



Investigación & Cuidados

Revista de la Organización Colegial
de Enfermería de la Comunidad Valenciana

2º Cuatrimestre 2013 , Vol. 11, Nº. 26



EDITORIAL

- El pacto por la sostenibilidad y la calidad del Sistema Nacional de Salud y la prescripción enfermera

ARTÍCULOS ORIGINALES

- La adherencia farmacológica como intervención en prevención secundaria enfermera en la consulta de rehabilitación cardíaca
- Valoración y comparación de la eficacia del tratamiento analgésico en el paciente postquirúrgico

ARTÍCULO ESPECIAL

- Salud sexual durante el embarazo y puerperio: factores de pérdida y recuperación

ENFERMERÍA Y SOCIEDAD

- Enfermería y nuevas formas de aprender

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

AGENDA DE ENFERMERÍA

ENFERMERÍA EN LA RED

DIRECTOR:

José Antonio Ávila Olivares

SUBDIRECTOR:

Francisco Pareja Llorens

COMITÉ EDITORIALCoordinación: M^a Dolores Gil Estevan

Elena Andina Díaz

M^a Pilar Bonet Manso

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

M^a Luisa Ruiz Miralles

María Torres Figueiras

Diego Ibáñez Gallardo

M^a Elena Ferrer Hernández**COMITÉ ASESOR**

Antonio Núñez Hernández

Juan Fabra Benet

Jesús Ribes Romero

Jose A. Forcada Segarra

Miguel Romero Lorente

Isabel Casabona Martínez

Luis Garnes Fajardo

Encarna Martínez Hernández

José Verdú Soriano

Joseph Adolf Guirao Goris

Alberto Gálvez Toro

Modesta Salazar Agulló

Antonio Peña Rodríguez

Montserrat Angulo Perea

Belén Estevan Fernández

M^a del Mar Ortiz VelaM^a Teresa Pinedo Velázquez

José Ramón Martínez Riera

Vicente Bellver Capella

COMITÉ TÉCNICO Y FINANCIERO

Juan José Tirado Darder

Belén Paya Pérez

Francisco Mulet Falcó

Antonio Verdú Rico

Felipe Serrano Gómez

Eugenia Gordo Casañ

Isabel Castelló López

Juan Caballero García

Pedro J. Homero Arnue

RELACIONES INTERNACIONALES

Ascención Marroquí Rodríguez

M^a. José Muñoz Reig**ILUSTRACIÓN**

Luis Mira-Perceval Verdú

Revista incluida en el Catálogo colectivo de Publicaciones
periódicas de Ciencias de la Salud

Revista incluida, con carácter exhaustivo en CUIDEN
y con carácter selectivo en la base de datos Bdlc

Revista sociofundadora del Consejo Iberoamericano de
Editores de Revistas de Enfermería y afines (CIBERE)

SUSCRIPCIONES

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

c/Xàbia, 4^a- 3^a pta. 10 46010 VALÈNCIA

Teléfono 963298088

E-mail: cecova@cecova.org

Cuenta de ingreso de la suscripción: 2077-0482-16-3100518783

ENVÍO DE TRABAJOS

Colegio de Enfermería de Alicante

C/ Capitán Dema, 16 (Esq. Pardo Gimeno) 03007 Alicante

Tlf. 965121372 y 965123622

E-mail: cealicante@cecova.org

EDITA

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

TARIFA 3 NÚMEROS (1 AÑO)

Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito

Colegiados/as de otras provincias: 20 euros

Alumnos/as de Enfermería: Gratuito

SUMARIO

EDITORIAL

El pacto por la sostenibilidad y la calidad del Sistema Nacional
de Salud y la prescripción enfermera 3
José Antonio Ávila Olivares

NORMAS DE PUBLICACIÓN 5

ARTÍCULOS ORIGINALES

La adherencia farmacológica como intervención en prevención
secundaria enfermera en la consulta de rehabilitación cardíaca ... 6
Pujalte Aznar, M^a Faz
Jover Ruiz, Raul
Fernández Candela, Fernando
Casillas Jiménez, M^a Ángeles

Valoración y comparación de la eficacia del tratamiento
analgésico en el paciente postquirúrgico 13
Amorós Molina, A.
Ruiz Sánchez, MV.
Coves Enguñados, MA.
Quinto Gomariz, A.

ARTÍCULO ESPECIAL

Salud sexual durante el embarazo y puerperio:
factores de pérdida y recuperación 19
Calleja Muñiz, A.
Cánovas Cánovas, MP.
García Fernández, R.
Martínez Da Silva, Ra.
Castello López, MI.

ENFERMERÍA Y SOCIEDAD

Enfermería y nuevas formas de aprender 38
Gil Estevan, MD.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA 40

AGENDA DE ENFERMERÍA 41

ENFERMERÍA EN LA RED 42

Diseño y maquetación:
AROA Diseño y Comunicación
ISSN: 1698-4587
Dep. legal: M-22516-2004

LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DEL CONTENIDO
DE LOS ARTÍCULOS

El pacto por la sostenibilidad y la calidad del Sistema Nacional de Salud y la prescripción enfermera



El pasado 30 de julio de 2013, la Mesa Estatal de la Profesión Enfermera y la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, rubricaron el Pacto por la Sostenibilidad y la Calidad del

Sistema Nacional de Salud (SNS). Un pacto que podría considerarse como histórico para la profesión enfermera y sin embargo, ojalá me equivoque, tiene toda la pinta de ser otra declaración de buenas intenciones, a las que tan acostumbrados estamos.

Se ha firmado un Pacto que no ha contado con el respaldo de toda la Organización Colegial de Enfermería, como hubiera sido deseable, pero ya la forma con que se presentó a la Asamblea General de Colegios Provinciales, celebrada justamente el día anterior a su firma, sin dar margen a la reflexión y al debate, a la posibilidad de modificación y búsqueda de posicionamiento conjunto, hacia presagiar que el apoyo unánime de los Colegios de Enfermería no sería posible. En este sentido, de una forma o de otra, los colegios de Alicante, Badajoz, Barcelona, Baleares, Castellón, Madrid, Murcia, Pontevedra y Valencia, o lo que es lo mismo, la representación colegial de casi la mitad de las enfermeras españolas, no dieron el respaldo al Pacto firmado el día siguiente.

Sí a esta circunstancia se añade que entre los promotores del Pacto no estuvieron las Asociaciones y Sociedades Científicas de Enfermería, ni la Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Enfermería (CNDCUE), y ni la Asociación Estatal de Estudiantes de Enfermería,

estamos ante un documento con poco calado en la profesión. Es difícil entender que un documento donde se aborda temas tan importantes y de tan diversa índole no se contase con la participación de la totalidad de los representantes de la profesión.

Por ello, no considero que estemos delante de una verdadera hoja de ruta para dar salida real y solución a todos y cada uno de los problemas que padece nuestra profesión, o por lo menos a los más urgentes, más bien todo lo contrario; me inclino a pensar que el Pacto citado es un brindis al sol, y ello, por la falta de concreciones, compromisos reales con soporte económico, la ausencia de un cronograma claro de acción, objetivos planteados con mucha ambigüedad y, además de todo ello, por no haber contado con el consenso profesional suficiente y necesario.

Un portafolios profesional en donde, curiosamente, sólo se ha introducido un tema con el suficiente desarrollo y concreción que tanto se echa en falta en el resto de las cuestiones que conforman el contenido del Pacto. Me estoy refiriendo a la llamada “Prescripción” enfermera.

A este respecto recoge dos tipos de prescripción: la autónoma y la colaborativa, señalando que para poder llevarlas a cabo los profesionales de Enfermería, tanto en el ámbito de los cuidados generales como en el de los especializados, deban realizar de forma obligatoria un programa formativo de 180 horas o su correspondencia en créditos ECTS para adquirir la correspondiente capacitación prescriptora. Cuestión ésta, la del cursito de marras, que no está concretada en la popular Ley del Medicamento.

■ Investigación & Cuidados

Las Comunidades Autónomas Valenciana, de Murcia y de Baleares se han posicionado en contra al considerar que las enfermeras disponen de suficiente preparación y formación universitaria como para dispensar medicamentos y productos farmacéuticos **NO** sujetos a prescripción médica sin necesidad de una formación adicional obligatoria de 180 horas, ya que, no en vano, se trata de productos sanitarios que cualquier ciudadano puede adquirir actualmente sin ningún problema en una oficina de farmacia. Es la llamada **prescripción autónoma**, la cual consideran que, tal y como ha quedado regulada, *no es una nueva competencia* y, por tanto, no necesita de acreditación, pues se incluye en las competencias adquiridas en la formación de una profesión regulada que, como refiere la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), *goza de plena autonomía técnica y científica*.

En cuanto a la **prescripción colaborativa**, que afecta a medicamentos y productos sanitarios que **SÍ** requieren receta médica, y es la que se lleva a cabo a través de guías clínicas y protocolos consensuados, tal y como se viene haciendo hasta ahora, tampoco tiene sentido la realización de un curso de 180 horas, pues deben ser procedimientos dinámicos donde se vaya incorporando la máxima evidencia científica en cada momento, y en los que quienes los empleen actualicen sus conocimientos de forma permanente y no de forma puntual.

