

**Premios CECOVA
de Investigación en Enfermería de
la Comunidad Valenciana**

“Primer premio: IV - V - VI - VII y VIII convocatoria”

ÍNDICE

IV PREMIO CECOVA

“Estudio comparado sobre las IVES tramitadas a mujeres españolas y extranjeras en el CSSR de Burriana (enero de 2002 – diciembre de 2005)” 5

V PREMIO CECOVA

“Estación de Enfermería, primeros pasos en la informatización de cuidados” 29

VI PREMIO CECOVA

“Adaptación y validación de un instrumento al contexto español para medir la calidad de los cuidados en el parto normal basado en las recomendaciones de la OMS (cuestionario q-pnoms). Variabilidad en la práctica de la atención al parto normal en la Comunidad Valenciana” 65

VII PREMIO CECOVA

“Antropometría materna y su relación con el peso del recién nacido” 117

VIII PREMIO CECOVA

“Calidad de vida relacionada con la salud, en alumnos de educación primaria” 139

IV PREMIO CECOVA
PRIMER PREMIO

**“ESTUDIO COMPARADO SOBRE LAS IVES TRAMITADAS
A MUJERES ESPAÑOLAS Y EXTRANJERAS EN EL CSSR DE
BURRIANA (ENERO DE 2002 – DICIEMBRE DE 2005)”**

D^a. María Pilar Martínez Amorós



INTRODUCCIÓN

Desde 1997 se ha producido un progresivo aumento de demandas de interrupciones de embarazo (en adelante IVE) en la Comunidad Valenciana. Según el Informe de Salud nº86 de 2004 de la Conselleria de Sanitat referido a las interrupciones voluntarias del embarazo, desde 1997 hasta 2004 se han duplicado las tramitaciones de interrupciones de embarazo (de 4.252 se ha pasado a 8.765) En 2002 se registraron un total de 7.752, en 2003 un total de 7.973 y en 2004 las IVEs tramitadas fueron 8.765 (del 2005 todavía no se ha publicado el Informe).

Conociendo esta tendencia al alza del número de IVEs tramitadas en la Comunidad Valenciana y habiendo comprobado que en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Burriana (en adelante CSSR de Burriana o Centro) se estaba produciendo un aumento de las mismas, me planteo iniciar un estudio sobre el número tramitaciones realizadas al año así como del perfil de las mujeres que acuden al Centro para solicitar la tramitación del aborto. A estos objetivos iniciales se suma la constatación de que ha ido en aumento el número de mujeres extranjeras que atendemos en el CSSR de Burriana para solicitar una IVE. Por eso, un objetivo prioritario del estudio consiste también en conocer por separado el perfil de las mujeres extranjeras.

A pesar de que la tramitación de IVEs sólo representa un 1% de las consultas que hemos atendido durante los últimos cinco años, consideramos de máximo interés estudiar el problema por el alto coste emocional y el riesgo para la salud que supone para las mujeres la decisión de interrumpir su embarazo.

El objetivo final de este estudio no es otro que plantear qué intervenciones comunitarias podrían efectuarse para disminuir la incidencia de las IVEs en nuestra zona de actuación: Burriana, Nules, Moncófar, Vilavella, y Alquerías del Niño Perdido.

La investigación está acotada temporalmente entre enero de 2002 y diciembre de 2005 (exceptuando los meses de agosto, en los que el CSSR de Burriana está cerrado por vacaciones, y las mujeres que precisan solicitar una IVE tienen que acudir al Centro que permanece abierto en la zona). El total de mujeres que solicitaron en ese período de tiempo una IVE en el CSSR de Burriana fue de 373, de las cuales 196 son españolas, mientras que 177 son extranjeras.

Antes de iniciar el análisis de datos hay que señalar que:

A. El 100% de las mujeres computadas en esta investigación se acogieron al primer supuesto legal incluido en la Ley Orgánica 9/1985 de despenaliza-

ción del aborto, según el cual no será punible el aborto cuando concurra la siguiente circunstancia: “Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto”.

B. El número total de mujeres objeto de este estudio no representa el 100% de las mujeres residentes en nuestra zona de acción que deciden interrumpir el embarazo. Y ello por varias razones:

- Ninguna mujer de nuestra zona de influencia está obligada necesariamente a solicitar la interrupción del embarazo en el CSSR de Burriana, puesto que (como explicita la normativa de la Conselleria de Sanidad) tiene el derecho a acudir a cualquier otro Centro de la Comunidad Valenciana.

- Puede ocurrir que la mujer que quiera interrumpir su embarazo acuda directamente a alguna clínica privada, costeándose ella misma la intervención.

C. La investigación recoge la información de todas aquellas mujeres que solicitaron la IVE en el Centro. Aunque existe un pequeño porcentaje de:

- Mujeres que han decidido continuar con el embarazo después de haber solicitado la IVE. (7,7% del total)

- Mujeres que han tenido abortos espontáneos después de haber solicitado la IVE. (4,6% del total)

- Mujeres que se autoinducen el aborto (lo que se denomina aborto de riesgo). (0,8% del total)

No se incluyen las gráficas con estos porcentajes para no hacer más extensa la presentación de esta investigación.

La metodología empleada consistió en realizar una entrevista personal con cada una de las mujeres solicitantes de IVE y reflejar los datos obtenidos en una parrilla elaborada previamente con la finalidad de obtener datos cuantitativos e informaciones cualitativas. Me he servido del programa Excel para disponer de los datos así como realizar las gráficas que presento en la investigación.

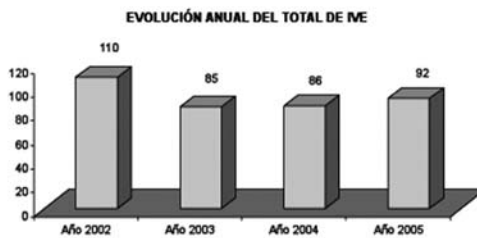
RESULTADOS OBTENIDOS

A continuación procederemos a la exposición y el análisis de los datos recogidos. Los gráficos reflejarán por un lado los datos referidos a las usuarias

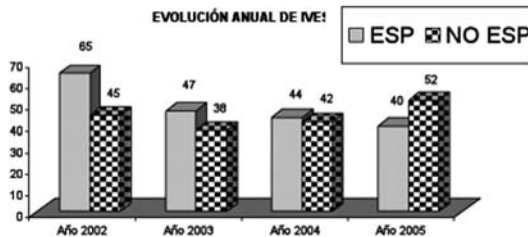
españolas que solicitaron la tramitación de una IVE en el CSSR de Burriana y, por otro, a las usuarias extranjeras que lo hicieron en el mismo Centro, desde enero de 2002 hasta diciembre de 2005. De esta forma pretendemos comparar el perfil social, económico y personal de unas y otras, así como otras informaciones referidas al uso de los métodos anticonceptivos y su relación con el Centro.

El instrumento de trabajo utilizado (una parrilla donde se anotaba la información que se obtenía mediante entrevista personal con cada una de las mujeres) nos permite disponer de datos cuantitativos y datos cualitativos. Algunas de estas informaciones no es posible exponerlas mediante gráficas pero serán comentadas en este apartado cuando se considere relevante o significativo para la investigación.

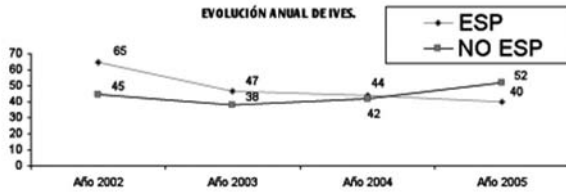
GRÁFICA 1: EVOLUCIÓN ANUAL DEL TOTAL DE IVES



Esta gráfica expresa el número total de solicitudes de IVEs desde enero de 2002 a diciembre de 2005 en el CSSR de Burriana. Se tramitaron un total de 373, de las cuales 196 fueron de mujeres españolas y 177 lo fueron de mujeres extranjeras. En 2002 se tramitaron 110. En el año 2003 hay 25 solicitudes menos que el año anterior. 2004 y 2005 marcan una tendencia al alza relacionada con el fenómeno de la inmigración, como puede observarse en el gráfico siguiente.

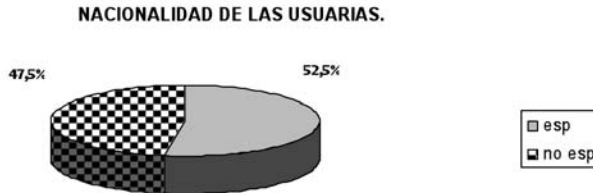


Si bien en el año 2002 el número de tramitaciones de IVEs de las mujeres españolas superaba en 20 al de las mujeres extranjeras, ese margen se ha ido acortando año a año hasta llegar a 2005 en que las solicitudes de las extranjeras supera en 12 a las de las españolas. En el siguiente gráfico se traza la evolución de las tramitaciones realizadas a unas y a otras.



Mientras que en el año 2003 se registra una disminución de las tramitaciones a extranjeras, en el año 2004 se invierte esa tendencia, y sigue aumentando hasta 2005, superando el total de tramitaciones de mujeres españolas en ese año. En este momento, pues, el CSSR de Burriana atiende más solicitudes de IVEs de mujeres extranjeras que de españolas.

GRÁFICA 2: NACIONALIDAD DE LAS MUJERES QUE SOLICITAN LA TRAMITACIÓN DE UNA IVE



La gráfica muestra que un 52,5% de las mujeres que solicitan una IVE son españolas, mientras que el 47,5% del total son extranjeras. Por eso, el total de IVEs en nuestra zona de influencia está sufriendo un incremento al alza desde 2003 a expensas del crecimiento de la población extranjera.



Dentro del grupo de extranjeras, el subgrupo mayoritario es de nacionalidad rumana, que junto con algunas mujeres de nacionalidad búlgara, rusa o eslovaca, constituyen el 72,9% del total de mujeres extranjeras. Son mujeres que poseen una información muy sesgada sobre los métodos anticonceptivos, a los que consideran perjudiciales para la salud o inaccesibles por su alto coste (por ejemplo el DIU). De las entrevistas personales se obtiene información sorprendente, como el alto número de abortos previos a la tramitación que realizan en el Centro y la valoración que hacen del aborto, llegando a considerarle un método anticonceptivo más.

El resto de subgrupos son minoritarios:

- Lationamericanas 9,6%, conocen los métodos anticonceptivos y muchas ya “planifican” o “han planificado” con algún método.

- Magrebies 9,0%, son muy contrarias al aborto y se trata de casos en los que se ha producido un fallo de método o se encuentran en condiciones socio-económicas muy precarias y con varios hijos.

- Subsaharianas 6,2%, se trata de un grupo dedicado a la prostitución y de muy difícil captación. Acuden con nombre falso y sin ninguna documentación. No suelen volver al centro.

GRÁFICA 3: EDAD DE LAS USUARIAS



En la gráfica referida a las españolas, se refleja que el 56,1% de las mujeres que solicitaron IVE son menores de 25 años. Y un 25,5% son adolescentes. Un dato relevante (aunque no reflejado en la gráfica) es que del total de 373 mujeres objeto de este estudio, 23 son menores de edad en el momento de solicitar la interrupción del embarazo, y representan al 6,2% del total.

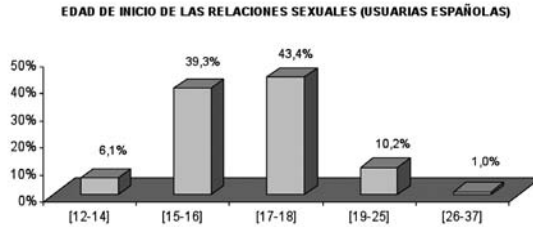
Nos encontramos con una población de mujeres españolas jóvenes entre las que destaca un grupo de menores de edad que prácticamente debutan en la sexualidad con un aborto. Pese a que el grupo no es muy numeroso, para el CSSR es especialmente significativo puesto que no se enfrenta ni supera igual

un aborto una chica de 14 o 15 años que una de 20 o 22 años. La implicación de la familia en la tramitación, la ocultación del hecho (llegándose a descubrir algunos casos en el 2º trimestre del embarazo), la culpabilidad, el miedo, la angustia, etc. se viven de manera muy diferente en las adolescentes.



Respecto a las mujeres extranjeras, el dato es muy similar con un aumento de la edad de las que mujeres que interrumpen su embarazo. El 60,5% tiene 25 años o más. Podemos concluir que la media de edad de las usuarias españolas que tramitan la interrupción del embarazo es menor que la de las usuarias extranjeras.

GRÁFICA 4: EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES

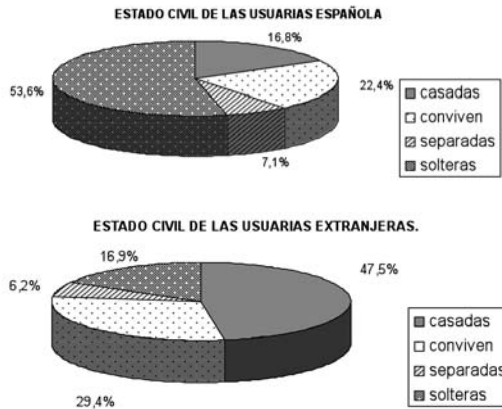


En las mujeres españolas que interrumpen el embarazo puede observarse con claridad que las relaciones sexuales se inician a edades más tempranas que en las mujeres extranjeras. El 88,8% antes de los 19 años y un 45,4% antes de los 17 años.



El 60,4% de las mujeres extranjeras inician sus relaciones sexuales antes de los 19 años. El 36,2% lo hacen entre los 19 y los 25 años (tres veces más que el número de mujeres españolas que inician sus relaciones sexuales a la misma edad –10,2%-). Podemos concluir que las mujeres extranjeras inician las relaciones sexuales a una edad más tardía que las mujeres españolas.

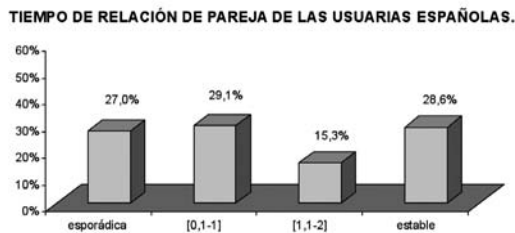
GRÁFICA 5: ESTADO CIVIL DE LAS USUARIAS



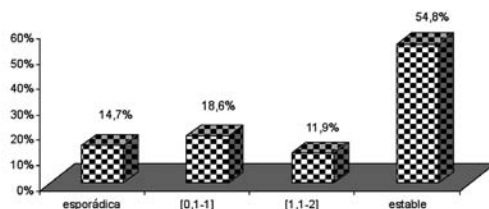
Destaca que el 39,2% de las mujeres españolas que solicitan IVE cohabitan con su pareja (las casadas y las que conviven), independientemente del estado civil. Y que el 60,8% (las separadas y las solteras) no mantiene una relación de cohabitación, lo que podría ser un factor importante a la hora de tomar la decisión de interrumpir el embarazo. Sobre todo si lo comparamos con el grupo de mujeres extranjeras entre las que hay un 76,9% de mujeres que sí mantienen una relación de cohabitación, estén casadas o no.

Posiblemente los factores que intervienen en la toma de decisión de la IVE en las mujeres extranjeras sean diferentes a los de las mujeres españolas: problemas socio-económicos y de carácter (sin papeles), considerar al aborto como un método anticonceptivo socio-culturalmente aceptado, etc.

GRÁFICA 6: TIEMPO DE RELACIÓN DE PAREJA



TIEMPO DE RELACIÓN DE PAREJA DE LAS USUARIAS EXTRANJERAS.

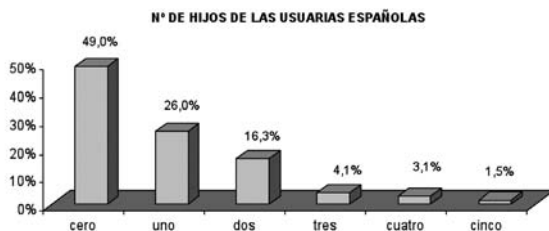


El concepto de “pareja estable” lo hemos considerado a partir del segundo año de relación. En ese sentido, el 71,4% de las mujeres españolas que demandan una IVE en el CSSR de Burriana no tienen pareja estable y de este grupo destaca el 27% que se ha quedado embarazada de una relación sexual esporádica, donde el tiempo de relación no excede un mes. Este grupo merece especial atención porque al embarazo no deseado se une el riesgo de mantener relaciones sexuales sin protección frente a las ITS (SIDA, etc), ya que no existe un conocimiento de la historia sexual del otro.

Resulta muy destacable el que en las mujeres españolas el no tener pareja estable cuenta mucho a la hora de decidir continuar o interrumpir el embarazo.

Respecto a la población extranjera, la mayoría tienen pareja estable (un 54,8%). Por eso, aunque puede ser un condicionante importante el hecho de carecer de pareja estable, pueden influir más en las mujeres extranjeras otros factores como la situación socio-económica, la precariedad laboral, la situación de ilegalidad, la falta de apoyos familiares, etc.

GRÁFICA 7: NÚMERO DE HIJOS DE LAS USUARIAS



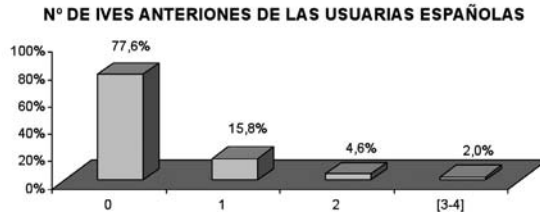
En la población española no aborta más quien más hijos tiene sino que pese a no tener ningún hijo (el 49%) o sólo uno (el 26%) las mujeres interrumpen el embarazo. Es decir, el 73% de las mujeres españolas que tramitan la IVE en el CSSR de Burriana tienen menos de 2 hijos. Por lo tanto, pesan más otros criterios como la juventud y el carecer de una relación de convivencia con una pareja estable.

También hay un 16,3% de mujeres que ya tienen 2 hijos y un tercero les supondría una sobrecarga excesiva a nivel económico, laboral, de tiempo libre, etc. Sobrecarga que resulta difícil de soportar cuando, además, las ayudas sociales y económicas son insuficientes en nuestro país.

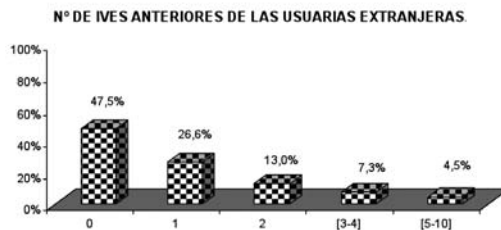


En el caso de las mujeres inmigrantes, los datos son muy similares, puesto que un 66,1% tiene menos de dos hijos y, por tanto, también el coste de la crianza de los hijos puede determinar, junto con otras circunstancias (situación irregular o precariedad laboral) la decisión de interrumpir el embarazo.

GRÁFICA 8: NÚMERO DE IVES ANTERIORES

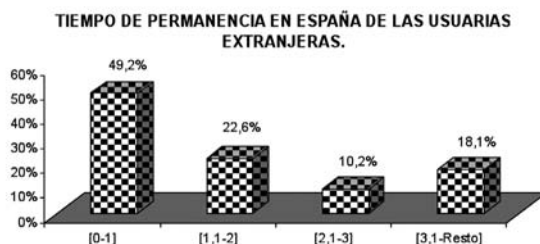


Mayoritariamente, las mujeres españolas no han tenido un aborto con anterioridad, un 77,6%. Se trataría de un dato esperanzador en cuanto a la eficacia de la información que se trasmite a las mujeres de la zona de influencia desde diferentes instituciones. No obstante, el 22,4% ya ha tenido algún aborto previo y algunas de ellas eran usuarias del CSSR. Esto debe ser motivo de reflexión para conocer los factores determinantes en este caso.



En la población extranjera, el 47,5% no ha tenido ninguna IVE anterior a la que en ese momento tramita. Y un 52,5% ya ha tenido alguna IVE, sobre todo en su país de origen. El aborto provocado es más habitual entre las extranjeras (población de los países del este) pese a tener una pareja estable e iniciar las relaciones sexuales más tarde que las españolas. Es cuanto menos llamativo el dato según el cual un 11,8% de las mujeres inmigrantes ha interrumpido entre 3 y 10 embarazos.

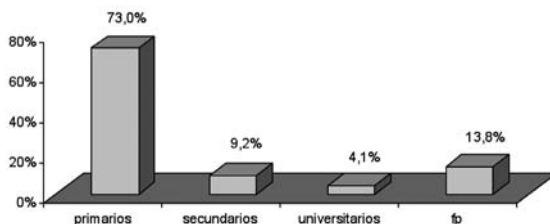
GRÁFICA 9: TIEMPO DE PERMANENCIA EN ESPAÑA

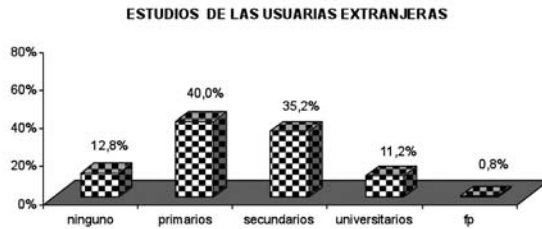


El 71,8% de las mujeres extranjeras que solicitaron una IVE en el CSSR de Burriana no llevaban ni dos años en España. Y de estas, un 49,2% no llega ni a un año, la mayoría en situación de ilegalidad, sin trabajo o con trabajos precarios.

Captar a este grupo de población es difícil pero los esfuerzos tendrán que dirigirse en ese sentido si queremos que disminuya la incidencia de las IVEs entre la población extranjera. Potenciar la colaboración de asociaciones de inmigrantes, Servicios Sociales y Centros de Atención Primaria con el CSSR sería una de las medidas más eficaces, con el fin de proporcionar información al máximo de población extranjera, así como editar folletos explicativos sobre anticoncepción en los distintos idiomas de los grupos mayoritarios (rumano, árabe, inglés...)

GRÁFICA 10: ESTUDIOS DE LAS USUARIAS





Un 73% de las usuarias españolas tienen tan solo estudios primarios, por un 40% de las mujeres extranjeras.

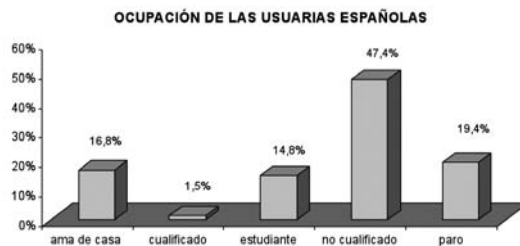
Respecto a la población española, podríamos pensar que:

- A menor nivel de estudios peor planifican las mujeres sus relaciones sexuales y, por tanto, peor prevención.

- Pero también podría ocurrir que las mujeres universitarias o con mejor situación socioeconómica acudan directamente a las clínicas privadas sin pasar por el CSSR. La tramitación de una IVE desde un Centro público como el nuestro, perteneciente a la red de Salud Pública, es más lenta y dilatada en el tiempo que si directamente acudieran a una Clínica Privada. En ese sentido muchas mujeres han manifestado que de haber tenido recursos económicos suficientes habrían optado por una clínica privada.

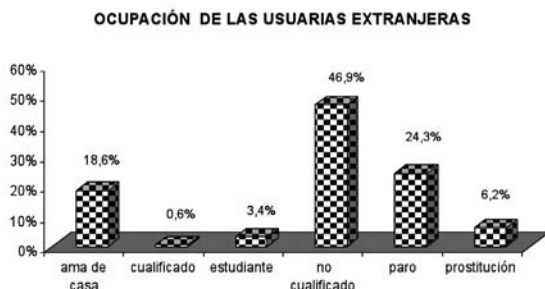
De la gráfica de mujeres extranjeras, hay que destacar que el grupo de las que no tiene ningún estudio (12,8%) corresponde en su totalidad a mujeres magrebies y nigerianas; el resto (población del este) tienen estudios secundarios y universitarios (46,4%) pero, al carecer de recursos económicos, acuden al Centro para solicitar la IVE.

GRÁFICA 11: OCUPACIÓN LABORAL DE LAS USUARIAS



Destaca la poca cualificación de la ocupación laboral de las mujeres españolas, en parte por su juventud (el 14,8% son estudiantes, de bachillerato

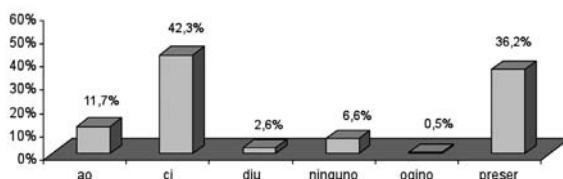
o universitarias) y sólo el 1,5% de las mujeres tiene un trabajo cualificado. La baja remuneración de los trabajos poco cualificados puede ser un factor decisivo para que las mujeres soliciten la IVE en el CSSR en lugar de acudir directamente a las clínicas privadas, donde deberían costearse íntegramente la intervención.



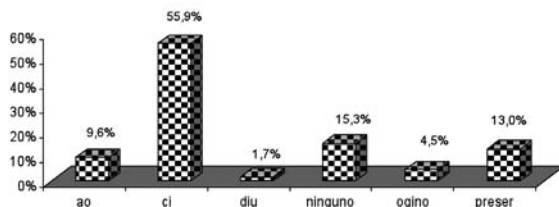
Del grupo de mujeres extranjeras destacaríamos los datos siguientes: el 46,9% desempeña un trabajo no cualificado, y el 6,2% se dedica a la prostitución. Si comparamos las ocupaciones de las españolas y las extranjeras observamos que hay una mayor tasa de paro entre las inmigrantes y que también hay menos estudiantes entre ellas (vienen a España a trabajar y no a estudiar)

GRÁFICA 12: MÉTODO ANTICONCEPTIVO USADO HABITUALMENTE

MÉTODO ANTICONCEPTIVO HABITUAL DE LAS USUARIAS ESPAÑOLAS.



METODO ANTICONCEPTIVO HABITUAL DE LAS USUARIAS EXTRANJERAS



En esta gráfica destaca que el “método” que utilizan ambos grupos de mujeres mayoritariamente es el “coito interrumpido” (CI) y es también el que más ha “fallado”. Un 42,3% de las mujeres españolas y un 55,9% de las mujeres extranjeras usaban este “método” de manera habitual.

Un objetivo que deberíamos plantearnos es el de reducir el uso de la “marcha atrás”, y que las mujeres lo sustituyeran por otro método de mayor fiabilidad.

El preservativo era el método habitual del 36,2 % de las mujeres españolas y del 13% de las mujeres extranjeras que solicitaron la IVE. Pero hay que destacar el mal uso que se hace de dicho método al no utilizarlo en todas las relaciones sexuales, no utilizarlo desde el primer momento en que se inicia la relación sexual y no comprobar si ha habido o no rotura del preservativo. Todos ellos como factores que podrían explicar el alto índice de fallos de este método según los datos recogidos en esta investigación.

Las mujeres que utilizaban como método habitual la píldora (AO) y se quedaron embarazadas decidiendo interrumpir el embarazo, un 11,7% y un 9,6% de mujeres españolas y extranjeras respectivamente, se encontraban des cansando del método (por su cuenta), o la habían dejado.

Sólo podemos hablar de fallo real de método anticonceptivo respecto del DIU, puesto que en algún caso, hubo que retirarlo una vez producido el embarazo o constaba en el historial clínico su colocación aunque no lo llevaba puesto.

Hay que destacar el porcentaje de las que no han utilizado ningún método anticonceptivo, ni tan siquiera la “marcha atrás”, un 6,6% de mujeres españolas y un 15,3% de mujeres extranjeras, porcentaje que se explicaría por el consumo de alcohol y otras sustancias o por la idea irracional de estas mujeres “a mí no me pasará”.

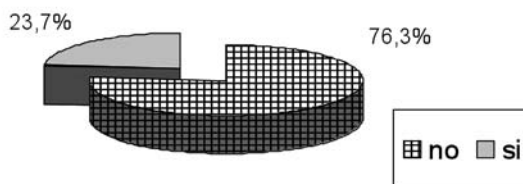
GRÁFICA 13: ¿ERAN YA USUARIAS DEL CSSR?

MUJERES ESPAÑOLAS QUE YA ERAN USUARIAS DEL CSSR.



El 62,8% de las mujeres españolas ya tenían abierta historia clínica en el CSSR de Burriana, ya conocían el Servicio y tenían información sobre métodos anticonceptivos.

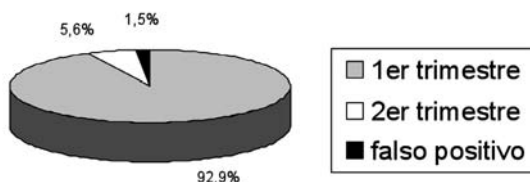
MUJERES EXTRANJERAS QUE YA ERAN USUARIAS DEL CSSR



Tan solo el 23,7% de las mujeres extranjeras eran ya usuarias del Centro antes de la tramitación de la IVE.

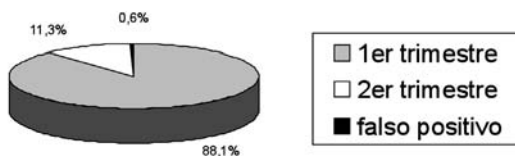
GRÁFICA 14: TIEMPO DE GESTACIÓN

TIEMPO DE GESTACIÓN DE LAS USUARIAS ESPAÑOLAS



La mayoría de las mujeres que solicitan una IVE lo hacen estando embarazadas del primer trimestre, aunque el porcentaje de mujeres extranjeras que deciden interrumpir su embarazo en el segundo trimestre es ligeramente superior al de las españolas: un 11,3% de extranjeras frente a un 5,6% de españolas. El costo físico, emocional y económico de todos los abortos aumenta con la duración del embarazo. Los riesgos del aborto en el 2º trimestre son 3 o 4 veces mayores que en el 1er. trimestre.

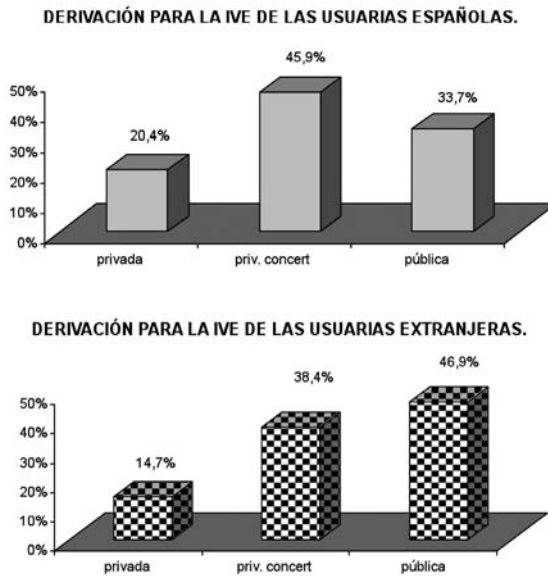
TIEMPO DE GESTACIÓN DE LAS USUARIAS EXTRANJERAS.



GRÁFICA 15: DERIVACIÓN PARA LA IVE

Hasta el año 2003 se podía tramitar la interrupción de embarazo a clínicas privadas que tenían un concierto económico con la Conselleria de Sanidad, que costeaba dicha interrupción. A partir de esa fecha, las mujeres sólo pueden

optar entre clínicas privadas o públicas –si se encuentran en el primer trimestre del embarazo–, o clínicas públicas o privadas concertadas -si se encuentran en el segundo trimestre. La diferencia entre pública y privada radica en que la mujer debe costearse el importe total de la intervención en las clínicas privadas pero la tramitación es bastante más rápida; mientras que en las clínicas públicas la operación la costea la Conselleria de Sanidad pero la tramitación se dilata más en el tiempo.



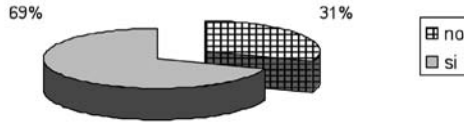
La mayoría de las mujeres, tanto españolas como extranjeras optaban por clínicas privadas concertadas cuando existía ese concierto y, en la actualidad, por clínicas públicas (sobre todo las extranjeras: un 46,9% del total)

GRÁFICA 16: ¿ACUDEN AL CSSR PARA LA REVISIÓN POST-IVE?

El mismo día que se tramita la IVE se da cita a la mujer para después de 1 mes en el propio CSSR, con el fin de ver cómo se encuentra (se hace una revisión ginecológica) y valorar la posibilidad de utilizar algún método anti-conceptivo, para que no vuelva a repetirse dicha situación. Si la mujer no acude a la revisión post-IVE se le llama por teléfono y le damos cita nuevamente, el día y la hora que ella desee; si aún así no acude, se le vuelve a llamar para darle una nueva cita. Si pese a esta insistencia, la mujer no acude al Centro, se le envía una carta estandarizada recordándole que tenía una visita en el CSSR de

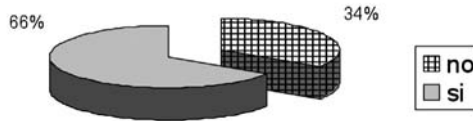
Burriana y que no acudió, y que sería importante que acudiera. Aún así, existe un porcentaje de mujeres que no vuelven al Centro.

USUARIAS ESPAÑOLAS QUE VUELVEN AL CSSR DESPUÉS DE LA IVE .



De las mujeres españolas que interrumpieron el embarazo, el 69% de ellas volvieron al Centro y decidieron utilizar algún método anticonceptivo. Pero, lamentablemente, pese a la insistencia por parte del CSSR el 32% no volvieron.

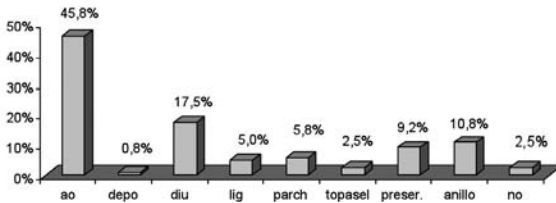
USUARIAS EXTRANJERAS QUE VUELVEN AL CSSR DESPUÉS DE LA IVE.



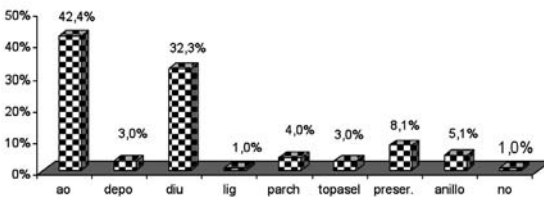
Entre las mujeres extranjeras, el 66% volvieron al CSSR y el 34% no volvieron, apreciándose por tanto casi los mismos porcentajes independientemente de si eran españolas o no.

