008).

Desafortunadamente la primera iniciativa fracasó pese al esfuerzo del Colegio de Enfermería de Valencia CECOVA-, que se comprometió a sufragar la mitad del coste de la contratación del personal de enfermería adscrito a los centros, al no ponerse de acuerdo las Instituciones sobre quién debería sufragar y de quién debería depender el personal sanitario, mientras que por lo que respecta a la aplicación de los términos contenidos en la Ley de los derechos de salud de niños y adolescentes (Comunidad Autónoma Valenciana, 2008), no ha alcanzado tampoco su total desarrollo y aventuramos que en la actual situación de recesión económica, será muy complicado, pese a la buena voluntad de las partes.

Actualmente en España se deja en manos de los Centros de Salud la asistencia al niño con problemas de salud en el entorno escolar. Esta organización no resulta efectiva, puesto que existe un déficit de enfermeras que nos lleva a estar en las últimas posiciones de los países de la UE en cuanto a número de profesionales por cada 100.000 habitantes (Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, 2007), lo que implica que el desplazamiento al centro educativo dejaría desatendido el trabajo que se desarrolla en el puesto de trabajo habitual, por no mencionar que en el caso de necesitarse el ajuste o administración de insulinas, resultaría imposible dar cobertura en los mismos horarios a distintos centros.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

El estudio presenta varios sesgos, entre los que se encuentran un sesgo de medición en el cuestionario de elaboración propia debido a la falta de sensibilidad del instrumento, por cuanto el estudio de las variables pueden tener órdenes de magnitud inferiores a la real, y el número de participantes no es representativo del total del colectivo del profesorado de la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

También cabe considerar la presencia de un sesgo del procedimiento de selección, por cuanto no se ha respetado el principio de aleatoriedad en el abordaje de los participantes a la hora de su selección, ya que el investigador ha dispuesto de libertad a la hora de seleccionar, en base a la conveniencia del diseño del estudio, realizando un muestreo no aleatorio por cuotas.

» **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

Durante la realización del presente estudio, no ha sido necesario recurrir ni a pacientes ni a sus familiares.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Convendría abordar la problemática del menor con patología crónica durante su etapa de escolarización obligatoria de manera integral, incluyendo dos líneas de investigación claras. Por un lado un estudio cualitativo que pueda medir el impacto sobre el núcleo familiar más cercano al menor, y por otro, estudiar las repercusiones éticas y legales que se deriven de la actuación del docente a la hora de administrar tanto la

» **Bibliografía.**

Ruiz-Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sánchez E, Corral-San Laureano F, Fernández-Fernández I. [Diabetes mellitus in Spain: death rates, prevalence, impact, costs and inequalities]. Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S [serial on the Internet].

Carrillo Domínguez A. [Incidence of type 1 diabetes mellitus in the Canary Islands (1995-1996). Epidemiologic Group of the Canary Society of Endocrinology and Nutrition]. Revista Clínica Española [serial on the Internet].