No es estar en contra de lo señalado en la Ley del Medicamento, todo lo contrario, ya que es necesario normalizar la práctica prescriptora de las enfermeras para evitar situaciones de ilegalidades, pero no se puede aceptar la obligatoriedad de la formación adicional que se quiere imponer, sobre todo cuando las enfermeras ya cuentan con una sólida preparación universitaria en la que adquieren las competencias suficientes para el tipo de prescripción que ahora se quiere regular y cuando en dicha Ley se establece la necesidad de acreditación, *pero no dice en ningún momento que se deba hacer una formación adicional habilitadora como la que se pretende*.

Por todo lo expuesto, me parece urgente un cambio de actitud y reenfoque de la acción colegial. Considero una infravaloración profesional, por no decir humillación, el pretender someter a todo el colectivo a una nueva prueba habilitadora, bien para “prescribir” todo aquello que cualquier ciudadano puede adquirir libremente en una oficina de farmacia dispensado, en muchas ocasiones, por un **NO** profesional sanitario, o bien aquello que habitualmente realiza en su actividad profesional mediante protocolos y guías clínicas.

José Antonio Ávila Olivares

Director Revista Investigación y Cuidados

La revista Investigación & Cuidados es una publicación de carácter científico abierta a todos aquellos trabajos de investigación que contribuyen al desarrollo de la Enfermería en todas sus vertientes: asistencial, docente, gestión e investigación. Investigación & Cuidados valorará para su publicación todos aquellos trabajos que dentro del campo de estudio de la Enfermería aportan contribuciones para su desarrollo como Disciplina. Se someterán todos los trabajos que se presenten a un sistema de valoración por expertos. Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de Investigación & Cuidados y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la revista. No se aceptarán trabajos publicados en otra revista, hecho que el autor deberá declarar en la carta de presentación del artículo. El consejo editorial acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación así como se reserva el derecho de rechazar originales que no juzgue apropiados.

ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS

1. El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de texto y en Excel o PowerPoint cuando se trate de gráficos. Respecto al texto, la presentación será a espacio y medio, a un cuerpo de letra de 12 (Times New Roman) o 10 (Arial), en DIN A4, dejando los márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm.
2. Las imágenes digitales, tendrán una resolución de 300 dpi, a un tamaño de 10 x 15 cm y en formato jpg. Las tablas, cuadros, gráficos o imágenes se enviarán aparte del texto, cuyo número no excederá de cinco, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto.
3. El texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un máximo de 3.000 palabras. Se intentará restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez. Las páginas se numerarán consecutivamente, desde la página del título, en el ángulo superior o inferior derecho. Todos los artículos tendrán que incluir un resumen, que no superará las 250 palabras en el caso de resúmenes no estructurados, y entre tres y diez palabras clave, en castellano y en inglés. En cualquier caso, el manuscrito completo no podrá exceder de 12 páginas para originales y revisiones y 4 para cartas al director.
4. En la primera página deberá aparecer: título, autores con nombre completo y centro de trabajo, dirección para la correspondencia, e-mail y teléfono de contacto. Se admiten un máximo de 6 firmantes o un nombre de grupo de investigación.
5. La segunda página deberá contener el resumen y las palabras clave. Debe incluir un breve comentario que responda a la pregunta ¿Qué contribución tiene este trabajo a la Enfermería? en un párrafo de extensión máxima de cincuenta palabras. No más de 300 palabras. El resumen debe contener el propósito de la investigación, OBJETIVOS /HIPOTESIS procedimientos básicos, hallazgos principales y conclusiones principales. deben aparecer de 3-10 palabras clave (Se recomienda consultar los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en: <http://decs.bus.br/E/homepagee.htm>. Para verificar las palabras clave en inglés puede consultar los Medicus Subject Headings (MeSH) del Index Medicus en

<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.ht ml>)

6. En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

A.- Si se trata de un artículo original:

- Introducción: propósito estudio y justificación.
- OBJETIVO/HIPOTESIS
- Material y métodos, Sujetos y métodos.
- Resultados.
- Discusión.
- Bibliografía.

B.- Si se trata de revisiones o trabajos conceptuales:

- Introducción.
- Desarrollo del tema a analizar.
- Conclusiones del análisis.
- Bibliografía empleada.

C.- Carta al director:

- Esta sección es el lugar donde los lectores de Investigación & Cuidados pueden exponer sus comentarios, preguntas o críticas acerca de los artículos publicados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Deberá cumplir los requisitos de uniformidad (estilo Vancouver) a los que se acoge la Revista.
- Las referencias bibliográficas deben ir al final del artículo según el orden de aparición de las citas en el texto.
- Las citas deben numerarse consecutivamente siguiendo el orden con el que aparecen por primera vez en el texto, en forma de superíndices escritos antes del signo de puntuación si lo hubiere.
- Si se trata de una referencia de un trabajo realizado por dos autores se nombran ambos y si son varios se pondrá el nombre del primero seguido de et al.
- En caso de abreviar nombres de las revistas se utilizará el estilo de Index Medicus e Index de Enfermería.
- Se evitará el uso de frases imprecisas como citas bibliográficas; no pueden emplearse como tales "Observaciones no publicadas" o "comunicación personal".
- Los originales aceptados pero no publicados, se incluyen en las citas bibliográficas como "en prensa" (entre paréntesis).

El manuscrito será enviado a través de correo electrónico a cealicante@cecova.org en soporte Word. Las hojas irán numeradas en el ángulo superior derecho. El consejo editorial propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del artículo original. En esos casos los autores deberán remitir el original con las modificaciones en un plazo no superior a 1 mes pues en caso contrario no se garantizará su publicación.

ESTRUCTURA PARA LOS ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Además de las normas generales de publicación, en el caso de que el manuscrito presentado se trate de una investigación, contendrá los siguientes apartados:

- a) Resumen y palabras clave: la extensión del resumen no será superior a 250 palabras y tiene que aportar la información necesaria para poder conocer el/los objetivos del estudio, la metodología básica utilizada, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Las palabras clave se situarán debajo del resumen, debiendo identificarse de tres a diez tér-

minos que definan el contenido del trabajo para su inclusión en las bases de datos nacionales e internacionales.

- b) Introducción: debe definir claramente los objetivos del estudio y resumir la justificación del mismo, situándolo en el contexto de otros trabajos publicados.
- c) Material y método: se ha de especificar el diseño, la población y muestra, las variables estudiadas, el/los instrumento/s para la recogida de los datos, estrategias para garantizar la fiabilidad y la validez de los mismos, así como el plan de análisis, concretando el tratamiento estadístico. Se especificarán, asimismo, los aspectos éticos vinculados a los diferentes diseños.
- d) Resultados: iniciar con una descripción de los sujetos estudiados, posteriormente presentar la información pertinente a los objetivos del estudio. Las tablas, figuras, gráficos, etc., han de ser claras y relevantes, estando acotadas en el texto por orden de aparición. No repetir en el texto los datos expuestos en las tablas o gráficos y destacar o resumir sólo las observaciones más destacables.
- e) Discusión y conclusiones: sin repetir los datos expuestos en el apartado anterior se tendrá que explicar el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones en futuras investigaciones, así como la posible generalización de los hallazgos. También se compararán los resultados con otros trabajos similares y, a modo de conclusión, se intentará dar respuesta a los objetivos del estudio.
- f) Agradecimientos: deberán dirigirse a las personas o instituciones que han contribuido sustancialmente al estudio, siempre que sea pertinente.
- g) Bibliografía: se ajustará a lo indicado en el apartado de referencias bibliográficas.

REQUISITOS ÉTICOS Y LEGALES

Para garantizar la protección de personas y animales, en los estudios que se hayan realizado con humanos, en el apartado de Método se deberá mencionar que éstos han dado su consentimiento informado y que se ha respetado su anonimato y la confidencialidad de los datos, así como que se han realizado conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>).

El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todos los autores en la que declaren que:

- Todos los autores han participado en la redacción del manuscrito y aprueban la versión final del mismo que se adjunta a esta declaración, así como el envío para su publicación.
- En el caso de contener un apartado de agradecimientos, las personas que se citan han dado su aprobación para ello.
- Se han obtenido los permisos necesarios, en su caso, para reproducir textos, tablas, figuras o fotografías de otras publicaciones, así como fotografías originales de personas.
- El manuscrito no ha sido publicado en ninguna otra revista ni enviado al mismo tiempo a otras revistas.
- Si el trabajo ha sido presentado en algún evento científico, se ha hecho constar expresamente en el manuscrito.
- Se cede a CECOVA la propiedad intelectual del trabajo, así como el derecho a la reproducción de datos o ilustraciones en otras publicaciones de la editorial.

La adherencia farmacológica como intervención en prevención secundaria enfermera en la consulta de rehabilitación cardíaca

Autores: Pujalte Aznar, M^a Faz*, Jover Ruiz, Raul** Fernández Candela, Fernando***, Casillas Jiménez, M^a Angeles****

*Enfermera de la Unidad de Cardiología H.G.U. de Elche. Master Universitario en Ciencias de la Enfermería.