GRÁFICA 17: MÉTODO INSTAURADO TRAS LA IVE

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS INSTAURADOS TRAS LA IVE EN USUARIAS ESPAÑOLAS.



MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS INSTAURADOS TRAS LA IVE EN USUARIAS EXTRANJERAS.





Después de la IVE, las mujeres españolas que acudieron a la cita post-IVE decidieron utilizar la píldora (AO) en un 45,8% de los casos, seguido del DIU (en un 17,5%), del anillo vaginal (un 10,8% de las mujeres) y el preservativo (UN 9,2%).

Las mujeres extranjeras decidieron utilizar en un 42,4% de casos la píldora (AO), seguido del DIU en un 32,3%.

La píldora (AO) es el método por el que se decantan mayoritariamente las mujeres de nuestra zona de influencia, por lo que sería importante que la Seguridad Social lo incluyera entre los medicamentos subvencionados o financiados. El DIU es gratuito si se acude a un CSSR de la Comunidad Valenciana, de ahí que muchas mujeres extranjeras con escasos recursos opten por este método en un porcentaje sensiblemente superior al de las españolas, siempre que reciban una buena valoración de dicho método.

CONCLUSIONES

1ª) El número de solicitud de IVEs es elevado en la zona de actuación del CSSR de Burriana, sobre todo teniendo en cuenta que se tramita (de media) una IVE cada 4,5 días y que, por otro lado, existen medidas eficaces que pueden prevenir el embarazo no deseado.

2ª) El número de IVEs tramitadas en el CSSR de Burriana a mujeres españolas en el periodo de este estudio ha experimentado una tendencia a la baja (de 65 en 2002 a 40 en 2005), al contrario de lo que ha ocurrido con el conjunto de tramitaciones de mujeres extranjeras (de 45 en 2002 a 52 en 2005). En el conjunto de la Comunidad Valenciana ha habido un incremento constante hasta el 2004.

3ª) En líneas generales, podríamos decir que existen 2 perfiles-tipo diferentes de mujeres que solicitan una IVE en el CSSR de Burriana.

A) Mujer extranjera que procede de países del este (fundamentalmente Rumanía) en los que no se considera el aborto un método extremo para evitar un embarazo no deseado, por lo que se practica de un modo habitual. Las mujeres extranjeras poseen poca información y un concepto muy negativo – y equivocado – de los métodos anticonceptivos hormonales por el temor a sus posibles efectos secundarios. Además, determinados métodos anticonceptivos, como el DIU, son inaccesibles para la población en general por su alto coste.

La llegada a la zona de influencia del CSSR de Burriana, desde hace unos años, de un grupo muy numeroso de inmigrantes de países del este (sobre todo rumanas), ha hecho que aumente considerablemente la demanda de interrupciones de embarazo por parte de mujeres extranjeras. El número de tramitaciones para mujeres extranjeras ha superado ya al de las tramitaciones de IVE para mujeres españolas (52 frente a 45 respectivamente en 2005)

Las circunstancias culturales, económicas, sociales, éticas y religiosas de las mujeres extranjeras plantean al CSSR una problemática diferente al de las mujeres españolas, lo que nos lleva a plantearnos la necesidad de diseñar medidas de actuación precisas y específicas que permitan el acceso de este grupo de población a los CSSR desde su llegada a nuestro país. Estas medidas deben ir encaminadas hacia la consecución de uno de los objetivos prioritarios de un CSSR, es decir, a la prevención del embarazo no deseado y no a la solicitud y tramitación de un aborto.

Las medidas de prevención (creación de una tarjeta sanitaria específica para la salud sexual y reproductiva, folletos informativos en diferentes lenguas, subvención de todos los métodos anticonceptivos, etc.), pese al gasto económico y posible complejidad administrativa que puedan representar para las instituciones sanitarias, nunca llegan a alcanzar los costes económicos, psicológicos y de salud que conlleva un aborto. La tramitación de un aborto no previene de un próximo embarazo no deseado. La prevención con métodos anticonceptivos eficaces sí lo hace.

La mayoría de la mujeres extranjeras adoptan métodos anticonceptivos cuando están suficientemente informadas y el método es o bien gratuito o bien de bajo coste. Las estrategias de prevención deberían tener en cuenta las dificultades económicas que presentan estos grupos de población.

B) La mujer española que interrumpe el embarazo en nuestra zona de actuación se caracteriza fundamentalmente por ser joven (el 25,5% son adolescentes), que ha iniciado las relaciones sexuales antes de los 19 años (el 88,8% de ellas), que tiene una relación de pareja de menos de 2 años y que no convive con su pareja en la actualidad.

Asimismo, hay un alto (y preocupante) porcentaje de mujeres españolas que ya eran usuarias del CSSR de Burriana y, por tanto, podemos suponer que disponían de suficiente información sobre el Servicio y los métodos anticonceptivos. Lo que nos induce a concluir que las estrategias de actuación basadas en la difusión de la información referente al CSSR se muestran insuficientes a la vista de los datos obtenidos. Habría que ahondar en otros aspectos para po-



der explicar los fallos de prevención en las usuarias españolas del Centro, que básicamente se deben, entre otras razones, al abandono del método anticonceptivo debido al cansancio producido por años de utilización de un determinado método, a las pequeñas molestias o efectos secundarios y/o al hecho de no compartir la responsabilidad del control de la reproducción con sus parejas.

Paralelamente, hemos observado desde el CSSR que ha crecido la desconfianza hacia determinados métodos anticonceptivos (hormonales, DIU) entre las propias usuarias, llegando a reaparecer los “mitos” que entorno a esos métodos existían en la sociedad hace 15 años. La falta de información clara y asequible contribuye a este fenómeno. Los medios de comunicación y las instituciones deberían proponerse como un objetivo a corto plazo la restitución del prestigio de dichos métodos.

4) El método que más utilizan las parejas que solicitan una IVE es el coito interrumpido o marcha atrás; método sobre el que recae el mayor número de fallos. El personal sanitario debe volcar su esfuerzo en tareas educativas (charlas, talleres de sexualidad, etc.) en demostrar la ineficacia de este método con el fin de que deje de utilizarse como método de prevención de un embarazo no deseado.

PROPUESTAS (MEDIDAS) DE ACTUACIÓN PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE LA IVE EN LA ZONA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE BURRIANA

El CSSR de Burriana considera que para abordar el problema del aumento de la demanda de IVEs, se precisan actuaciones y medios por parte de la Consejería de Sanidad ya que la actuación en solitario del CSSR es insuficiente. Además, como ha quedado demostrado en este estudio, existe una situación diferenciada debida al fenómeno de la inmigración.

El grupo de mujeres enmarcadas en el perfil-tipo A (mujeres inmigrantes) requiere una intervención especial, cuyo objetivo fundamental sería facilitar su acceso lo más rápido posible a los Centros de Salud Sexual y Reproductiva. Para ello sería imprescindible la creación de unos folletos informativos y de una tarjeta sanitaria específica para los CSSR, que les diera derecho a los servicios que proporcionan dichos Centros (anticoncepción, diagnóstico, tratamiento y control de ITS, etc.) y a las prescripciones farmacéuticas, pruebas complementarias, etc. derivadas de la atención en el Centro.

Con ello pretendemos que la mujer extranjera pueda prevenir eficazmente el embarazo no deseado y que acuda al CSSR para este motivo y no para solicitar un aborto.

En este sentido, la Administración Sanitaria debería:

1) Facilitar el acceso al CSSR de forma inmediata a toda mujer extranjera en edad fértil que no desea un embarazo. Pensamos que una Tarjeta Sanitaria inmediata y específica para la Salud Sexual y Reproductiva (similar a la que se facilita a las embarazadas o a los niños) sería una buena solución porque también les daría derecho a las prescripciones farmacéuticas, pruebas complementarias, etc. que se derivaran de la atención en el Centro.

2) Aportar los medios necesarios para disminuir la larga lista de espera que hay en los CSSR para acceder a ellos. Resulta paradójico que si la mujer solicita una IVE se le atiende en un breve plazo de tiempo (incluso en el día) mientras que si quiere información y prescripción de métodos anticonceptivos deberá esperar varios meses hasta que le llegue su turno.

3) Elaborar el folleto informativo anteriormente citado ya que el CSSR de Burriana no dispone de material de apoyo impreso sobre métodos anticonceptivos y, sin embargo, es un elemento básico en nuestro trabajo. Debería elaborarse en varios idiomas y proporcionar información clara y sencilla sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva, qué es el CSSR y qué servicios ofrece, cómo conseguir una Tarjeta sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva, información actualizada sobre los métodos anticonceptivos, información sobre el aborto que explique que no es un método anticonceptivo más, información sobre prevención de ITS y apelación a la responsabilidad compartida entre hombres y mujeres en el control de la reproducción.

4) Incrementar el número de profesionales que colaboren con el Equipo del CSSR en el trabajo comunitario: charlas a profesionales sanitarios, a asociaciones de inmigrantes, a grupos de padres, etc.

5) Divulgar a través de los medios de comunicación los temas relacionados con la sexualidad, los métodos anticonceptivos, ITS y la igualdad entre sexos:

- Revalorización de los métodos anticonceptivos, abordando los prejuicios y “mitos” acerca de éstos, haciendo especial hincapié en la ineficacia de la “marcha atrás”.



- Potenciación del preservativo como método de prevención de embarazos no deseados y de ITS, intentando acabar con el prejuicio de que el preservativo es sólo un método para jóvenes y que además “corta el rollo”. Se podría hacer una campaña publicitaria con personajes públicos que apoyaran su uso.

- Concienciar a la población de la igualdad entre hombre y mujer también en la sexualidad y en el control de la reproducción. Responsabilidad compartida.

- Concienciar de la importancia de la educación sexual impartida dentro de la familia. Sólo formando dentro del núcleo familiar en valores como la responsabilidad, el respeto al otro, la autoestima, el valor del propio cuerpo, la comunicación, la expresión de sentimientos, etc; en definitiva, apoyando la maduración de los jóvenes podremos favorecer una iniciación a la sexualidad enriquecedora y sin sobresaltos. Los padres deben “acompañar” a los hijos en el inicio de la sexualidad, respetando su intimidad y sus propias decisiones. No sirve como único mensaje educativo el “ten cuidadito” cuando el joven ha llegado a la pubertad.

6) Incluir todos los métodos anticonceptivos en la red de productos farmacéuticos financiados por la Seguridad Social, sobre todo los hormonales: píldora, parches, anillo vaginal, píldora del día después; métodos que mayoritariamente prefiere la población en general. En este sentido, cabe destacar que la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana ya ofrece de manera gratuita a las mujeres los Dispositivos Intrauterinos (DIU).

La política actual de prevención de la Conselleria de Sanidad incurre en una contradicción cuando subvenciona totalmente la IVE (inclusive del 2º trimestre) pero no subvenciona algunos de los métodos más extendidos entre la población. No se puede disminuir el número de abortos si no se puede acceder a los métodos anticonceptivos por falta de recursos. El coste de estos métodos debe ser asequible incluso para las familias más modestas. En ese sentido, se podría lanzar al mercado un genérico de anticoncepción hormonal de baja dosis.

7) Disminuir la lista de espera de las vasectomías (actualmente entre 6 y 12 meses). Se trata de uno de los dos únicos métodos que puede utilizar el varón. Apoyar este método cuando se demanda supone fomentar la igualdad ante la responsabilidad del control de la reproducción entre hombre y mujer.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio de Reforma del artículo 417 bis del Código Penal (BOE de 2 de agosto de 1985)
- 2) Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad Valenciana. 2004. Dirección General de Salud Pública. 2005. Informes de Salud Núm. 86
- 3) Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. Manual de Procedimiento para la prestación de IVE en el S.V.S. Server Valencià de Salut. 1993
- 4) Sociedad Española de Contracepción y Federación de Planificación Familiar de España. Libro Blanco de la anticoncepción en España. Aula Médica 2005.
- 5) Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. Encuesta sobre sexualidad en jóvenes de la Comunidad Valenciana. 2000. Dirección General para la Salud Pública. 2002.
- 6) Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de la Conselleria de Sanitat i Consum. Mujer, Cultura y Salud: convivencia sexual y reproductiva. Reunions científiques. Serie R nº 26. 2002
- 7) Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de la Conselleria de Sanitat i Consum. Protocolos de actuación en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva. 2004.
- 8) Boletín Médico de IPPF. Declaración sobre el aborto con riesgo y la salud reproductiva. Volumen 26, número 1. Febrero 1992.
- 9) Felix López Sánchez. La educación sexual de los hijos. Pirámide. 2005

V PREMIO CECOVA
PRIMER PREMIO

**“ESTACIÓN DE ENFERMERÍA, PRIMERO PASOS EN LA
INFORMATIZACIÓN DE CUIDADOS”**

Ángela Garrido Bartolomé
Vanesa Sánchez Martínez
Amparo Muñoz Izquierdo
Antonio Ruiz Hontangas
Vicente Octavio Ferrandis Campos



1. INTRODUCCIÓN

La informatización

...de la vida diaria

Cada día es más fácil darse cuenta de que la informática impregna nuestras vidas: desde la obtención de dinero de un cajero automático, pedir la cena en un restaurante, la compra de unas entradas, la programación de la radio, el control de transportes, centralitas telefónicas, casas domóticas o todas las posibilidades que abre a (y expone de) nuestras vidas esa ya indispensable herramienta que es Internet.

... de la práctica clínica

El campo de la atención sanitaria no podía ser menos, dadas las grandes ventajas que conlleva la informatización respecto a los usos que genera, amplia y facilita de la información. Como ya adelantaba Engelbrecht en 1988, un sistema de información sirve para adquirir, confirmar, almacenar, procesar, evaluar, recuperar y presentar la información, además de controlar su salida respetando la confidencialidad de los datos (1).

Asistimos a la informatización en los hospitales desde muchos frentes: la gestión de las camas o las bases de datos del personal empleado se encuentran entre las más antiguas, mientras la digitalización de la imagen (radiodiagnóstico) se encuentra entre las herramientas más modernas. Pero estas aplicaciones no constituyen específicamente la historia clínica de las personas atendidas en los centros, iniciativa tomada en épocas más recientes por distintas instituciones.

Desde la Dirección de Enfermería de un Hospital de Nivel 3 de la Comunidad Valenciana se implanta en el presente año la informatización del registro enfermero en tres unidades asistenciales.

... de la historia clínica

Partimos de una definición de historia clínica informática (en adelante HCI). Según Hita 2005, se entiende por HCI el “almacenamiento y tratamiento de cualquier información clínica (datos y documentos de cualquier tipo) de un paciente, utilizando medios informáticos (hardware y software)”. A la historia clínica se le pueden dar diversos usos, todos ellos de gran relevancia. En primer lugar debe servir como herramienta de comunicación entre los distintos profesionales que proporcionan la asistencia sanitaria. Otros usos importantes

son la investigación y formación, pues la HCI permite seleccionar los casos por presentar distintas características que los hagan interesantes para el aprendizaje o pertinentes para verificar o refutar hipótesis. Los datos contenidos en la HCI también pueden ser empleados para realizar tareas administrativas y de gestión. Y por último la historia puede tener usos legales, básicamente será empleada como prueba de la asistencia sanitaria tanto por el paciente como por el profesional (2).

Desde el punto de vista ético, la HCI representa ventajas frente a la historia clínica tradicional y, aunque existen los mismos retos éticos para ambas (confidencialidad y secreto profesional, consentimiento informado, directrices previas, datos de menores maduros, custodia y acceso a los datos), la HCI tiene más fortalezas (3).

Respecto a la opinión enfermera en cuanto a la HCI, encontramos en la bibliografía casos como el descrito por Llopart en 2005 para una de las áreas de salud de Badalona, Badalona Serveis Assistencials. Según describe el autor en su trabajo, los trabajadores se muestran satisfechos porque se incrementa la cantidad de información generada y el manejo y usos de la misma resultan mucho más ágiles (4). Por otra parte, en el estudio realizado por González (2004) en una UCI donde se instaló el programa CareVue, las enfermeras prefieren el registro informatizado frente al tradicional por ser más completo y proporcionar la posibilidad de disponer y acceder a más información clínicamente útil (5).

Pasos imprescindibles de la informatización de la historia clínica son la formación previa del personal que incluye la actualización de conocimientos en metodología enfermera, y el soporte físico o presencia en las unidades durante las primeras semanas de funcionamiento para proporcionar la ayuda que pueda precisar el personal y para detectar errores o problemas prácticos que puedan ir surgiendo (6).

El registro enfermero en la HCI

Dentro de la historia clínica, el registro de enfermería constituye el documento que recoge la actividad que la enfermera ha planificado y realizado, así como toda la información que se genera de la relación enfermera-paciente. Los registros de enfermería recogen información valiosa sobre el paciente y la evolución de su enfermedad, sirviendo de base para obtener una metodología de trabajo más lógica y científica (7). El lenguaje empleado debe cumplir los estándares que se adapten a los requerimientos de cada uno de los fines que se han especificado más arriba y de los colectivos a que van dirigidos. Tal como

especifica la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la información debe ser: rigurosa, exacta, completa, ordenada, actualizada, veraz, legible y evitar el uso de abreviaturas, símbolos y términos que no sean de uso reconocido (8,9).

La informatización de los registros enfermeros impulsa otros aspectos de la práctica asistencial, en concreto a la metodología enfermera, que suele quedar eclipsada por el día a día del trabajo en el hospital (cargas de trabajo, tiempos ajustados, presión asistencial en general) y a la vista de los registros enfermeros, no se encuentra dentro de nuestra rutina asistencial otro paso del proceso enfermero que la ejecución acompañada de datos meramente administrativos (por ejemplo: “baja a IRM”), quedando omitidas valoración, diagnóstico, planificación y evaluación en buena parte de los casos. De hecho este dato se ve confirmado en la literatura enfermera. Varios centros asistenciales buscan en la informática la herramienta que no sólo ayudará a mejorar los registros, sino que también facilitará las tareas rutinarias. Además algunos autores concluyen que el PAE es más factible informatizado (10) y coincidimos con Pérez 2004 en que al estandarizarse el PAE deja de ser conceptual para formar parte de la práctica (11).

El mero empleo del lenguaje enfermero, herramienta básica de comunicación, requiere disponer de él informatizado, de lo contrario no puede resultar viable: cargados en la práctica asistencial y cargados de libros para registrar nuestros datos..., la informática agiliza las búsquedas y permite seleccionar la parte del texto que nos interesa para hacerla constar en la historia clínica (12).

Cómo se hizo

El proceso de implantación de la HCI implica, en primer lugar, la selección de un programa, una herramienta que resulte de utilidad y se adapte a las necesidades de la práctica asistencial en el entorno hospitalario. Tras haber valorado las fortalezas y debilidades de utilizar un programa elaborado por otra institución o crear uno propio, se escogió la segunda opción, teniendo en cuenta que el punto de partida era dotarlo de estructura y contenidos adaptados a nuestra idiosincrasia.

La historia enfermera en el programa que nos ocupa consta de una hoja de evolución, una hoja de valoración, una hoja de constantes y una pestaña en que agregar lo que se denominó “otros datos”. En el momento actual se está dando los últimos retoques a una nueva pestaña, la dedicada a planes de cuidados.

Valoración enfermera informática: patrones funcionales

Como punto de partida se elaboró una valoración enfermera estructurada por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, común para todas las unidades de hospitalización, lo que la hace muy completa. El contenido de la valoración enfermera fue definido por un grupo de trabajo del propio hospital, perteneciente a distintas unidades y que fue constituido específicamente a este efecto, mediante reuniones periódicas. El resultado de la misma son un total de 326 ítems, incluyendo escalas y preguntas a distintos niveles. En cada valoración que se realice no es preciso valorar todos los patrones funcionales, ni todas las variables dentro de cada uno, sino que se delimitan para cada unidad unos mínimos de valoración inicial, que será cumplimentada en las primeras 24 h. De cada uno de los patrones se seleccionaron unos ítems determinados porque se consideró que la presencia de ciertas circunstancias en el paciente debía llevar al sistema a la creación de alertas por la existencia de algún elemento que pueda requerir atención enfermera especial o que la persona presente alguna característica considerada disfuncional a priori (es decir, que se trate de datos que generan algoritmos diagnósticos, procedimientos o planes de cuidados). En el anexo 1 se detallan los ítems que componen los mínimos de valoración inicial de cada una de las tres unidades de hospitalización en que se ha implantado la HCI.

Hoja de evolución informática

La hoja de evolución enfermera del programa alberga información escrita por el personal de enfermería directamente como evolución y también proporciona aquellos datos recogidos en la valoración enfermera que, como se explica más arriba, representan disfunciones o requieren atención enfermera específica, de forma que no sea necesario acudir a la lectura de la valoración para conocer aquellos datos más relevantes para el cuidado.

Otros datos

Este apartado recoge por el momento el nombre del médico responsable y el nivel de dependencia que presenta el paciente, si bien se prevé ampliar su contenido en breve para recoger algunos otros datos clínicos y administrativos relevantes. Se establecen, como se ha citado, tres niveles de dependencia; a falta de escalas válidas y viables en nuestro medio, la forma de asignar el nivel de dependencia fue acordada en cada una de las unidades a nivel interno, buscando cada una su propio criterio. Piénsese en la diferencia entre una dependencia de grado máximo en la unidad de Neurología y compárese con la de Psiquiatría.



Comparación con la situación de otras comunidades autónomas y otros programas

Podemos analizar los distintos programas y la situación respecto a la informatización en el territorio nacional empezando por aquellos programas o aplicaciones de uso hospitalario, viendo sus características más generales.

- **Gacela.** Representa la estación de enfermería más antigua, si bien se producen nuevas versiones y actualizaciones periódicas de la misma, y se encuentra funcionando en unos 50 hospitales del territorio nacional. Este programa de uso exclusivo para el personal de enfermería contiene una valoración normalizada estructurada según las necesidades básicas de Virginia Henderson e incorpora la terminología NANDA, NOC, NIC, (NNN). Existe la posibilidad de trabajar con este sistema empleando PDA (Asistente personal digital) porque se ha creado una versión que permite trabajar los datos a pie de cama y posteriormente volcarlos al sistema global (13).

- **Selene.** Es un sistema de información hospitalario, creado por la empresa Siemens, que ofrece la posibilidad del abordaje interdisciplinar del paciente. Permite el acceso desde distintos entornos asistenciales y a los distintos profesionales de la atención de salud. Para enfermería incluye todos los pasos del Proceso de Enfermería, partiendo de una valoración por Patrones Funcionales de M. Gordon y también contempla el empleo de las clasificaciones NNN (14). Se está utilizando en varias comunidades autónomas.

- **Azahar** es otro programa, desarrollado por el Hospital Reina Sofía de Córdoba, denominado por ellos “Módulo clínico de cuidados”, que contempla tres perfiles de usuario; al igual que Gacela, es exclusivo para el personal de enfermería. Consta de una valoración enfermera organizada por necesidades básicas y también emplea el lenguaje NNN en la elaboración y aplicación de planes de cuidados (15).

- **E-Osabide.** El Servicio Vasco de Salud está desarrollando una Historia Clínica Digital que avanza hacia la historia clínica única compartida por los distintos niveles asistenciales y profesionales, orientado a puestos de trabajo. El desarrollo de la metodología de cuidados se está produciendo todavía (16).

- **CareVue.** Para las Unidades de Anestesia y Cuidados Intensivos y Quirófanos existe esta herramienta específica, creada por la empresa Philips, que permite recoger y gestionar toda la información clínica de los pacientes ingresados, incrementando el registro y unificando la información para las distintas disciplinas, por lo que resulta de gran utilidad, pero que presenta como limitación la ausencia de los planes de cuidados enfermeros (17).

En Atención Primaria de Salud también se están empleando algunas herramientas, unas son específicas y otras, como ya se ha expuesto, son comunes para todos los niveles de asistencia. Los programas para primaria son:

- **Proyecto Abucassis II.** Lo tratamos en primer lugar por ser un producto creado por y para la Comunidad Valenciana. Es una herramienta que pretende integrar la historia clínica para atención primaria y especializada sin hospitalización. Consta de un módulo administrativo, uno asistencial y de un tercero de prescripción farmacéutica. El módulo Asistencial puede ser empleado por distintos profesionales de la salud (18).

- **OMI-AP.** Es el programa informático más usado en Atención Primaria en el territorio nacional (19). Las últimas versiones aportan la consideración de la metodología enfermera y la posibilidad de trabajar con planes de cuidados. (20, 21)

- **Proyecto Diraya.** Se trata de un sistema informático del Servicio Andaluz de Salud que integra datos clínicos de los pacientes de forma que podrá sustituir las historias existentes en la actualidad por la historia de salud digital única. Es una aplicación concebida para ser usada tanto en el ámbito de Atención Primaria como Especializada y por los distintos profesionales (22).

- **Proyecto Turriano.** Es una iniciativa puesta en marcha por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha que contempla el desarrollo de la historia clínica del paciente en formato electrónico y para el ámbito de Atención Primaria de Salud (23).

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Describir el efecto de la implantación de la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería, utilizando como estructura de valoración de las respuestas humanas los patrones funcionales de M. Gordon, en un registro de Historia Clínica Informática (HCI), en tres unidades asistenciales de un hospital de nivel 3, en la Comunidad Valenciana.

Específicos

1. Cuantificar el número de patrones funcionales evaluados, y aquellos que se consideran no pertinentes HCI, en tres unidades asistenciales de un hospital de nivel 3 en la Comunidad Valenciana.

2. Describir el número de registros realizados en la gráfica de constantes de la HCI .

3. Cuantificar el número de pacientes que tienen evaluado el nivel de cuidados en la HCI.
4. Describir el tipo de notas generadas en la hoja de evaluación de la HCI.
5. Describir el nivel de formación en Metodología de Enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería, que denominaremos de forma conjunta Profesionales de Enfermería PE), de un hospital de nivel 3 en la Comunidad Valenciana.
6. Conocer las expectativas que genera la HCI .
7. Conocer el nivel de acuerdo de los PE con la siguiente afirmación: “Participar en el desarrollo de los Planes de Cuidados contribuye a aumentar las habilidades de los profesionales de enfermería”.

3. METODOLOGÍA

Este trabajo combina varios métodos de investigación que se enmarcan dentro de los estudios descriptivos:

- Estudio de corte de los registros realizados en los pacientes ingresados en las tres unidades de hospitalización, los cuatro viernes del mes de julio del 2007,
- Encuesta auto-cumplimentada a profesionales de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería, PE) que ha asistido al curso de formación.

La población incluida en el estudio corte son los registros generados por los PE en las HCI, en las tres unidades asistenciales (Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría), donde se está trabajando con este soporte de registro, durante el mes de julio del 2007.

La población incluida en la encuesta son todos los profesionales que acudieron al curso de formación en valoración y manejo de la HCI durante el año 2007, 321, de los cuales contestaron el cuestionario 282, un 88%.

Las variables incluidas en el estudio son:

- Los patrones funcionales de M. Gordon, adaptados a nuestro entorno asistencial por un grupo de expertos de nuestro hospital, definidos en ellos el conjunto de datos mínimo a evaluar en cada unidad asistencial (anexo1). Para cada patrón funcional (PF) se han establecido las siguientes categorías:
 - Valorado, que implica que se han evaluado de cada patrón concreto, aquellas variables consideradas pertinentes por el personal

enfermero. En gran parte de los casos estos parámetros evaluados en cada PF, son los mínimos establecidos para cada dimensión funcional de los pacientes.

- No pertinente, esta opción indica que, atendiendo al juicio clínico realizado para cada PF, se observa que no contiene información relevante para los cuidados de enfermería, así como tampoco proporciona la información clínica necesaria.
- No valorado, esta categoría indica ausencia de información sobre los once PF que constituye la valoración. En 8 casos están incluidos los pacientes que hacía menos de 12 horas que habían ingresado.
- Número de registros realizados en las gráficas de las HCI de los pacientes incluidos en el estudio.
- Nivel de cuidados, siendo ésta una variable de naturaleza ordinal con tres categorías:
 - Paciente que es independiente
 - Paciente con dependencia moderada
 - Paciente con dependencia severa
 - También una cuarta, que se considera un opción no ordinal y que representa aquellos casos donde al nivel de cuidados no se le ha asignado ningún valor.
- Cuestionario auto-cumplimentado que se presenta en el anexo 2, encontramos preguntas sociodemográficas, aspectos relacionados con el nivel de conocimientos sobre metodología enfermera y expectativas generadas en los PE por la implantación de la HCI.

Análisis de los resultados:

El análisis cuantitativo se ha realizado con el paquete estadístico SPSS 11.0, calculando las frecuencias relativas de los datos. En las variables cuantitativas se ha estudiado la normalidad de la distribución empleando la prueba de Kolmogorov-Smirnov, encontrándose diferencias estadísticas con una distribución Normal. Por este motivo en los resultados se comenta el valor de la mediana y los intervalos de confianza al 95%, la descripción más detallada se presenta en tablas. Se han estudiado las diferencias que existen entre las tres unidades y los PF valorados, empleando el Chi-cuadrado de Pearson, para un nivel de confianza del 95%, asumiendo el nivel de significación para un valor p inferior a 0.05. También se ha valorado la existencia de diferencias entre las tres unidades y los niveles de cuidados, empleando la misma prueba. Dado el

tamaño de la muestra estudiada en todos los casos se cumplen las condiciones de aplicación de la prueba.

En el análisis cualitativo se han identificado las unidades de sentido presentes en las narraciones realizadas por escrito en la encuesta auto-cumplimentada, por los profesionales de enfermería. Las opiniones manifestadas han sido agrupadas en 11 y 10 unidades de sentido, presentamos los valores absolutos, en cada una de ellas presentamos transcripciones literales, para indicar los criterios de agrupación.

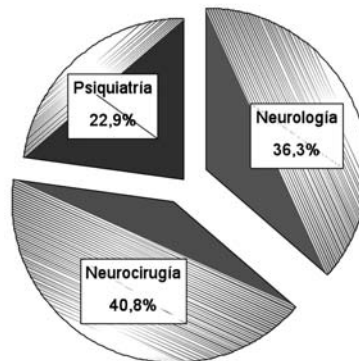
4. RESULTADOS

Se han estudiado un total de 358 registros. El 36% corresponde a la unidad asistencial de Neurología, el 41% a la unidad de Neurocirugía y el 23% a la de Psiquiatría. La distribución puede observarse en el gráfico 1.

En la unidad de Neurología no sólo ingresan pacientes de esta especialidad médica, sino que también lo hacen de Cardiología y Hemodinámica. La unidad de Neurocirugía también acoge otras especialidades, en concreto Otorrinolaringología y Dermatología. En la unidad de Psiquiatría únicamente ingresan pacientes de esta especialidad.

La población del presente estudio son los registros de enfermería correspondientes a los pacientes; 8 de los casos estudiados corresponden a pacientes que hacía menos de 12 horas que habían ingresado, por lo que al encontrarse en las primeras 24 horas posteriores del ingreso están dentro del periodo de realización valoración inicial.

Gráfico 1: Unidades estudiadas



Análisis de cumplimentación de la valoración por Patrones Funcionales de Salud

A continuación se describe la frecuencia de valoración de los patrones funcionales en las distintas unidades, ofreciendo los datos ordenados por frecuencias de mayor a menor.

El la unidad de Neurología el patrón más frecuentemente valorado es el de Percepción y Manejo de la salud, seguido de Nutricional-Metabólico, Eliminación, Actividad-Ejercicio, Cognitivo-Perceptivo, Sueño-Descanso, Rol-Relaciones y Auto percepción-Autoconcepto. Los patrones Adaptación-Tolerancia al estrés, Sexualidad-Reproducción y Valores y Creencias no se han considerado pertinentes en ningún paciente. Los resultados se muestran en la Tabla 1.

En la unidad de Neurocirugía los patrones que se han valorado con mayor frecuencia son, por orden, Percepción y manejo de la salud, Nutricional-Metabólico, Eliminación, Cognitivo-Perceptivo, Actividad-Ejercicio, Sueño-Descanso, Auto percepción-Autoconcepto, Adaptación-Tolerancia al estrés, Rol-Relaciones y Sexualidad- Reproducción. El patrón de Valores y Creencias no se ha considerado pertinente en ningún paciente. Los resultados pueden consultarse en la Tabla 2.

En la unidad de Psiquiatría el orden es el siguiente: Percepción y manejo de la salud, Nutricional-Metabólico, Eliminación, Rol-Relaciones, Auto percepción, Cognitivo-Perceptivo, Adaptación-Tolerancia al estrés, Sueño-Descanso. Los patrones de Sexualidad-Reproducción y Valores y Creencias no se han considerado procedentes en ningún paciente durante el periodo analizado. Los resultados se reflejan en la Tabla 3.

Tabla 1: Patrones funcionales valorados en la unidad de Neurología

Patrones funcionales	Valorado*	No pertinente*	No valorado*	Total*
Percepción de la salud	123 (94.6)	---	7 (5.4)	130 (100.0)
Nutricional-Metabólico	122 (93.8)	---	8 (6.2)	130 (100.0)
Eliminación	119 (91.5)	---	11 (8.5)	130 (100.0)
Actividad-Ejercicio	115 (88.5)	2 (1.5)	13 (10.0)	130 (100.0)
Sueño-Descanso	65 (50.0)	41 (31.5)	24 (18.5)	130 (100.0)
Cognitivo-Perceptivo	115 (88.5)	3 (2.3)	12 (9.2)	130 (100.0)
Auto percepción	6 (4.6)	78 (60.0)	46 (35.4)	130 (100.0)
Rol-Relaciones	44 (33.8)	49 (37.7)	37 (28.5)	130 (100.0)
Sexualidad-Reproducción	---	84 (64.6)	46 (35.4)	130 (100.0)
Adaptación-Tolerancia al estrés	---	84 (64.6)	46 (35.4)	130 (100.0)
Valores-Creencias	---	84 (64.6)	46 (35.4)	130 (100.0)

*Se presentan los valores absolutos y entre paréntesis los porcentajes.

Tabla 2: Patrones funcionales valorados en la unidad de Neurocirugía

Patrones funcionales/ Unidades asistenciales	Valorado*	No pertinente*	No valorado*	Total*
Percepción de la salud	136 (93.2)	4 (2.7)	6 (4.1)	146 (100.0)
Nutricional-Metabólico	133 (91.1)	1 (0.7)	12 (8.2)	146 (100.0)
Eliminación	33 (22.6)	4 (2.7)	109 (74.7)	146 (100.0)
Actividad-Ejercicio	19 (13.0)	5 (3.4)	122 (83.6)	146 (100.0)
Sueño-Descanso	16 (11.0)	6 (4.1)	124 (84.9)	146 (100.0)
Cognitivo-Perceptivo	25 (17.1)	5 (3.4)	116 (79.5)	146 (100.0)
Autopercepción	5 (3.4)	9 (6.2)	132 (90.4)	146 (100.0)
Rol-Relaciones	3 (2.1)	11 (7.5)	132 (90.4)	146 (100.0)
Sexualidad-Reproducción	2 (1.4)	12 (8.2)	132 (90.4)	146 (100.0)
Adaptación-Tolerancia al estrés	5 (3.4)	12 (8.2)	129 (88.4)	148 (100.0)
Valores-Creencias	---	12 (8.2)	134 (91.8)	148 (100.0)

*Se presentan los valores absolutos y entre paréntesis los porcentajes.

Tabla 3: Patrones funcionales valorados en la unidad de Psiquiatría

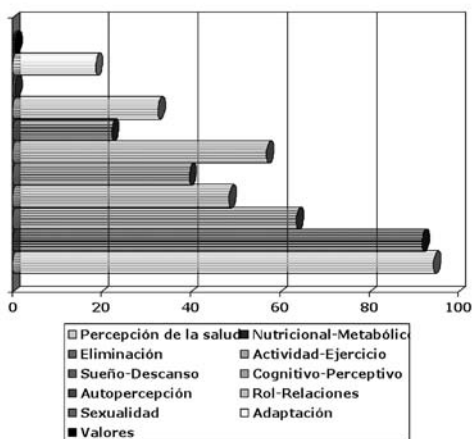
Patrones funcionales	Valorado*	No pertinente*	No valorado*	Total*
Percepción de la salud	79 (96.3)	2 (2.4)	6 (4.1)	82 (100.0)
Nutricional-Metabólico	74 (90.2)	3 (3.7)	5 (6.1)	82 (100.0)
Eliminación	76 (92.6)	3 (3.7)	3 (3.7)	82 (100.0)
Actividad-Ejercicio	40 (48.8)	38 (46.3)	4 (4.9)	82 (100.0)
Sueño-Descanso	61 (74.4)	17 (20.7)	4 (4.9)	82 (100.0)
Cognitivo-Perceptivo	64 (78.0)	12 (14.6)	6 (7.3)	82 (100.0)
Autopercepción	69 (84.1)	7 (8.5)	6 (7.3)	82 (100.0)
Rol-Relaciones	70 (85.4)	6 (7.3)	6 (7.3)	82 (100.0)
Sexualidad-Reproducción	---	77 (93.9)	5 (6.1)	82 (100.0)
Adaptación-Tolerancia al estrés	62 (75.6)	14 (17.1)	6 (7.3)	82 (100.0)
Valores-Creencias	---	77 (93.9)	5 (6.1)	82 (100.0)

*Se presentan los valores absolutos y entre paréntesis los porcentajes.

Si consideramos en conjunto de las tres unidades (gráfico 2), los patrones valorados por orden de frecuencia son:

- Percepción y Manejo de la salud: 94%
- Nutricional-Metabólico: 92%
- Eliminación: 64%
- Cognitivo-Perceptivo: 57%
- Actividad-Ejercicio: 49%
- Sueño-Descanso: 40%
- Rol-Relaciones: 33%.
- Autopercepción-Autoconcepto: 22%
- Adaptación-Tolerancia al estrés: 19%.
- Sexualidad-Reproducción: 0.6 %
- Valores y creencias: 0.6 %.

Grafico 2: Prevalencia de los patrones evaluados en las tres unidades



El resultado de las diferencias estadísticamente significativas puede consultarse en la tabla 4. Los patrones Percepción y Manejo de la salud y Nutricional-Metabólico no presentan diferencias estadísticamente significativas entre las distintas unidades. El patrón de Eliminación es mucho más valorado en la unidad de Neurología, al igual que el de Actividad-Ejercicio. Sueño-Descanso tiene un porcentaje similar en las unidades de Neurología y Psiquiatría. El patrón Cognitivo-Perceptivo se valora con mayor frecuencia en Neurología. El patrón de Autopercepción-Autoconcepto es más valorado en Psiquiatría que en el resto de unidades, al igual que ocurre con los de Rol-Relaciones y Adaptación-Tolerancia al estrés. Sexualidad-Reproducción y Rol-Relaciones sólo ha sido valorado en 2 casos en la unidad de Neurocirugía

Tabla 4: Distribución de los Patrones Funcionales según las unidades asistenciales y las diferencias estadísticas

Patrones funcionales/ Unidades asistenciales	Valorado †	No pertinente †	No valorado †	Chi-cuadrado, ‡ /significación §
Percepción de la salud				5.762 0.350
Neurología	36.4	0.0	50.0	
Neurocirugía	40.2	66.7	42.9	
Psiquiatría	23.4	33.3	7.1	
Total	100.0	100.0	100.0	
Nutricional-Metabólico				7.064 0.133
Neurología	37.1	0.0	32.0	
Neurocirugía	40.4	25.0	48.0	
Psiquiatría	22.5	75.0	20.0	
Total	100.0	100.0	100.0	

† Dado que las frecuencias absolutas se muestran en las tablas 1,2, y3, aquí solo presentamos los porcentajes. ‡ Valor de Chi-cuadrado de Pearson. § Valor p de significación estadística al 95% de confianza

Continúa Tabla 4

Patrones funcionales/ Unidades asistenciales	Valorado †	No pertinente †	No valorado †	Chi-cuadrado, ‡ /significación §
Eliminación				186.453 0.000
Neurología	52.2	0.0	8.9	
Neurocirugía	14.5	57.1	88.6	
Psiquiatría	33.3	42.9	2.4	
Total	100.0	100.0	100.0	
Actividad-Ejercicio				304.658 0.000
Neurología	66.1	4.4	9.4	
Neurocirugía	10.9	11.1	87.8	
Psiquiatría	23.0	84.4	2.9	
Total	100.0	100.0	100.0	
Sueño-Descanso				195.127 0.000
Neurología	45.8	64.1	15.8	
Neurocirugía	11.3	9.4	81.6	
Psiquiatría	43.3	26.6	2.6	
Total	100.0	100.0	100.0	
Cognitivo-Perceptivo				201.800 0.000
Neurología	56.4	15.0	9.0	
Neurocirugía	12.3	25.0	86.6	
Psiquiatría	31.4	60.0	4.5	
Total	100.0	100.0	100.0	
Autopercepción				351.178 0.000
Neurología	7.5	83.0	25.0	
Neurocirugía	6.3	9.6	71.7	
Psiquiatría	86.3	7.4	3.3	
Total	100.0	100.0	100.0	

† Dado que las frecuencias absolutas se muestran en las tablas 1,2, y3, aquí solo presentamos los porcentajes. ‡ Valor de Chi-cuadrado de Pearson. § Valor p de significación estadística al 95% de confianza

Continua Tabla 4

Patrones funcionales/ Unidades asistenciales	Valorado †	No pertinente †	No valorado †	Chi-cuadrado, ‡ /significación §
Rol-Relaciones				244.240 0.000
Neurología	37.6	74.2	21.1	
Neurocirugía	2.6	16.7	75.4	
Psiquiatría	59.8	9.1	3.4	
Total	100.0	100.0	100.0	
Sexualidad-Reproducción				196.880 0.000
Neurología	0.0	52.1	18.9	
Neurocirugía	100.0	6.5	78.1	
Psiquiatría	0.0	41.4	3.0	
Total	100.0	100.0	100.0	
Adaptación-Tolerancia al estrés				39.536 0.000
Neurología	0.0	76.4	25.4	
Neurocirugía	7.5	10.9	71.3	
Psiquiatría	92.5	12.7	3.3	
total	100.0	100.0	100.0	
Valores-Creencias				196.880 0.000
Neurología	0.0	63.6	24.7	
Neurocirugía	100.0	9.1	72.0	
Psiquiatría	0.0	27.3	3.2	
Total	100.0	100.0	100.0	

† Dado que las frecuencias absolutas se muestran en las tablas 1,2, y 3, aquí solo presentamos los porcentajes. ‡ Valor de Chi-cuadrado de Pearson. § Valor p de significación estadística al 95% de confianza

Registros realizados en la gráfica de constantes

Se ha contabilizado el número de tomas de constantes realizadas para cada registro. Esta variable no sigue una distribución normal, por lo que se dan los resultados de la mediana y los intervalos de confianza de la media (en adelante IC). Los datos expuestos de refieren al total de registros de las tres unidades consideradas independientemente. La mediana de la unidad de Neurología es 16 tomas de constantes (IC del 95%, 25-37). Para la unidad de Neurocirugía la mediana es 9 tomas de constantes (IC del 95%, 15-23). La mediana de la unidad de Psiquiatría es 14 tomas de constantes (IC del 95%, 13-22). La tabla número 5 presenta una descripción más ampliada de estos datos, y el gráfico 2 muestra el diagrama de cajas para las tres unidades con los valores atípicos.

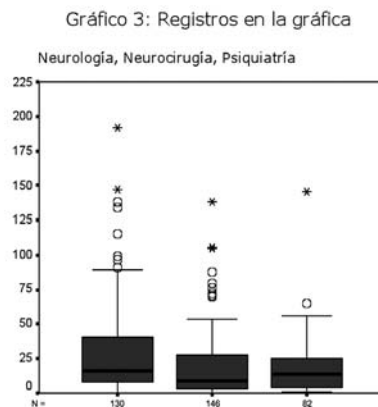


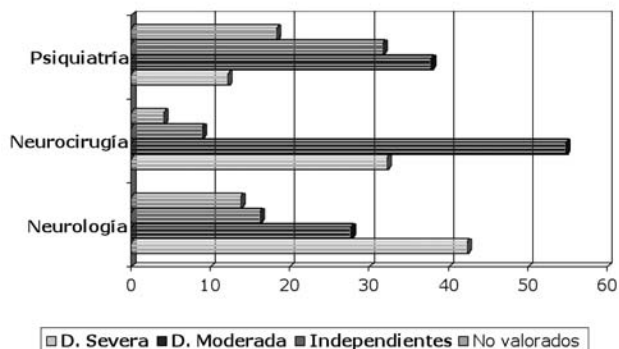
Tabla 5: Resultados de los registros realizados en la gráfica de constantes

Unidad asistencial			Estadístico
Neurología	Media		31,8308
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	25,1986
		Límite superior	38,4629
	Mediana		16,0000
	Varianza		1460,715
	Desv. típ.		38,21931
	Mínimo		,00
	Máximo		192,00
	Rango		192,00
	Asimetría		2,137
Curtosis		4,899	
Neurocirugía	Media		19,7945
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	15,7085
		Límite superior	23,8806
	Mediana		9,0000
	Varianza		623,999
	Desv. típ.		24,97997
	Mínimo		,00
	Máximo		138,00
Rango		138,00	
Psiquiatría	Media		17,6585
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	13,1775
		Límite superior	22,1395
	Mediana		14,0000
	Varianza		415,907
	Desv. típ.		20,39379
	Mínimo		1,00
	Máximo		145,00
Rango		144,00	

Determinación del Nivel de cuidados

Se describen a continuación los resultados de la estimación del nivel de cuidados por unidades y posteriormente considerando el total de los registros. En la unidad de Neurología, el 42% de los registros describen una dependencia severa; el 28% una dependencia moderada; y en el 16% se consideran independientes; en el 14% de los registros no se ha valorado el nivel de dependencia. En la unidad de Neurocirugía, en el 54% de los registros consta que los pacientes presentan dependencia moderada, el 32%, dependencia severa; el 8% se consideran independientes, y el 9% no lo tienen estimado. En la unidad de Psiquiatría, el 37% se consideran con dependencia moderada; independientes el 32%; no están evaluados el 18% y el 12% se estima con dependencia severa. Los resultados se visualizan en el gráfico 4.

Gráfico 4: Niveles de cuidados



Considerando el total de los registros, el 41% de los pacientes presentan dependencia moderada; el 31%, dependencia severa y el 17% son independientes. El 11% no han sido evaluados. Las diferencias son estadísticamente significativas. El nivel de dependencia severa se da más frecuentemente en Neurología, la dependencia moderada en Neurocirugía y el nivel independiente en Psiquiatría. La distribución conjunta y las diferencias estadísticamente significativas se presentan en la tabla 6.

Tabla 6: Niveles de cuidados según unidad asistencia y la diferencia estadística

Unidad	Nivel de cuidados*			
	Dependencia Severa	Dependencia Moderada	Independiente	No valorado
Neurología	55 (49.1)	36 (24.5)	21 (35.0)	18 (46.2)
Neurocirugía	47 (42.0)	80 (54.4)	13 (21.7)	6 (15.4)
Psiquiatría	10 (8.9)	31 (21.1)	26 (43.3)	15 (38.5)
Total	112 (100.0)	147 (100.0)	60 (100.0)	39 (100.0)
Chi-cuadrado de Pearson	54.880			
Significación	0.000			

*Se presentan los valores absolutos y entre paréntesis los porcentajes

Notas de Evolución

Esta variable tampoco presenta una distribución normal, de forma que se presentarán los valores de la mediana acompañados del IC de la media. En la unidad de Neurología la mediana son 13 registros (IC del 95%, 19-29). En la

unidad de Neurocirugía la mediana son 7 registros (IC del 95%, 12-17). En Psiquiatría la mediana son 26 registros (IC del 95%, 24-33). La tabla 7 amplía estos datos. El gráfico 5 muestra la distribución de los registros por unidades.

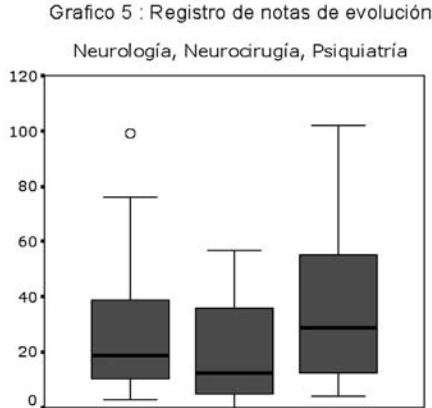


Tabla 7: Resultados de las notas de evolución

Unidad asistencial			Estadístico
Neurología	Media		29,7895
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	16,7308
		Límite superior	42,8482
	Mediana		19,0000
	Varianza		734,064
	Desv. típ.		27,09362
	Mínimo		3,00
	Máximo		99,00
Rango		96,00	
Neurocirugía	Media		20,6667
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	11,3930
		Límite superior	29,9403
	Mediana		12,5000
	Varianza		347,765
	Desv. típ.		18,64845
	Mínimo		,00
	Máximo		57,00
Rango		57,00	
Psiquiatría	Media		35,0000
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	19,5820
		Límite superior	50,4180
	Mediana		29,0000
	Varianza		775,143
	Desv. típ.		27,84139
	Mínimo		4,00
	Máximo		102,00
Rango		98,00	

Datos obtenidos de la encuesta previa al programa de formación en el manejo del programa.

Se han estudiado un total de 282 encuestas previas al plan de formación en el manejo del programa, de un total de 321 personas que lo han realizado, cifras que suponen el 88%, y el 50% del total personal de enfermería asistencial, 562, que componen el personal de enfermería asistencial del hospital.

La cumplimentación de la encuesta se realizaba al inicio de la 1ª sesión de las clases, y el cuestionario que la componía puede consultarse en el anexo 2.

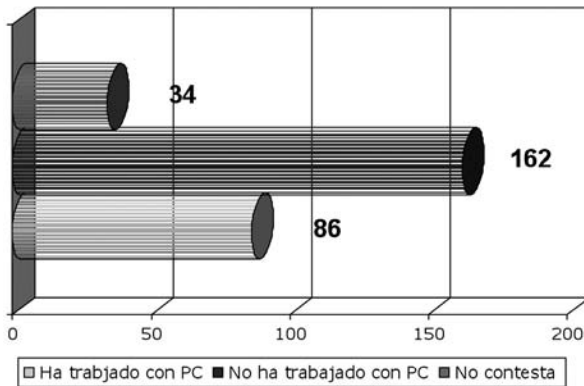
El 80% de la población son mujeres (226), el 13% son hombres (27) y un 7% no responde (19).

Respecto al año de finalización de los estudios de formación pregrado, el 23% se formaron antes de 1980, año en que se produce el cambio de titulación de ATS a DUE. El 29 % se formó entre 1981 y 1990. El 34% se formó entre 1991 y 2000. Y el 14% se formó con posterioridad al 2000.

Analizando la formación de posgrado en metodología de enfermería, el 60% del total no ha respondido a esta pregunta, el 34% afirma no haber hecho cursos de formación en metodología enfermera y el 6% sí reconoce haberlos hecho.

Un 57% de los profesionales no ha trabajado con planes de cuidados, el 31% afirma haberlo hecho y el 12% no contesta, gráfico 6.

Gráfico 6: Trabajar con planes de cuidados



Sobre las expectativas, se analizarán dos tipos: las que existen hacia el curso y las que existen hacia la informatización. La cuestión se planteaba mediante dos preguntas abiertas, del análisis de cuyas respuestas se establecen 11 Y 10 unidades de sentido en que clasificarlas. Respecto a las expectativas generadas por el curso de formación, las cinco más frecuentes son: adquisición de destreza en el manejo de la HCI, actualización de conocimientos, optimización del

trabajo enfermero, mejora de la práctica clínica y soporte para elaborar planes de cuidados. Respecto a las expectativas hacia la informatización, las cinco unidades de sentido más reproducidas son: agilización del trabajo, mejora de registros, acceso más rápido a la información, mejorar los cuidados y el incremento de la calidad. Las tablas 8 y 9 exponen más ampliamente los resultados obtenidos en estos dos ítems.

Tabla 8: Expectativas ante la formación

Unidades de sentido	Frecuencia	Ejemplos
Adquisición de destreza en el manejo	99	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender el programa • Manejo del programa
Actualización de conocimientos	86	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aprender 2. Adquirir mayor formación 3. Actualizar conocimientos
Optimización del trabajo enfermero	28	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las técnicas con arreglo a los avances de enfermería • Mejorar la metodología de trabajo • Facilitar el trabajo enfermero
No contesta	27	
Mejorar su propia práctica	20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar profesionalmente 2. Manejarme y mejorar los cuidados
Planes de cuidados	16	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer más a fondo los planes de cuidados 2. Aprender a formular diagnósticos de enfermería y planes de cuidados 3. Aumentar mi habilidad de manejo del PAE
No clasificables	14	<ul style="list-style-type: none"> • Ilusión • Que sea efectivo • Que sea aplicable y no caiga en el olvido
Incrementar la calidad	7	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad • Mejorar la asistencia
Aprender informática	6	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr un aprendizaje simple del manejo del ordenador • Aprender algo de informática • Reciclaje y adaptación a las nuevas tecnologías
Actitudes negativas	6	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Nada, vengo porque la empresa me obliga • No lo sé
Mejorar el registro	4	<ul style="list-style-type: none"> • Que los datos estén mejor organizados • Mejorar la información de datos clínicos

Tabla 9: Expectativas ante la informatización

	Frecuencia	Ejemplos de respuestas
Agilizar el trabajo	97	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eficacia, agilidad 2. Facilitar el trabajo en equipo 3. Facilitar la labor enfermera
Mejorar los registros	62	<ul style="list-style-type: none"> • Que todo quede registrado de forma más fluida • Mayor control de todo lo relacionado con el paciente. • Mejorar la organización de los datos en la historia del paciente
Acceso más rápido a la información	35	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar y agilizar el uso de la información • Mayor rapidez y agilidad a la hora de trabajar con las historias • Agilidad y rapidez en los registros
Mejorar los cuidados	30	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar los cuidados a las nuevas exigencias • Mejorar en la atención • Atender mejor a los pacientes
Incrementar la calidad	27	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejora general para pacientes y trabajadores 2. Mejora de la calidad asistencial
Disminuir la variabilidad	21	<ul style="list-style-type: none"> • Que todo esté protocolizado y unificando los criterios • Disminuir la variabilidad
Ampliar conocimientos	15	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender el programa KARE • Aprender • Mejorar la preparación del personal
No clasificables	14	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avanzar 2. Aplicarla 3. Expectante de momento 4. Ilusión
Seguridad de documentos	5	<ul style="list-style-type: none"> • Que la información y el trabajo sean más difíciles de extraviar • Evitar pérdida de datos clínicos
Actitudes negativas	3	<ul style="list-style-type: none"> • El problema puede ser el exceso de cargas de trabajo • Poco

Al medir el grado de acuerdo de los profesionales con la afirmación “participar en el desarrollo de la elaboración de planes de cuidados contribuye a aumentar las habilidades de los profesionales de enfermería”, encontramos que el 48% coinciden en alto grado, el 16% en muy alto grado y el 27% en parte.

Tabla 10: Grado de acuerdo con que la participación en el desarrollo de la elaboración de planes de cuidados contribuye a aumentar las habilidades de los profesionales de enfermería.

Categorías	Frecuencia	%
Coincide en muy alto grado	45	16.0
Coincide en alto grado	135	47.9
Coincide en parte	77	27.3
Coincide en bajo grado	3	1.1
No coincide en absoluto	1	0.4
No contesta	21	7.4
Total	282	100.0

5. DISCUSIÓN

Aunque no forma parte de los objetivos de este trabajo, consideramos de interés comentar el plan de formación previo a la implantación de la HCI que se ha seguido en nuestro Hospital. Se decidió diseñar un plan de formación que contemplase tanto la actualización de conocimientos en metodología enfermera como la enseñanza práctica necesaria para el manejo adecuado del programa. Se comenzó la formación por los enfermeros supervisores de las unidades de hospitalización, para continuar con el diplomados en enfermería/ATS y auxiliares de enfermería. Coincidimos con Román 2005 (24) en la necesidad de formación previa de los mandos intermedios en metodología enfermera, en especial en la importancia de una valoración como paso inicial y necesario del proceso de enfermería, insistiendo también en la normalización de cuidados como vía para conseguir la disminución de la variabilidad clínica. Resulta muy relevante la concienciación del personal de la necesidad de seguir unos determinados pasos que aporten forma y sentido a nuestro trabajo.

En cuanto al proceso de elaboración de la hoja de valoración, creemos relevante destacar que se creó una hoja única de valoración enfermera para todas las unidades de hospitalización de adultos, al igual que en otros centros que también diseñaron su herramienta, por ejemplo Gómez 2004 (25) y Fernández 2002 (26), si bien discrepamos con ellos en la selección de una estructura teórica centrada en las necesidades de Henderson por haber diseñado la nuestra en base a los patrones funcionales de salud de Gordon.

Igual que se concluye en los trabajos de Marco 2003 y Gómez 2006, los patrones de Sexualidad-Reproducción y Valores y Creencias tienden a eliminarse de las valoraciones enfermeras.

Los datos sociodemográficos de edad y género del personal de enfermería de nuestro hospital coinciden con los descritos a nivel nacional por Muñoz en 2006 (28).

Algunos autores (Gómez 2004) plantean la utilidad de la realización de seminarios en las distintas unidades asistenciales como solución para rellenar los posibles vacíos de conocimiento a la hora de obtener, ubicar y trabajar los datos obtenidos de la valoración que no hayan sido cubiertos por la formación previa. También desde la Dirección del Hospital se ha planteado esta opción como solución a estos problemas.

Respecto a las expectativas del personal de nuestro Hospital hacia la formación y la implantación del registro informatizado, comparando con Gómez 2004 e Hita 2005, que plantean las reticencias manifestadas por el personal de otros centros a la implantación del registro informatizado, destaca lo positivo de la actitud del personal del hospital al que se refiere el estudio, cuyas respuestas más frecuentes reflejan el interés por mejorar tanto la práctica como el registro y la calidad.

6. CONCLUSIONES

En el hospital al que se refiere el presente trabajo, enfermería en tanto que colectivo profesional destaca como pionera en la informatización de la HCI, gracias a la ilusión y la creencia de su Dirección en la factibilidad del proyecto.

El hecho de haber iniciado la informatización de toda la documentación enfermera antes de la de otros colectivos del hospital limita la práctica en algunos aspectos, al tiempo que la impulsa en otros. En concreto, la historia tradicional sigue siendo la empleada por el personal médico, y esto hace depender a enfermería de ella para poder consultar datos relevantes para el cuidado. En sentido inverso, otros servicios han informatizado su trabajo con anterioridad, con lo que se reducen las reticencias que el empleo de la tecnología genera en el personal: dependencia de la informática para poder obtener la información relevante sobre tratamientos, órdenes y evolución médica.

Resulta un elemento a destacar la actitud del personal de enfermería respecto a la HCI en la inmensa mayoría de los casos, al igual que la del personal médico, que se ha enfrentado también al cambio de sistema de registro.

Desde las tres unidades en que se halla implantado en la actualidad el programa se han vivido las dificultades, sobre todo técnicas, que acompañan a

los inicios de cualquier cambio de esta magnitud: lentitud del programa -con el entorpecimiento de un trabajo que ya supone una exigencia elevada-, fallos puntuales en el funcionamiento de las redes inalámbricas o de los ordenadores portátiles, necesidad de emplear y disponer de una contraseña, carros que no siempre resultaron los más ágiles y apropiados... Aun así, en la línea comportamental de la enfermería a lo largo de la historia -siempre dispuesta a asumir el esfuerzo que supone el cambio para una mejor atención al paciente- la respuesta del personal ha permitido superar muchas de estas dificultades que ya están en proceso de resolución.

La primera conclusión que se puede extraer de los resultados es que en este hospital la enfermería está realizando un gran esfuerzo y apostando por un cambio en el registro de su práctica asistencial.

El hecho de haber informatizado el registro ya supone cambios que implican mejoras en la calidad del registro, pues se incluye automáticamente el nombre de la persona que escribe los datos y el momento en que lo hace. La hora de introducción consta tanto en la valoración como en la evolución y la introducción de constantes.

A nivel ético, la HCI presenta los mismos retos de confidencialidad y privacidad que la historia tradicional, pero haciendo constar en todo momento quién ha realizado cada consulta de datos. Es necesario disponer de un nombre/usuario y una clave de acceso para acceder a los datos de los pacientes, y además pertenecer al perfil profesional que permita hacerlo, pues existen filtros de acceso a la información en base a este criterio.

También se han producido cambios muy importantes en la parte activa del registro enfermero, que sí implican un cambio actitudinal del personal de enfermería. En ninguna de las tres unidades asistenciales se realizaba valoración enfermera por patrones funcionales, aunque sí se realizaba una valoración por necesidades de Henderson en Neurología, en Neurocirugía se recogían datos clínicos y en Psiquiatría se realizaba una recogida de datos clínicos y administrativos al ingreso.

En las tres unidades se han producido cambios en la cumplimentación de la historia de enfermería. Los cambios en el registro vienen dados por la metodología de trabajo que marca la HCI, que inserta el proceso enfermero en la práctica diaria partiendo de una valoración por patrones funcionales.

La hoja de valoración al ingreso alcanza unos niveles de cumplimentación que son diferentes para las tres unidades asistenciales en que se ha realizado el estudio.

Los patrones más valorados en las tres unidades asistenciales consideradas en conjunto son claramente aquellos que más afectan a nuestra práctica diaria:

Percepción y Manejo de la salud, Nutricional-Metabólico y Eliminación. Les siguen Cognitivo-Perceptivo, Actividad-Ejercicio y Sueño-Descanso. Incluyen el patrón Cognitivo-Perceptivo y este dato puede requerir una aclaración. Las tres unidades se dedican a las Neurociencias y para ellas resulta de gran importancia la valoración del estado de conciencia y cognitivo de la persona.

Las diferencias que se aprecian están relacionadas con la idiosincrasia de cuidados de cada unidad asistencial. Los patrones Autopercepción-Autoconcepto, Rol-Relaciones y Adaptación-Tolerancia al estrés son valorados más frecuentemente en la unidad de Psiquiatría que en las otras dos.

La HCI incluye también una valoración del nivel de cuidados que, como ya se ha comentado en la introducción, es determinado en base a un criterio acordado en cada unidad, y está siendo determinado en un elevado porcentaje de los casos. Su cumplimentación, al igual que cada registro que se realiza en la historia, es voluntaria, y del hecho de que sea valorado se podría deducir que resulta un método válido para conocer de un vistazo el estado global de los pacientes ingresados en la unidad y útil para planificar el trabajo.

De las expectativas hacia el curso de formación y la informatización se desprende que la respuesta mayoritaria hacia la HCI es el optimismo y el deseo de mejorar del personal de enfermería. Del contraste estos datos con los sociodemográficos (edad media del personal de 43 años y media de años de ejercicio profesional de 17 años) se confirma la actitud positiva y generosa del personal de enfermería, lejos de sugerir un colectivo acomodado y quemado de la práctica.

El futuro inmediato: los planes de cuidados

Ya se está trabajando en el desarrollo de un apartado de planes de cuidados para que sean incluidos en la aplicación. Se espera que sea ésta la parte del programa que aporte mayor coherencia y sentido a la nueva forma de registro, pues el programa dará la opción de planificar cuidados en función de los datos que se aporten en la valoración enfermera o bien de aquellas órdenes médicas que conlleven atenciones especiales previsibles para un paciente determinado. Los planes de cuidados genéricos serán elaborados de forma consensuada con el personal de enfermería de las distintas unidades del hospital, de forma que sean elaborados en base a la evidencia disponible y posteriormente adaptados a la práctica diaria profesional. Los planes de cuidados y también los procedimientos serán incluidos dentro del programa se realizarán empleando en la medida de lo posible la terminología enfermera más utilizada a nivel internacional. Se decidió emplear la creada por NANDA, NIC y NOC de entre las

disponibles por ser la de mayor difusión internacional y por estar el personal del hospital más familiarizado con ellas.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Engelbrecht R. Informatización en los hospitales. *Rev Rol Enf* 1988; 119-120: 94-102.
2. Hita de la Torre G. Ventajas de la Historia Clínica Informática. *Todo Hospital*. 2005; 215:165-171.
3. García C, Orgando B. Aspectos éticos de la informatización de la historia clínica. *Enferm científica*. 2004; 270-271: 39-43.
4. Llopart JR. Resultados de la informatización global en una organización sanitaria. *Todo Hospital*. 2005; 218: 404-8.
5. González JA, Cosgaya O, Simón MJ, Blesa AL. Registros de enfermería: convencional frente a informatizado. *Unidad de cuidados críticos. Enferm Intensiva*. 2004; 15(2): 53-62.
6. Flores E, Álvarez P, Velasco M, Arco S, Bultó C, Serrat J. Plan de formación previo a la implantación de registros informatizados. *Metas de Enferm*. 2004; 7(9): 6-10.
7. Marco A, Fonfría C, Fonfría R, Bellver C, Fusté D, Muñoz A. Aplicando el nuevo rol de enfermería. *Inves y cuidados*. 2003; 1(1): 12-21.
8. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 274 (15-11-2002)
9. Olmo SM, Casas L, Mejías A. El registro de enfermería: un sistema de comunicación. *Enferm Clín*. 2007; 17(3):142-5.
10. Irisarri E, Rodríguez MJ, González MI, Arnedo S, Zubieta C, Varea AL. Informatizar la aplicación del PAE. *Rev Rol Enf*. 2001; 24(6): 415-420.
11. Pérez A, Frías S, Fernández R. De proyecto a realidad. *Rev Rol Enf*. 2004; 27(3): 175-6.
12. Gómez C, Esain A, Fina P, Guembe I, Fernández L, Narvaiza MJ. Interrelación entre NANDA, NOC, NIC. Estudio piloto, valoración de un documento de enfermería. *Rev Rol Enf*. 2006; 29(7-8): 501-506.
13. Rubio Sevilla JC, Arribas Espada JL. Manual básico del programa Gacela. [monografía en Internet]. Toledo: Complejo hospitalario de Toledo. Dirección de Enfermería; [acceso el 10 de agosto de 2007]. Disponible en: <http://espanol.geocities.com/profesoradrage/procedimientos.htm>
14. Sánchez N, Reigosa LF. Selene. Informatización de la historia clínica electrónica: implicación sobre el proceso de enfermería. *Enfermería Global* [revista en Internet] 2006 mayo [acceso 10 de agosto de 2007]; N°8. Disponible en <http://www.um.es/esglobal/8/08g02.html>
15. Azahar. Gestión informatizada de los cuidados. Módulo clínico de cuidados. Consejería de Salud. Dirección de Enfermería. Hospital Reina Sofía.
16. La Salud Vasca evoluciona y extiende e-osabide. *Vnuned.es*. [Internet] Jueves 15 de marzo de 2006; Innovación. [acceso el 10 de agosto de 2007]. Disponible en: <http://www.vnuned.es/Actualidad>
17. Ruiz FJ, Alegría A. Sistema de información clínica en unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Global*. 2002. N°1.
18. Generalitat Valenciana. La historia clínica única ya es una realidad en 63 centros de salud de la Comunidad Valenciana. *Actualitat del Consell*. [Internet] 10 de abril de 2005 [consultado el 10 de agosto de 2007]. Disponible en: <http://www.pre.gav.es/portaveu/>

19. Igea M, Lozano Y, González R. Implantación de la metodología enfermera en los sistemas informáticos de Atención Primaria. *Enfermería Global*. 2005. N°6.
20. Junta Directiva de SEAPA. El programa OMI-AP. *Enferm Clín*. 2001; 11(4): 44.
21. Pérez C, Macián M, García P, Álvarez S, Fernández JR, Sánchez F et al. "Adaptación de la Guía práctica clínica de cuidados de enfermería al programa informático OMI-AP". *Enferm Clín* 2004; 14 (1): 46-50.
22. Servicio Andaluz de Salud. *Diraya Historia Digital de Salud del Ciudadano* [monografía en Internet]. 2004
23. SESCAM Recursos Humanos. El SESCAM acerca las ventajas de la historia clínica electrónica a centros de salud de Ciudad Real. [acceso 10 de agosto de 2007] Disponible en: <http://sescam.jccm.es/web/recursoshumanos>
24. Román M, Campos A, Viñas C, Palop R, Zamudio A, Domingo R et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enferm Clín*. 2005; 15(3): 163-6.
25. Gómez R. Implantación de una hoja de acogida y valoración de enfermería. *Nursing*. 2004; 22(10): 66-75.
26. Fernández MA, Gómez J, Gabaldón E, Domingo M, Torres M y Terrés C. Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. *Enferm Clín*. 2003; 13(3): 137-44.
27. Muñoz A, Puchades A, Marco A, Bou A, Sánchez F, Pérez J et al. Internet y enfermería: qué consultas hacemos. En: X Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería. Albacete: isciiii; 2006. p. 52-54.