**Enfermero de la Unidad de Dialisis Fresenius Medical Care.

***Subdirector de Enfermería Asistencia Especializada Ambulatoria del H.G.U. de Elche. Profesor Facultad Ciencias de la Salud Universidad Cardenal Herrera CEU de Elche.

****Supervisora de Consultas de la U.I.A.E y Coordinadora de Trasplantes del H.G.U. de Elche. Master Universitario en Ciencias de la Enfermería.

pujalte.mf@hotmail.es

Pharmacological adherence as an intervention in secondary prevention in a cardiac rehabilitation nurse-led programme

ABSTRACT

Analysis and study of compliance to pharmacological treatment in patients with a coronary disease.

The main objective of this study is to describe therapeutic compliance in patients with a cardiovascular disease using the Morisky-Green Test, considered the "gold standard", and the Haynes-Sack Test. Fifty-two patients were studied from September 2012 to March 2013 in the Cardiac Rehabilitation nurse-led

clinic of the Hospital General Universitario de Elche.

Data obtained were analysed using "R-commander" and absolute and relative frequencies were calculated. It was found that 29.5% of patients were not adherent to treatment, mainly for the following reasons: patients forgot to take their treatment, they did not accept to depend on their disease or they just did not accept the disease itself.

We believe it is very important the

presence of nurses in rehabilitation cardiac clinics. These professionals undertake a continuous and integral assessment of chronic patients with a coronary disease. By improving disease prognosis and increasing their quality of life, nurses collaborate in the multidisciplinary team to achieve the goals planned.

Keywords: *medication compliance, secondary prevention, therapeutic, nursing and cardiac rehabilitation*

RESUMEN

Análisis y estudio sobre el grado de adherencia y cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedad coronaria.

El objetivo de este trabajo es valorar el grado de cumplimiento

terapéutico en pacientes con enfermedad cardiovascular mediante los Test Morisky-Green considerado "gold standard" y el Test de Haynes-Sacket. La muestra total de población es de 52 pacientes atendidos desde Septiembre 2012 hasta Marzo

2013 en la Consulta de Enfermería de la Unidad de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca del Hospital General Universitario de Elche.

El tratamiento de los datos se hizo mediante el programa informá-

tico "R-comander", calculándose frecuencias absolutas y relativas.

De los resultados obtenidos, el 70.5% de los pacientes son adherentes al tratamiento, existiendo un 29,5% de falta de adherencia al tratamiento farmacológico, cuya causa más frecuente es el olvido, la segunda la negativa a depender de

la enfermedad y la tercera la negación de esta última.

Consideramos muy importante la presencia de profesionales de Enfermería en las consultas de Rehabilitación Cardíaca realizando un abordaje integral y continuado del paciente con tratamiento crónico tras la enfermedad coronaria y colabo-

rando como miembro dentro del equipo multidisciplinar en la consecución de los objetivos planificados, mejorando el pronóstico de su enfermedad y aumentando su calidad de vida.

Palabras Clave: Cumplimiento de la Medicación, Prevención secundaria, Terapéutica, Enfermería, Rehabilitación Cardíaca.

Contribución de este trabajo a la enfermería:

Este trabajo contribuye en el desarrollo de la disciplina enfermera dando visibilidad a la necesidad de creación de consultas de enfermería en prevención secundaria de enfermedades cardiovasculares. Aporta intervenciones para el manejo eficaz del régimen terapéutico que ayudan a estabilizar la enfermedad y fomentan la autonomía del propio paciente ahorrando costes y siendo eficiente para el sistema sanitario.

INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades cardiovasculares especialmente la enfermedad coronaria, sigue siendo la causa más importante de muerte prematura en todo el mundo. Causan un elevado número de casos de discapacidad, y se estima que en las próximas décadas la pérdida total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) aumentará de 85 millones en 1990 a 150 millones en 2020(1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que aproximadamente 17 millones de personas mueren cada año como consecuencia de enfermedad cardiovascular en todo el mundo(2).

Existen dos aspectos concretos que merece la pena destacar por su gran influencia en la salud: el comportamiento del propio paciente en cuanto al cumplimiento de una determinada estrategia dirigida a mejorar su estilo de vida y su adherencia a la pauta terapéutica que se le ha prescrito. Ambas variables se refieren al manejo que el paciente hace de su propia enfermedad, un aspecto que cobra creciente importancia según aumenta la prevalencia de afecciones crónicas y la duración de las estrategias terapéuticas(3).

Se quiere concienciar a los ciudadanos y sensibilizar a los profesionales sanitarios, entre ellos al profesional de enfermería, sobre la importancia de la toma del tratamiento farmacológico, ante la creciente preocupación por las elevadas tasas de incumplimiento de los pacientes a los tratamientos que les son prescritos, siendo sus razones multifactoriales. La OMS ha clasificado los posibles motivos de la falta de adherencia a la medicación en cinco categorías: las razones relacionadas con el sistema de salud, la enfermedad, el paciente, el tratamiento y los factores socioeconómicos.

Categorías de la falta de adherencia:

- 1. Del sistema de salud:** Mala calidad de la relación entre el personal médico y el paciente; conocimiento insuficiente sobre la medicación o baja aceptación de las guías de práctica clínica; mala comunicación (p. ej. consejo insuficiente, complejo o confuso); falta de acceso a la atención sanitaria; falta de continuidad de la atención sanitaria.
- 2. De la enfermedad:** Enfermedad crónica asintomática (falta de señales físicas); trastornos mentales asociados (como la depresión).
- 3. Del paciente:** Discapacidad física (como problemas de visión o motricidad disminuida); trastornos cognitivos; factores psicológicos y conductuales (como falta de motivación, poca autoeficacia, impulsividad, edad joven).
- 4. Del tratamiento:** Complejidad del régimen y efectos secundarios.
- 5. Factores Socioeconómicos:** Nivel educativo bajo; coste elevado de la medicación y poco apoyo social.

Dentro del concepto de “cumplimiento” señalamos que se inició en los años sesenta con el pretexto de averiguar si los pacientes hipertensos tomaban o no correctamente la medicación que el médico les había prescrito, y a poder ser, relacionarlo con su evolución clínica. El mismo concepto continuó en los años setenta y ochenta con la inclusión de nuevos grupos de pacientes con otros tratamientos específicos, como: antibióticos, antiasmáticos, etc., siguiendo la misma línea que la anterior.

Hasta llegar a los años noventa donde a raíz de la aparición del tratamiento antirretroviral contra la infección causada por el virus VIH cambia totalmente el concepto de cumplimiento y aparece un nuevo concepto, el cual toma relevancia hasta límites insospechados.

El término adherencia es una traducción literal de la palabra inglesa “adherence” al castellano, concepto promovido por algunos grupos de apoyo y asociaciones de enfermos de VIH de EE.UU, con motivo de encontrar una terminología mucho más respetuosa hacia el paciente. Con esto se obtiene por primera vez la participación, consenso y compromiso del paciente frente a la terapia farmacológica. Por lo que a partir de este momento se consideró más adecuado utilizar el término “adhesión” que el de “cumplimiento”⁽⁴⁾.

Según Haynes y Sackett “la definición de cumplimiento o adherencia terapéutica se da por la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida, que coinciden con las indicaciones dadas por su médico”⁽⁵⁾.

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas, aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología⁽⁶⁾. En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS lo considera como un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios.

Resulta sorprendente que aproximadamente uno de cada dos pacientes crónicos no toma adecuadamente

su medicación, en la práctica diaria no hemos integrado este hecho como causa del fracaso terapéutico, conduciendo frecuentemente a la realización de pruebas innecesarias o intensificación de tratamientos que pueden incrementar los riesgos para el paciente⁽⁶⁾.

Los datos empíricos indican que las tasas de cumplimiento son extremadamente bajas, lo que representa un desafío importante en el contexto de la prevención cardiovascular secundaria, especialmente cuando se trata de enfermedades de larga duración y síntomas poco aparentes⁽³⁾.

El incumplimiento terapéutico se encuentra influido por múltiples factores como los relacionados con el paciente, el profesional de la salud, el sistema sanitario, la propia enfermedad y con los medicamentos prescritos.

Existen diversos métodos para valorar la adhesión al tratamiento de los pacientes. Sin embargo, todos presentan inconvenientes y limitaciones, no siendo ninguno de ellos exacto. Por ello es conveniente y necesario combinar varios, a fin de obtener datos de la situación real con la mayor exactitud posible.

Pueden agruparse en métodos directos o indirectos:

- **Métodos directos:** como la determinación del fármaco en plasma u otros líquidos biológicos. Estos son difíciles de incorporar en la práctica asistencial diaria y son extremadamente caros, sólo se aplican en momentos puntuales en los que se precise una estrecha monitorización del tratamiento.

- **Métodos indirectos:** entrevista, cuestionario, recuento de la medicación sobrante, renovación de recetas, visitas a la farmacia, SPD (sistemas personalizados de dosificación), frascos con registro electrónico de apertura, etc.

La entrevista quizá sea el más popular y se aplica en muchos centros, pero tiene el inconveniente de que el resultado es excesivamente dependiente de la habilidad del entrevistador y de la confianza que tenga el paciente con este⁽⁷⁾.