9. ANEXOS

Anexo 1

MÍNIMOS DE VALORACIÓN INICIAL: UNIDAD DE NEUROLOGÍA

Percepción de la salud

- Problema de salud
- Indicar problemas
- Tipo de diabetes
- Alergias
- Antecedentes de caídas

Nutricional-metabólico

- Dieta prescrita por el médico
- Tipo de restricción en la dieta
- Dificultad para deglutir líquidos
- Dificultad para deglutir sólidos
- Valoración de riesgo UPP
- Accesos vasculares

**Eliminación**

- Eliminación urinaria
- Incontinencia
- Tipo
- Medidas auxiliares
- Sonda provisional
- Especificar tipo
- Sonda permanente
- Número
- Fecha de instauración
- Fecha de cambio
- Eliminación intestinal, número de deposiciones
- Incontinencia fecal
- Medidas auxiliares

Actividad-ejercicio

- Escala Barthel
- Oxigenoterapia
- Secreciones
- Movilidad limitada

Sueño-descanso

- Pregunta
- Problemas para el sueño
- Medidas auxiliares

Cognitivo-perceptivo

- Pregunta
- Escala de Rankin modificada
- Escala canadiense
- Dolor

Autopercepción

- Estado emocional

Rol-relaciones

- Problemas de idioma
- Necesita trabajadora social

- Cuidador principal
- Preocupaciones por la hospitalización

Sexualidad-reproducción

- Enfermedades de transmisión sexual

Adaptación-tolerancia al estrés

- No procede en la valoración inicial

Valores y creencias

- Precisa mientras está con nosotros algún tipo de apoyo religioso
- Aporta testamento vital

MÍNIMOS DE VALORACIÓN INICIAL: UNIDAD DE NEUROCIRUGÍA.

Percepción de la Salud

- Problemas de salud
 - Indicar problemas de salud
- Medicación
 - Especificar

Nutricional – Metabólico

- Dieta prescrita por el médico
 - Tipo de dieta
- Dificultad para la deglución de sólidos
 - Indicar
- Dificultad para la deglución de líquidos
 - Aportes especiales
- Estado de la piel. Aspecto externo
 - Valoración riesgo UPP
- Lesiones de la piel
 - Indicar lesiones
- Accesos vasculares
 - Indicar

Eliminación



- Incontinencia
 - Tipo
- Medidas Auxiliares
- Sonda provisional.
- Sonda permanente
- Drenajes

Actividad – Ejercicio

- Oxigenoterapia
- Secreciones
 - Aspiración de secreciones
- Movilidad limitada
 - Especificar
- Dispositivos de tracción

Sueño – Descanso

No pertinente en el momento del ingreso

Cognitivo – Perceptivo

- Nivel de conciencia. Escala de Glasgow (SI PROCEDE)
- Dolor
 - Indicar tipo de dolor

Autopercepción

No pertinente en el momento del ingreso

Rol – Relaciones

No pertinente en el momento del ingreso

Sexualidad – Reproducción

No pertinente en el momento del ingreso

Adaptación – Tolerancia al estrés

No pertinente en el momento del ingreso

Valores y Creencias

No pertinente en el momento del ingreso

MÍNIMOS DE VALORACIÓN INICIAL: UNIDAD DE PSIQUIATRÍA.

Percepción de la Salud

- Percepción del estado de salud en general antes del ingreso
- Problemas de salud
 - Indicar problemas de salud
- Medicación
 - Especificar
- Fumador
- Ingesta de alcohol
- Otras drogas

Nutricional – Metabólico

- Dieta prescrita por el médico
 - Tipo de dieta
- Dificultad para la deglución de sólidos
 - Indicar
- Dificultad para la deglución de líquidos
 - Aportes especiales

Eliminación

- Incontinencia urinaria
 - Tipo
- Medidas Auxiliares
- Eliminación intestinal. Nº de deposiciones

Actividad – Ejercicio

No pertinente en el momento del ingreso

Sueño – Descanso

- Problemas para el sueño
 - Indicar problemas
- Medidas auxiliares
 - Indicar problemas

Cognitivo – Perceptivo

- Orientación temporoespacial



- Alteraciones senso perceptivas / alucinaciones
- Pensamiento
- Lenguaje

Autopercepción

- Estado emocional

Rol – Relaciones

- Actividad laboral
- Estado civil
- Relaciones familiares

Sexualidad – Reproducción

No pertinente en el momento del ingreso

Adaptación – Tolerancia al estrés

- Estado de tensión / estrés
 - Cuándo se producen las situaciones de estrés

Valores y Creencias

No pertinente en el momento del ingreso

Anexo 2

CUESTIONARIO PREVIO A LA FORMACIÓN KARE

El objetivo de estas preguntas es determinar la pertinencia y aplicabilidad del contenido de este curso. Se trata de un cuestionario anónimo. Trate de responder brevemente.

Datos sociodemográficos:

Edad:

Sexo (H/M):

Año de finalización de los estudios ATS/DUE o AE:

Años de ejercicio profesional:

¿Ha trabajado con Planes de cuidados? (SÍ/NO)

Cursos de Formación de Postgrado realizados en los últimos 5 años relativos a Fundamentos/Metodología de Enfermería (NANDA/Proceso de Atención de Enfermería)

¿Qué espera del curso de formación?

¿Qué espera de la informatización de la Historia de Enfermería?

De la siguiente afirmación, subraye cuál es para usted la que mejor coincide con su valoración: “Participar en el desarrollo de los Planes de Cuidados contribuye a aumentar las habilidades de los profesionales de enfermería”.

1. No coincide en absoluto
2. Coincide en bajo grado
3. Coincide en parte
4. Coincide en alto grado
5. Coincide en muy alto grado

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo nos podría haberse realizadazo sin el esfuerzo de los profesionales de enfermería de las unidades de Neurología (que citamos en primer lugar, por ser la unidad donde se inicio el pilotaje y la sometida a los primeros procesos de adaptación del nuevo sistema), Neurocirugía y Psiquiatría.

Así como a todos los compañeros que ha respondido al auto cuestionario y nos ha permitido tener una buena aproximación al conocimiento de las esperanzas que los profesionales de enfermería de este hospital tenemos con la Historia Clínica Informática.

Es necesario mencionar al personal del Centro de Sistemas de Información, que sin su apoyo el proyecto Estación de enfermería no sería posible.

También tenemos que mencionar un compañero administrativo por su colaboración.

VI PREMIO CECOVA

PRIMER PREMIO

**“ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO
AL CONTEXTO ESPAÑOL PARA MEDIR LA CALIDAD DE
LOS CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL BASADO
EN LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS
(CUESTIONARIO Q-PNOMS). VARIABILIDAD EN
LA PRÁCTICA DE LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL
EN LA COMUNIDAD VALENCIANA”.**

D. Francisco Javier Gómez Robles



1.- INTRODUCCIÓN

Clásicamente, los resultados de salud en la atención al parto normal se han medido en términos de satisfacción de la paciente con los cuidados recibidos puntuación en la Escala de Apgar sobre bienestar del recién nacido al nacimiento, desgarros o laceraciones vaginales, infecciones y, en general, un recuento numérico del número de partos vaginales, instrumentados y cesáreas. Todos estos datos unidos a indicadores de mortalidad y morbilidad materno-infantil (1).

En los últimos años, la mortalidad y morbilidad severa materno-infantil relacionada con el parto en los países occidentales desarrollados son eventos realmente anecdóticos, de lo que se deriva que los cuidados en el parto normal deben ser medidos de forma distinta. Una forma de obtener nuevos indicadores y nuevas formas de medir la calidad de los cuidados en el parto normal debe ser la observación directa de las intervenciones que se llevan a cabo para promover un parto normal (2, 3).

El problema deriva en cómo se miden las intervenciones y esa atención. Se deberían medir siguiendo unos patrones estándares que permitieran la comparación objetiva entre diferentes centros y países e incluso también entre distintos profesionales. De forma ideal, se debería utilizar un instrumento común, basado en recomendaciones universales, válidas para cualquier país, apoyado en la mejor evidencia disponible y respaldado por organizaciones sanitarias competentes. Para ello, existen unas recomendaciones universales promovidas por la OMS, válidas para cualquier país del mundo, basadas en la evidencia (4) al igual que existe un instrumento validado creado en Suecia por Sandin Bojö & Col (5).

Por lo que se crea la necesidad de adaptar este instrumento lingüística y culturalmente en España para poder medir de forma holística el proceso de atención al parto normal y, así, poder comparar los resultados con otros países.

El parto normal a menudo se refiere al proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, con un comienzo espontáneo y con un desarrollo y finalización sin complicaciones, donde el nacimiento es por vía vaginal y con pocas o ninguna intervención externa (4,6,7,8) Sin embargo, el concepto de “normalidad” en el parto y el nacimiento no está estandarizado ni universalizado. En las últimas décadas, el deseo de ofrecer un embarazo y parto seguro a mujeres y niños ha desarrollado un amplio abanico de prácticas en el parto, como iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso fisiológico, donde muchas de éstas intervenciones se han introducido sin basarse en estudios que apoyen su efectividad. (4,9,10) En los países desarrolla-

dos, donde estas prácticas son habituales, se está cuestionando el valor de estos grados tan altos de intervencionismo. Además, al mismo tiempo, los países en desarrollo están intentando que toda mujer tenga acceso a un parto seguro. Existe una tentación de tratar todos los partos de una manera rutinaria con el mismo alto grado de intervencionismo tanto si son de alto riesgo como si no. Hay que tener en cuenta que las mujeres y sus hijos pueden sufrir daños por técnicas innecesarias. Por otro lado el alto número de prácticas puede provocar un rechazo a pedir ayuda por parte de las mujeres (4)

En esta línea, Downe & Col (2) llega a realizar una diferenciación conceptual entre parto normal y parto obstétrico. En 2001, Downe & Col publica un estudio realizado en Reino Unido en el que llega a afirmar que sólo el 48.7% de los partos realizados podrían considerarse como partos normales según las definiciones existentes.

El resto, 62.3%, son partos en los que se ha utilizado inducción, estimulación, rotura artificial de membranas, anestesia epidural y/o episiotomía, partos que los define como parto obstétrico, diferenciándolos claramente del parto normal estricto. A lo largo de este proyecto se hablará del término “parto normal”, pero conceptualmente se estará hablando tanto de parto normal estricto como de parto obstétrico.

El objetivo del cuidado en el parto normal es conseguir una madre y un niño sanos, con el menor nivel posible de intervención de la manera más segura. Este objetivo implica que en el parto normal debe existir una razón válida para interferir con el proceso natural (4)

Según la OMS (4), las tareas del personal sanitario son 4:

1- animar a la mujer, su compañero y familia durante el parto, en el período de alumbramiento y sucesivos.

2- observación de la parturienta: monitorización de la condición fetal y del niño después del nacimiento, evaluación de los factores de riesgo y detección temprana de problemas.

3- Llevar a cabo intervenciones menores, si son necesarias, como amniotomía y episiotomía; cuidado del niño después del nacimiento.

4- Traslada de la mujer a un nivel mayor de asistencia, si surgen factores de riesgo o si aparecen complicaciones que justifiquen dicho traslado.

El profesional que asiste al parto tiene el deber de basar su práctica en la mejor evidencia disponible. El propósito de usar la evidencia es llegar a alcanzar la mejor calidad conocida.



La aplicación de la práctica basada en la evidencia (PBE) está basada en la utilización de la evidencia científica disponible para la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes no olvidando sus preferencias y valores, la experiencia personal profesional y los recursos disponibles.

Existen numerosos estudios que intentan medir la calidad en la atención al parto normal. A continuación hablaremos de los mas relevantes, tanto dentro como fuera de España.

En primer lugar, y dentro del ámbito nacional, cuando se intenta hablar sobre los cuidados en el parto normal, la búsqueda de datos sobre actuaciones en el proceso es una tarea dificultosa, comenzando por el hecho de que no suelen registrarse en el conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), es decir no constan como datos cuantitativos disponibles de forma rutinaria y homogénea de todos los hospitales, que es por definición el CMBD.

Localizamos una iniciativa puesta en marcha desde el año 2000 que es el Programa Hospitales TOP 20 patrones Benchmarks de mejor práctica al sector hospitalario español (11) donde los hospitales participan de forma voluntaria y gratuita, y donde se reconoce la labor de los hospitales participantes que presentan mejores resultados en los indicadores utilizados y que en su 6ª edición el área clínica seleccionada ha sido la obstetricia durante el año 2005.

En este estudio participaron 115 hospitales del Sistema Nacional de Salud y del sector privado que se clasificaban en:

- NIVEL I. Hospitales no docentes con menos de 1000 partos anuales (46).
- NIVEL II. Hospitales no docentes con mas de 1000 partos anuales (30).
- NIVEL III- Hospitales docentes (39).

Se excluyeron hospitales con menos de 100 partos anuales y hospitales con baja calidad en los datos (menos de 1,5 diagnósticos por alta).

Los indicadores estudiados en TOP 20 obstetricia se ajustaba a:

CALIDAD:

- Índice de complicaciones ajustado por riesgo.
- Tasa de cesáreas ajustadas por riesgo.
- Porcentaje de partos vaginales en mujeres con cesárea previa.

ADECUACIÓN:

- Porcentaje de ingresos preparto sobre total de partos.
- PORCENTAJE DE PARTOS VAGINALES CON EPISIOTOMIA.

FUNCIONAMIENTO:

- Estancia media ajustada por casuística y severidad.

Estudiaremos sólo el indicador de adecuación de porcentajes de partos vaginales con episiotomía de este estudio.

Tabla I; Programa Hospitales TOP 20 patrones Benchmarks

	Media de partos	PORCENTAJE DE EPISIOTOMIAS			
		Hospitales Benchmark		Resto de hospitales	
		n° hosp.	%	n° hosp.	%
NIVEL I	518	7	49.49%	39	62.30%
NIVEL II	1667	6	34.05%	34	62.87%
NIVEL III	2806	7	44.84%	32	64.42%

Reconocen un descenso interanual en la tasa de episiotomías, ya que su práctica de forma casi rutinaria debe revisarse en los protocolos hospitalarios ordinarios de atención al parto vaginal y cambiarse por prácticas restrictivas de acuerdo con indicaciones específicas. El descenso pasaba, según los hospitales de los que tenían información de un 62.6% en 2003, a un 59.1% en 2004.

Otros estudios analizados sobre el uso de la episiotomía son los realizados en Alicante, Granada y Jaén.

En Alicante un estudio descriptivo de 1998 (12) con una muestra total de 1888 partos vaginales y una submuestra posterior de 1420 partos eutócicos a término, contrastaron paridad, peso del R.N., desgarros y profesional que asistió al parto con el uso de la episiotomía y se realizó un posterior análisis cuantitativo.

El porcentaje de la muestra total era de 87.3% y del 86.6% de la submuestra, empleándose más la episiotomía, con una diferencia significativa ($p=0.00001$) en primíparas y no encontrándose significación ni en el peso del niño, ni en el profesional que asistió al parto.

Había desgarros en un 6.92% de la muestra y en un 5.5% de la submuestra. Menores valores en el test de Apgar no mostraban asociación con el uso de la episiotomía.

La mayoría de los profesionales referían desconocer algunas complicaciones y secuelas de la episiotomía.

Se concluía el estudio con que la política de episiotomía debía ser revisada y se debía potenciar la intercomunicación entre los distintos niveles asistenciales para que los resultados de la intervención pudieran ser evaluados.

Los profesionales del Hospital General de Alicante, siguiendo con esta línea de trabajo, presentan en 2006 los resultados de un estudio sobre la evolución del porcentaje de realización de episiotomías en su centro (13). Partiendo del 87.3% de episiotomías de 1995, pasan a un 77.9% en 2003, 73.7% en 2004 y 57.9% en 2005. Esta progresiva restricción en el uso de la episiotomía se ha asociado a un aumento estadísticamente significativo de los desgarros tipo I y II pero no con un aumento estadísticamente significativo de los de grado III y IV.

El estudio de la prevalencia de la episiotomía en los hospitales materno infantil y clínico de Granada (14) estudiaba la extensión excesiva en la asistencia a partos por matronas del uso de la episiotomía y fue publicado en el 2000.

Tomaron una muestra aleatoria simple de cada hospital según su media de nº de partos vaginales de cada uno, en global fue de 252 sujetos.

Consideraron las variables: hospital, episiotomía, edad materna, nº de embarazos y partos, edad gestacional, desgarros perineales, peso del R.N. e índice de Apgar al minuto.

La prevalencia de episiotomía era de 76.58% y un 50.85% de las mujeres a las que no se les realizó episiotomía conservó su integridad perineal y no se apreció ningún desgarro de III y IV grado.

Las variables que se asociaron a la episiotomía fueron la paridad, la analgesia epidural y la edad gestacional (nulíparas con 91.74% de episiotomías frente a multíparas con un 41.03%).

También concluyeron que la edad de la madre, el peso del neonato y el Apgar al minuto no tenían influencia con la episiotomía.

En el Hospital de San Juan de la Cruz de Úbeda, Jaén (15) se estudió en el 2004 la efectividad en coste económico de la sustitución de una política sistemática por una selectiva de uso de la episiotomía ya que si en 1998, desarrollando una política sistemática de episiotomía (70%), en el 2003 tras la aplicación de recomendaciones procedentes de la investigación clínica disponible, se había reducido la prevalencia de la episiotomía hasta lograr una política selectiva (30%). Se reducía el nº de lesiones perineales y se favorecía la recuperación de la mujer, beneficiándose en su bienestar general y existiendo un beneficio de coste efectivo en la política selectiva de episiotomía.

Sin embargo en donde hemos encontrado un estudio más detallado sobre la situación de los cuidados de la matrona en el parto normal en España, ha sido de la descripción de las "Prácticas habituales de las matronas en el parto en los hospitales públicos de Barcelona" (16), estudio descriptivo transversal donde se distribuye un instrumento no validado para la recogida de datos en 23 hospitales de la provincia de Barcelona entre diciembre de 2004 y febrero de 2005, estudiándose a 135 matronas.

Allí se concluía que las actividades de las matronas en el diagnóstico, atención al parto eutócico y control puerperal diferían entre los distintos niveles de atención hospitalaria, siendo menores cuanto mayor es el nivel del hospital.

Tabla II: RESULTADOS SOBRE LAS PRÁCTICAS MÁS HABITUALES EN EL PROCESO DE PARTO EN LOS HOSPITALES DE BARCELONA. 2005

Prácticas más habituales		% Frecuencias
Valoración del cuello uterino mediante tacto vaginal de forma horaria		68.9%
Administración de enema de forma habitual		89.6%
Monitorización cardiotocográfica (ventanas).	Partos normales	42.9%
	Casos específicos	32.1%
	nunca	25%
Rasurado perineal cuando se va a realizar episiotomía		74.6%
Episiotomía	Habitual	34.6%
	Ocasional	45.4%
Alumbramiento dirigido	Ocasional	43.5%
	Nunca	35.9%
Traslado de la mujer a la sala de partos	Tras epidural	47.7%
	Dilatación completa	9.1%
	Dilatación en III-IV plano	35.6%
Tiempo máximo de expulsivo previsto en mujer nulípara en parto	1 hora	54%
	En función del parto	23.4%
Fomento de la lactancia materna en la sala de partos		29.3%
Educación sanitaria en la sala de partos	Siempre	30.2%
	habitualmente	47.2%
Matrona asiste a la misma mujer durante todo el proceso de parto		46.2%
Valoración emocional de la mujer durante el proceso de parto.	Siempre	58.1%

Otro estudio más reciente, publicado en 2005, de Alberola y cols. (17), “Cuidados a la mujer durante el trabajo de parto ¿práctica habitual o práctica basada en la evidencia”, también trata de evaluar la calidad en la atención al parto normal. Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado mediante dos cuestionarios. Uno de ellos entrevistó a mujeres púerperas (90) y otro a matronas (48), durante tres meses, de diciembre de 2003 a febrero de 2004, en tres hospitales de la provincia de Alicante. Se analizaban seis prácticas obstétricas, tres de ellas catalogadas con evidencia firme a través de revisiones sistemáticas y otras tres eran protocolos en revisión con una evidencia no tan firme. Revisadas sistemáticamente:

- Administración sistemática del enema en la admisión de la mujer con trabajo de parto.

- Monitorización fetal electrónica frente a auscultación intermitente durante el parto.
- Posición materna durante el expulsivo.

Protocolos en revisión:

- Limitación de la libertad de movimientos y cambios de posición durante el trabajo de parto.
- Restricción de la ingestión de comida y fluidos orales durante el trabajo de parto.
- Dirigir los pujos durante el expulsivo.

El objetivo general del estudio era conocer el uso por parte de las matronas de estas practicas obstétricas consideradas ineficaces o de dudosa eficacia por la evidencia científica y que constituyen una base del trabajo de la matrona en el paritorio. Otros objetivos eran determinar si las matronas conocían la evidencia que existía para cada práctica y cual era la mejor práctica a opinión de las matronas, asi como la valoración de las mujeres sobre los cuidados recibidos.

Se obtenían los siguientes resultados:

Tabla IH: RESUMEN DE LAS PRACTICAS REALIZADAS POR LAS MATRONAS

	Práctica habitual (%)	Práctica según la evidencia (%) *	Toma de decisión por parte de la mujer (%) **
Administración de enema	76.1	39.1	45.7
Limitar la libertad de movimientos	89.1	87.0	60.9
Restricción de ingesta y líquidos	100	67.4	52.1
Monitorización fetal continua	100	28.3	41.3
Posición de expulsivo: litotomía	100	47.8	60.8
Pujos dirigidos	91.3	52.2	65.2

* Matronas que opinan que la mejor práctica es la que indica la evidencia

** Matronas que opinan que la mujer debe decidir sobre la práctica

Los datos del estudio nos dicen que tres de las prácticas estudiadas (restricción de la ingestión de comida y fluidos orales durante el trabajo de parto, la monitorización fetal continua frente a la intermitente y la posición materna durante el expulsivo) no se realizan según evidencia en el 100% de los casos, y las otras tres (administración sistemática del enema, libertad de movimientos y cambios de posición durante dilatación y pujos en expulsivo) tampoco se efectúan según evidencia en más de 75% de los casos, tal y como refieren las matronas. Para las mujeres el ayuno y la restricción de movimientos son las prácticas más incómodas.

Cuando se preguntaba a las matronas sobre los beneficios de dichas prácticas, menos de un 20% aducían razones congruentes con la evidencia, aunque un gran porcentaje de ellas sí conocía los inconvenientes de su realización. Cuando se preguntó cuál sería la práctica más deseable, el 50% aproximadamente elegía la práctica basada en la evidencias.

Así se revelaban dos contradicciones, una es la diferencia entre lo que se hace y lo que se sabe que debe hacerse y la otra son las razones aducidas (generalmente no basadas en la evidencia) y las prácticas preferibles (éstas sí basadas en la evidencia).

No se puede pensar que sólo la difusión de la evidencia científica es suficiente para su utilización. Muchas matronas refieren que la “medicina defensiva” justifica prácticas como la monitorización continua o que el hecho de cumplir los protocolos de anestesia apoyan prácticas como el ayuno.

La aplicación sistemática de muchas prácticas y procedimientos obstétricos parece estar basada más en viejos hábitos que en una evidencia científica existente.

En cuanto al ámbito internacional destacamos los siguientes estudios que analizan la atención al parto normal.

En 1998 Kaczorowski y colaboradores (18) publican un estudio realizado en 1993 en 572 hospitales de Canadá. El objetivo de este proyecto era estudiar los procedimientos obstétricos llevados a cabo en estos hospitales y si se realizaban por rutina o basándose en una evidencia existente.

Para ello eligen los siguientes procedimientos obstétricos los cuales la evidencia dice que su uso debe ser limitado: rasurado perineal, enema, infusión intravenosa, monitorización al inicio y continua y episiotomía, especificando si se realiza a primíparas o multíparas.

También, para poder analizar los resultados clasifican los hospitales según su localización geográfica, su tamaño (según el número de nacidos vivos al año) y su afiliación universitaria (universitarios o no).



Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- En relación con el rasurado perineal en un 74,8% de los hospitales se realiza de forma restrictiva.
- En un 60,8% de los hospitales los enemas se administran de forma restrictiva.
- El uso limitado de la infusión intravenosa se da en un 35,1% de los hospitales; siendo este porcentaje mayor en los hospitales pequeños.
- La monitorización fetal al inicio se restringe en un 23,4% de los hospitales y la continua en un 47,4% siendo ambos porcentajes más elevados en los hospitales más pequeños.
- En el caso de la episiotomía distinguimos entre:
 - Primíparas: en un 24,1% de los hospitales se realizan a menos del 40% de las primíparas, este porcentaje es menor en hospitales grandes y universitarios.
 - Multíparas: en un 25,5% de los hospitales se realizan a menos del 20% de las multíparas, en este caso el porcentaje es menor en hospitales grandes.
 - Por lo tanto en los hospitales grandes se realizan más episiotomías que en los pequeños tanto a primíparas como a multíparas.

En 2001 Xu Qián y colaboradores (19) publican un estudio realizado en 1999 en tres hospitales de Shanghai y uno de Sihong en las afueras provincia de Jiangsu. El objetivo de este estudio era comparar la práctica obstétrica con la evidencia científica; para ello seleccionan seis procedimientos que deben ser evitados como rutina y dos que deben ser promovidos. El estudio se realiza en 150 mujeres de cada hospital para calcular los porcentajes de realización de dichos procedimientos y se realizan también 48 entrevistas en profundidad a mujeres y profesionales (médicos y matronas).

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- La mayoría de las mujeres eran primíparas.
- La mitad de los partos fueron cesáreas.
- El rasurado púbico se realiza de forma rutinaria (alrededor de un 90% de las mujeres) en tres hospitales, al igual que el examen rectal y la episiotomía; mientras que la posición supina se da en los cuatro hospitales.
- La posibilidad de movilización y el acompañamiento durante el parto se da en un 25% de los casos.

En las entrevistas realizadas en profundidad a las mujeres, estos son los resultados obtenidos:

- Con respecto al tipo de parto unas prefieren la cesárea por el miedo inculcado por amigas al dolor severo durante el parto vaginal y por poder decidir un buen día para el nacimiento de su hijo relacionado con el calendario chino. Otras sin embargo preferían evitar la cesárea porque esta puede dañar su “yuan qi” o hacerlas perder su energía.
- Con respecto al alivio del dolor unas comentan que la experiencia de dolor durante el parto es insoportable mientras que otras están más preparadas para afrontar este dolor.
- La mitad de las mujeres están de acuerdo con el acompañamiento mientras que otras expresan que este les hace sentirse más débiles.

En las entrevistas realizadas a profesionales, tanto médicos como matronas, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Con respecto al tipo de parto algunos refieren que la cesárea es más segura que el parto vaginal y se sienten más seguras al disminuir el riesgo de complicaciones.
- Con respecto al alivio del dolor comentan que es necesario puesto que si no las mujeres colaboran menos y los partos son más largos y suelen acabar en cesárea.
- Con respecto al uso restrictivo de la episiotomía la mayoría comenta que es necesario su uso rutinario en las primíparas para evitar desgarros.
- Por último, con respecto al acompañamiento durante el parto, si se da por parte de un familiar es beneficioso en términos psicológicos mientras que se puede dar una menor cooperación; mientras que si el acompañante no es un familiar los beneficios son mayores.

En 1996 la OMS publica la Guía Práctica para el cuidado en el parto normal(4). Basándose en las cuatro categorías de prácticas relacionadas con la atención en el parto normal, Khalil y colaboradores(20) realizan un estudio sobre la adecuación de las prácticas obstétricas en un hospital universitario en Egipto a las recomendaciones de la OMS citadas. Seleccionan un total de 44 prácticas comunes en la atención al parto normal y comparan lo que se hace en el hospital con las recomendaciones de la OMS. A pesar de que publican su estudio en Birth en 2005, lo llevaron a cabo en 2001, con lo que se puede considerar uno de los primeros estudios que utilizan las recomendaciones y categorías de la OMS para evaluar la atención al parto normal, en este caso, en Egipto.

Los resultados de este estudio reflejan el uso poco frecuente de prácticas que son claramente útiles y que deberían ser promovidas (por ejemplo 0% en ofrecen líquidos para beber a las mujeres durante el parto, 0% empleo del partograma, 0% en permitir la posición no supina para el expulsivo o 0% en asegurar el contacto piel con piel temprano tras el parto). Dentro de las prácticas de esta categoría obtienen buenos resultados el uso de material desechable de un solo uso o la utilización de guantes para las exploraciones vaginales, 98%, y la técnica estéril para cortar el cordón umbilical, 100%. Por el contrario, las prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y que deberían ser eliminadas se utilizan muy frecuentemente (canalización de vía periférica de forma rutinaria, administración de fluidoterapia IV, posición supina durante el expulsivo, uso rutinario de oxitocina, etc.), con porcentajes que oscilan entre el 90 y el 100%.

Tras este análisis nacional e internacional sobre la atención al parto normal, se concluye que existe una gran variabilidad de resultados entre los distintos estudios y que en ninguno de ellos se ha empleado ningún cuestionario validado para la recogida de datos, lo que podría disminuir la variabilidad o por lo menos, asegurar que los datos se han recogida de forma estandarizada.

A continuación se presenta una revisión sobre los instrumentos que han sido creados para medir la atención al parto normal.

En los años 1988-1989, Deborah Greener (1), atendiendo a las prioridades de investigación del American College of Nurse-Midwives de Estados Unidos, crea una herramienta estandarizada para la recogida de datos sobre la práctica de las matronas en la atención al parto normal. El objetivo de este proyecto era crear un instrumento que pudiese ser utilizado para describir, comparar y evaluar la calidad de los cuidados de la matrona en todas las instituciones donde se llevaran a cabo partos normales. Para ello, eligen el marco conceptual creado por Avedis Donabedian, que describe y define la calidad de los cuidados de salud, y se basan en las recomendaciones del American College of Nurse-Midwives Division of Research (Estados Unidos de América). Crean un panel de expertos y realizan estudios de fiabilidad y validez. El resultado final es un instrumento con 76 ítems, donde se recogen datos desde demográficos, antecedentes obstétricos y médico-quirúrgicos de la madre, control del embarazo, hábitos de salud, actividades y problemas en las tres etapas del parto, nacimiento y post-parto. Acaba recogiendo datos sobre el tiempo de atención de la matrona y estandariza los costes del proceso. Todo este proyecto finaliza con la creación de un programa informático para registrar todos estos datos con el objetivo final de realizar un estudio nacional sobre la actividad de las

matronas en Estados Unidos, para poder comparar resultados en salud y costes entre los distintos centros.

Algo más tarde, mediados de los 90 y en Holanda, Wieggers y colaboradores (21) desarrollan un instrumento para medir la calidad de los cuidados de la matrona en los partos de bajo riesgo, que consta de dos bloques: uno con ítems relacionados con las características presentes antes del parto (Perinatal Background Index, 31 ítems) y otro bloque con ítems referentes al momento del parto y post-parto (Perinatal Outcome Index, 36 ítems). En realidad este instrumento es una adaptación y evolución del original creado también en Holanda a finales de los años 70. Esta herramienta se creó sobre el concepto “situación óptima” (mujer sana, sin problemas sociales, médicos u obstétricos que da a luz un bebe sano a término sin intervención o complicaciones). Así, la máxima del instrumento es medir “máximos resultados con la mínima intervención”, para lo que establecen los criterios de optimidad, alejándose así de los indicadores clásicos de morbi-mortalidad perinatal, a los que califican de poco útiles, sobre todo aplicados a partos de bajo riesgo. Como conclusiones tras la aplicación del instrumento, los propios autores asumen los bajos niveles en los coeficientes α de Cronbach para la consistencia interna, sobre todo para los ítems del primer bloque (Perinatal Background Index), con α de Cronbach de 0.29. Además, no pudieron demostrar la correlación entre los antecedentes y los resultados, es decir, mujeres que en el bloque de antecedentes se evaluaban como muy alejadas de “lo óptimo”, tenían buenos resultados finales, muy cercanos a la máxima situación posible.

Basándose en el trabajo de Wieggers y utilizando también el concepto de optimización (Optimality Index en Estados Unidos), Murphy y Fullerton (22), adaptan este con una idea similar a la de Wieggers: mujeres con puntuaciones muy similares en los antecedentes obtienen puntuaciones bastante diferentes en los resultados maternos e infantiles, por lo que creen necesario probar el instrumento en condiciones más variadas, con grupos de población de otras culturas, centros de nacimiento distintos, etc., para ver cómo se comporta en situaciones más variables.

En Enero de 2000 se celebró en Bolonia el 2nd. Perinatal Task Force meeting. En esta reunión, y siguiendo las directrices marcadas por la OMS, se trabajó en la revisión de los instrumentos existentes para evaluar el cuidado en el parto normal, con el objetivo de crear una nueva herramienta en forma de escala, similar al Apgar, para evaluar cómo se estaba tratando el parto normal en todo el mundo, independientemente del tipo de población o nivel de desarrollo del país. Como resultado, nace un instrumento que consta de tres indicadores (23):



1. Indicador A: porcentaje de mujeres con parto inducido o que se someten a cesárea electiva.

2. Indicador B: porcentaje de mujeres que son atendidas en el parto por “personas entrenadas”.

3. Indicador C (escala de Bolonia):

- Presencia de un acompañante durante el parto.
- Uso del partograma.
- Ausencia de estimulación al parto (incluyendo presión mecánica externa del fondo uterino) o cesárea de urgencia.
- Uso de una posición no supina para el parto.
- Contacto piel con piel de la madre y el recién nacido durante al menos 30 minutos en la primera hora de nacimiento.

A pesar de la idea inicial de crear una herramienta internacional para evaluar la atención al parto normal, este proyecto no ha continuado con los estudios de fiabilidad y validez necesarios, ni se han realizado aplicaciones prácticas con ella. Se pretendía crear un instrumento de estructura similar al Apgar para correlacionar la atención durante el parto con el estado del recién nacido.