El recuento de la medicación sobrante es un buen método de cálculo y aunque represente un esfuerzo para el paciente, que debe devolver cada vez la medicación que le sobra, y para el farmacéutico, que debe

disponer de la estructura necesaria para aplicar el método, es muy fácil y sencillo de aplicar⁽⁸⁾.

En cualquier caso, es necesario tener siempre varios sistemas, ya que no todos los pacientes colaboran en la devolución de los envases, por lo que es aconsejable combinar un par de métodos.

Con el fin de conocer la adherencia dentro de la consulta de enfermería en pacientes con tratamiento crónico de enfermedad coronaria e incluidos en la Unidad de Prevención Secundaria y Rehabilitación del H.G.U. de Elche nos planteamos intervenciones de enfermería orientadas hacia el conocimiento de la adhesión farmacológica, terapéutica y multidisciplinar⁽⁹⁾.

El objetivo de este estudio es valorar el grado de adhesión terapéutico en pacientes con enfermedad cardiovascular mediante el Test de Morisky-Green⁽¹⁰⁾ y el Cuestionario del Autocumplimiento o Test Haynes-Sackett⁽¹¹⁾ que combina dos preguntas referidas a la dificultad y a los comprimidos olvidados en el último mes.

MATERIAL Y METODOS:

Desde la consulta de enfermería hemos utilizado dos cuestionarios sobre adherencia y cumplimiento farmacológico; el primero es el Test de Morisky-Green considerado como gold standard por ser un método indirecto, es a su vez un test fiable, validado y sencillo de aplicar en atención primaria y especializada ambulatoria, y el segundo cuestionario es el Test de Autocumplimiento o Test Haynes-Sackett.

Este estudio es de una cohorte de población que ha sufrido enfermedad coronaria, concretamente Infarto Agudo de Miocardio, angina y cirugía cardíaca de la Consulta de Enfermería en Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca del Hospital General Universitario de Elche. El grupo de pacientes tiene la peculiaridad de ser receptor de tratamiento crónico durante el resto de su vida.

Debido a las características del grupo de estudio y para objetivar el estado actual del cumplimiento farmacológico pautado por el facultativo, desde la consulta de enfermería de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca hemos utilizado dos cuestionarios de referencia en numerosas publicaciones y

estudios sobre adherencia: A) el Morisky-Green, validado⁽¹²⁾ para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine (Anexo 1) para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial. B) Autocumplimiento o Haynes-Sackett (Anexo 2) que combina dos preguntas referidas a la dificultad y a los comprimidos olvidados en el último mes.

El cuestionario Morisky-Green, consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica (sí/no), que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Permite valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad, asumiendo que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Es el cuestionario de forma autorreferida más utilizado en numerosos estudios de adherencia de fármacos antihipertensivos, antirretrovirales (VIH) y osteoporosis⁽¹³⁾ por necesitar tratamientos farmacológicos crónicos.

Sencillo en su utilización y disponible en la historia clínica electrónica Abucasis (tablas automatizadas) al que tienen acceso de forma generalizada médicos y enfermeras en la Agencia Valenciana de Salud de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana.

El cuestionario de Haynes – Sackett en el que se realizan dos preguntas durante la intervención enfermera. Si la respuesta es afirmativa a la primera pregunta se solicita el número medio de comprimidos olvidados durante un período de tiempo como segunda pregunta.

El periodo sobre el que hemos centrado el estudio sobre la adherencia farmacológica abarca desde Septiembre del 2012 hasta Marzo del 2013.

La muestra total de población es de 52 pacientes que han completado ambos cuestionarios respectivamente en la consulta de enfermería. De ellos se excluye un paciente por dificultades para contestar sin sesgos a las respuestas.

El tratamiento de los datos se realiza mediante el programa informático “R- Comander” definido como Proyecto de Computación Estadística y Matemática. Una característica destacable de este programa para su implantación es su gratuidad y descargable en la red <http://www.r-project.org>.

Sirve para el tratamiento de variables cuantitativas y dicotómicas.

■ Investigación & Cuidados

RESULTADOS:

Para el tamaño muestral de N = 51, tras la contestación a ambos cuestionarios y especificaremos las preguntas más significativas y que nos aporten datos relevantes.

Así mismo las distribuimos de acuerdo a cada pregunta según frecuencia absoluta (nº de veces que se repite un dato) y relativa (es el cociente entre la frecuencia absoluta y el tamaño de la muestra, ayuda a identificar tendencias).

FRECUENCIAS DE DATOS EN LOS CUESTIONARIOS MORINSKY-GREEN (MG) Y HAYNES-SACKETT (HS).

Pregunta	Frecuencia Absoluta		Frecuencia Relativa	
	NO	SI	NO	SI
MG - P1	41	10	80.39 %	19.61 %
MG - P2	46	5	90.02%	9.8 %
MG - P3	50	1	98.04 %	1.96 %
MG - P4	49	2	96.08 %	3.92 %
HS - P1	51	0	100 %	0 %
HS - P2	41	10	80.39 %	19.61 %

Cuestionario de Morinsky - Green

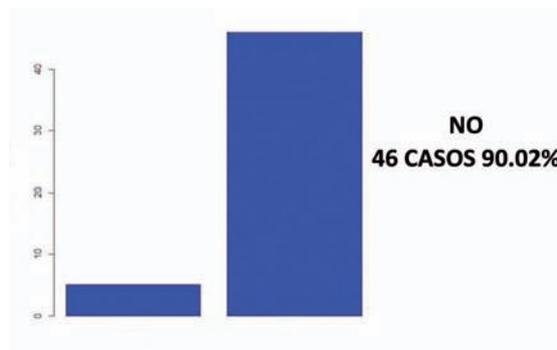
Pregunta nº 1: ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

Frecuencia Relativa



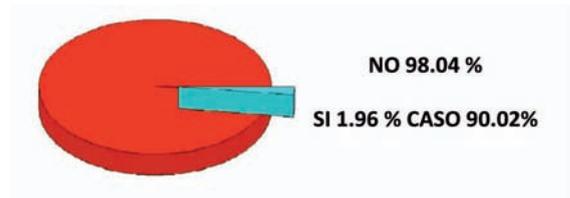
Pregunta nº 2: ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

Frecuencia Absoluta



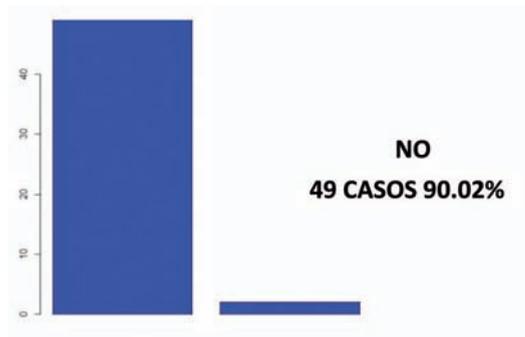
Pregunta nº 3: Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

Frecuencia Relativa



Pregunta nº 4: Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Frecuencia Absoluta

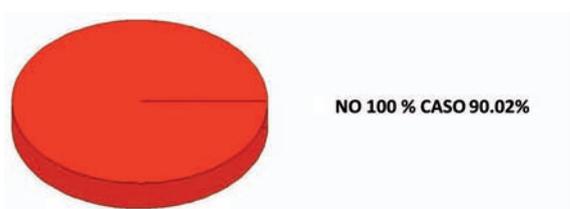


El Test Morisky Green validado nos aporta información sobre el porcentaje de cumplidores, a la primera pregunta contesta un 19.61 % se le olvida tomar algún fármaco para su enfermedad. Un 9.8 % contesta que no se administra los medicamentos a la hora indicada. El 1.96 % deja de tomar la medicación cuando se encuentra bien y el 3.92 % si se siente mal deja de tomar la pauta farmacológica.

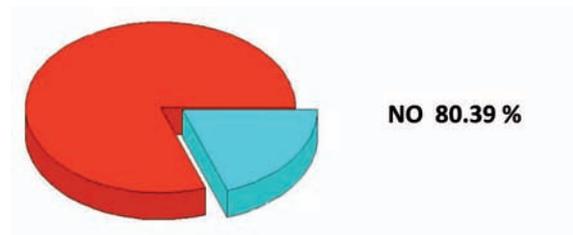
Cuestionario Haynes-Sackett

Pregunta nº 1: ¿Tiene usted alguna dificultad para tomar las pastillas?

Frecuencia Relativa



Pregunta nº 2: ¿Cuántas pastillas ha olvidado en el último mes?



Dentro del estudio comparamos del total de la muestra, a aquellos pacientes que cumplen correctamente la plantilla de respuestas, es decir son completamente adherentes al tratamiento farmacológico siendo su resultado de 70.5%.

También existe una correlación entre ambos test entre las preguntas MG-P1 y HS-P2 ambas coinciden en 80.39 % de adherencia, un 19.61 % de los pacientes se olvida alguna vez de tomar la medicación.

Un total de 36 pacientes de la muestra responde correctamente a la plantilla de ambos test, considerándolos adherentes al tratamiento farmacológico.

Jiménez valida el Test de Morisky-Green modificando la pregunta 2 para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/No.