Tras analizar las características de los instrumentos que existen para medir la atención al parto normal, el grupo de investigación decide optar por la validación del instrumento creado por FS. Bojo en Suecia en 2004 (5) (será descrito exhaustivamente en el apartado de Material y Método), por reunir una serie de características importantes: basado en recomendaciones universales, apoyado en la mejor evidencia posible y respaldado por una organización sanitaria competente (OMS).

Objetivo General:

Validar en España un instrumento para medir la calidad de los cuidados en el parto normal basado en las recomendaciones de la OMS (creado por F.S. Bojo, Suecia 2004) (5).

Objetivos específicos:

1. Realizar una revisión sistemática de los ítems del cuestionario y clasificación de equivalencia lingüística a partir de las traducciones del instrumento original.
2. Adaptar transculturalmente la primera versión consensuada del instrumento a través de un panel de expertos.
3. Comparar la validez de los dos métodos de aplicación del instrumento: observación directa y auditoría de la documentación clínica.

4. Realizar una prueba piloto con la versión final pre-test.

Objetivo proyecto futuro:

Realizar un estudio de variabilidad en la práctica clínica en la atención al parto normal en la Comunidad Valenciana.

2.- METODOLOGÍA

2.1 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento seleccionado en nuestro proyecto es el creado por Sandin Bojó & col (2004)(5).

Su base teórica fue el artículo “Cuidado en el parto normal: una guía práctica” incluyendo las 4 categorías de la práctica relacionadas con el parto normal (4) Las recomendaciones fueron comparadas con las recomendaciones suecas (Socialstyrelsen, 2001), donde se observaron 3 cuestiones que se tuvieron en cuenta en el desarrollo del instrumento. Para las 3 cuestiones donde el consenso entre el documento sueco y el de la OMS fue diferente, se optó por las recomendaciones de la OMS y las suecas se dejaron como una alternativa, ya que las recomendaciones de la OMS no son específicas para ningún país ni región (4)

En España, las recomendaciones para un parto normal están protocolizadas por la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO)(24). En este protocolo también se observan recomendaciones distintas a las dadas por la OMS, por lo que somos conscientes de ellas en el desarrollo de nuestro trabajo.

Otro documento existente en nuestro país que hace referencia a la asistencia de un parto normal es la “Propuesta de Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud”(25). Este informe está basado en los procesos de cambio ya iniciados por las sociedades profesionales y las administraciones sanitarias autonómicas, y pretende ser un documento de consenso, de encuentros, que asuman todas las partes implicadas en el proceso de atención al parto, tanto desde los colectivos de profesionales como los de usuarias y las organizaciones sanitarias. El objetivo último es asegurar una atención de calidad al parto en todo el territorio español, de manera que todas las mujeres y sus parejas que acudan en esos momentos fundamentales de sus vidas al Sistema Nacional de Salud, reciban la mejor atención y participen activa e informadamente en el proceso.

Existen aspectos de la atención al parto que están estrechamente relacionados con la atención prenatal y puerperal (tanto de la madre como de la criatura recién nacida). Pero se ha considerado más oportuno centrarla en lo que sucede en el momento del parto. Las razones son de operatividad dado que el nivel asistencial y el tipo de profesionales implicados es concreto y específico. La intención es avanzar en el futuro en la mejora de la calidad ampliando las actuaciones a los periodos prenatal y puerperal.

También queremos nombrar el informe realizado por la FAME, en 2007, “Iniciativa Parto Normal”(26). Se trata de un documento de consenso sobre

distintos aspectos a considerar en la atención al parto normal, basados en la evidencia.

Entre sus objetivos están:

- Sensibilizar y fortalecer a las matronas en sus competencias para asistir partos normales.
- Crear opinión tanto en las mujeres como en la sociedad sobre asistencia al parto normal.
- Reflexionar con las sociedades científicas sobre la importancia del parto normal.

La diferencia de las fases del parto se desarrolló según la literatura obstétrica (27), al igual que las cuestiones se compararon y definieron con la ayuda de la literatura (4,27,28,29,30).

Los indicadores de resultado están incluidos en el instrumento después de cada fase del parto. Estos indicadores evalúan si hay un cambio en el proceso de un parto de bajo riesgo a uno de riesgo o viceversa. Además, 10s indicadores de resultado evalúan la duración de cada etapa del parto.

Las recomendaciones en las distintas categorías se estructuran en preguntas, las cuales se pueden responder con “sí”, “no” o “no se sabe” o “no aplicable” Si una intervención es realizada, una pregunta posterior explica la razón de la intervención realizada.

Para medir la validez de contenido se utilizó el método Delphi. Esta técnica es un método para la colección y agregación sistemática de juicios informados por un grupo de expertos en cuestiones o temas específicos. 6 expertos (4 matronas y 2 obstetras) aceptaron participar de los 14 expertos que fueron invitados a participar. Los participantes en el equipo de expertos no se conocían entre ellos. En este estudio se consideró consenso establecido cuando los 6 expertos estaban totalmente de acuerdo en cada cuestión individual.

A cada experto se le envió por correo una carta de instrucciones, las recomendaciones de la OMS y el instrumento con las 91 cuestiones (que eran en un principio).

A los expertos se les otorgaron unas instrucciones de seguimiento para juzgar la validez de contenido en una escala de tipo Likert. Para cada cuestión, apartado y para el instrumento en conjunto había un espacio para escribir comentarios.

Las respuestas de los expertos se analizaban usando el programa estadístico SPSS versión 10.0. En primer lugar se calculó un acuerdo simple y también se analizaron con el coeficiente kappa, el cual se ocupó del problema sobre el



acuerdo de cambio, donde 1.00 era un acuerdo perfecto y una valoración de 0 indicaba que el no acuerdo era mejor que el cambio.

Además, así como la escala del instrumento es nominal, el nivel de acuerdo y el coeficiente kappa se usaron para valorar la fiabilidad Inten-ratio del cuestionario.

Los niveles para cada revisión y categoría se informaron con estadística descriptiva.

Para el procedimiento de cumplimentación del instrumento se seleccionaron 6 registros al azar usando SPSS de los 300 registros consecutivos de los cuidados intra parto que más tarde fueron evaluados. Para esa muestra se llevó a cabo un estudio exploratorio.

Como resultado se necesitaron 5 revisiones para llegar a consenso sobre la validez óptima. El test de la fiabilidad Inten-ratio demostró un elevado porcentaje (95'5, 94'2, 95' 7%) y buenos a muy buenos coeficientes kappa (0'74 - 1'0). El instrumento final consistió en 78 cuestiones de las 91 iniciales divididas en 5 secciones:

- Antecedentes: 5 ítems
- Prácticas que son claramente útiles y que deberían ser promovidas: 55 ítems
- Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y que deberían ser eliminadas: 5 ítems
- Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema: 4 ítems
- Prácticas que a menudo se usan inadecuadamente: 9 ítems

Según los autores, este instrumento sirve para medir los cuidados documentados y la calidad de éstos. Se puede cumplimentar el instrumento utilizando los registros o mediante la observación directa en el paritorio.

2.2 PROCEDIMIENTO DE ADAPTACIÓN

La metodología que se va a seguir en el proceso de adaptación cultural del instrumento va a ser la que se utiliza en la adaptación de instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud (31, 32, 33, 34, 35, 36,37), teniendo en cuenta que no nos encontramos ante un cuestionario con puntuación final sumativa y que no estamos midiendo un concepto o constructo social o cultural como en el caso de los instrumentos de calidad de vida. Por esta misma razón no se ha considerado necesario realizar una retrotraducción

final al idioma original. Seguiremos esta metodología en las partes de equivalencia lingüística y adaptación transcultural. El objetivo final de la adaptación del cuestionario será asegurar la equivalencia lingüística, semántica y cultural.

Las fases metodológicas de elaboración del estudio comprenderán:

Objetivo específico 1: Realizar una revisión sistemática de los ítems del cuestionario y clasificación de equivalencia lingüística a partir de las traducciones del instrumento original.

Primera fase:

Se realizarán dos traducciones de inglés a español por dos traductores bilingües para los dos idiomas, con amplia experiencia en el campo de estudio, de forma independiente. Además de ser bilingües, se asegurará que ambos traductores conocen bien el sistema sanitario español. Aparte de la traducción lingüística se pedirá a los traductores que clasifiquen los ítems según el grado de dificultad que ha supuesto la traducción (1-mínima, 10-máxima; desde ninguna dificultad, alguna dificultad para algún término concreto o expresión, hasta gran dificultad en la traducción global del ítem).

Tras recibir las dos traducciones, se reunirá el grupo investigador y se procederá al análisis de ambas traducciones, con el contacto con los dos traductores, llevando a cabo la clasificación de los ítems en tres categorías:

- A. Preguntas equivalentes:* cuando la dificultad en la traducción es mínima, ambas traducciones son similares y no se plantean dudas con respecto al vocabulario y el contenido.
- B. Preguntas con problemas en algunas palabras:* cuando ambas versiones traducidas presentan diferencias entre sí, o el equipo de investigación identifica problemas en alguna/s palabra/s, que incluye la necesidad de recoger vocablos o expresiones más adecuadas y naturales en español, o bien incorporar aspectos culturales para conseguir equivalencia semántica y cultural.
- C. Preguntas sin equivalencia:* se definen como tal cuando el equipo de investigación clasifica alguna pregunta como inadecuada en nuestro medio.

Tras esta primera fase se obtendrá la primera versión consensuada del cuestionario.



Objetivo específico 2: Adaptar transculturalmente la primera versión consensuada del instrumento a través de un panel de expertos.

Segunda fase:

Lo que se quiere comprobar en esta fase es que se entiende el contenido del instrumento traducido, que el vocabulario es el adecuado y que los ítems son culturalmente aplicables.

Se organizará una reunión de trabajo con un panel de expertas. El grupo estará integrado por cinco matronas de los dos hospitales que integran la Unidad Docente de Matronas de Albacete (Hospital General Universitario de Albacete y Hospital Comarcal de Hellín). La selección de las matronas se realizará en función de los años de experiencia profesional, tipo de formación, edad, responsabilidad dentro de la Unidad

Docente, etc. Se discutirán y analizarán aquellos ítems que ofrecieron mayor dificultad, ayudados también por el contacto activo con el autor original. Además discutirán sobre qué ítems se consideran culturalmente aplicables y cuáles no, y los cambios necesarios en estos últimos para conseguir su adaptación cultural. Todo el contenido del grupo de trabajo será grabado con grabadora de voz digital, previo consentimiento de las integrantes del panel de expertas, para posteriormente ser transcrito y analizado.

A partir de todos los comentarios del panel de expertas, se generarán una serie de alternativas o cambios en el contenido del cuestionario que serán revisadas de nuevo por el equipo de investigación para generar la segunda versión consensuada: versión pre test.

Objetivo específico 3: Comparar la validez de los dos métodos de aplicación del instrumento: observación directa y auditoría de la documentación clínica.

Tercera fase:

Los autores originales del instrumento lo crean para poder ser cumplimentado tanto por observación directa del proceso clínico de atención al parto normal como mediante una auditoría de la documentación clínica que se emplea en todo el proceso clínico. En su artículo reflejan las dificultades de esta segunda opción, ya que, a pesar de que en Suecia existen un total de 10 documentos clínicos diferentes para registrar todo el proceso del parto, hay datos que sólo han podido obtener mediante la observación directa y que no estaban registrados en ninguno de esos documentos.

Para comprobar la validez de los dos métodos de aplicación del “nuevo” instrumento en español, se seleccionarán 10 procesos clínicos de atención al parto normal, y se cumplimentará el instrumento referido al mismo proceso

mediante la observación directa y mediante el análisis de los datos registrados en la documentación clínica. Así se observarán las dificultades de ambos métodos y si mediante el audit de la documentación se pueden obtener todos los datos que se contemplan en el cuestionario.

Una vez analizados los datos de esos 10 procesos clínicos y recogidas las impresiones del equipo investigador, se decidirá el mejor método para la prueba piloto en el hospital.

Objetivo específico 4: Realizar una prueba piloto con la versión final pre-test.

Cuarta fase:

Una vez obtenida la versión consensuada pre-test del instrumento se realizará una prueba piloto, con el mejor método de aplicación de los dos posibles. En esta fase se pretende estudiar el cuestionario a nivel operacional: estructura, tiempos de aplicación, momento de recogida de datos y momento de cumplimentar el cuestionario, etc. Para ello se pedirá a varias matronas de los dos hospitales que integran la Unidad Docente de Matronas de Albacete (Hospital General Universitario de Albacete y Hospital Comarcal de Hellín) que cumplimenten el cuestionario (muestreo accidental de unos 15-20 procesos clínicos de atención a un parto normal).

Criterios de inclusión:

- Mujeres con parto a término.
- Comienzo del parto espontáneo.
- Presentación fetal cefálica.

Criterios de exclusión:

- Partos inducidos.
- Partos gemelares.
- Partos de fetos muertos a término.
- Partos pretérmino.
- Partos de fetos macrosomas o con CIR.
- Enfermedad importante de la mujer (cardiopatía, nefropatía, metabulopatías importantes, etc.)

Posteriormente pediremos que nos comenten las dificultades que han tenido a nivel operacional. Con sus aportaciones y tras una reunión del equipo investigador se realizarán las modificaciones pertinentes.

Tras estas modificaciones se obtendrá finalmente el instrumento adaptado culturalmente al español.



3.- RESULTADOS

Objetivo específico 1: Realizar una revisión sistemática de los ítems del cuestionario y clasificación de equivalencia lingüística a partir de las traducciones del instrumento original.

Se buscan dos traductores a los que se envía el cuestionario original en inglés. Las características de los dos traductores son las siguientes:

Traductor 1:

- Mujer de 30 años.
- Española bilingüe en inglés.
- Enfermera desde 1998 (estudios en España)
- Matrona desde 2003 (estudios en Reino Unido) ‘
- Ha trabajado como enfermera y como matrona tanto en España como en Reino Unido.
- Vive en Reino Unido desde 1999.

Traductor 2:

- Mujer de 38 años.
- Española bilingüe en inglés.
- Enfermera desde 1993 (estudios en España)
- Ha trabajado como enfermera en España y en Reino Unido.
- Actualmente puesto de gestión en un hospital público español.
- Máster en traducción e interpretación (inglés).
- Profesora asociada de universidad española. Coordinadora de estudiantes extranjeros de enfermería del programa Erasmus de esta universidad.

Las dos traductoras realizan la traducción de forma independiente y las remiten al equipo investigador. Se les solicita, además de la traducción, un breve informe sobre el grado de dificultad que les ha supuesto, en cuanto a vocablos específicos, expresiones, etc., así como algún comentario sobre la adaptación cultural de ciertas actividades.

El equipo investigador recibe las traducciones y se procede al estudio de la equivalencia entre ambas. Recordamos que los ítems se van a agrupar en tres categorías:

- A. Preguntas equivalentes: cuando la dificultad en la traducción es mínima, ambas traducciones son similares y no se plantean dudas con respecto al vocabulario y el contenido.

B. Preguntas con problemas en algunas palabras: cuando ambas versiones traducidas presentan diferencias entre sí, o el equipo de investigación identifica problemas en alguna/s palabra/s, que incluye la necesidad de recoger vocablos o expresiones más adecuadas y naturales en español, o bien incorporar aspectos culturales para conseguir equivalencia semántica y cultural.

C. Preguntas sin equivalencia: se definen como tal cuando el equipo de investigación clasifica alguna pregunta como inadecuada en nuestro medio.

Tras el estudio de la equivalencia de ambas traducciones se exponen los principales resultados:

A. Preguntas equivalentes: la inmensa mayoría de los ítems se pueden incluir en esta categoría. Ambas traductoras coinciden en la escasa dificultad en la traducción, el lenguaje es sencillo, sin apenas tecnicismos que no hayan podido traducir. Por esta razón no se van a detallar todos los ítems que se incluyen en este grupo y sí se hará en los apartados B y C.

B. Preguntas con problemas en algunas palabras:

- Item 4: Nacionalidad. Ambas traductoras coinciden exactamente, aunque, recordando que el cuestionario original es sueco, las opciones son: Sueca, Nórdica y otra. Así, se decide modificar las opciones por española y extranjera, especificando en esta segunda opción el país de origen.
- Item 7: una traductora habla de “plan de cuidados para el parto individualizado” y otra de “plan individualizado para el nacimiento”. El ítem hace referencia al concepto de “plan de parto”, así que se decide aceptar esta traducción, ya que es el término que se está utilizando en España.
- Item 32: se habla del empleo de técnicas o métodos no farmacológicos para el alivio del dolor. Las traductoras hablan de “medios analgésicos no farmacológicos” y de “alivio no farmacológico del dolor”. Se decide emplear la denominación más utilizada en España: métodos no farmacológicos para el alivio del dolor.
- Item 37: entre las traducciones de “cánula intravenosa” y “catéter intravenoso”, se decide aceptar el segundo por ser más común.
- Item 38: por la misma razón que en el ítem anterior, se decide aceptar “fluidoterapia” y no “fluidos intravenosos”.

- Item 39: se considera más correcto el uso de “rotura artificial de membranas” que “ruptura”.
- Item 40: es más habitual hablar de “alivio farmacológico del dolor” que “analgesia farmacológica”. Dentro de este ítem, el término original “tablet” es traducido por ambas traductoras como “pastilla”, aunque se adapta más al lenguaje habitual hablar de “analgesia vía oral”. Del mismo modo, “inyeccion”, no se traduce por “inyección” sino por “analgesia vía parenteral”.
- Item 41: se decide adoptar la expresión “trabajo activo de parto” en lugar de “parto en curso”, ya que es más empleado cuando se refiere al momento de la administración de la analgesia epidural.
- Item 46 y otros: una de las traductoras habla siempre de ítems “no pertinente” cuando se ha contestado una opción anterior y el ítem siguiente no es necesario cumplimentar porque “no procede”, tal y como traduce la segunda.
- Item 48: la traductora no matrona traduce simplemente como “maniobra de presión”, cuando se está hablando de “presión del fondo uterino”, término más concreto y sí utilizado por la traductora matrona.
- Item 51: una de las traductoras traduce “pujo” como “deseo natural de querer empujar”. La traducción es correcta y completa, aunque cualquier profesional que atiende un parto utilizaría la palabra “pujo”, que ya incluye la connotación de deseo de empujar por parte de la mujer. Se decide aceptar “pujo” por ser más corto, sencillo y ampliamente utilizado.
- Item 53: el término original en inglés “trauma” es traducido por ambas traductoras como “trauma”, pero se decide traducirlo como “desgarro”, término más empleado en España cuando se habla de las lesiones en el periné (desgarro grado I, II, III y IV).
- Item 57: se emplea más frecuentemente el calificativo de “teñido” que el de “manchado” cuando se hace referencia al líquido amniótico.

C. Preguntas sin equivalencia:

- Item 16: este es el único ítem que una de las traductoras ha sido incapaz de traducir, por no entender exactamente a qué está haciendo referencia. El ítem original es “Has judgment of pain influence been performed?”. La traductora que sí ha traducido el ítem lo hace como “se ha valorado la influencia del dolor?, aunque califica el ítem como de gran dificultad, y no estar muy segura de lo que pregunta exacta-

mente. Ante esa dificultad, el grupo de investigación decide aceptar la traducción añadiendo “en el comportamiento de la mujer”. Aún así, este ítem se debatirá en el grupo de expertos.

- Item 42 y otros: la autora del cuestionario utiliza en varias ocasiones la expresión “augmentation”, cuando habla de la administración de oxitocina. La traductora que no es matrona refiere dudas en la traducción exacta de este término, y al final lo hace como “aumento”. Esta duda no la tiene la traductora matrona, que traduce como “estimulación” o simplemente como “administración”. Revisando todos los ítems en los que la autora original utiliza “augmentation” se deduce que, efectivamente, hace referencia a la estimulación de la dinámica uterina con la oxitocina y no exactamente al aumento del ritmo de administración del fármaco.

Objetivo específico 2: Adaptación transcultural de la primera versión consensuada del instrumento, a través de un panel de expertos.

Se realiza una reunión entre el grupo de expertos y el grupo de investigación, grabada con el consentimiento de los componentes del grupo de expertos y con una duración de 100 minutos, el 14 de mayo de 2007. El grupo de expertos está formado por 5 matronas (4 del CHUA y una del Hospital de Hellín), los dos hospitales que forman la Unidad Docente de Matronas de Álliacete. La selección de los componentes del grupo de expertas se realiza en función de una serie de criterios, como años de experiencia profesional como matrona, centro de trabajo, vinculación con la Unidad Docente, y experiencia laboral en el extranjero. Así, se seleccionan un total de cinco matronas con el siguiente perfil:

- Matrona 1: jefa de la Unidad Docente de Albacete. 27 años de profesión. Función asistencial en el servicio de Partos del CHUA.
- Matrona 2: función asistencial en el servicio de Partos del CHUA. 27 años de profesión. Profesora de la Unidad Docente de Albacete.
- Matrona 3: función asistencial en el servicio de Partos del CHUA. 10 años de profesión. Licenciada en Derecho.
- Matrona 4: función asistencial en el servicio de Partos del CHUA. 8 años de profesión.
- Matrona 5: función asistencial en el servicio de Partos del Hospital Comarcal de Hellín y Atención Primaria del área de salud de Hellín. 10 años de profesión. Experiencia laboral en el Reino Unido.

El primer punto que se trata con el panel de expertos es clarificar el objetivo del instrumento, donde algunos expertos consideran que se trata de un

cuestionario “agresivo”, ya que al estar, en la versión original, los ítems agrupados según las recomendaciones de la OMS, puede juzgar negativamente la actuación del profesional sanitario. De ahí que se decida la eliminación de los enunciados de las actividades tanto recomendadas como no recomendadas según la clasificación de la OMS, llegando a la conclusión de que la existencia de ellos puede sesgar también los resultados de la adaptación del instrumento.

...a lo mejor al pasarlo a los distintos sitios, si luego queréis usarlo para que en los distintos hospitales se midan las actividades que se hacen, a lo mejor no deberían ir clasificadas por A, B,...porque incluso eso puede sesgar en que a la hora de que la gente rellene señale actividades que diga...pues esto no lo pongo porque esto pone que es poco recomendable.

Otro aspecto que se valora es la separación marcada de las diferentes fases del parto con sus ítems correspondientes, para que la persona que realiza el cuestionario sepa en todo momento el período del proceso del parto que está valorando, a pesar de que el instrumento se quede con mayor número de hojas para la recogida de datos. Pero para reducir el tamaño del cuestionario se decide realizarlo con un formato de 2 columnas por hoja e intentando que cada fase del parto coincida con su columna correspondiente

...lo que has comentado tú de la distribución sería una cosa a cambiar, el tema que haya una hoja que ponga los datos personales, el tema de la etiqueta y tal, y luego al ingreso, pero que estén clasificadas las actividades de recomendaciones A, B, C, pero sólo en una hoja, para que no se mezclen, actividades que se clasifican como categoría B de la dilatación, con las cosas del expulsivo, o saber que están clasificados por las fases del parto.

Respecto a los ítems, comentar que son varios los que se han discutido y analizado con el grupo de expertos. Las preguntas referidas al aspecto psicosocial/emocional son las que más discusión han originado.

En primer lugar, se analizan los que se encargan de la recogida de datos de la mujer, como son los referidos a la nacionalidad, el estado civil, situación laboral, quedándose finalmente igual que en la primera versión consensuada *el dato que la mujer trabaje o no lo puedes recoger, pero que eso, aquí estás valorando más la actuación profesional.*

La única modificación registrada consiste en la introducción de un ítem para registrar patologías previas a la gestación

...pero eso ya entra dentro de la patología previa, también lo puedes meter como una patología.

El ítem 6 *¿ha asistido la mujer a clases de preparación al parto?* se modifica preparación al parto por educación maternal y se decide eliminar el

número de consultas específicas tanto de la matrona como del ginecólogo, dejándolo unificado como número total de clases asistidas.

El ítem 7 *¿Hay una plan de parto individualizado?* se modifica por “la mujer aporta un plan de parto individualizado”, ya que el original no deja claro si el plan de parto lo aporta la mujer desde su domicilio o lo ofrece el centro. Además se discute sobre las distintas opciones de respuesta en el apartado 7 b *si lo hay, qué información incluye*, sobre todo con la petición de la mujer por el lugar de parto y con el de ayuda de profesionales durante el parto, dejándose al final como estaba en el cuestionario original.

...como el plan de parto puede conllevar todo eso se puede dejar y habrá cosas que no [...] pero si que ponga si la mujer aporta un plan de parto...

Respecto a los ítems 8 hasta 12, *¿Se han tenido en cuenta las cuestiones 8-12 al ingreso? Pulso, Tensión Arterial, Temperatura, Análisis de orina, Dilatación Cervical*, se decide unificarlos en un mismo ítem con un enunciado común, pero con subapartados para cada ítem original (*Por poner todo en el mismo ítem*). El ítem *Análisis de orina*, que tras la modificación se queda dentro del ítem 8, ocasiona una gran discusión sobre su eliminación o no del cuestionario, puesto que no encuentra adaptación cultural. Este ítem fue consultado en un principio con la autora, quién confirmó que se trataba de una práctica habitual en el país de origen del instrumento, pero no incluida como recomendación de la OMS. En España no es una práctica habitual que se realiza al ingreso de la mujer en el servicio de Obstetricia, razón por la cual unos expertos deciden eliminarla y otros no. Finalmente se decide conservarlo.

sabes lo que pasa, en Inglaterra a todas las mujeres que van a urgencias por dolor... se les hace una tira de orina, por si tienen proteinuria, no sé por qué, pero eso es así. Quizás esto sea por el tipo de asistencia que tienen allí. [...] allí llega y antes de ponerle el monitor, le hacen la tira de orina. Luego, aunque no... aquí eso no tiene aplicación porque aquí eso no es una práctica ordinaria en el ingreso, o sea, no es una cosa que... va a se siempre negativa porque aquí no se hace.

Tanto el ítem 13 *Líquido Amniótico valorado* como el 14 *Auscultación del latido fetal, pulsaciones / minuto* se incluyen también como subapartados del ítem 8, pero además el enunciado del ítem 14 se modifica por “frecuencia cardiaca fetal”.

El ítem 15 *Parto en curso al ingreso (presenta al menos dos de los siguientes tres criterios: dilatación cervical de 3cm o más, rotura de membranas o contracciones regulares (2/10min))* se deja incluido dentro de los criterios de inclusión.

El ítem 16 *¿Se ha valorado la influencia del dolor en el comportamiento de la mujer?* también ocasiona muchas dudas al grupo de expertos, ya que realiza una valoración del dolor sin dejar claro desde qué punto de vista lo hace. El grupo de investigación se puso en contacto con la autora para clarificar el enunciado pero la respuesta de ella tampoco nos ha aclarado si esta valoración del dolor la realiza la propia paciente o bien es realizada por el profesional sanitario. Dado que para realizar una valoración correcta del nivel del dolor se precisa de escalas validadas, las cuales no se encuentran en el cuestionario, el grupo de expertos decide adaptar la pregunta para dejar claro que es el profesional sanitario quién valora el dolor de la mujer a su ingreso

Habría que valorarla con una escala de valoración, lo suyo sería poner nivel de dolor, de 1 a 10, y si no, no valorarlo [...] lo que se podría poner sería presencia de dolor, o si ha habido presencia de dolor al ingreso.

El ítem 18 *¿Se ha solicitado apoyo profesional?* se elimina por consenso. Las mujeres en España paren siempre con la ayuda de algún profesional sanitario, pero sin que la mujer lo solicite directamente. Si se refiere a otros profesionales no sanitarios, como las doulas, actualmente no es una figura presente en los hospitales públicos del sistema nacional de salud. Así que no cabe la posibilidad de que la mujer solicite el apoyo de otro profesional distinto al sanitario del paritorio correspondiente.

...lo más posible es que esto se refiera a una doula, porque muchas mujeres allí contratan una doula.

...si ha solicitado la ayuda de otros profesionales, por ejemplo de una doula,...

El ítem 19 *¿Se ha ofrecido a la mujer una habitación individual?* también modifica su enunciado debido a que en España la oferta de camas individuales en la mayoría de los hospitales públicos está muy limitada, por lo que no se garantiza esta posibilidad.

...si ha podido disponer de una habitación individual ¿ha podido la mujer disponer de una habitación individual? [...] ni aquí ni en muchos hospitales lo tienen.

El ítem 20 *¿Está la mujer acompañada por algún allegado?* modifica su enunciado por: “¿está la mujer acompañada por la persona que desea?”, en lugar de la primera versión consensuada.

El ítem 23 *Valoración al ingreso* se elimina y se incluye dentro del ítem 24, por decisión del grupo de investigadores.

El enunciado común para los ítems 26 al 28 *¿Se han tenido en cuenta las cuestiones 26-28 en la primera fase?* se unifica y se incluye el periodo de tiempo de 4 horas como medición de las actividades.

...¿se han valorado los siguientes ítems cada 4 horas?, pues cada 4 horas.

En cuanto a los 3 ítems *Pulso, Tensión Arterial, Temperatura*, se dejan como subenunciados y se añade la opción de indicar motivo de no realización de valoración.

En lo referido al ítem 29 *¿Apoyo emocional?*, que valora el apoyo emocional tanto en presencia como en información, crea confusión al panel de expertos. Previamente, el grupo de investigación se pone en contacto con la autora para aclarar el enunciado, quien plantea que se trata de una pregunta abierta que realiza la matrona a la mujer con opción de respuesta cerrada, donde se pregunta a la mujer sobre su experiencia del parto pero en el posparto, después de abandonar paritorio. Como tampoco queda aclarado el enunciado tras el contacto con la autora, el grupo de expertos decide modificarlo, centrándolo en la información dada a la mujer sobre el proceso del parto y de las actividades que se van a llevar a cabo.

...¿se le ha dado información a la mujer sobre el progreso del parto y sobre las actividades a realizar? o a lo que sea y con una te comes las dos porque yo lo del apoyo emocional-presencia lo veo más confuso.

Tanto en el ítem 30 *¿Se facilita que la mujer pueda moverse, cambiar de posición, deambular?* como en el 31 *¿Se le ofrecen líquidos o una comida ligera?* se amplía la opción de indicar motivo si respuesta negativa y se anula al opción de no procede si ayunas.

En el ítem 32 *¿Se han empleado métodos no farmacológicos para el alivio del dolor?* se añade la opción de inyección de agua estéril en el rombo de Michaelis como tratamiento no farmacológico.

También se modifica el enunciado del ítem 33 *Monitorización fetal con auscultación intermitente (Iggr/IS min)*, dejándolo como monitorización fetal como principal y con 3 subapartados. El primero es para la monitorización continua con opción a indicar tipo (interna o externa); el segundo, intermitente (15min/2 horas); y el tercero, para justificar el motivo de monitorización fetal continua

Entonces yo pondría monitorización fetal continua o monitorización fetal intermitente. lo de la monitorización fetal intermitente, interna, o externa eso tampoco está.

En el ítem 34 *Exploración vaginal cada cuatro horas o menos* se adapta el enunciado, dando opción de indicar el motivo de por qué no se realiza la exploración vaginal cada 4 horas.

...pero es que ahí pone exploración vaginal separada 4 horas ponlo así, o un intervalo mínimo de 4 horas.

...exploración vaginal, sí/no, indique el motivo.

El ítem 35 *¿Se han usado guantes para la exploración vaginal?* se anula, ya que el panel de expertos clasifica la práctica del uso de guantes como obvia en el trabajo diario y no necesita ser valorada

...éste lo eliminaba, ¿se han utilizado guantes para la exploración vaginal?, o sea me parece fitera de lugar.

En las opciones de alternativas farmacológicas del ítem 40 *¿Alivio farmacológico del dolor?*, se añade el bloqueo de pudendos.

Tú la puedes anestésiar, poner la analgesia de pudendos en su dilatación.

Se elimina también la opción *Entonox* porque no se utiliza en España como analgesia durante el parto.

La pregunta 41 *¿Se ha empleado monitorización electrónica fetal (EFAJ)?* se ha incluido dentro del tercer apartado del ítem 33, para unificar ítems similares y luego lo de esa pregunta de la 33, *¿se ha empleado monitorización cardiaca fetal?, si ya habéis preguntado antes lo de la monitorización cardiaca fetal intermitente o continua, ¿para qué volvéis a preguntar otra vez?*

Se adapta el enunciado del ítem 42 *¿Se usa oxitocina en la primera fase?*, para aclarar que el uso de la oxitocina se refiere al periodo de la dilatación, que es el que se está valorando es ese momento.

En el ítem 50 *Aumento de oxitocina en la segunda fase*, se modifica su enunciado para aclarar que el uso de este fármaco se realiza en el expulsivo fetal y así diferenciarlo del ítem 61. En cuanto al enunciado del ítem 61 *¿Se administra oxitocina tras el parto?*, comentar que también se adapta, para aclarar que se refiere al uso de oxitocina tras el alumbramiento en el posparto inmediato, de ahí que se ubique este ítem en el apartado del puerperio inmediato *porque desde luego sí que se administra casi siempre oxitocina tras el alumbramiento.*

Otra pregunta anulada por el grupo de expertos, puesto que también se trata de una actividad obvia en la práctica diaria es la número 58, que se refiere a la utilización de una técnica aséptica para cortar el cordón umbilical *pero claro en el medio hospitalario donde estamos es una pregunta [...] es obvia.*

El ítem 65 *Experiencia postparto de la madre* se caracteriza también por haber creado duda en el panel de expertos, donde finalmente se decide adaptarlo como valoración del estado psicológico de la mujer, teniendo en cuenta el dolor, el contacto con el recién nacido.

...pues has valorado la experiencia, el estado psicológico de la madre, contacto con su recién nacido, satisfacción, has valorado la satisfacción de la madre.

Objetivo específico 3: Comparar la validez de los dos métodos de aplicación del instrumento: observación directa y auditoría de la documentación clínica.

En el periodo de octubre y noviembre de 2007, en los dos hospitales que integran la Unidad Docente de Matronas de Albacete (Hospital General Universitario de Albacete y Hospital Comarcal de Hellín), se cumplimentan un total de 41 cuestionarios, 21 de ellos a través de la observación directa del proceso clínico del parto y 20 a través de la auditoría de historias clínicas. La recogida de datos en ambas modalidades se lleva a cabo por el equipo investigador.