CONCLUSIONES:

La principal causa de incumplimiento terapéutico que refirieron los pacientes fue el olvido, la segunda la negativa a depender de la medicación y la tercera la negación de la enfermedad, causa que se repite constantemente en los estudios consultados incluidos en la bibliografía⁽¹⁴⁾.

Otras causas de incumplimiento son el temor a los efectos secundarios y la desmotivación al ser tratamientos crónicos, la mayoría de pacientes pregunta si con el tiempo dejará de tomar medicación o le suspenderán algunas de ellas como las estatinas, el ácido acetilsalicílico o algún antihipertensivos tipo betabloqueantes o inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA).

Al inicio del tratamiento domiciliario tras el alta hospitalaria y posterior visita a la consulta de prevención secundaria enfermera, resulta significativa la cifra

de un 19.61 % de los pacientes se le olvide alguna vez tomar la medicación.

En este estudio se demuestra que la falta de adherencia a tratamientos crónicos de enfermedad coronaria se encuentra cercana al 20% del total de pacientes correspondiendo con otros estudios consultados⁽⁶⁾ y puede oscilar desde el 45% al 60% en la administración de ácido acetilsalicílico a lo largo del tiempo resultados consultados del “Proyecto Manhattan”⁽³⁾.

El olvido de medicación conduce a una mayor tasa de recidivas, incrementando el número de hospitalizaciones aumentando a su vez las pruebas y tratamientos adicionales, provocando fracasos en alcanzar objetivos diagnósticos y de recuperación del estado de salud.

Cuando sucede el olvido de la medicación en la mayoría de las veces supone el olvido de la enfermedad, correlacionado directamente con la negativa a la dependencia de la medicación y el rechazo a la enfermedad. Esto nos lleva a la conclusión de que el médico debe tener un papel más activo cuando explica el origen y las consecuencias de la enfermedad a corto y largo plazo.

También destacamos la sincronía entre el Test Morisky-Green y el Test de Haynes-Sackett a la hora de detectar a los pacientes incumplidores. Aunque sólo el Test de Morisky-Green esta validado en su versión, se pueden aplicar indistintamente en la consulta porque nos aportan datos fiables y contrastables, coincidiendo en el número exacto de pacientes que olvidan la administración de su tratamiento.

Dentro de las perspectivas a desarrollar para mejorar el grado de adherencia farmacológica se encuentra la mejora de la comunicación entre el paciente y el profesional de la salud⁽¹⁵⁾, especialmente enfermería. Esta relación profesional nos ayudaría a conseguir resultados positivos sobre adherencia al tratamiento farmacológico y terapéutico.

Para lograr buenos cumplidores se necesita un equipo profesional multidisciplinar en el que se incluyan médicos, enfermeras y farmacéuticos, que logre poner en marcha este reto encaminado a mejorar el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes crónicos y hacer un uso eficiente de los recursos del sistema sanitario⁽³⁾.

Entre los profesionales de la salud cobra gran importancia el profesional de enfermería que deberá

desarrollar estrategias de intervención⁽¹⁶⁾ con el fin de elaborar un plan que ayude a los pacientes a entender la importancia de la adherencia y que permita detectar a los pacientes incumplidores.

Es necesario la realización de estudios sobre adherencia que permitan conocer qué métodos resultan más útiles para detectar a los pacientes incumplidores y también conocer cuál es la mejor estrategia para mejorar el cumplimiento de las pautas prescritas para su enfermedad⁽¹⁴⁾.

BIBLIOGRAFÍA

- Sociedad Europea de Prevención y Rehabilitación Cardiovascular (EACPR). Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). Rev. Esp. Cardiol. 2012; 65(10): 937. Documento descargado de <http://http://www.revespcardiol.org> el 25/10/2012.
- Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva, World Health Organization, 2011.
- Fuster V. Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). Rev. Esp. Cardiología 2012; 65 (Supl. 2): 10-16.
- Martín Alfonso Libertad. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2004 Dic [citado 2013 Mayo 21]; 30(4).
- Rodríguez A, Gómez AM. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Av. Enfermería 2010. Vol. XXVIII (1): 63-71.
- Información Farmacoterapéutica de la Comarca. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Boletín Infac publicación electrónica 2011. Vol. 19 (1). <http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es>
- http://www.neumosurenfermeria.org/AAA/almeria/textos/adherencia_al_tratamiento.htm
- Codina C, Martínez M, Tuset M et al. Comparación de tres métodos de cálculo de adherencia en pacientes con tratamiento antirretroviral. Rev. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2002; 20:484-90. - vol.20 núm 10.
- Pujalte MF, Casillas MA, Fernández F. Implantación de la consulta de Enfermería en rehabilitación cardíaca, utilización de la planificación de cuidados y la taxonomía diagnóstica. Rev. Investigación y Cuidados 2011. 3er Cuatrimestre. Vol. 9 (21). 17-23
- Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care 1986; 24: 67-74.
- Haynes RB, Sackett DL, Gibson ES et al. Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. Lancet 1976; 1: 1265-8.
- Val Jiménez A, Amorós G, Martínez P et al. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky y Green. Aten Primaria 1992; 10: 767-70.
- Nogués X, Sorli ML, Villar J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An. Med. Interna (Madrid) 2007; 24: 138-141.
- De Frutos E, Lorenz G, Manzotti C et al. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedad cardiovascular. Clin. Invest. Arterioscl. 2008; 20 (1): 8-13.
- Ortiz C. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Av. Enfermería 2010 Vol. XXVIII (2): 73-87.
- Flórez IE. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Av. Enfermería 2009. Vol. XXVII (2): 25-32.

ANEXOS

Test de Morisky-Green

- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? Si/No
- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Si/No
- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? Si/No
- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? Si/No

Paciente cumplidor: si responde de forma correcta a las 4 preguntas: No/Sí/No/No.

Jiménez valida el test cambiando la pregunta 2 por: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? permite que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/No.

Test de Autocumplimiento o Test Haynes-Sackett

Este test consta de dos partes. La primera consiste en evitar una pregunta directa al paciente sobre la toma de la medicación, ya que directamente contestaría que sí se la toma; para esto, en el entorno de una amable conversación, le haríamos ver la dificultad que los pacientes tienen para tomar su medicación introduciendo la siguiente frase:

- “La mayoría de los pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos.”

Posteriormente, y como segunda parte del test, se le haría la siguiente pregunta:

- “¿Tiene usted alguna dificultad para tomar las pastillas?”

- “¿Cuántas pastillas ha olvidado en el último mes?”.

En caso de respuesta afirmativa, se pregunta sobre los comprimidos olvidados en el último mes. Se considera cumplidor aquel paciente cuyo porcentaje de cumplimiento se sitúa en el 80-110%.

Valoración y comparación de la eficacia del tratamiento analgésico en el paciente postquirúrgico

Autores: Amorós Molina, A; Ruiz Sánchez, M.V; Coves Enguïdanos, A; Quinto Gomariz, A
Estudiantes de Tercero de Grado en Enfermería. Universidad de Alicante.

amorosmolina.angela@gmail.com

Valuation and comparison of the analgesic treatment effectiveness in postsurgical patients.

ABSTRACT

Title: Valuation and comparison of the analgesic treatment effectiveness in postsurgical patients.

Introduction: Pain is a subjective, an emotional and a sense experience, which is mediated by internal and external patient's factors. It is caused by a real or potential lesion of the organism. It exists two principal pain types: acute pain, which is the one that starts recently and has a limited length. This study is centred in one type of acute pain: postsurgical pain, that is a iatrogenic pain caused by the nociceptive stimulation after a surgery. In order to treat it is crucial its detection. It could be used scales to measure it. Here is where the nurse's labour is very important. It exists three types of analgesic regimen: the continued one, the combined one and the rescue one. The study's objective is to value and compare the analgesic treat-

ment effectiveness in postsurgical patients.

Material and methods: This study is descriptive, longitudinal and prospective. A patient monitoring is made during three weeks in the General surgery and Traumatology services of Hospital General Universitario de Elche. It has been collected information from patients since their second postsurgical day until their hospital discharge. It was used the VAS scale and McHill's questionnaire in order to obtain the data. It was used the IBM SPSS Statistics 20.0 program to analyze them.

Results: The studied population is composed by men and women between 20 and 85 years old. It was observed a statistically significant relationship between the analgesic regimen and the pain intensity. The continued one was the most effec-

tive. It was also observed that women refer higher pain intensity than men. When it was compared the pain intensity of the first day among the last one, it was appreciated that the pain's average was reduced in general, except to the rescue analgesic regimen.

Conclusion/Discussion: It is shown that the continued analgesic regimen is the recommended one. Related to the pain intensity between men and women, it could be said that the results coincide with the results of the consulted evidence. The small size of the studied sample and the subjectivity of people thought are limitations for the study. The pain control is a quality care indicator and it needs the collaborative action from a multidisciplinary team.

Key words: Analgesia. Pain. Postsurgical.