En cuanto a la cumplimentación del cuestionario a través de la auditoría de historias clínicas, entre un 45-65% de los ítems no se pueden cumplimentar, porque no ha quedado constancia escrita de ellos en ninguno de los documentos que integran la historia clínica. Analizamos a continuación los resultados por los distintos apartados del cuestionario:

- Datos personales: edad, fórmula obstétrica y patologías previas son datos que se cumplimentan siempre. En dos historias aparece registrado el estado civil de la mujer y en otras dos, la nacionalidad.
- Ingreso: ítems como si la mujer ha asistido a clases de educación maternal, si aporta un plan de parto, si ha podido disponer de una habitación individual y si la mujer está acompañada de la persona que desea, no se cumplimentan en un 100%. El resto de ítems se valoran en un porcentaje variable, rondando el 90% (valoración de las constantes vitales al ingreso, dilatación cervical, coloración del líquido amniótico, frecuencia cardíaca fetal, solicitud de analgesia, etc.).
- Periodo de dilatación: dentro de este apartado los ítems que nunca se registran son: si se ha informado a la mujer sobre el progreso del parto y las actividades que se van a llevar a cabo, si se facilita a la mujer moverse o cambiar de posición, si se han empleado métodos no farmacológicos para el alivio del dolor. El resto de ítems se registran desde un 100% en la canalización de catéter venoso periférico y administración de fluidoterapia hasta un 20% en la valoración de la frecuencia cardíaca materna.
- Periodo de expulsivo: dentro de este apartado no se pudo cumplimentar ningún ítem excepto los referidos al tipo de parto (vaginal eutócico, vaginal instrumental o cesárea) y realización de episiotomía.
- Periodo de alumbramiento: se registra en aproximadamente un 90% la administración de oxitocina y el examen de placenta y membranas, y en un 100% el control de constantes (excepto la frecuencia cardíaca materna), la hemorragia postparto y la tonicidad del útero. El resto de

ítems no se registran nunca (sección del cordón umbilical cuando deja de latir, contacto piel con piel del recién nacido con su madre, valoración del estado psicológico de la madre, etc.).

- Puerperio inmediato: como los ítems de este apartado hacen referencia a la administración de varios tipos de medicación, sólo se registra en caso de que se haya administrado.

Se cronometró el tiempo necesario para la cumplimentación de cada cuestionario a través de este método, dando una media de 9-10 minutos.

En resumen, la cumplimentación del instrumento a través de la auditoría de historias clínicas tiene la limitación que casi la mitad de los ítems no se pueden rellenar, porque la información no aparece registrada en ningún documento de la historia clínica.

En cuanto a la cumplimentación del cuestionario a través de la observación directa, prácticamente el 100% de los ítems se pueden rellenar, a excepción de los datos socio-demográficos y la asistencia a las clases de educación maternal. Estos ítems necesariamente se han de preguntar directamente a la mujer. Esta es la ventaja respecto a la auditoría de historias clínicas. El inconveniente es que precisa de un observador externo presente durante todo el proceso clínico de parto, que puede variar de un par de horas a 12 o 13 horas.

Como se explicó en la introducción, FS Bojo, autora del cuestionario original, contempló dos métodos posibles de cumplimentación, a través de la auditoría de la historia clínica y a través de la observación directa, que son los dos métodos que se han estudiado en este apartado. Pero en el panel de expertas realizado para la adaptación cultural del instrumento a nuestro ámbito, se sugiere una nueva modalidad de cumplimentación: la autocumplimentación. Cuando las matronas del grupo de discusión sugieren el eliminar los encabezados de las distintas categorías de la OMS en cada apartado, lo hacen pensando en la autocumplimentación, para evitar sesgos a la hora de contestar sobre cuestiones que el encabezado dice que son perjudiciales y que no debería realizar o aquellas que son claramente beneficiosas. Al eliminar los encabezados de las categorías, el cuestionario queda como un listado de actividades de forma más “aséptica”, sin contestaciones “buenas y malas”, de “buena o mala praxis”. Con lo cual, cada profesional podría cumplimentar el cuestionario sobre el proceso clínico de parto que él mismo está llevando a cabo. Así, supera la gran limitación del método de auditoría de la historia clínica, porque sí podría responder a todos los ítems, ya que la información la tiene, y también se eliminaría el gran inconveniente del método de observación directa por un agente

externo, que requiere estar entrenado y pasar un gran número de horas junto al profesional y la mujer durante el proceso del parto. La viabilidad de este método de autocumplimentación se estudiará en la última fase del proyecto.

Con la recogida de datos utilizada para la valoración de los distintos métodos de aplicación del instrumento, el equipo de investigación detecta ciertas dificultades en la valoración de algunos ítems. Por lo tanto, algunos ítems han sufrido una modificación posterior para facilitar la aplicación del instrumento.

Las modificaciones principales son las siguientes:

- Se han alterado el orden de algunos ítems en base a la ordenación cronológica del proceso de parto.
- La OMS recomienda la valoración de las constantes vitales durante la dilatación cada cuatro horas, y así se refleja en el cuestionario. Con el uso generalizado de la analgesia epidural, fármacos, etc. el control de constantes se lleva a cabo más frecuentemente, y variando a lo largo de todo el proceso. Así, se decide modificar el ítem y registrar cada cuánto tiempo se toman las constantes.
- Por la misma razón que el control de constantes, se modifica el ítem de la frecuencia de las exploraciones vaginales. Se deja la opción de especificar cada cuánto tiempo se realizan las exploraciones.
- Tras la aplicación del cuestionario, se observa que el ítem referido a la administración de oxitocina tras el alumbramiento sigue creando confusión, puesto que no deja claro si se refiere a la administración de oxitocina para el alumbramiento dirigido o para la contracción uterina postparto. Por tanto, el grupo de investigación decide crear dos ítems, uno para el uso de oxitocina para el alumbramiento dirigido tras la expulsión del hombro anterior, dentro del apartado del alumbramiento y el otro se deja como estaba en el apartado del puerperio inmediato, relacionándose con la involución uterina.
- Respecto al ítem que valora el buen estado físico de la puérpera, se decide unificar los dos apartados en un solo ítem, eliminando la posibilidad de una valoración global.

Objetivo específico 4: Realizar una prueba piloto con la versión final pre-test.

Esta última fase del proceso de adaptación y validación de este instrumento comienza con la puesta en marcha de la versión final pre-test, que se lleva a cabo en el periodo de enero a marzo de 2008 por matronas del Hospital General Universitario de Albacete y del Hospital de Hellín.

Para esta prueba piloto se emplea un muestreo accidental obteniendo 16 procesos de atención a un parto normal cumplimentados por 7 matronas distintas.

Debido a las limitaciones que presentaban los métodos de cumplimentación anteriores, por auditoría de la historia clínica y a través de observación directa, toma especial interés la valoración de la operatividad del método por autocumplimentación.

Los resultados obtenidos muestran una elevada aceptabilidad de la estructura operacional de los ítems. Los profesionales consideran muy positivamente que en el instrumento aparezca una clara división entre las distintas fases del proceso clínico de atención al parto y, por otro lado, el que se siga la secuencia temporal habitual de este proceso. Únicamente una matrona puntualizó la necesidad de que, a pesar de que los ítems están claramente divididos y con una adecuada estructura temporal, se hiciesen más visibles los encabezados de cada fase del instrumento y a su vez de cada ítem para una mejor identificación en cada momento.

Respecto el tiempo necesario para la cumplimentación del cuestionario se encuentra una media de 8 minutos. Hay que señalar que aquellos cuestionarios en los que se tardó más tiempo corresponden con aquellos que la matrona cumplimentaba por primera vez. En los cuestionarios realizados a partir de la segunda vez el tiempo es poco superior a 6 minutos. Se obtiene una media de tiempo inferior a los de auditoría de la historia clínica y, por supuesto, en los cumplimentados a través de observación directa.

El hecho de que la cumplimentación del cuestionario se lleve a cabo por la persona que atiende el proceso de parto favorece que la pérdida de datos sea mínima y favorece en gran medida la cumplimentación, ya que la mayoría de los datos no precisan ser consultados para poder realizarlo. Los profesionales comentan que datos como los antecedentes de salud (gestaciones anteriores, patología médica o quirúrgica, etc.) y el peso del recién nacido los obtienen siempre de la historia clínica. Y los ítems que se preguntan directamente a la mujer son la asistencia a clases de educación maternal, que no está reflejado en la historia clínica, y la nacionalidad, en caso de que la mujer no sea española. Hay dos ítems que frecuentemente no se cumplimentan: uno hace referencia al número de clases de educación maternal a las que asisten, contestado en un 60% de los cuestionarios, y el otro ítem es el que hace referencia a la realización o no del análisis de orina al ingreso, contestado un 13%.

Los motivos que expresan las matronas por los que no cumplimentan estos ítems son distintos para cada uno de ellos. Respecto el análisis de orina al

ingreso manifiestan que es una práctica no empleada de forma rutinaria, sino más bien al contrario, de forma excepcional en aquellas mujeres que poseen algún factor de riesgo que indique su realización. Este ítem, por tanto, es el menos contestado. En cuanto al ítem de las clases de educación maternal, los profesionales que no lo han cumplimentado refieren que como se ha de preguntar directamente a la mujer y han dejado la cumplimentación del cuestionario para cuando el proceso de parto ha finalizado por completo, en ese momento no tenían a la mujer en dilatación o en el postparto, y perdieron la oportunidad de preguntarlo. Ellos mismos recomiendan que se cumplimente este ítem al iniciarse el proceso de atención al parto, para evitar que la mujer ya no esté accesible para preguntárselo.

Por otro lado, y salvando la excepción del ítem de la asistencia a la educación maternal, el hecho de que el cuestionario se pueda cumplimentar en el momento que a la matrona considere más oportuno es una gran ventaja que ofrece respecto las otras dos formas de cumplimentación, y que ha sido valorado muy positivamente por los matronas.

La cumplimentación del ítem 52, *valoración psicológica de la mujer en el postparto*, ha generado bastantes dudas por parte de los profesionales. Su cumplimentación ha sido del 100%, y en todos los cuestionarios aparece como sí valorado. Pero las dudas de los profesionales se refieren a los parámetros que se han de tener en cuenta para hacer la valoración psicológica de la mujer en ese momento: verbalización de sentimientos, grado de satisfacción, cumplimiento de expectativas, bienestar psíquico, grado de ansiedad, aceptación del recién nacido, etc. Muchos consideran estos aspectos muy complejos de valorar, y especialmente en el postparto inmediato, en el que la mujer puede sentirse agotada por el esfuerzo, con dolor, sueño, etc. y que está viviendo un momento vital único y que supone gran estrés. Algunos de los profesionales defienden que es un aspecto suficientemente complejo como para constituir un cuestionario aparte.

Otro aspecto que han cuestionado varios profesionales es que se contemple dentro de los criterios de inclusión el parto inducido. Defienden que existen diferencias importantes entre la atención a un parto normal (comienzo espontáneo y bajo riesgo al inicio) y la atención a un parto inducido (comienzo no espontáneo, mayor riesgo desde el inicio y con necesidad de oxitocina y/o rotura artificial de membranas). Existen prácticas no remendadas en la atención al parto normal, pero necesarias, por definición, para una inducción. Sugieren eliminar el parto inducido como criterio de inclusión.

En resumen, los resultados de la prueba piloto de la versión pre-test mues-



tran un nivel operacional satisfactorio en sus distintas dimensiones. A pesar del número de ítems que forman la versión pre-test, 59, ofrece una clara división de las distintas fases del proceso de parto así como una adecuada secuencia temporal de la práctica clínica. El método de recogida de datos por autocumplimentación ha mostrado disminuir significativamente el número de datos perdidos y ha disminuido, también, el tiempo empleado en su cumplimentación.

4.- CONCLUSIONES

El presente estudio ha permitido obtenerla versión española de un cuestionario para medir la calidad de la atención al parto normal basado en las recomendaciones de la OMS. Se ha utilizado la metodología empleada para la adaptación cultural de instrumentos de calidad de vida relacionado con la salud, con algunas variaciones. Entre ellas, la más importante es que no se ha efectuado una retrotraducción al idioma original. La razón principal es que no se está buscando una equivalencia total entre la versión original y la española, ya que no se está midiendo un constructo social como en el caso de la calidad de vida, sino la atención a un proceso clínico como es el parto normal.

A priori, a pesar de las diferencias del idioma y de los ámbitos geográficos, no se esperaban encontrar grandes dificultades para la adaptación cultural. En primer lugar porque el cuestionario original se construyó en base a las recomendaciones de la OMS, válidas y aplicables para todos los países del mundo; por otra parte, se mide la atención a un proceso fisiológico como es el parto normal, con variaciones relevantes escasas de unos ámbitos a otros; finalmente, salvando las diferencias entre los sistemas sanitarios de Suecia y España, nos situamos en dos países europeos, con sistemas sanitarios muy desarrollados, con atención universal, etc.

En el proceso de adaptación de un cuestionario a un nuevo ámbito cultural es importante contar con la opinión de la población que va a cumplimentar ese instrumento. Así, en este estudio, se ha contado con unos 15 profesionales diferentes, de ámbitos laborales distintos, que han aportado sus opiniones, sugerencias, adaptaciones, etc. Por otra parte, la participación de la autora original a lo largo de todo el proceso, en la resolución de dudas metodológicas y en el significado de algunos ítems, asegura la validez de todo el proceso de adaptación.

Según lo esperado, en la fase de traducción del idioma original al español, no han surgido problemas importantes. La mayoría de los ítems, en la comparación de las dos traducciones disponibles, se clasificaron como totalmente equivalentes. En otro grupo se han incluido ítems que han originado cambios en algunas palabra o expresión, la mayoría para adaptar la traducción original a la forma más habitual de denominar ciertas prácticas en España. Sólo dos ítems se incluyeron dentro de la categoría de preguntas no equivalentes. Uno está referido a la valoración del dolor, que una de las traductoras no fue capaz de traducir porque no entendía exactamente qué aspecto del dolor estaba valorando. Esta dificultad fue superada con la ayuda de la autora del instrumento original. Con sus aclaraciones se definió el ítem definitivo sin dificultad. El

otro ítem que no tenía equivalencia entre las dos traducciones hacía referencia a un tecnicismo muy concreto, que la traductora que no era matrona tradujo de forma literal, y no con las connotaciones que expresó la traductora matrona. Finalmente se aceptó la versión de la traductora matrona.

Durante el desarrollo del grupo de expertas y gracias a una de sus sugerencias surgió un nuevo método de aplicación del cuestionario, no contemplado por la autora original, y que, a posteriori, se ha demostrado como el método idóneo. Una de las primeras propuestas del grupo de expertas fue la eliminación de los encabezados con la clasificación de las distintas prácticas según el tipo de recomendación que establece la OMS (A: prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas; B: prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y que debieran ser eliminadas; C: prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema; y D: prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente). De este modo el cuestionario se podría cumplimentar por el propio profesional que atiende el proceso clínico de parto, evitando posibles sesgos en caso de que el profesional debiese marcar una práctica que se clasifica como claramente perjudicial, o al contrario, que tendiese a marcar todas las prácticas incluidas en la categoría de útiles y recomendables. El método de autocumplimentación tiene las ventajas del método de observación directa, pérdida mínima de datos, y las de la auditoría de historias clínicas, cumplimentación rápida.

Además evita los inconvenientes de cada uno, la necesidad de un observador externo durante todo el proceso clínico de atención al parto, con el esfuerzo en personal y económico que esto supone, y la gran pérdida de datos cuando se utiliza la auditoría de la documentación clínica. Por último, los profesionales valoran muy positivamente el poder cumplimentar el cuestionario en el momento que deseen o que el trabajo asistencial les permita, progresivamente conforme avance el proceso clínico o al finalizar.

A lo largo de las distintas fases metodológicas del estudio, el equipo de investigación ha decidido modificar, suprimir o crear nuevos ítems, siguiendo siempre las recomendaciones de los profesionales consultados y a la raíz de los resultados de las distintas pruebas a las que se ha sometido al cuestionario.

Las modificaciones han sido sobre todo en el lenguaje, con expresiones más propias del idioma y de la práctica española. Un ejemplo claro es el referido al concepto de “plan de parto”. Las traductoras hablan de “plan de cuidados para el parto” y otra de “plan individualizado para el nacimiento”. Ambas traducciones son correctas respecto al idioma original, pero el concepto al que

hacen referencia y la expresión que se está utilizando en España en los últimos años es “plan de parto”. Otra modificación no relacionada con el lenguaje es la realizada en el ítem sobre la frecuencia de las exploraciones vaginales. La pregunta original era si se realizan cada cuatro horas, conforme recomienda la OMS. El contestar No, sin especificar la frecuencia real, omite una información relevante, que es cada cuánto tiempo se han realizado las exploraciones. Así, se decidió cambiar el ítem, y no preguntar si se realizan las exploraciones cada 4 horas sino cada cuánto tiempo. Siguiendo las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad, se modifica el ítem que hace referencia al tiempo de contacto piel con piel madre-recién nacido tras el nacimiento. En el cuestionario original contempla un tiempo de 30 minutos, pero el grupo de trabajo decide adoptar la recomendación de 70 minutos.

En cuanto a la creación de nuevos ítems o nuevas opciones de respuesta de ítems existentes, los más importantes son los siguientes. Se ha añadido en la valoración inicial una pregunta sobre patología o enfermedades previas, para poder hacer una evaluación del riesgo inicial. Dentro de las opciones de los métodos no farmacológicos para el alivio del dolor se ha añadido la opción inyección subcutánea de agua estéril en el Rombo de Michaelis (38,39). Igualmente, dentro de las opciones de las técnicas farmacológicas para el alivio del dolor en el parto, se ha añadido la técnica de bloqueo de los nervios pudendos, no contemplada en el cuestionario original y empleada, aunque cada vez menos con el empleo de la analgesia epidural, en España.

La decisión de eliminar algunos ítems ha sido muy meditada, basada en las recomendaciones de los profesionales consultados y en la revisión bibliográfica exhaustiva de ciertos aspectos. En el grupo de expertos se sugirió la eliminación de los ítems “se han realizado las exploraciones vaginales con guantes” y “se ha cortado el cordón umbilical de forma aséptica”. Aunque ambas son recomendaciones claras de la OMS, las expertas concluyen que son actividades que se realizan siempre, en cualquier centro sanitario español, y que son obvias, con lo que no procede preguntar. Realmente tiene sentido su estudio en países menos desarrollados, donde la atención sanitaria y los recursos son limitados.

El ítem que pregunta sobre la realización de un análisis de orina al ingreso de la mujer en trabajo de parto finalmente se ha eliminado. En el grupo de expertas se comentó que era una práctica habitual en el Reino Unido, donde se realiza de forma rutinaria a toda mujer gestante que acude a urgencias y a la que acude por trabajo de parto al hospital. La razón para realizarla es la

detección de proteinuria aún en ausencia de cuadros hipertensivos durante la gestación. La auditoría de las historias clínicas y la observación directa de distintos procesos clínicos de parto demostró que era una práctica no realizada en nuestro ámbito de estudio. Finalmente, en la última parte del estudio, la gran mayoría de los profesionales que autocumplimentaron el cuestionario, dejaron sin contestar este ítem. Al inicio del estudio, el equipo de investigación preguntó a la autora original sobre esta práctica, que contestó que era una práctica rutinaria en Suecia y recomendada e los documentos de la principal sociedad científica en obstetricia de Suecia, Socialstyrelsen (The National Board of Health and Welfare).

Tras una revisión sistemática de las recomendaciones de la OMS en la atención al parto normal, no se encuentra referencia alguna a este aspecto. Siguiendo todos estos criterios, finalmente se elimina el ítem.

El último ítem que se ha eliminado es el que pregunta sobre la valoración psicológica de la mujer en el postparto. Ha sido un ítem que ha originado mucha discusión a lo largo de todo el estudio. En el grupo de expertas se apuntó que era un ítem muy complejo de valorar, que abarca gran cantidad de aspectos, y que el momento de valorarlo, el postparto, es un momento crítico para la mujer, en el que difícilmente se puede hacer valoraciones psicológicas rigurosas. Cuando el equipo de investigación realizó la recogida de datos tanto por auditoría de historias clínicas como por observación directa del proceso clínico de parto, era un ítem nunca valorado.

Finalmente, los profesionales que realizaron la prueba con la versión final pre-test del cuestionario, coincidieron con los comentarios de sus colegas del grupo de expertas, incidiendo en la complejidad de los aspectos a valorar y el momento crítico del postparto, y varios apuntaban que la evaluación psicológica era objeto de un cuestionario diferente al que ocupa el trabajo de investigación. Finalmente se decide eliminar este ítem.

5.- DISCUSIÓN

Cuando en el verano de 2006 el grupo de investigación se pone en contacto con Fia Bojó, la creadora del instrumento original que ha basado este trabajo, y recibe la versión en inglés del cuestionario, está a punto de abandonar el proyecto. El grupo se encuentra delante de un instrumento creado para medir la calidad de los cuidados en el parto normal basado en las recomendaciones de la OMS, pero, en gran medida y en aspectos muy relevantes, totalmente en contradicción con las recomendaciones de la principal sociedad científica española en el campo de la obstetricia, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Además, aunque importantes grupos de matronas (FAME) y asociaciones de mujeres publican documentos donde se anima a los profesionales a seguir las recomendaciones de la OMS, no existe ningún documento elaborado desde el Ministerio de Sanidad que establezca unas directrices a seguir en la atención al parto. A pesar de estas contradicciones y las posibles limitaciones para la implantación y uso del instrumento que resulte tras el estudio, el grupo decide seguir adelante.

Afortunadamente, en mitad del trabajo de adaptación cultural, en julio de 2007 la SEGO publica las “Recomendaciones sobre la asistencia al parto”, que sustituye al “Protocolo de asistencia al parto normal”, de 2003. En este nuevo documento, la postura de la SEGQ se acerca mucho más a las recomendaciones de la OMS, manteniendo siempre una serie de criterios propios. Por otro lado, en octubre de 2007, el Ministerio de Salud español publica la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”, que establece las directrices y recomendaciones que deben seguir los centros del Sistema Nacional de Salud en la atención al parto normal. Este documento cuenta con el apoyo de sociedades científicas en materia de obstetricia, asociaciones profesionales y asociaciones de mujeres.

Finalmente, el cuestionario que se obtiene tras el trabajo de adaptación cultural al ámbito español, acaba recogiendo no sólo las recomendaciones de una organización mundial como la OMS, sino que también se adapta a las nuevas pautas de actuación de la SEGO y a las directrices del Ministerio de Sanidad. _

La obtención de un cuestionario para medir la calidad de la atención al parto normal adaptado al español es el paso inicial para un proyecto posterior. Se está diseñando un estudio multicéntrico nacional, utilizando el cuestionario de este estudio como instrumento de recogida de datos. Siguiendo las sugerencias de la autora del instrumento original, propone la utilización de otro cuestionario para valorar el grado de experiencia de la mujer con su parto, para completar la valoración de la atención al parto normal, teniendo en cuenta no

sólo aspectos de la atención profesional sino también el punto de vista de la mujer. Así, hemos iniciado una revisión bibliográfica sobre instrumentos que midan la experiencia de la mujer en relación a su parto con el objetivo de utilizarlo conjuntamente con el instrumento validado en este estudio en el proyecto multicéntrico.

Por otro lado, Fia Bojó, la autora del instrumento original, nos ha propuesto participar en un estudio multicéntrico internacional, ya que existen varios grupos de trabajo en distintos países que le han solicitado permiso para la adaptación transcultural de su instrumento. El objetivo es analizar la atención al parto normal a nivel internacional utilizando el mismo instrumento de medida.

Por último, se han establecido los primeros contactos con las responsables de la coordinación de la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, proponiendo la utilización de nuestro cuestionario como instrumento de medida de la implantación de las directrices propuestas por el Ministerio de Sanidad. En la parte final de este documento se proponen una serie de indicadores para valorar los progresos en la implantación de las recomendaciones de la estrategia a corto y medio plazo, pero no especifica la fuente de obtención de los datos necesarios para esa valoración. Por esta razón, proponemos nuestro instrumento.

PROYECTO DE FUTURO

Una vez conseguido el objetivo de validar el instrumento a estudio al ámbito español, el siguiente paso es la realización de un estudio multicéntrico nacional sobre variabilidad en la práctica clínica en la atención al parto normal. Pero previamente a un proyecto de tal envergadura se opta por un estudio piloto en una zona más reducida, por ejemplo los hospitales de la Comunidad Valenciana. La idea es rodar el cuestionario y perfilar la forma de recogida de datos en un ámbito más reducido antes del estudio nacional. Se decide presentar el proyecto al premio CECOVA para conseguir financiación para este estudio piloto en la Comunidad Valenciana.

nexo IV: Cuestionario adaptado al español Q-PNOMS v. 1.0.

Nº identificación

Año Mes Día

ETIQUETA

Centro:		
Inicio del parto	Parto en curso (presenta al menos dos de los siguientes tres criterios: dilatación cervical de 3cm o más, rotura de membranas o contracciones regulares (2/10min))	<input type="checkbox"/>

Datos personales		
1	Edad de la mujer:	
2	Fórmula obstétrica: G _ P _ C _ A _	
3	Estado civil	
	Convivencia/casada	<input type="checkbox"/>
	Soltera	<input type="checkbox"/>
4	Nacionalidad	
	Española	<input type="checkbox"/>
	Extranjera	<input type="checkbox"/>
	Especificar nacionalidad:	
5	Empleo/profesión	
	Trabaja	<input type="checkbox"/>
	Desempleada	<input type="checkbox"/>
	Estudiante	<input type="checkbox"/>
	Otros:	<input type="checkbox"/>
6	Patología previa	No <input type="checkbox"/>
		Sí <input type="checkbox"/>
	HTA	<input type="checkbox"/>
	Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/>
	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>
	Coagulopatía	<input type="checkbox"/>
	Otras:	

AL INGRESO		
7a	¿Ha asistido la mujer a clases de Educación maternal?	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
b	Si la respuesta es afirmativa indicar nº de clases a las que ha asistido:	
8a	¿La mujer aporta un plan de parto individualizado?	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
b	Si lo aporta, ¿qué información incluye?	
	Petición del lugar del parto	<input type="checkbox"/>
	Petición de acompañantes para el parto	<input type="checkbox"/>
	Petición de ayuda de profesionales durante el parto	<input type="checkbox"/>
	Información sobre posturas durante el parto	<input type="checkbox"/>
	Petición de analgesia	<input type="checkbox"/>
	Intención de dar lactancia materna	<input type="checkbox"/>
	Conocimiento del plan de parto por todo el personal involucrado en el proceso	<input type="checkbox"/>
9	Al ingreso, ¿se han valorado los siguientes ítems?	
a	Pulso	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
b	Tensión arterial	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
c	Temperatura	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
d	Dilatación cervical	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
e	Líquido amniótico	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
f	Si membranas íntegras	No procede <input type="checkbox"/>
		Frecuencia cardiaca fetal (FCF)
10	¿Se ha valorado el dolor de la mujer?	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
11	¿Ha solicitado la mujer analgesia?	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
12	¿Se ha llevado a cabo rasurado púbico?	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
13	¿Se ha administrado enema?	Sí <input type="checkbox"/>

		No <input type="checkbox"/>
b	Indicación del enema	
	Petición de la mujer <input type="checkbox"/>	
	Protocolo/razón sin documentar <input type="checkbox"/>	
Resultados		
14a	Tras valoración al ingreso, es clasificada como de bajo riesgo (entre 37 y 41+6 semanas, gestación única, presentación cefálica, latido fetal normal (110-150 latidos/min), parto espontáneo/membranas rotas con líquido amniótico claro, tensión diastólica < 90mmHg, sin historia previa de riesgo obstétrico (cesárea, muerte perinatal, hemorragia > 1000ml) o problema médico que influya en el proceso del parto)	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
b	Si se considera de riesgo, por favor especificar:	

DILATACIÓN			
15	¿Ha podido disponer la mujer de una habitación individual?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
16	¿Está la mujer acompañada por la persona que desea?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
17	¿Se emplea el partograma?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
18	¿Se han valorado los siguientes ítems durante la dilatación?		
a	Pulso	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
Si sí, cada cuanto tiempo:			
b	Tensión arterial	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
Si sí, cada cuanto tiempo:			
c	Temperatura	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
Si sí, cada cuanto tiempo:			
19	¿Se ha informado a la mujer sobre el progreso del parto así como de las actividades que se van a llevar a cabo?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
20	¿Se facilita que la mujer pueda moverse, cambiar de posición, deambular?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
Si no, indique el motivo:			
21	¿Se le ofrecen líquidos o una comida ligera?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
Si no, indique el motivo:			
22	Monitorización fetal:		
a	Continua	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
	Interna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Externa	<input type="checkbox"/>
b	Intermitente (15 min/2 horas)	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
c	Indicación para monitorización fetal continua		
	Sospecha de latido fetal anormal		
	<input type="checkbox"/>		
	Líquido meconial		
	<input type="checkbox"/>		
	Estimulación con oxitocina		
	<input type="checkbox"/>		
	Analgesia epidural		
<input type="checkbox"/>			
Clasificada como embarazo de riesgo al ingreso			
<input type="checkbox"/>			
No se encuentra indicación			
<input type="checkbox"/>			
Otra indicación:			

23	¿Cada cuánto tiempo se realiza la exploración vaginal?:		
24	¿Se ha valorado el líquido amniótico?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
	Si membranas íntegras	No procede	<input type="checkbox"/>
25 a	¿Canalización de catéter intravenoso?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
b	Indicación para catéter intravenoso relacionado con anestesia epidural, aumento de la dinámica de parto, cesárea, tratamiento médico		<input type="checkbox"/>
	Protocolo		<input type="checkbox"/>
26 a	¿Fluidoterapia?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
b	Indicación para fluidoterapia relacionado con anestesia epidural, aumento de la dinámica de parto, cesárea, tratamiento médico		<input type="checkbox"/>
	Protocolo		<input type="checkbox"/>
27 a	¿Rotura artificial de membranas (RAM)?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
b	Indicación para la RAM		
	Sospecha de frecuencia cardiaca fetal anormal		
	<input type="checkbox"/>		
b	Parto prolongado (sin evolución durante 2 h o más)		
	<input type="checkbox"/>		
	Otros (protocolo, tendencia a partos lentos, para acelerar el parto)		
<input type="checkbox"/>			
28 a	¿Se han empleado métodos no farmacológicos para el alivio del dolor?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
b	¿Qué tipo de métodos no farmacológicos se han utilizado?		
	Masaje		
	<input type="checkbox"/>		
	Ducha/baño		
	<input type="checkbox"/>		
	Técnicas de respiración/relajación		
	<input type="checkbox"/>		
	Calor local		
<input type="checkbox"/>			
Tens (electroterapia)			
<input type="checkbox"/>			
Acupuntura			
<input type="checkbox"/>			
Inyección subcutánea de agua estéril en rombo de Michaelis			
<input type="checkbox"/>			
29 a	¿Alivio farmacológico del dolor?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>

b	Si se ha empleado analgesia farmacológica, marcar las alternativas		
	Bloqueo Paracervical	<input type="checkbox"/>	
	Analgesia epidural	<input type="checkbox"/>	
	Bloqueo de pudendos	<input type="checkbox"/>	
c	Si se empleó la analgesia epidural, ¿estaba la mujer en trabajo activo de parto cuando se administró?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
30 a	¿Se usa oxitocina en la dilatación?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
b	Indicación para la administración de oxitocina		
	Parto prolongado, 2 h o más sin evolución	<input type="checkbox"/>	
	Otros, especificar:		
31 a	¿Sondaje vesical?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
b	Indicación para sondaje vesical (por favor, especificar):		
Resultados			
32 a	Clasificación de la categoría de riesgo tras la dilatación		
	Bajo riesgo al ingreso y mantiene bajo riesgo tras la dilatación	<input type="checkbox"/>	
	Bajo riesgo al ingreso y cambia a alto riesgo	<input type="checkbox"/>	
	Alto riesgo al ingreso	<input type="checkbox"/>	
b	Si ha variado de bajo riesgo a alto riesgo, indicar el motivo principal		
	Líquido amniótico teñido	<input type="checkbox"/>	
	Sospecha de latido fetal anormal	<input type="checkbox"/>	
	Administración de oxitocina por progreso lento, es decir, sin progreso durante dos horas o más	<input type="checkbox"/>	
	Administración de oxitocina por otros motivos	<input type="checkbox"/>	
	Analgesia epidural	<input type="checkbox"/>	
	Hemorragia	<input type="checkbox"/>	
Otros, especificar:			
33	¿Duración de la dilatación <12h?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
	Si cesárea de urgencia	No procede	<input type="checkbox"/>

EXPULSIVO		
34	¿Posición alternativa a la supina para el parto?	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
	Si cesárea de urgencia	No procede <input type="checkbox"/>
35	¿Auscultación intermitente?	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
	Si cesárea de urgencia	No procede <input type="checkbox"/>
36 a	¿Se realiza presión del fondo uterino?	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
	Si cesárea de urgencia	No procede <input type="checkbox"/>
b	Indicación para maniobra de presión del fondo	
	Latido fetal anormal	<input type="checkbox"/>
	Otros, especificar:	
37	¿Protección perineal?	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
	Si cesárea de urgencia	No procede <input type="checkbox"/>
38 a	¿Administración de oxitocina en el expulsivo?	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
	Si cesárea de urgencia	No procede <input type="checkbox"/>
b	Indicación del uso de oxitocina	
	No progreso durante una hora	<input type="checkbox"/>
	Continúa desde la dilatación	<input type="checkbox"/>
	Otros, especificar:	
	Si cesárea de urgencia	No procede <input type="checkbox"/>
39	¿Se anima a la mujer a empujar antes de que sienta el pujo?	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
	Si cesárea de urgencia	No procede <input type="checkbox"/>
40 a	¿Se han usado ventosas o forceps?	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
	Si cesárea de urgencia	No procede <input type="checkbox"/>
b	Indicación para ventosas/forceps	
	Latido fetal anormal	<input type="checkbox"/>
	No progreso durante una hora	<input type="checkbox"/>
	Agotamiento de la madre	<input type="checkbox"/>
	Otros, especificar:	