RESUMEN

Introducción: El dolor supone una experiencia subjetiva, sensorial y emocional desagradable, mediado por factores internos y externos al paciente, cuya causa es una lesión real o potencial del organismo. Existen dos tipos principales de dolor: el dolor agudo, que es aquel de inicio reciente y duración limitada; y el dolor crónico, que se caracteriza por persistir más allá del período de recuperación de la lesión. El presente estudio se centra en un tipo de dolor agudo: el dolor postquirúrgico, siendo éste una dolencia iatrogénica causada por la estimulación nociceptiva consecuente de una intervención quirúrgica. Para su tratamiento es crucial su detección, pudiendo emplearse escalas para su medición. Aquí enfermería juega un importante papel. Existen tres tipos de pauta analgésica: continua, de rescate y combinada. El objetivo del estudio

es valorar y comparar la eficacia del tratamiento analgésico en el paciente postquirúrgico, y la comparación del dolor entre sexos.

Material y métodos: Este estudio es de tipo descriptivo, longitudinal y prospectivo. Se realiza un seguimiento durante tres semanas en las unidades de Cirugía y Traumatología del Hospital General Universitario de Elche, de pacientes a partir del segundo día postquirúrgico hasta el alta. Para la recogida de datos se emplean la escala EVA y el cuestionario de McGill. Para el análisis de los datos se emplea el programa IBM SPSS Statistics 20.0.

Resultados: La población estudiada es mixta y consta de 42 pacientes entre 20 y 85 años. Se observa una relación estadísticamente significativa entre la pauta analgésica y la intensidad de dolor, mostrándose más efectiva la pauta

continua. Se observa, asimismo, que las mujeres refieren más dolor que los hombres. Al comparar la intensidad de dolor del primer y el último día de hospitalización, se aprecia que la media de dolor disminuye para todos los tipos de analgesia, salvo para la de rescate.

Conclusiones/Discusión: Se demuestra que la pauta analgésica más recomendable es la continua. Con respecto al dolor entre sexos, el resultado obtenido coincide con las conclusiones de la literatura consultada. El reducido tamaño muestral y la subjetividad de los pacientes son limitaciones para el estudio. El control del dolor resulta ser un indicador de la calidad asistencial y necesita la acción colaborativa de un equipo multidisciplinar.

Palabras clave: Analgesia. Dolor. Postquirúrgico.

INTRODUCCIÓN

El dolor supone una experiencia subjetiva, sensorial y emocional desagradable^{2, 5, 6}. Está mediado por factores internos (edad, situación cognitiva y emotiva, experiencias dolorosas previas y expectación del dolor,...) y externos al paciente (ambiente en el que se encuentra el paciente, educación,...), cuya causa es una lesión real o potencial del organismo^{12, 20}. En caso de persistir dicha sensación y de no existir remedio para la misma, puede convertirse en una patología per se.

Existen dos tipos principales de dolor: el dolor agudo, que se define como aquél de inicio reciente y duración probablemente limitada, ocasionado por una lesión o patología¹⁵; y el dolor crónico, que se caracteriza por persistir a lo largo del tiempo, más allá del

período de recuperación de la lesión. El tipo de dolor en el que se centra este estudio es el dolor postquirúrgico¹¹. Éste es una clase de dolor agudo, causado por la estimulación nociceptiva consecuente de una intervención quirúrgica¹⁶. Su intensidad se relaciona con el tipo de intervención realizada, la localización y la técnica quirúrgica empleada, teniendo lugar mayor respuesta fisiológica cuando mayor agresión exista^{6, 19, 21, 22, 23}.

El dolor postquirúrgico consiste en una dolencia iatrogénica capaz de producir repercusiones patológicas (taquicardia, hipertensión, incremento del gasto cardíaco, taquipnea, incremento del consumo de oxígeno, aumento de la motilidad gastrointestinal, disminución del tono vesical, atrofia muscular,...) y psicológicas (estrés, ansiedad, trastornos del sueño,...), en el

caso de no ser tratado de manera adecuada. Por ello, el control del dolor supone un indicador de calidad asistencial y buena práctica clínica¹⁴. Además el dolor supone un diagnóstico de enfermería prevalente que influye de manera determinante en el bienestar del paciente.

Como hemos comentado, aunque el dolor se trata de una experiencia subjetiva, puede ser medido mediante escalas². Las escalas ideales de evaluación del dolor deben ser simples, precisas, con mínima variabilidad interpersonal, deben cuantificarlo y discernir en la respuesta al tratamiento¹³.

El primer paso para el tratamiento del dolor es su detección. Posteriormente se administran las pautas analgésicas establecidas. Según la bibliografía consultada y nuestra experiencia durante las prácticas clínicas hemos observado que existen tres tipos de pauta analgésica para este tipo de pacientes: analgesia continua (pauta establecida por el facultativo), analgesia de rescate (administrada a demanda del paciente) y analgesia combinada (continua y de rescate).

El objetivo de nuestro estudio es la valoración y comparación de la eficacia del tratamiento analgésico en los pacientes postquirúrgicos y la comparación de la verbalización de dolor entre sexos.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo descriptivo, longitudinal y prospectivo, puesto que se basa en la observación de la efectividad de la analgesia sobre el dolor en pacientes postquirúrgicos. Además, se realiza un seguimiento durante tres semanas, desde el 28/02/2013 hasta el 17/03/2013, durante las cuales se selecciona a pacientes que cumplan los criterios de inclusión^{4, 7, 8}. Los datos se recogen conforme van apareciendo, ya que el inicio del estudio es previo a los hechos estudiados. El seguimiento se realizó de lunes a domingo, preguntando a los pacientes sobre la intensidad y el tipo de dolor según su localización, duración y carácter.

El ámbito en el que se realiza este estudio es el contexto hospitalario, concretamente en las unidades de cirugía y traumatología del Hospital General Universitario de Elche. En cuanto a la muestra de la población a estudio, los criterios de inclusión seleccionados han sido: 1) Pacientes ingresados en las unidades de traumatología y cirugía intervenidos quirúrgicamente, 2) que se encuentren en su segundo día postquirúrgico, debido a que nuestro objetivo es valorar la efectividad de la pauta analgésica en planta, no la anestésica. Respecto a los criterios de exclusión, éstos han sido: 1) Población compuesta por hombres y mujeres mayores de 85 y menores de 20 años, 2) que no presenten deficiencias neurológicas, tales como demencia, y alteraciones de la comunicación.

Las variables que constituyen el objetivo de la investigación son la pauta analgésica como variable independiente y el dolor postquirúrgico como variable dependiente. En cuanto a las posibles variables extrañas, que pudieran aparecer durante el seguimiento, se encuentran las complicaciones potenciales de la herida quirúrgica o reacciones adversas medicamentosas, por lo que podrían modificar la pauta analgésica.

El procedimiento de la recolección de datos fue a través del diseño de un cuestionario estructurado, aplicado a los pacientes mediante una entrevista, previamente informada, tanto verbalmente como de forma escrita, pues se diseñó una hoja informativa con la descripción del estudio. Asimismo se incluyó la solicitud de su consentimiento informado, teniendo en cuenta las consideraciones éticas de la recogida de datos. Para la elaboración de dicho cuestionario se ha empleado la escala EVA (Escala Visual Analógica) y el cuestionario de McGill. La Escala Visual Analógica es una herramienta sencilla, reproducible, de base sólida y con alta sensibilidad, útil para la reevaluación del dolor en un paciente determinado en distintas ocasiones.

Por otro lado, el cuestionario de McGill se eligió para complementar aspectos que en la escala EVA no se definían con total claridad. Gracias a la multidimensionalidad de dicho cuestionario puede describirse como una herramienta que abarca diversos aspectos de la descripción de la experiencia dolorosa¹². En su conjunto, ambas herramientas proporcionan una evaluación del dolor clara y entendible, fundamentada en una sólida base científica⁹.

El siguiente estudio ha sido aprobado por el Comité Científico de V Jornada Científica de enfermería del departamento de salud de Elche-Hospital General; 2013.

■ Investigación & Cuidados

Se elaboró una hoja de registro de los datos recogidos mediante el programa informático IBM SPSS Statistics 20.0. Aquí se registraron las variables referentes a la pauta analgésica, la intensidad de dolor, a partir del segundo día postquirúrgico de cada paciente hasta el alta hospitalaria, así como la edad, el sexo y la especialidad médica de los pacientes. Se emplearon técnicas estándar de estadística descriptiva.

RESULTADOS

En el presente estudio se incluyen los datos de 42 pacientes, 21 ingresados en el servicio de Cirugía General y 21 en el de Traumatología. La muestra se compone de 25 hombres (59,5%) y 17 mujeres (40,5%) de edad comprendida entre 23 y 85 años. Como estadísticos descriptivos se obtiene una media de edad de 60.12 años. La mediana, 62.50 años, no dista demasiado de la media, por lo que se puede afirmar que se trata de una muestra poblacional bastante homogénea. La desviación típica es de 17.542 años, lo que significa que la mayoría de los pacientes se encuentran en torno a la edad promedio. No existe, por tanto, un grado elevado de dispersión de los datos.