41 a	¿Se ha realizado episiotomía?	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
	Si sí, indicar el motivo:	
	Si cesárea de urgencia	No procede <input type="checkbox"/>
b	Desgarro o Trauma del periné, por favor especificar (1º, 2º, 3º grado, labial, clitoris):	
Resultados		
42	Tipo de parto	
	Parto vaginal eutócico	<input type="checkbox"/>
	Parto instrumental	<input type="checkbox"/>
	Cesárea de urgencia	<input type="checkbox"/>
43	Duración del parto < 24 h (desde el inicio de las contracciones regulares hasta el nacimiento)	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
44	Duración del expulsivo (con pujos activos < 1 h)	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
	Si cesárea de urgencia	No procede <input type="checkbox"/>
45 a	Clasificación de la categoría de riesgo tras el expulsivo	
	Bajo riesgo al ingreso y mantiene bajo riesgo tras el expulsivo	<input type="checkbox"/>
	Bajo riesgo al ingreso y cambia a alto riesgo	<input type="checkbox"/>
	Alto riesgo al ingreso	<input type="checkbox"/>
b	Si ha variado de bajo riesgo a alto riesgo, indicar el motivo principal	
	Líquido meconial	<input type="checkbox"/>
	Sospecha de latido fetal anormal	<input type="checkbox"/>
	Continuación de infusión de oxitocina	<input type="checkbox"/>
	Infusión de oxitocina por progreso lento, es decir, sin progreso durante 2 h o más	<input type="checkbox"/>
	Analgesia epidural	<input type="checkbox"/>

ALUMBRAMIENTO			
46	¿Se corta el cordón umbilical una vez ha dejado de latir?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
	Si cesárea de urgencia en la primer fase	No procede	<input type="checkbox"/>
47	¿Se deja al bebé en contacto piel con piel con la madre durante al menos 70 minutos?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
	Si cesárea de urgencia en la primer fase	No procede	<input type="checkbox"/>
48	¿Se administra oxitocina tras la expulsión fetal?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
	Si cesárea de urgencia	No procede	<input type="checkbox"/>
49	¿Se examina la placenta?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
	Si cesárea de urgencia en la primera fase	No procede	<input type="checkbox"/>
50	¿Se pone al bebé al pecho en las dos primeras horas?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
51	¿Se han valorado los siguientes ítems en la puérpera?		
	Pulso		<input type="checkbox"/>
	Tensión arterial		<input type="checkbox"/>
	Hemorragia postparto		<input type="checkbox"/>
	Tonicidad del útero		<input type="checkbox"/>
	Micción postparto		<input type="checkbox"/>
	Temperatura		<input type="checkbox"/>

PUERPERIO INMEDIATO			
52	¿Se administra oxitocina tras el alumbramiento?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
	Si cesárea de urgencia	No procede	<input type="checkbox"/>
53 a	¿Se ha usado ergometrina oral (methergyn)?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
	Si cesárea de urgencia	No procede	<input type="checkbox"/>
b	Indicación para ergometrina oral		
	Hemorragia, membranas incompletas		<input type="checkbox"/>
	Otros, especificar:		
54 a	¿Se ha usado ergometrina parenteral?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>

	Si cesárea de urgencia en la primer fase	No procede	<input type="checkbox"/>
b	Indicación para ergometrina parenteral		
	Hemorragia, membranas incompletas		<input type="checkbox"/>
	Otros, especificar:		
Resultados			
55	Mujer y bebé de bajo riesgo tras el parto (es decir, pueden irse a casa o no necesitan cuidados u observación especial)	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
56	Si la mujer necesita cuidados hospitalarios tras el parto (indique el motivo):		
57	Si el bebé necesita cuidados hospitalarios tras el nacimiento (indique el motivo):		
58	Peso del bebé (gr):		

BIBLIOGRAFÍA

1. Greener D. Development and validation of the nurse-midwifery clinical data set. *Journal of Nurse-Midwifery*. May/Jun 1991, 36(3): 174-183.
2. Downe S, McCormick C, Beech BL. Labour interventions associated with normal birth. *British Journal of Midwifery*. Oct 2001; 9(10): 602-606.
3. Anderson T. Peeling back the lagers: a new look at midwifery interventions. *Midwifery Digest*. 2002; 12:207-210.
4. OMS. Cuidado en el parto Normal: Una Guía práctica. Programa de Maternidad Segura y Salud Maternal, Sección de Salud Familiar, OMS, Ginebra.1996
5. Sandin Bojò AK, Hall-Lord ML, Axelsson O, Udén G, Wilde Larsoon B. MidWifery care: development of an instrument to measure quality based on the World Health Organization's classification of care in normal birth. *Journal of Clinical Nursing*. 2004; 13: 75-83.
6. FAME. Definición de Parto Normal, aprobada en la Jornada Iniciativa Parto Nonnal, Vélez, Málaga.2006.
7. Lee B. What is normal birth? *RCM Midwives Journal*. 1999; 2:386-387.
8. Downe S.M., Beech B.L. Labour interventions associated with nonnal birth. *British Journal of Midwifery*. 2001; 9: 602-606.
9. Corry M, Rooks J. Public education: promoting the midwifery model of care in partnership with maternity center association. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1999; 44:47-55.
10. Rooks .TP.Evidence-based practice and it's application to chilbirth care for low-risk women. *Journal of Nurse- Midwifery*.1999; 44: 355-369.
11. Programa Benchmarks hospitales top 20 ObstetriciaJASIST. *Healthcare Knowledge International*. 2006
12. Bouzán Sanmartín ML, Martínez García E y Rey Merino MJ. La episiotomía en el Hospital General Universitario de Alicante. Descripción y evaluación crítica de su utilización.*Rev. Enfermería Clínica*; 1998, 8(1) 1-6.
13. Marín D, Luengo P, Sánchez A, Roig P, Sánchez J , Behnonte C, Mataix H. Estudio de la frecuencia en la realización de episiotomía y variables asociadas a la misma. De la tradición a la evidencia: XII Jornadas de Enfermería. Alicante, 2006. Ed: CECOVA.
14. Gálvez Toro A, Fernández-Villamil Menéndez M y Sánchez Borj a M. Prevalencia de la episiotomía en los Hospitales matemo-irlfantil y Clínico de Granada. *Rev. Enfermería científica*. 2000 sep-oct 222—223:53-5 8.
15. Gálvez Toro A y Herrera Cabrerizo B. Sustitución de una política sistemática de episiotomía por una selectiva: ¿Es un coste efectivo este cambio? *Rev. Evidentia*. 2004-abril 1(1).
16. Corchs S, Martínez C, Vela E y Díaz S. Prácticas habituales de las matronas en el parto en los hospitales públicos de Barcelona. *Rev. Matronas Profesión*. 2006; 7(3): 5-11
17. Alberola García C, Gómez Martínez MA y Rodríguez Herrero MS. Cuidados a la mujer durante el trabajo de parto: ¿práctica habitual o práctica basada en la evidencia? *Rev. Matronas Profesión*. 2005; 6(3): 23-29.

18. Kaczorowski J , Levitt C, Hanvey L, Avard D, Chance G. A national survey of use of obstetric procedures and technologies in Canadian hospitals: routine or based on existing evidence? Birth. 1998 Mar; 25(1):11-18.
19. Qian X, Smith H, Zhou L, Liang J ,Gamer P_ Evidence-based obstetrics in four hospitals in China: An observational study to explore clinical practice, women's preferences and provider's views. BMC Pregnancy Childbirth. 2001;1 (1):1.
20. Khalil K, Ehioury A, Cherine M, Sholkamy H, Hassanein N, Mohsen L, Breebaart M, Shoubary A. Hospital practice versus Evidence-based Obstetrics: categorizing practices for normal birth in an Egyptian teaching hospital. Birth. Dec 2005; 32(4): 283-290.
21. Wiegers TA, Keirse MJNC, Berghs GAH, Van der Zee, J . An approach to measuring quality of midwifery care. J Clin Epidemiol. 1996; 49(3): 319-325.
22. Murphy PA, Fullerton JT. Measuring outcomes of midwifery care: development of an instrument to assess optimality. J Journal of Midwifery & Women's Health. Sept/Oct 2001; 46(5): 274-284.
23. Chalmers B, Porter R. Assessing effective care in normal labour: the Bologna Score. Birth. Jun 2001; 28(2): 79-83.
24. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Recomendaciones sobre la asistencia al parto normal. Madrid. Julio 2007.
25. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Propuesta de Estrategia de Atención al Parto Normal. Madrid. Octubre 2007.
26. Federación de Asociaciones de Matronas Españolas (FAME). Iniciativa Parto Normal Documento de Consenso. Barcelona 2007.
27. Crowther C, Enkin M, Keirse J, Brown I. Monitoring the progress of labour. In A Guide to effective care in pregnancy and childbirth. (Chalmers I. Ed.). Oxford University Press, Oxford.2000 Pp. 281-288.
28. Kwast BE. World Health Organization Partograph in management of labour. The Lancet. 1994. 343: 1399-1404.
29. Enkin M., Keirse M. & Chalmers I. Guía para el Cuidado Eficaz en el Embarazo y Parto (Chalmers I. Ed.). Editorial Oxford University, Oxford. 1995
30. The Cochrane Library. Pregnancy and Childbirth Group. Update Software, Oxford.2001.
31. Bowden A., Fox-Rushby JA. A systematic and critical review of the process of translation and adaptation of generic health-related quality of life measures in Africa, Asia, Eastern Europe, the Middle East, South America. Social Science & Medicine. 2003; 57:1289-1306.
32. Serra-Sutton Vicky, Herdman Michael, Rajmil Luis, Santed Rosalía, Ferrer Montse, Siméoni Marie Claude et al . Adaptación al español del cuestionario Vecú et Sante Percue de l'Adolescent (VSP-A): una medida genérica de calidad de vida para adolescentes. Rev. Esp. Salud Pública. [periódico en la Internet]. 2002 Dic [citado 2007 Jun 13] ; 76(6): 701-712. Disponible en: http://M/mvwsieloisciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000600006&lng=es&mm=iso.

33. Echevarría Ruiz de Vargas C, García Díaz J, Zarco Perpiñán MJ. Adaptación de los instrumentos lingüísticos de medida de salud en rehabilitación. *Rehabilitación*. Ene 2000; 34(1): 91-95
34. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Pereira Candel J . Medidas de calidad de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 789-796.
35. Ruiz M, Rejas J , Soto J , Pardo A, Rebollo I. Adaptación y validación del Health Utilities Index Mark 3 al castellano y baremos de corrección en la población española. *Med Clin (Barc)* 2003; 120(3): 89-96.
36. Valderas JM, Ferrer M, Alonso J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Med Clin (Barc)*. 2005; 125 (Supl. 1): 56-60.
37. Serra-Sutton V, Herdman M. Metodología de adaptación transcultural de instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud. *Informatiu Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques*. 2001; 24: 18-21.
38. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowter CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
39. Martenson L, McSwiggin M, Mercer J S. US midwives' knowledge and use of sterile water injections for labor pain. *J Midwifery Womens Health*. 2008 Mar-Apr; 53(2): 115-22.

VII PREMIO CECOVA
PRIMER PREMIO

**“ANTROPOMETRIA MATERNA Y SU RELACION
CON EL PESO DEL RECIEN NACIDO”**

D. Rafael Vila Candel

INTRODUCCIÓN

El programa de atención a la salud de la embarazada ya ha recorrido una larga andadura en la Comunitat Valenciana, desde que comenzara a funcionar en 1986 (Decreto 147/1986), estando en estos momentos perfectamente implantado en atención primaria como en la asistencia especializada. Todo este proceso asistencial queda debidamente reflejado en los registros clínicos normalizados (Abucasis II). Además, existe un registro específico del programa, la Hoja Resumen del Embarazo, que se cumplimenta tras el puerperio, permitiendo la obtención de los principales indicadores de resultados del programa. Este registro es rellenado por las matronas que realizan el control y seguimiento del embarazo en atención primaria.

La situación del programa de atención a la embarazada en la Comunitat Valenciana, a través del análisis de las Hojas Resumen de Embarazo cumplimentadas a lo largo de 2007, detalla que en el incremento de peso a lo largo del embarazo, la media se situó en 12,123 kg (D.E 4,354), resultando la situación más común un aumento entre 10 y 15 kg a lo largo del embarazo¹.

La prematuridad y el bajo peso al nacimiento son dos indicadores que expresan el nivel de calidad de los cuidados durante la gestación y que se encuentran íntimamente relacionados con determinadas variables sociodemográficas como la edad de la madre (más frecuente en adolescentes)¹⁶ o el nivel económico (más frecuente entre las de bajo nivel), 32 resultando un indicador fundamental para evaluar las desigualdades en salud². Considerando el límite superior del bajo peso al nacer (BPN) en 2.500 g y de acuerdo con este criterio, el porcentaje de recién nacidos de bajo peso al nacer en la Comunitat Valenciana en el año 2007 se sitúa en el 5.6%, cifra similar a la que ofrecen otras regiones de nuestro entorno.

La comunicación reciente de un comité de expertos FAO/OMS sobre nutrición y las enfermedades crónicas señala también que los recién nacidos grandes para la edad gestacional o macrosómicos presentan un mayor riesgo de diabetes y enfermedad cardiovascular³. Este es el caso de niños con peso de nacimiento (4.000 g, que se presentan con mayor frecuencia en madres obesas y que generalmente también tienen una mayor mortalidad que aquellos en la categoría de peso al nacer de 3.000-3.999 g)⁴. El incremento de la obesidad se presenta en buena parte del mundo y se ha descrito como una epidemia moderna⁵.

Por tanto, la categoría de peso al nacer, fundamentalmente de 2.000 a 2.999 g a término y la de peso al nacer 4.000 g, tienen riesgo de presentar enfermedades crónicas del adulto y se relacionan con el estado nutricional materno^{6,7}. Además tienen también mayores riesgos de mortalidad infantil⁸.

Muchas son las variables que modifican el crecimiento fetal, entre las que destacan las condiciones biológicas como la paridad, talla materna, edad y sexo del recién nacido; y por otro lado existen condiciones patológicas como el tabaquismo, diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo.^{12,13,14,15}

Es de hacer notar que en las investigaciones realizadas hay mucha discrepancia en cuanto a los factores que afectan al peso al nacer, llegando a generar una inquietud acerca de los factores de riesgo que intervienen sobre esta población específica.³⁷

Por todo ello, el objetivo que nos planteamos fue analizar la relación entre las variables antropométricas maternas con el peso del recién nacido de gestantes con bajo riesgo obstétrico de nuestro departamento de salud; además de analizar y describir la curva de ganancia de peso en el embarazo basada en el Índice de Masa Corporal/ Edad Gestacional (IMC/EG) de nuestras gestantes a estudio, similar a la gráfica desarrollada por Rosso-Mardones en Chile.^{9,10,11}

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohortes partiendo de una muestra de gestantes con Riesgo Obstétrico Bajo o cero, prediseñada de forma que fuera representativa de la población del Departamento de Salud de la Ribera.

Los criterios de inclusión fueron, edad entre 18 y 35 años, primer control prenatal entre las 5 y 12 semanas, sin malformaciones, feto único y sin patología (infecciosa, endocrina, adictiva) de base, recogiendo al menos 6 controles durante su seguimiento del embarazo. Se excluyeron aquellas gestantes con patologías que modificaran significativamente el crecimiento fetal, tales como la diabetes gestacional, cuadros hipertensivos del embarazo y el tabaquismo.²⁵

El muestreo se realizó de manera aleatoria en la selección del centro y se incluyó en el estudio a todas las gestantes que cumplían los criterios de inclusión.

El cálculo del tamaño muestral se efectuó con el programa EPIDAT 3.1, computando con 2.500 gestantes en la población diana del estudio y susceptibles de ser seleccionadas. Se estimó una desviación estándar de 3,407 y asumiendo un riesgo alfa de 0,05 o nivel de confianza del 95% y una precisión del 0,428 para las medias a calcular. Se estimó una tasa de pérdidas del 9% dando lugar a un tamaño muestral esperado de 241 gestantes, consiguiéndose definitivamente 221, pues se excluyeron del estudio por presentar en el seguimiento del embarazo las siguientes causas: diabetes gestacional (9), enfermedad hipertensiva en el embarazo (2), amenaza de parto prematuro (2), aborto (4), controles perdidos (3).



La variable principal o dependiente fue el peso del recién nacido a término. Las variables independientes fueron la edad materna, edad gestacional, ganancia ponderal, IMC inicial y final, paridad, variables sociodemográficas, sexo del recién nacido.

El periodo de recogida de la muestra fue de Enero de 2007 a Enero de 2008. Los datos se obtuvieron en la Hoja de Seguimiento de Embarazo del Programa Informático Abucasis II de la Agencia Valenciana de Salud (AVS).

El IMC o Índice de Quetelet es calculado mediante la fórmula: $\text{Peso}/\text{talla}^2$ (kg/m^2). La EG en semanas completas.

Para la categorización del índice de masa corporal inicial se utilizó los puntos de corte de la Organización Mundial de la Salud (OMS)³. Basándose en dichos puntos las gestantes se clasificaron en:

IMC OMS

Bajo peso	<18.5
Normopeso	18.5-24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad	>30

Tabla 1. Clasificación OMS del Índice de Masa Corporal (IMC)

La clasificación de los pesos de los recién nacidos permitió categorizarlos en, Peso Bajo al Nacer (PBN) (<2.500 g.), Peso Normal al Nacer (PNN) (2.500-3.999 g.), Macrosoma (>4.000 g.).

Las mediciones de pesos y alturas se realizaron en todos los consultorios mediante una balanza mecánica calibrada y podómetro metálico. Estas mediciones las efectuaron matronas debidamente capacitadas que trabajaban en los consultorios antes señalados. Se pesaron a las gestantes sin zapatos y con ropa de calle, y se midieron sin zapatos.

Se creó una hoja de recogida de datos con Microsoft Excel® y se utilizó el paquete estadístico SPSS® versión 14.0 para la descripción y el análisis estadístico.

Para la realización de la curva de ganancia ponderal, se estratificaron los IMC por semana gestacional. Dentro de cada semana se calcularon los percentiles 5, 10, 25, 50, 75, 90 y 95, modelizándose mediante ajuste de regresión lineal univariante para los valores de cada percentil del IMC (variable dependiente) respecto a las semanas gestacionales (variable independiente).

Se estimó la oportunidad de que los ajustes se hicieran de manera lineal, cuadrática o cúbica, según la valía de estos, valorando matemáticamente la ganancia en explicación del comportamiento del IMC según EG.

Se realizó estadística descriptiva para las variables analizadas: media, desviación estándar para las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Para el estudio bivalente se obtuvo el coeficiente de correlación de Pearson, el estadístico de Chi Cuadrado, test de comparación de medias de Levene, test t, ANOVA, Bonferroni, Dunnett y Scheffé. Por último, para explicar el peso al nacer se construyó un modelo de regresión múltiple basado en todas las posibles regresiones y un modelo de regresión logística basado en el método de incorporación progresiva (forward), con las categorías de PBN, PNN y Macrosoma. En ambos modelos se incluyeron todas las variables antropométricas analizadas y la edad gestacional. Es de hacer notar, que aquellas variables que resultaron no ser significativas en cualquiera de los modelos no fueron consideradas en los resultados.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 1.581 mediciones de IMC/EG, que al categorizar por los percentiles (5-95), muestra el incremento de IMC según la EG, desde la semana 5 a la 39 de gestación. Figura 1.

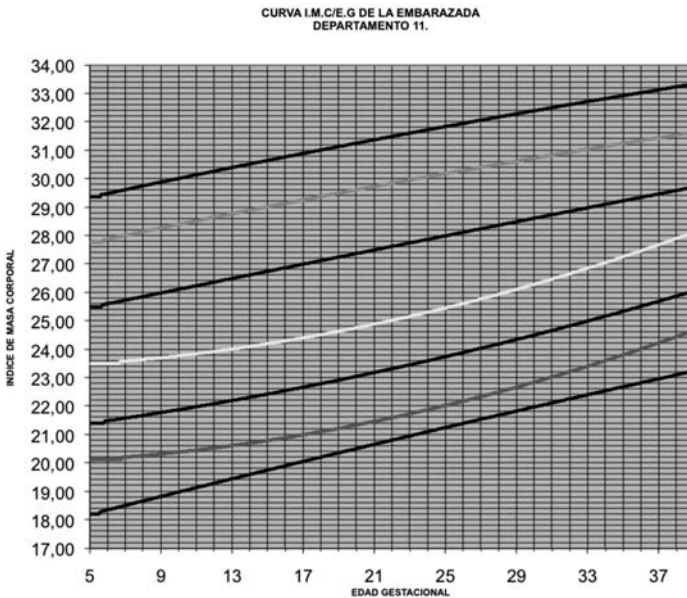


Figura 1. Curva IMC/EG gestantes de bajo riesgo.



Se observa que existe un incremento del IMC según aumentan las semanas de gestación, como cabe esperar. A continuación describimos los percentiles promedios de la muestra.

	Percentiles						
	5	10	25	50	75	90	95
IMC INICIAL	18,748	19,575	20,902	22,553	25,206	28,234	29,687

Tabla 2. Percentiles IMC inicial

	Percentiles						
	5	10	25	50	75	90	95
IMC FINAL	23,441	24,229	25,596	27,846	30,777	32,525	34,705

Tabla 3. Percentiles IMC final.

Las variables sociodemográficas de la cohorte a estudio se describen a continuación. Con respecto a la nacionalidad, la mayoría de las mujeres son españolas (83,7%), conviven con su pareja el 88,2% y están casadas el 90,5%.

Con respecto a nivel de estudios, la mayoría tiene estudios secundarios (45,7%), frente a un 29,4% con estudios primarios y un 22,6% de universitarios. El 0,9% son analfabetas o carecen de estudios. El 68,3% de las gestantes tienen trabajos remunerados frente al 96,5% de sus parejas. El mayor número de casos a estudio procede de la población de Carlet (47,1%)

Las características generales de las embarazadas a estudio se describen en la tabla 4. Podemos resaltar que el perfil de la gestante obtenido es una mujer de 30 años, primípara, con una altura media de 1,62 m, con un aumento de peso en todo el embarazo alrededor de los 13 kg, y que pare a un recién nacido de 3.300 g en la semana 39 de gestación.

Características generales	Promedio±1 DE	Mínimo	Máximo
Edad (años)	30,13±4,603	18	41
Talla materna (m)	1,62±0,571	1,50	1,77
IMC inicial (kg/m ²)	22,55±3,50	18,74	29,68
IMC final (kg/m ²)	27,84±3,38	23,44	34,70
Paridad	0,75±0.85	0	5
Peso inicial (Kg)	61,70±9,59	45	98,60
Peso final (Kg)	74,74±9,45	52	101
Ganancia Ponderal (Kg)	13,03±4,43	2	30
EG (semanas)	39,43±1,18	37	42
Peso r.n (gramos)	3.329,7±444,51	2.400	4.640

Tabla 4. Variables antropométricas maternas y fetales.

Seguidamente se muestra en la tabla 5 la estadística descriptiva de las variables antropométricas materno-fetales categorizadas por el peso del recién nacido (PBN, PNN, Macrosoma).

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mín	Máx
EDAD	menor 2500	4	32,75	5,679	2,839	23,71	41,79	29	41
	Peso Normal (2500-3999)	200	30,09	4,670	0,330	29,44	30,74	18	40
	Mayor de 4000	17	29,94	3,491	0,847	28,15	31,74	23	38
	Total	221	30,13	4,603	0,310	29,52	30,74	18	41
EG PARTO	menor 2500	4	380,00	1,155	0,577	36,16	39,84	37	39
	Peso Normal (2500-3999)	200	39,40	1,165	0,082	39,24	39,56	37	42
	Mayor de 4000	17	40,06	10,088	0,264	39,50	40,62	39	42
	Total	221	39,43	1,183	0,080	39,27	39,58	37	42

PESO INICIAL	menor 2500	4	64,275	11,4605	5,7302	460,039	82,511	51,6	78,4
	Peso Normal (2500-3999)	200	61,336	9,5077	0,6723	60,010	62,661	450,0	98,6
	Mayor de 4000	17	65,441	9,8867	2,3979	60,358	70,524	48,4	85,5
	Total	221	61,705	9,5911	0,6452	60,433	62,976	450,0	98,6
PESO FINAL	menor 2500	4	75,40	120,046	60,023	56,23	94,57	64	87
	Peso Normal (2500-3999)	200	74,35	9,380	0,663	730,04	75,65	52	101
	Mayor de 4000	17	79,21	9,166	2,223	74,49	83,92	60	93
	Total	221	74,74	9,453	0,636	73,49	75,99	52	101
IMC INICIAL	menor 2500	4	24,587	4,1142	20,0571	180,040	31,134	18,7	27,8
	Peso Normal (2500-3999)	200	23,196	3,3960	0,2401	22,723	23,670	17,2	38,5
	Mayor de 4000	17	24,740	4,4061	10,0686	22,475	270,005	20,1	370,0
	Total	221	23,340	3,5033	0,2357	22,876	23,805	17,2	38,5
IMC FINAL	menor 2500	4	28,859	4,6119	2,3060	21,521	36,198	23,1	33,9
	Peso Normal (2500-3999)	200	28,126	3,3099	0,2340	27,664	28,587	21,5	39,3
	Mayor de 4000	17	29,892	3,7733	0,9152	27,952	31,832	23,4	38,2
	Total	221	28,275	3,3858	0,2278	27,826	28,724	21,5	39,3
GANANCIA PONDERAL	menor 2500	4	11,13	4,442	2,221	40,06	18,19	7	17
	Peso Normal (2500-3999)	200	130,01	4,309	0,305	12,41	13,61	2	30
	Mayor de 4000	17	13,76	5,893	1,429	10,73	16,79	3	25
	Total	221	130,03	4,439	0,299	12,45	13,62	2	30
TALLA	menor 2500	4	1,6175	0,06238	0,03119	1,5182	1,7168	1,55	1,68
	Peso Normal (2500-3999)	200	1,6260	0,05614	0,00397	1,6181	1,6338	1,49	1,77
	Mayor de 4000	17	1,6300	0,07036	0,01706	1,5938	1,6662	1,52	1,77
	Total	221	1,6261	0,05715	0,00384	1,6186	1,6337	1,49	1,77

EMBARAZOS PREVIOS	menor 2500	4	0,50	10,000	0,500	-10,09	20,09	0	2
	Peso Normal (2500-3999)	200	0,73	0,868	0,061	0,60	0,85	0	5
	Mayor de 4000	17	10,06	0,659	0,160	0,72	1,40	0	2
	Total	221	0,75	0,858	0,058	0,63	0,86	0	5
SEXO RN	menor 2500	4	0,50	0,577	0,289	-0,42	1,42	0	1
	Peso Normal (2500-3999)	200	0,53	0,500	0,035	0,46	0,60	0	1
	Mayor de 4000	17	0,47	0,514	0,125	0,21	0,74	0	1
	Total	221	0,52	0,501	0,034	0,46	0,59	0	1

Tabla 5. Variables antropométricas categorizadas por pesos r:n

La distribución del peso del r.n por sexo y edad gestacional se muestra en la tabla 6.

Semanas	VARON			MUJER		
	Promedio±1 DE	Mínimo	Máximo	Promedio±1 DE	Mínimo	Máximo
37	2.914,0±390,23	2.400	3.310	2878,71±479,26	2.455	3.890
38	3.139,38±390,05	2.590	3.780	3.128,25±384,52	2.535	3.810
39	3.420,47±394,17	2.420	4.280	3.176,18±453,85	2.400	4.300
40	3.500,44±348,13	2.860	4.475	3.233,62±371,97	2.635	4.140
41	3.552,50±436,45	2.580	4.205	3.589,67±423,43	2.910	4.640
42	4.107,50±166,17	3.990	4.225	3.840,83±123,22	3.720	4.050

Tabla 6. Pesos r:n por sexos y semana gestacional.

Se observa, en general, el mayor incremento de peso de los r.n varones versus mujeres según aumenta la edad gestacional, a excepción de un r.n mujer en la semana 41 que pesó 4.640 g.

El 47,5% de los recién nacidos fueron varones y el 52,5% mujeres. Con respecto al bajo peso al nacer obtuvimos un 1,8% menores a 2.500 g.

Se categorizaron las variables talla materna, ganancia ponderal, peso del recién nacido, IMC inicial y final (según criterios de la OMS) y la edad materna, observando que la mayor parte de las gestantes (61,5%) miden entre 1,50 y 1,65 metros, siendo la talla menor 1,50 m la de menor porcentaje (0,9%). Las gestantes con tallas superiores a la media representaron el 37,6%. Podemos resaltar con respecto al incremento de peso durante la gestación que la mayoría de las mujeres (44,3%) aumentaron entre 10 y 14 kg, siendo la media de $13,03 \pm 4,43$ kg.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
hasta 5	8	3,6	3,6
5-9	39	17,6	21,3
10-14	98	44,3	65,6
mayor de 15	76	34,4	100,0
Total	221	100,0	

Tabla 7. Ganancia ponderal categorizada.

	Percentiles						
	5	10	25	50	75	90	95
Promedio GANANCIA ponderado PONDERAL (definición 1)	6,06	8,00	10,00	13,00	16,00	18,90	20,00

Tabla 8. Ganancia ponderal por percentiles.

Al categorizar los pesos de los r.n, los resultados muestran que el 90,5% de los r.n tienen pesos normal al nacimiento (PNN), un 7,7% corresponde a los macrosomas y tan sólo un 1,8% los de peso bajo al nacer (PBN).

El IMC de las gestantes al inicio del embarazo nos muestra que el 71% de las gestantes se encuentran en el estadio de normopeso y tan sólo un 2,7% en bajo peso.

		GANANCIA PONDERAL (agrupada)				
		hasta 5	5-9	10-14	mayor de 15	Total
IMC	Bajo Peso	0	0	3	3	6
INICIAL	Normopeso	2	24	71	60	157
(agrupada)	Sobrepeso	2	12	22	13	49
	Obesidad	4	3	2	0	9
Total		8	39	98	76	221

Tabla 9. IMC inicial y Ganancia ponderal categorizados.

El IMC de las gestantes al final del embarazo se encuentra mayoritariamente en el estadio de sobrepeso (49,8%), y ninguna de ellas en el de bajo peso. Hallamos que el 84,6% de la población es menor a 35 años, estando la media en 30 años.

Descripción y análisis de las relaciones

Al estratificar a las embarazadas según el IMC inicial con su ganancia ponderal se observa una correlación negativa (-0,332) que es estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Con lo cual, tenemos suficiente evidencia para investigar entre que grupos de IMC inicial se dan estas diferencias, a modo de cuantificar que perfil de gestante modifica su peso gestacional. De dicho análisis se desprende que la gestante de bajo peso aumenta más que la obesa ($p < 0,02$), la gestante en normopeso aumenta más que la de sobrepeso y la obesa respectivamente ($p < 0,012$ y $p < 0,01$). Y por último, la gestante en sobrepeso aumenta más que la obesa ($p < 0,03$).

		IMC INICIAL	GANANCIA PONDERAL
IMC INICIAL	Correlación de Pearson	1	-0,332(**)
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	221	221
GANANCIA PONDERAL	Correlación de Pearson	-0,332(**)	1
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	221	221

Tabla 10. Correlación de Pearson entre IMC inicial y ganancia ponderal.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Observamos que las gestantes con un IMC inicial de bajo peso son las que mayor ganancia ponderal ha tenido y en cambio han parido r.n con pesos menores, sin embargo no existe significación estadística.

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
				Límite inferior	Límite superior		
Bajo Peso	6	14,33	3,670	10,48	18,18	11	20
Normopeso	157	13,79	4,209	13,13	14,46	2	30
Sobrepeso	49	11,67	4,061	10,51	12,84	3	21
Obesidad	9	6,31	3,757	3,42	9,20	2	12
Total	221	13,03	4,439	12,45	13,62	2	30

Tabla 11. Ganancia ponderal por IMC inicial.

Existe una significación estadística entre la ganancia ponderal materna y el peso del recién nacido ($p < 0,05$).

		PESO RECIEN NACIDO	GANANCIA PONDERAL
PESO RECIEN NACIDO	Correlación de Pearson	1	0,189(**)
	Sig. (bilateral)		0,005
	N	221	221
GANANCIA PONDERAL	Correlación de Pearson	0,189(**)	1
	Sig. (bilateral)	0,005	
	N	221	221

Tabla 12. Correlación de Pearson entre peso r.n y ganancia ponderal.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Hallamos significación estadística entre el incremento del IMC (IMC final-IMC inicial) y el peso del r.n ($p=0,017$). Para investigar en esta relación, se estratificaron los incrementos del IMC en percentiles, observando diferencias significativas por Dunnett, entre los p10-25 con p90-100 ($p=0,043$) y los p25-50 con p90-100 ($p=0,008$).

		PESO RECIEN NACIDO	Incrementos IMC madre
PESO RECIEN NACIDO	Correlación de Pearson	1	0,160(*)
	Sig. (bilateral)		0,017
	N	221	221
Incrementos IMC madre	Correlación de Pearson	0,160(*)	1
	Sig. (bilateral)	0,017	
	N	221	221

Tabla 13. Correlación Pearson entre peso r.n e incrementos IMC maternos.

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

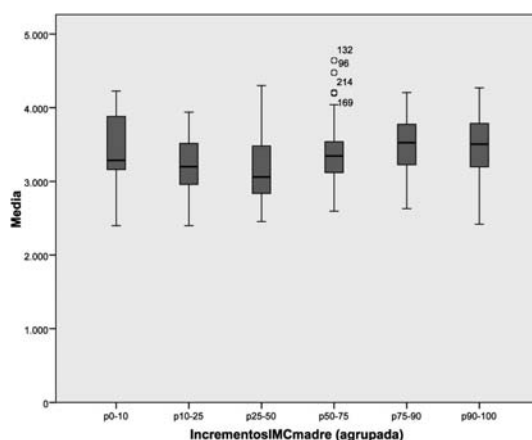


Figura 2. Peso del r.n por Incrementos IMC maternos

También se comprueba que existe significación estadística entre el sexo del r.n y el peso del r.n, varón ($p < 0,001$) y mujer ($p = 0,04$), al igual que entre la edad gestacional y el peso del r.n ($p < 0,001$), apreciándose diferencias significativas en las semanas 39, 40 y 42 ($p = 0,023$, $p = 0,003$ y $p = 0,047$ respectivamente).

Si categorizamos por percentiles las variables peso inicial, peso final, IMC inicial, IMC final y talla materna, obtenemos la siguiente tabla:

n=221		PESO INICIAL	PESO FINAL	IMC INICIAL	IMC FINAL	TALLA
Percentiles	10	50,240	63,62	19,575	24,229	1,550
	50	60,000	74,00	22,553	27,846	1,630
	90	75,480	88,36	28,234	32,525	1,700
	95	79,840	90,95	29,687	34,705	1,729

Tabla 14. Categorización variables antropométricas maternas por percentiles.

Existe significación estadística ($p=0,027$) entre la talla materna con percentil 95 frente al percentil 10 con respecto al peso del r.n.

Existe significación estadística ($p=0,043$, $p=0,09$) entre el peso final de la embarazada en los percentiles 90 y 95 respectivamente, frente al percentil 10 con respecto al peso del r.n.

Como anteriormente justificamos en la asociación positiva entre la ganancia ponderal materna y el peso del r.n, nos interesa establecer entre que percentiles existe esta evidencia para definir el perfil de la gestante.

Los pesos de los r.n de madres con una ganancia ponderal de p50 son menores que los pesos de los r.n de las que tienen un incremento entre p50-90 ($p=0,043$) y p50-p>90 ($p=0,044$).

(I) GANANCIA PONDERAL (agrupada)	(J) GANANCIA PONDERAL (agrupada)	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
perc 10	perc 50	165,734	96,547	0,402
	perc 90	-250,005	97,981	0,996
	sup perc 90	-130,507	125,922	0,783
perc 50	perc 10	-165,734	96,547	0,402
	perc 90	-190,739(*)	66,232	0,043
	sup perc 90	-296,241(*)	103,164	0,044
perc 90	perc 10	250,005	97,981	0,996
	perc 50	190,739(*)	66,232	0,043
	sup perc 90	-105,502	104,507	0,797
sup perc 90	perc 10	130,507	125,922	0,783
	perc 50	296,241(*)	103,164	0,044
	perc 90	105,502	104,507	0,797

Tabla 15. Test de Scheffé. Variable dependiente: PESO RECIEN NACIDO.

Al realizar un análisis mediante regresión lineal multivariante, que correlaciona el peso del r.n categorizado con el ganancia ponderal materna, edad gestacional, edad materna, paridad, talla, incremento de IMC materno y sexo del r.n, se valoró la exclusión en el modelo el incremento de IMC materno, ya que la talla es constante y refleja una redundancia de información con la ganancia ponderal materna.

Sólo observamos significación estadística, con el sexo del r.n, la edad gestacional y la ganancia ponderal, introduciendo estas variables en el modelo matemático final, como se muestra en la Tabla 16.

Se obtuvo un coeficiente de determinación de 22,5% ($r^2=0,225$), el cual deduce el comportamiento de la variable peso del r.n a partir de las variables introducidas.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
		B	Error típ.			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	-2926,665	907,572	-3,225	0,001	-4715,358	-1137,971
	EG PARTO	158,689	230,010	6,897	0,000	113,340	2040,038
2	(Constante)	-2819,339	893,601	-3,155	0,002	-4580,541	-1058,137
	EG PARTO	1580,019	22,637	6,981	0,000	113,403	202,634
	SEXO RN	-154,132	53,515	-2,880	0,004	-259,606	-48,658
3	(Constante)	-2764,718	886,658	-3,118	0,002	-4512,283	-1017,154
	EG PARTO	152,242	22,613	6,733	0,000	107,674	196,810
	SEXO RN	-146,414	53,199	-2,752	0,006	-251,268	-41,560
	GANANCIA PONDERAL	12,972	60,042	2,147	0,033	10,064	24,880

Tabla 16. Regresión lineal multivariante.

a Variable dependiente: PESO RECIEN NACIDO

DISCUSIÓN

Como limitaciones de nuestro estudio podemos decir que existe gran variabilidad en los valores del IMC de la población a estudio. Esta dispersión es debida al peso de las gestantes, ya que oscila desde el peso inicial hasta el peso final del embarazo y además por cada semana de gestación.

Al evaluar el estado nutricional durante el embarazo a través de la curva IMC/EG, se observó que a pesar de que el porcentaje mayor se hallaba en normopeso 71%, el principal problema nutricional encontrado fue el sobrepeso 22%, que si se une el valor con el obtenido para la obesidad resulta que el 26,3% de las gestantes al inicio del embarazo se hallaba en exceso de peso. En cuanto al estado nutricional al final de la gestación, se observa que el porcentaje de sobrepeso fue el 49,8% y que unido al de obesidad se obtiene el 81,5%. La situación de deficiencia de bajopeso, disminuye al final del embarazo pasando de un 2,7% a un cero por cien.

Los IMC promedios al inicio y al final de la gestación fueron respectivamente 22,75 Kg/m² y 27,84 Kg/m².

Con respecto a la categoría de bajo peso al nacer obtuvimos un 1,8% de la muestra, este porcentaje inferior a los estudios de prevalencia de nuestro departamento puede explicarse puesto a que no incluimos en nuestra muestra a los nacidos antes de 37 semanas, estando esta cifra alrededor del 5,5%. Con respecto a la categoría de Macrosoma obtuvimos un 7,7%, cuando la media nacional oscila en el 5%.

La correlación negativa entre el IMC inicial y la ganancia ponderal establece que a mayor IMC inicial hay una menor ganancia ponderal, coincidiendo con Cedergen,¹⁹ por lo que las mujeres obesas tienen incrementos menores que el resto de grupos. Algunos autores evidencian una influencia significativa entre el IMC inicial sobre el peso al nacer³⁸ mientras que otros los niegan³⁹. A la vista de nuestros resultados no podemos afirmar que el IMC esté relacionado con el peso al nacer por lo que coincidimos con éstos últimos. En cambio el incremento del IMC materno, diferencia entre IMC final e inicial, si se correlaciona positivamente con el peso al nacer por lo que incrementos mayores obtendrán recién nacidos con pesos mayores. Por tanto, el uso de la gráfica IMC/EG construida a partir de la muestra, puede servir de orientación en el seguimiento del embarazo, siempre que se calculen los incrementos de IMC.

El peso medio de los recién nacidos a término fue de 3.329,7±444,51 gramos, siendo el peso mínimo de 2.400 g. y el máximo de 4.640g.

Al analizar la asociación de la talla materna versus peso r.n encontramos una diferencia significativa de 369,46±19,26 gramos entre las gestantes de p95

y p10, con lo que se afirma que las gestantes con mayor altura tienen r.n de mayor peso que las de talla más baja, coincidiendo con lo obtenido por Lagos y Espinoza.³³

La correlación positiva entre el peso final materno versus peso r.n, nos muestra una diferencia media significativa de $356,45 \pm 105,83$ entre las gestantes de $p \geq 90$ y p10, por lo que se desprende que las gestantes que alcanzan un peso final mayor tienen recién nacidos con mayores pesos que las que logran pesos finales más bajos, coincidiendo con Robinson y O'Connell.²²

Cuando analizamos la asociación entre la ganancia ponderal versus peso r.n encontramos diferencias significativas que nos indican que las gestantes que incrementan su peso más de 13 kg, esto es, más del percentil 50, tendrán recién nacidos con pesos mayores que las gestantes que aumentan alrededor 13 kg. Las diferencias oscilan entre 190 g (p90) y 296 g (p>90), coincidiendo con Takimoto²¹ y con Rosso-Mardones⁹, que señalaron esta correlación expresada como porcentaje del peso estándar. Al mismo tiempo encontramos paradójicamente, que las gestantes que tienen ganancias ponderales de 8 kg(p10), siendo éstas gestantes las obesas, tienen r.n con pesos mayores que las del percentil 50, aunque esta última relación no es significativa. En cambio cuando analizamos la relación entre los incrementos de IMC maternos con el peso del r.n, si existe significación entre las que han tenido un incremento entre 2,9 y 3,8, con respecto a las gestantes que lo han tenido entre 5,9 y 6,5. Esta significación estadística marca unas diferencias de pesos de los recién nacidos entre 265 y 310 gramos respectivamente.

Del análisis de las variables maternas, ganancia ponderal, incremento del IMC y del peso final, donde se muestran diferencias significativas con el peso al nacimiento, podemos puntualizar que el peso forma parte del cálculo de las tres, por lo que parece lógico que se repita la correlación positiva entre ellas y el peso del r.n.

También existe una correlación positiva y significativa entre el sexo del r.n, la edad gestacional y el peso del r.n, coincidiendo con Lagos³⁰. Los varones pesan más que las mujeres, sobre todo en las semanas 39, 40 y 42 de gestación.

Hacemos constar que los estudios de regresión múltiple construidos no fueron idóneos para predecir con exactitud el peso del recién nacido con tres variables, ya que el mayor valor que explicaba la variabilidad del mismo fue de un 22,5% ($r^2 = 0,225$). Por otra parte, los estudios en los cuales los modelos se acercan a un 20-25%, incluyen más de siete variables generando así modelos complejos e igualmente poco eficientes.^{20,23,35}

En relación a los resultados de la regresión logística se encontró un débil

valor predictivo de la edad gestacional para determinar el bajo peso al nacer (BPN) en relación al peso normal al nacer (PNN).

CONCLUSIONES

- Apreciamos una correlación negativa entre el IMC inicial y la ganancia de peso ponderal de la gestante al finalizar su embarazo.
- Descubrimos una correlación positiva entre ganancia ponderal materna y el peso del r.n.
- Hallamos una correlación positiva entre el incremento de IMC materno y el peso del r.n.
- Obtenemos una correlación positiva entre el peso final de la embarazada y el peso del r.n.
- El sexo del r.n influye en el peso al nacer, siendo generalmente, mayor en los varones.
- La edad gestacional al nacimiento influye en el peso del r.n, sobre todo entre las semanas 39, 40 y 42.
- Las gestantes más altas tienen r.n con mayor peso, que las gestantes más bajas.
- La regresión lineal múltiple nos indica una correlación significativa entre la edad gestacional, el sexo del r.n y la ganancia ponderal, con el peso del r.n. Por cada semana de gestación entre las 37-42 el peso del r.n aumenta 152 g; por cada kilogramo de peso materno que gana, el peso del r.n aumenta 12,9 g; y en presencia de las ambas variables, si el r.n es mujer pesará 146 g menos que si es un varón.

Estos resultados confirman la importancia que tienen algunas variables antropométricas maternas, que reflejan el producto de la gestación, aunque debemos de hacer notar que sólo hemos podido explicar un 22,5% de la varianza del peso al nacer con el modelo empleado. Los resultados obtenidos pudieran explicarse por dos varias razones.

La primera, que pueden ser otros los determinantes del peso del r.n, llámémosles microambientales como los factores genéticos, uterinos, placentarios y fetales; y/o factores macroambientales como el nivel socioeconómico, complicaciones obstétricas, hábitos maternos (estrés, tabaco, drogas, alcohol) y entorno (riesgos laborales, educación, apoyo social)³.

La segunda, que los indicadores nutricionales utilizados no son los más sensibles para evaluar a las gestantes, pudiendo estar mejor representados por

otros, como las variaciones de indicadores bioquímicos o dietéticos.

El crecimiento y el desarrollo fetal se caracterizan por ser un proceso muy organizado en el que se coordinan secuencialmente cambios complejos para permitir un desarrollo del organismo completo. Cualquier influencia adversa sobre este proceso puede tener consecuencias cuya magnitud dependerá de la naturaleza, el momento, la intensidad y la duración de la perturbación.

A la vista de los resultados es obvio que faltan variables que puedan mejorar los modelos de regresión múltiple para poder predecir al inicio del embarazo el peso del r.n. En nuestro medio, no es vital, ya que la tasa de bajo peso al nacer es aceptable con respecto a países de las mismas características, pero no así en países subdesarrollados o en vías de desarrollo, dónde las consecuencias para estos recién nacidos pueden ser desastrosas.

Por todo ello y para concluir, se recomienda desarrollar estudios que determinen la naturaleza de los factores que contribuyen a un desarrollo insuficiente antes del nacimiento para poder conseguir modelos predictivos que los identifiquen.

BIBLIOGRAFÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PUBMED, COCHRANE, Base de Datos de Investigación de Enfermería (BDIE), IBECS, DIALNET, IBECS, ENFISPO, SIMID, CUIDEN, CUIDATGE e ISOC, en Julio de 2006.

Se utilizó un Tesauro de la Biblioteca virtual en salud para poder usar los descriptores (DeCS) válidos que nos ayudaron en la búsqueda de los documentos científicos. La búsqueda en Cochrane, BDIE, Cuiden, Cuidatge e ISOC, se realizó utilizando los descriptores “peso”, “gestación”, “IMC”, “dieta”, “crecimiento fetal”, “nutrición”, “antropometría”

1. Embarazo y salud perinatal en el Departamento 11 año 2007. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat. Junio 2008, 1-17.
2. Mardones F. Evolución de la antropometría materna y del peso de nacimiento en Chile, 1987-2000. *Rev Chi Nutr.* 2003;30(1):1-13.
3. WHO Technical report Series 916. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint FAO/WHO Expert Consultation. World Health Organization, Geneva, 2003.
4. Lagos RA, Espinoza R, Orellana JJ. Asociación entre estado nutricional materno y crecimiento fetal. *Rev Med del Sur.* 2000; 22:23-32.
5. Rosso P. A new chart to monitor weight gain during pregnancy. *Am J Clin Nutr* 1985; 41: 644-652.

6. Barker DJP, Eriksson JG, Forsen T, Osmond C. Fetal origins of adult diseases: strengths, effects and biological basis. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 1235-1239.
7. Harding JE. The nutritional basis of the fetal origins of adult disease. *Int J Epidemiol* 2001; 30: 15-23.
8. Mardones F, Rosso P. A weight gain chart for pregnant women designed in Chile. *Maternal and Child Nutrition*; 2005;1(2): 77-90.
9. Mardones F, Rosso P. Desarrollo de una curva patrón de incrementos ponderales para la embarazada. *Rev Med Chile* 1997; 125: 1437-1448.
10. Mardones F, Rosso P, Marshall G, Villarroel L, Bastías G. Comparación de dos indicadores de la relación peso-talla en la embarazada. *Acta Pediátrica Española* 1999; 57: 501-506.
11. Mardones-Santander F, Rosso P, Uiterwaal D, Marshall G. Paper by de Onis, Villar and Gülmezoglu: Nutritional interventions to prevent intrauterine growth retardation: evidence from randomized controlled trials (letter). *Eur J Clin Nutr*, 1999, 53: 970-971.
12. De Onis M, Habicht JP. Antropometric reference data for international use: recommendations from a World Health Organization Expert Committee. *Am J Clin Nutr* 1996; 64: 650-658.
13. Robinovitch J, Rubio E, Sáez J, Ramírez M. Influencia del peso corporal en el embarazo y resultado perinatal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1995; 60:151-167.
14. Strauss RS, Dietz WH. Low maternal weight gain in the second or third trimester increases the risk for intrauterine growth retardation. *J Nutr* 1999; 129: 988-993.
15. Susser M. Maternal weight gain, infant birth weight, and diet: causal sequences. *Am J Clin Nutr* 1991 Jun; 53:1384-1396.
16. Bolzan A, Guimarey L. Antropometría pregestacional y gestacional en adolescentes y sus recién nacidos. *Arch. Argent. Pediatr* 2001; 99(4): 296-301.
17. Notkin J et al. High gestacional weight gain does not improve birth weight in a cohort of african american adolescents. *Am J Clin Nutr* 2006; 84:183-9.
18. Sewell M, et al. Increased neonatal fat mass, not lean body mass, is associated with maternal obesity. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195:1100-3.
19. Cedergren M. Effects of gestational weight gain and body mass index on obstetric outcome in Sweden. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006 Jun;93(3):269-74.
20. Dietz PM, Callaghan WM, Cogswell ME, et al. Combined effects of prepregnancy body mass index and weight gain during pregnancy on the risk of preterm delivery. *Epidemiology*. 2006 Mar;17(2):170-7.
21. Takimoto H, Sugiyama T, Fukuoka H, Kato N, Yoshiike N. Maternal weight gain ranges for optimal fetal growth in Japanese women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006 Mar;92(3):272-8.
22. Robinson HE, O'Connell CM, Joseph Ks, McLeod NL. Maternal outcomes in pregnancies complicated by obesity. *Obstet Gynecol*. 2005 Dec;106(6):1357-64.
23. Sanin L, Reza S, Levario M. Relation between maternal body composition and birth weight. *Neonatology* 2004;86:55-62.
24. Macurí O, Wildon C. Evaluación del índice de masa corporal pregestacional y ganancia de

- peso gestacional en el Instituto Materno Perinatal, Julio 2001-Junio 2002.[Tesis Doctoral]. Lima: Oficina General del Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central UNMSM. 2002.
25. Lagos R, Espinoza E, Orellana J. Estado nutricional materno inicial y peso promedio de sus recién nacidos a término. *Rev Chil Nutr* 2004; 31(1):52-57.26. Mardones F. ¿Existe una sola curva de ganancia de peso durante el embarazo?. *RESPYN* [revista en internet] 2006, abril-junio. [acceso 07 de septiembre de 2006]; 7(2). Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/vii/2/editorial/editorial-mardones.htm>
 27. Deruelle P, Houfflin-Debarge V, Vaast P, Delville N, et al. Maternal and fetal consequences of increased gestational weight gain in women of normal pregnant weight. *Gynecol Obstet Fertil*. 2004 May;32(5):398-403.
 28. Cedergren M. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 2004;103:219-24.29. Mardones F, et al. Gráfica de incremento de peso para embarazadas. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*. 1996; XV(3):123-6.
 30. Lagos R, Espinoza R, et al. Evolución del estado nutricional materno durante la gestación. [Acceso 07 de septiembre de 2006]; Disponible en: www.ciges.cl/rdlagos/textos/pdfs/evaluacion%20estado%20nutricionalmaterno.pdf.
 31. Lagos R, Espinoza R, et al. Gráfica de crecimiento fetal normal ¿estándar regional generalizado o estándar general individualizado? [Acceso 07 de septiembre de 2006]; Disponible en: www.ciges.cl/rdlagos/textos/pdfs/grafica_crecimiento.pdf
 32. Rached-Paoli I, Henríquez G, et al. Relación del peso al nacer con la edad gestacional y la antropometría materna. *An Venez Nutr*. 2006; 19(1):10-16.
 33. . Lagos R, Espinoza R, et al. Antropometría materna y peso promedio de nacimiento. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2001;66(2):99-103.
 34. Chaviano J, López D. Edad materna, riesgo nutricional preconcepcional y peso al nacer. *Rev Cubana Aliment Nutr*. 2000;14(2):94-9.
 35. Prendes M, Guénola M, et al. Estado nutricional materno y peso al nacer. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001;17(1):2-10.
 36. Sánchez F, Trelles E, et al. Índice de masa corporal en embarazadas adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2003;19(1):12-18.
 37. Castaño J et al. Relación entre peso al nacer y algunas variables biológicas y socioeconómicas de la madre en partos atendidos en un primer nivel de complejidad en la ciudad de Manizales, Colombia, 1999 al 2005. *Rev Colomb Obstet y Ginecol*. 2008;59(1):20-25.
 38. Walberg S. Prenatal growth in pregnancy. En Walberg S, editor. *Pediatric nutrition in chronic diseases and developmental disorders. Prevention, assessment and treatment*. New York: Oxford University Press;1993:5-17.
 39. Kirksey A, Rahmanifar A, Wachs TD, et al. Determinants of pregnancy outcome and newborn behavior of a semirural egyptian population. *Am J Clin Nutr* 1991;54:657-667.

VIII PREMIO CECOVA

PRIMER PREMIO

**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD,
EN ALUMNOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA”**

Gil Abal, Natividad
Jiménez Ferrero, Mercedes
Martínez Navarro, R.
Sánchez García, Nuria
Trescastros López, Silvia
Vives Sánchez, Eva
Wodak Ocaña, Olga Elena

INTRODUCCIÓN

El concepto de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene hasta la actualidad. Anualmente, se publican más de 2000 artículos, poniendo de manifiesto tanto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término. La OMS en el 1994, definió la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”. Uno de los aspectos más interesantes de la CVRS es su capacidad para captar la multidimensionalidad de la salud.

La mayoría de las investigaciones sobre CVRS pertenecen al campo de la pediatría, en el contexto de enfermedades graves o crónicas como asma, diabetes, cáncer y sida. Los estudios en contextos escolares son muy limitados y aún peor, si se refiere a niños con necesidades educativas especiales

Además, el número de cuestionarios disponibles se reduce, si nos centramos en los cuestionarios genéricos adaptados u originados en castellano, siendo el KIDSCREEN no sólo de los pocos creados en España sino el único desarrollado simultáneamente con otros 12 países.

La mayoría de estos instrumentos se fundamentan en la teoría psicométrica, y han sido desarrollados teniendo en cuenta en diferente grado la opinión de la población a la que van dirigidos (niños y adolescentes), la de los informadores indirectos (generalmente madres y padres), y la de los propios investigadores y expertos.

La enfermería escolar muestra interés en conocer CVRS de los alumnos, ya que es importante la salud física pero no se debe dejar de lado la salud psicológica y social, por ello se considera que su medición puede ser un buen indicador de referencia para las funciones de promoción y prevención de la salud en los centros educativos.

El objetivo principal de esta investigación es describir la calidad de vida relacionado con la salud en alumnos de 3º a 6º de primaria de los colegios de Alicante y Valencia que cuentan con la presencia de la figura de la Enfermería Escolar.

Como objetivo adicional, nos proponemos identificar las dimensiones en las que los alumnos presentan menor calidad de vida, con la finalidad de programar futuras estrategias de intervención por parte de la Enfermera Escolar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Instrumento

El Kidscreen-52 es un instrumento de CVRS para población infantil y adolescente que valora subjetivamente su salud y bienestar. El cuestionario se creó en los 13 países europeos participantes (Alemania, Austria, España, Francia, Países Bajos, Reino Unido, Suiza, Grecia, Hungría, Irlanda, Polonia, República Checa y Suecia) siguiendo un desarrollo transcultural simultáneo e intentando cumplir las recomendaciones del Comité Científico del Medical Outcome Trust respecto de las condiciones óptimas para los instrumentos de CVRS.

El cuestionario es auto-administrado para niños y adolescentes de 8 a 18 años de edad. Contiene 52 ítems que evalúan 10 dimensiones de CVRS. El Bienestar físico recoge la actividad y la forma física y la energía (5 ítems). El Bienestar Psicológico examina las emociones positivas y la satisfacción con la vida (6 ítems). La dimensión de Estado de Ánimo y Emociones recoge las experiencias negativas, los estados depresivos y las sensaciones de estrés del niño/a o adolescente (7 ítems). La Autopercepción explora cómo perciben su apariencia física e imagen corporal y la satisfacción relacionada con ellas (5 ítems). La dimensión Autonomía recoge las oportunidades percibidas para realizar actividades en el tiempo libre (5 ítems). La Relación con los Padres y Vida Familiar explora la atmósfera familiar (6 ítems). La dimensión Apoyo Social y Relación con los Iguales recoge el tipo de relación con los/as compañeros/as (6 ítems). El Ambiente Escolar explora las percepciones acerca de la propia capacidad cognitiva y de concentración además de las sensaciones acerca de la escuela (6 ítems). La dimensión Aceptación Social (Bullying) recoge la sensación de rechazo de los/as compañeros/as (3 ítems). Finalmente, la dimensión Recursos Económicos recoge la percepción sobre la capacidad financiera (3 ítems).

El instrumento utilizado, en su versión española, presenta unos niveles muy aceptables de fiabilidad y validez de constructor convergente y discriminante. Y su desarrollo transcultural aporta un valor añadido de equivalencia cultural a escala europea.

Otras de las variables incluidas en el estudio son el sexo, fecha de nacimiento, discapacidad, enfermedad o problema médico crónico, localidad, colegio, curso escolar y línea lingüística (castellano y valenciano).

Participantes

El cuestionario KIDSCREEN-52 se ha pasado a un total de 1335 alumnos, entre alumnos de 3º a 6º de primaria (8 a 12 años) de centros educativos, pertenecientes a las provincias de Alicante y Valencia (Comunidad Valenciana, España) donde existe la figura de la Enfermera Escolar.



Concretamente, han participado 7 colegios públicos pertenecientes a la provincia de Alicante y 6 colegios de la provincia de Valencia.

Procedimiento

Fase I. En primer lugar se solicitó la autorización al Kidscreen Group para uso del cuestionario KIDSCREEN-52. Remitiéndonos por su parte la conformidad y el manual de uso que contiene el citado cuestionario. Al mismo tiempo nos pusimos en contacto con los miembros del Grupo Kidscreen en España para contar con su apoyo e iniciar un proceso de colaboración mutua.

Fase II. Se presentó una propuesta de participación en la investigación a los Equipos Directivos de todos aquellos centros escolares de Alicante y Valencia que cuentan con la presencia de Enfermería Escolar. De todos ellos, 13 colegios aceptaron su inclusión en el estudio. Los cursos participantes de cada centro vinieron determinados por la conformidad de los tutores y la disponibilidad de tiempo de la enfermera escolar.

Y se ha obtenido el consentimiento de los padres que fueron informados por medio de una carta en la que se explicaban los objetivos del proyecto y se garantizaba la confidencialidad de la información.

Fase III. La administración del cuestionario se ha llevado a cabo en una sesión de una hora de clase, en la propia aula de los alumnos, bajo la supervisión de la Enfermera Escolar de cada uno de los centros. Todos los alumnos de este estudio han participado voluntariamente.

Fase IV. La entrada de datos se ha realizado en el programa estadístico SPSS. En el análisis de los datos se han desechado aquellos cuestionarios que se encontraban incompletos o con respuestas contradictorias.

RESULTADOS

La muestra inicial ha partido de un listado de 1466 alumnos. Finalmente, se ha obtenido información de 1187 niños (80,96%), tras desestimar los alumnos cuyos padres no autorizaron su participación (1,8%), aquellos que no asistieron el día en que se administró el cuestionario (5,9%) o no quisieron participar (0,5%) y los alumnos que presentan alguna deficiencia de lecto-escritura por patología o por dificultad idiomática (0,6%). Así mismo, se han eliminado los cuestionarios incompletos o incorrectos, que han constituido el 11,1% de los cuestionarios realizados.

Como se puede ver en la tabla 1 el porcentaje total entre niños y niñas que han realizado el cuestionario es bastante equilibrado siendo del 51.7% de chicas y el 48.3% de chicos. Del mismo modo, podemos observar en la tabla 2 que la distribución por cursos es la siguiente: el 3º curso constituye el 20.1% de la muestra, el 4º curso suma el 25.3% y 5º y 6º 27.3% cada uno. Como es observable los porcentajes son semejantes. De todo ello, podemos decir que las diferencias de sexo o curso escolar no deberán influir en el resultado global.

TABLA 1

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Chica	614	51,7	51,7
	Chico	573	48,3	100,0
	Total	1187	100,0	

TABLA 2

Curso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Tercero	239	20,1	20,1
	Cuarto	300	25,3	45,4
	Quinto	324	27,3	72,7
	Sexto	324	27,3	100,0
	Total	1187	100,0	

En la tabla 3 podemos ver la media de cada una de las dimensiones estudiadas en el KIDSCREEN-52 sobre CVRS. Los valores obtenidos se encuentran en escala de 100 para poder, de este modo compararlas entre ellas.

De este modo, se puede ver en la gráfica que los alumnos presentan puntuaciones elevadas de CV en las dimensiones referentes a Actividad, que hace referencia a bienestar físico y energía; Sentimientos, bienestar psicológico, emociones positivas y satisfacción con la vida; Tiempo, actividades en el tiempo libre, autonomía; Relación con los Padres y Vida Familiar; Economía, capaci-

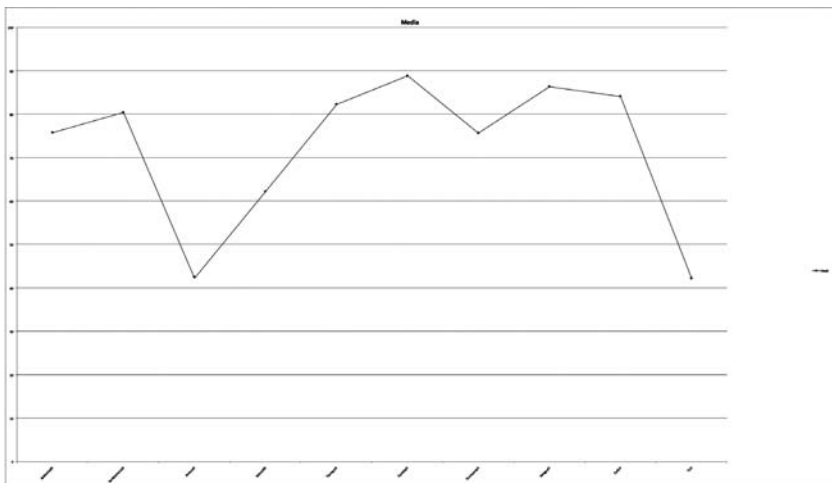
dad financiera; Amigos, apoyo social y relación con los compañeros; Colegio, sensaciones acerca de la escuela.

Sin embargo, la dimensión de Estado de Ánimo y Emociones, la Autopercepción y la dimensión Aceptación Social (Bulling) muestran unas puntuaciones menores de CV que podrían considerarse mejorables.

TABLA 3
Media de las dimensiones estudiadas de CVRS

DIMENSIONES CVRS	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
ActividadD	28	100	75,7944398	11,3707208
SentimientosD	26,7	100	80,4436956	9,76536078
AnimoD	20	100	42,5273799	20,8857099
AutopercepciónD	20	100	62,2544229	14,3734568
TiempoD	20	100	82,294861	17,0191044
FamiliaD	20	100	88,862679	13,6968488
EconomíaD	20	100	75,6585229	22,7635447
AmigosD	20	100	86,3830385	13,7083319
ColeD	20	100	84,1027801	14,9944564
Aceptacion socialD	20	100	42,2577928	23,0354023

Grafica de las medias de las dimensiones estudiadas de CVRS



CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos, podemos destacar la necesidad de intervención en los aspectos relacionados con las dimensiones estudiadas que han resultado deficientes. Podemos decir que los niños presentan estados de ansiedad, que pueden degenerar en problemas que pueden afectar a aspectos importantes de su vida como el sueño, las relaciones interpersonales,... Por otro lado, los resultados también demuestran problemas en la percepción de su propio cuerpo que pueden degenerar en Trastornos de la Conducta Alimentaria (anorexia, bulimia, vigorexia) tan en auge en los últimos años. Y en el apartado de aceptación social, se puede ver que un porcentaje de alumnos se sienten víctimas de Bullying, grave problema social que encontramos hoy en día en nuestras escuelas.

Estos resultados han sido obtenidos en colegios donde existe la figura de enfermera escolar y la media de CVRS que hemos obtenido es de 72 en una puntuación sobre 100. Por lo tanto, consideramos que la enfermera escolar debe permanecer en los centros educativos para mantener la CVRS percibida en la actualidad y trabajar para mejorar las dimensiones con menor puntuación tan importantes para el futuro de nuestros niños y adolescentes.

Futuros estudios

Nos proponemos realizar futuros estudios que incluyan una comparativa entre sexos, edades, nivel socioeconómico, localidades o colegios, líneas lingüísticas que contribuirán a la identificación de poblaciones de riesgo y la evaluación de intervenciones sociosanitarias.

Debido a su transculturalidad del cuestionario, se podrían establecer comparaciones entre países que poseen enfermera escolar (de los 13 países que participan en el proyecto KIDSCREEN) y disponer de una medida de CVRS global.

Una línea emergente es la obtención de percentiles para poder llevar a cabo en un futuro mediciones individuales de CVRS en los colegios participantes en el estudio.

AGRADECIMIENTOS

Primero de todo agradecemos su ayuda y colaboración al Dr. Luis Rajmil responsable de la versión española del KIDSCREEN y al Dr. Miguel Richart, profesor de la universidad de Alicante (escuela de enfermería), por su orientación en el estudio. También agradecer su colaboración, a los equipos directivos y profesorado de los distintos colegios donde se ha llevado a cabo la investiga-

ción, por confiar en el proyecto “enfermería escolar” y su buena disposición. Por último, y no menos importante, muchísimas gracias a todas la enfermeras escolares que han participado en el trabajo de campo porque sin su ayuda no hubiera sido posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartzann, L. “Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales” *Cienc. enferm.* [online]. 2003, vol.9, n.2, pp. 09-21. ISSN 0717-9553.
2. Angulo Verdugo, M.; Sabe, N. E. “Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia” *Psicothema*, 2002 vol. 14, n° 1 pp.86-91
3. Pane S.; Solans M.; Gaite L.; Serra-Sutton V; Estrada M-D; Rajmil L. “Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica Revisión sistemática de la literatura: actualización”. Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques Barcelona, 2006
4. Rajmil L, Estrada MD, Herdman M, Serra-Sutton R, Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gac Sanit.* 2001;15 Supl. 4:34-43
5. Tebe C.; Berra S.; Herdman M.; Aymerich M.; Alonso J.; Rajmil L.; Fiabilidad y validez de la versión española del KIDSCREEN 52 para población infantil y adolescente. *Med Clin. (Barc)* 2008; 130(17):650-4
6. Aymerich M, Berra S, Guillamón I, Herdman M, Alonso J, Ravens-Sieberer U, Rajmil L. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gac Sanit.* 2005;19(2):93-102.
7. Lizan Tuldela, L.; Reig Ferrer A; M. Richart Martínez y J. Cabrero García. “Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas COOP/WONCA” *Med Clin (Barc)* 2000; 114(supl 3)76-80
8. Jaimes-Valencia M.L.; Richart-Martinez M.; Cabrero-García J.; Palacio J.; Florez-Alarcon L. “Validez lingüística del cuestionario vécu et santé perçue de l’adolescent (VSP-A) en población adolescente colombiana” *Análisis y Modificación de Conducta*, 2007, Vol. 33, N° 147
9. Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., energía, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. y el grupo europeo de KIDSCREEN. (2005). “Calidad de vida KIDSCREEN-52 medida para los niños y los adolescentes”. Revisión experta de *Pharmaco economics* y Los resultados investigan, 5 (3), 353-364,
10. El grupo Europa de KIDSCREEN. (2006). Los cuestionarios de KIDSCREEN - calidad de los cuestionarios de la vida para los niños y los adolescentes. Manual. Lengerich: Editores de la ciencia de Pabst.