Como datos de interés a resaltar, es preciso mencionar las características del dolor más comunes que han presentado los pacientes a estudio a lo largo del seguimiento (ver tabla 1)

Tipo de dolor según duración	<input type="radio"/> Intermitente <input type="radio"/> Continuo
Tipo de dolor según el carácter del mismo	Punzante 1. Opresivo 2. Tirantez 3. Calor 4. Frialdad 5. Hormigueo 6. Escozor 7. Picor 8. Pesadez 9. Como hinchado 10. Calambrazos 11. Como martillazos
Tipo de dolor según su localización	<input type="radio"/> Difuso <input type="radio"/> Localizado

Tabla 1. Características más frecuentes del dolor en los pacientes a estudio a lo largo del seguimiento (palabras en negrita)

Por otro lado, se procedió a establecer una relación entre la pauta analgésica de los pacientes con la intensidad de dolor que padecen el primer día del estudio, esto es, el segundo día postquirúrgico (ver tabla 2). Existe una relación estadísticamente significativa, puesto que el valor de α es 0.014, es decir, menor a 0.05.

Una de las cuestiones relevantes que han motivado la realización de este estudio es la comparativa de dolor entre sexos. Según los resultados de este estudio, las mujeres sienten mayor intensidad de dolor que los hombres, con unos valores promedio de 4,67 y 4,12 respectivamente.

Otro de los aspectos objeto de este estudio es la comparativa entre la pauta analgésica e intensidad del dolor del primer y último día de estudio (ver tabla 2 y 3).

La analgesia combinada ha sido la pauta con la que mayor disminución de intensidad de dolor han experimentado los pacientes. No obstante, con la que menos dolor han sentido éstos tras el estudio, es la pauta continua. Por otro lado, se observa que la media de dolor del paciente tratado con analgesia de rescate, se ve incrementada con respecto al primer día de seguimiento. Además, la media de dolor del paciente sin pauta analgésica se mantiene sin variaciones durante su estancia hospitalaria.

Analgésico 2º día postquirúrgico		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Combinada	Intensidad dolor	20	2	10	6,70	2,080
Continua	Intensidad dolor	18	0	8	4,28	2,718
Ninguna	Intensidad dolor	1	3	3	3,00	.
Rescate	Intensidad dolor	1	4	4	4,00	.

Tabla 2. Comparativa analgesia 2º día postquirúrgico con la intensidad de dolor da cada paciente dicho día

Analgésico último día		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Combinada	Intensidad dolor	23	0	10	4,35	2,994
Continua	Intensidad dolor	17	0	7	2,53	2,322
Ninguna	Intensidad dolor	1	3	3	3,00	.
Rescate	Intensidad dolor	1	5	5	5,00	.

Tabla 3. Comparativa analgesia último día de seguimiento con la intensidad de dolor de cada paciente dicho día

Dentro de las variables extrañas o de confusión se incluye el hecho de que la muestra poblacional no es excesivamente amplia, con lo cual puede que haya valores de ciertas variables que no presenten mucha significación estadística. Por otro lado, cabe destacar la subjetividad y dificultad de medir el dolor. Asimismo, el horario de recogida de datos de cada día del seguimiento no era el mismo. No se requería una hora determinada ya que al paciente se le preguntaba por una media de dolor a lo largo del día, pero bien es cierto que si el paciente presenta mayor intensidad del dolor en el momento de realización del cuestionario, sus respuestas pueden verse afectadas.

DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN

Según los valores obtenidos mediante la recogida y análisis de datos, se demuestra que las mujeres sienten mayor intensidad de dolor que los hombres. Este aspecto también se refleja en otros estudios consultados, mostrándose coincidentes con las conclusiones obtenidas en este estudio. Esta diferencia se debe principalmente a distintos aspectos tales como factores anatómicos, fisiológicos, neurológicos, hormonales, psicológicos y socioculturales, que distan entre el hombre y la mujer^{1,3}.

Por otro lado, la pauta analgésica que ha demostrado ser más efectiva para el tratamiento del dolor, ya que presenta unos valores de intensidad más bajos al finalizar el estudio, es la pauta continua. Tratando con

los pacientes, se ha observado que muchos de ellos se muestran reticentes a demandar analgesia complementaria a una pauta establecida por el facultativo, por lo que la pauta analgésica continua se muestra más efectiva en estos casos en comparación con otros tipos de analgesia como la combinada o la de rescate.

Sin embargo, y a pesar del creciente conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de la producción del dolor y de la disponibilidad de fármacos efectivos, el dolor es todavía detectado y tratado de forma inadecuada en la mayoría de los pacientes hospitalizados. Con este estudio se pretende hacer reflexionar al profesional sanitario, más concretamente a enfermería por ser el primer filtro de la respuesta dolorosa del paciente, gestora de su tratamiento y pieza fundamental del proceso del dolor y su alivio⁶.

Además, el dolor es un indicador de la calidad asistencial crucial^{10,14,17,18}, siendo éste uno de los diagnósticos de enfermería más empleados en el paciente posquirúrgico, objeto de este estudio. Por este último motivo, consideramos relevante que en futuras investigaciones se profundice más en el estudio del dolor, no solo en el paciente posquirúrgico, para así poder aplicar una atención multidisciplinar más amplia del paciente, y que en instancia, mejore la calidad de vida del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Gutiérrez Lombana W, Gutiérrez Vidal SE. Diferencias de sexo en dolor. Una aproximación a la clínica. Rev. Colomb. Anestesiol. [Revista en Internet] 2012 Mar [consultado 9 Mar 2013]; 40 (3): 207-12. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_ser_vlet?f=10&pident_articulo=90149440&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=341&ty=121&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=341v40n03a90149440pdf001.pdf
- Gkotsi A, Petsas D, Sakalis V, Fotis A, Triantafyllidis A, Vouros I et al. Pain point system scale (PPSS): a method for postoperative pain estimation in retrospective studies. J Pain Res. [Revista en Internet] 2012 [consultado 8 Mar 2013]; 503-510. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3496529/>
- Carneiro de Araújo Palmeira C, Adel Ashmawi H, De Paula Posso I. Sexo y Percepción del Dolor y Analgesia. Rev Bras Anestesiol. [Revista en Internet] 2011 [consultado 3 Mar 2013]; 61(6): 449-458. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n6/es_v61n6a14.pdf
- Alaba J, Arriola E, Navarro A, González MF, Buiza Z, Hernández C, Zulaica A. Demencia y dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor [Revista en Internet]. 2011 May-Jun [consultado 9 Mar 2013]; 18 (3): 176-86.

- Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v18n3/revision1.pdf>
5. Bernhofer, E. "Ethics and Pain Management in Hospitalized Patients" OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. [Revista en Internet] 2011 [consultado 20 Feb 2013]; 17(1). Disponible en: <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No1-Jan-2012/Ethics-and-Pain-Management.html>
 6. Marchan Espinosa S, Gómez- Rico Pareja A. Manejo del dolor en el postoperatorio inmediato en pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla. NURE Inv. [Revista en Internet]. 2011 Sept-Oct [consultado 9 Mar 2013]; 8 (54): [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE54_original_manejodeldolor1872011171012.pdf
 7. Von Mühlenbrock F, Gómez R, González M, Rojas A, Vargas L, Von Mühlenbrock C. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. Rev Chil Neuro-Psiquiat. [Revista en Internet] 2011 [consultado 3 Mar 2013]; 49(4): 331-337. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272011000400004&script=sci_arttext
 8. Álaba J, Arriola E. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. Rev Soc Esp Dolor. [Revista en Internet] 2009 [consultado 27 Feb 2013]; 16(6): 344-351. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-sociedad-esp%C3%Bola-dolor-289/prevalencia-dolor-pacientes-geriatricos-institucionalizados-13142422-notas-clinicas-2009>
 9. Gatchel RJ, PhD, ABPP, Theodor BR, MS. Resultados Basados en la Evidencia para la Investigación y Práctica Clínica del Dolor. Pain Practice. [Revista en Internet] 2009 [consultado 2 Mar 2013]; 9(S2): 22-30. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1533-2500.2009.00325.x/pdf>
 10. Montes A, Arbonés E, Planas J, Muñoz E, Casamitjana M. Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento. Rev. Soc. Esp. Dolor [Revista en Internet]. 2008 Ene [consultado 9 Mar]; 15 (2): 75-82. Disponible en: http://revista.sedolor.es/imprimir.php?archivo=2008_02_03
 11. Esteve Pérez N, Del Rosario Usoles E, Giménez Jiménez I, Montero Sánchez F, Baena Nadal M, Ferrer A, Aguilar Sánchez JL. Seguridad y efectividad del tratamiento del dolor agudo postoperatorio: seguimiento de 3.670 pacientes. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. [Revista en Internet] 2008 [consultado 9 Mar 2013]; 55 (9): 541-47. Disponible en: https://www.sedar.es/vieja/restringido/2008/n9_2008/4.pdf
 12. Castel A, Miró J, Rull M. La escala de dolor BS-21: datos preliminares sobre su fiabilidad y validez para evaluar la intensidad del dolor en geriatría. Rev. Soc. Esp. Dolor. [Revista en Internet]. 2007 May [consultado 9 Mar 2013]; 14 (4): 274-83. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v14n4/original3.pdf>
 13. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C y Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. Med Intensiva. [Revista en Internet] 2006 [consultado 22 Feb 2013]; 30(8). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0210-6912006000800004&script=sci_arttext
 14. Bolívar I, Català E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. [Revista en Internet] 2005 [consultado 9 Mar 2013]; 52 (3): 131-40. Disponible en: <http://db.sedar.es/restringido/2005/3/131.pdf>
 15. Guevara López U, Covarrubias Gómez A, Hernández Ortiz A. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo. Cir.Ciruj. [Revista en Internet] 2005 Sep-Oct [consultado 9 Mar 2013]; 73 (5): 393-404. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2005/cc055m.pdf>
 16. González de Mejía N. Analgesia multimodal postoperatoria. Rev Soc Esp Dolor. [Revista en Internet] 2005 [consultado 25 Feb 2013]; 12(2): 112-118. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462005000200007&script=sci_arttext
 17. Bolívar I, Català E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. Rev Esp Anestesiol Reanim. [Revista en Internet] 2005 [consultado 28 Feb 2013]; 52(3): 131-140. Disponible en: <http://db.sedar.es/restringido/2005/3/131.pdf>
 18. Galí J, Puig C, Carrasco G, Roure C, Andreu C. Experiencia en el tratamiento multidisciplinar del dolor agudo postoperatorio. Rev. Calidad Asistencial. [Revista en Internet] 2004 [consultado 9 Mar 2013]; 19 (5): 296-303. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/256/256v19n05a13064803pdf001.pdf>
 19. Cyteval C, Thomas E, Decoux E, Sarrabere MP, Cottin A, Blotman F, Tauorel P. Cervical Radiculopathy: Open Study on Percutaneous Periradicular Foraminal Steroid Infiltration Performed under CT Control in 30 Patients. Am J Neuroradiol. [Revista en Internet] 2004 Mar [consultado 9 Mar 2013]; 25: 441-45. Disponible en: <http://www.ajnr.org/content/25/3/441.full.pdf+html>
 20. García Sánchez IM. Calidad percibida por las mujeres intervenidas de cesárea ante el manejo del dolor postoperatorio en cirugía obstétrica. NURE: Revista Científica de Enfermería. [Revista en Internet] [consultado 9 Mar 2013]; 1-5. Disponible en: http://www.fuden.es/originales_obj.cfm?id_original=72&Filainicio=25&paginacion=4
 21. Cyteval C, Thomas E, Decoux E, Sarrabere MP, Cottin A, Blotman F et al. Cervical Radiculopathy: Open Study on Percutaneous Periradicular Foraminal Steroid Infiltration Performed under CT Control in 30 Patients. AJNR Am J Neuroradiol. [Revista en Internet] 2004 [consultado 28 Feb 2013]; 441-445. Disponible en: <http://www.ajnr.org/content/25/3/441.full.pdf+html>
 22. Cyteval C, Baron Sarrabère MP, Roux JO, Thomas E, Jorgensen C, Blotman F et al. Acute Osteoporotic Vertebral Collapse: Open Study on Percutaneous Injection of Acrylic Surgical Cement in 20 Patients. AJR. [Revista en Internet] 1999 [consultado 28 Feb 2013]; 1685-1690. Disponible en: <http://www.ajronline.org/doi/pdf/10.2214/ajr.173.6.10584820>
 23. Cyteval C, Barros Sarrabère MP, Roux JO, Jorgensen C, Blotman F, Sany J, et al. Acute Osteoporotic Vertebral Collapse: Open Study on Percutaneous Injection of Acrylic Surgical Cement in 20 Patients. AJR. [Revista en Internet] 1999 Dic [consultado 9 Mar 2013]; 173: 1685-90. Disponible en: <http://www.ajronline.org/doi/pdf/10.2214/ajr.173.6.10584820>

Salud sexual durante el embarazo y puerperio: factores de pérdida y recuperación

IX premio CECOVA de investigación para residentes de matronas. Año 2013

Autores: Calleja Muñoz, A; Cánovas Cánovas, MP; García Fernández, R.; Martínez Da Silva, RA; Castello López, MI

rooxan@hotmail.com

Sexual health during pregnancy and postpartum: loss and recovery factors

ABSTRACT

The engagement in sexual intercourse during pregnancy has been examined by professionals from various fields of study. The lack of anticipatory guidance for couples and insufficient training of some health professionals have resulted in inadequate consideration of sexual health issues for some couples during this period. Complications during pregnancy and childbirth can be a problem in maintaining the same during pregnancy and postpartum recovery.

Objective: To analyse sexual interaction during pregnancy and puerperium and to consider the factors affecting the couples' sexual health and well-being.

Methodology: Cross-sectional descriptive study of different stages of pregnancy and late puerperium. The subjects of the study are 146 pregnant and puerperal women Xativa's hospital 'Lluís Alcanyis' within the 14th department of SVA from January 2011 to January 2012.

The data collection was carried out through structured and validated questionnaires that were delivered to the participants within the three quarters of pregnancy and late puerperium (8 weeks) – sociodemographic, obstetric and physio-/ psycho-emotional information was collated and analysed.

Results: The profile of the sample (n = 146) is generally a Spanish woman going to university. Delving into the various points of study, we conclude that the sexual response of pregnant and puerperal women is modified at different stages. The level of desire increases especially in the second trimester, compared to excitement quarterly increases being significantly statistic. By analyzing we find that satisfaction is lower in the third trimester and that satisfaction prior to pregnancy does not affect the current excitement level. Orgasm is generally not difficult although increasing their difficulty as pregnancy progresses, highlighting a significant percentage who

don't have sex relation. The sexual positions are modified at different stages of gestation being statistically significant, highlighting that a significant percentage didn't answer the question. The type of delivery, perineal status and the presence of information didn't influence the time of resumption of intimacy. The presence of non-statistically correlated with sex. We note that half of the sample did not have any information. Lastly, keeping sexual relation significantly influenced the emergence of anxiety during pregnancy.

Conclusion: It is necessary to incorporate the education in the midwife's skills in practices, to promote better sexual health education in pregnant and puerperal woman as well as Maternal Education Program, and support to, individual and group.

Key words: sexual behavior, pregnancy, puerperium, personal satisfaction.

■ Investigación & Cuidados

RESUMEN

La descripción de las relaciones sexuales durante el embarazo ha sido motivo de múltiples estudios en diferentes disciplinas y por distintos profesionales.

La desinformación de las parejas y la falta de formación de algunos profesionales, ha conllevado que la salud sexual de las parejas no haya sido contemplada adecuadamente durante este periodo de sus vidas.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto, pueden suponer un problema en el mantenimiento de las mismas durante la gestación y su recuperación durante el puerperio.

Objetivo: Conocer cuál es la respuesta sexual durante el periodo de embarazo y puerperio y los factores que pudieran alterar la Salud Sexual en las parejas.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en las diferentes etapas del embarazo y el puerperio tardío. Los sujetos de estudio han sido 146 gestantes y puérperas usuarias del Programa de Control de embarazo en el Centro de Salud de Xàtiva y Hospital de día del Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva del

Departamento 14 de la Agencia Valenciana de Salud entre los meses de Enero de 2.011 a Enero de 2.012. La recogida de datos se hizo mediante cuestionarios estructurados y validados entregados a las usuarias (autocumplimentación) en los tres trimestres del embarazo y el puerperio tardío, 8 semanas. Se han recogido variables sociodemográficas, obstétricas, físicas y psicoemocionales.

Resultado: El perfil de la muestra (n=146) es en general, una mujer española y universitaria. Profundizando en los diversos puntos a estudio, concluimos que la respuesta sexual de la mujer embarazada y puérpera se modifica en sus diferentes etapas, en cuanto al nivel de deseo aumenta sobre todo en el segundo trimestre; respecto a la excitación va aumentando por trimestres siendo significativamente estadístico. Al analizar la satisfacción observamos que es menor en el tercer trimestre y que la satisfacción previa al embarazo no influye en el nivel de excitación actual. El orgasmo en general no les es difícil aunque sí que aumenta su dificultad a medida que avanza la gestación, resaltando un porcentaje importante

que no presentan actividad sexual. Las posturas se modifican en las diferentes fases de la gestación siendo significativamente estadístico, destacar que un considerable porcentaje no contestaron la pregunta. El tipo de parto, el estado del periné y la presencia de información no influyeron en el tiempo de reanudación de las relaciones sexuales. La presencia de información no se correlacionó estadísticamente con tener relaciones sexuales. Resaltamos que la mitad de la muestra no tenía ningún tipo de información al respecto. En último lugar el mantenimiento de relaciones sexuales influía significativamente en la aparición de ansiedad durante el embarazo.

Conclusión: Es necesario incorporar la tarea educativa en las competencias de la matrona en la práctica habitual, para fomentar una mejor Educación para la Salud Sexual y Afectiva en la embarazada o puérpera, en el Programa de Educación Maternal, tanto individual como grupal.

Palabras clave: Conducta sexual, Embarazo, periodo de posparto, Satisfacción personal.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION DEL ESTUDIO:

La vida sexual de las mujeres es un tema de difícil abordaje en cuanto al silencio que se mantiene sobre ello y las múltiples causas que pueden alterar esta función.

La actividad sexual se ve influenciada por el embarazo, a pesar de esta evidencia, no hay muchos estudios que correlacionan factores con posibles cambios en la función sexual. Los pocos que se han escrito se han realiza-

do fuera de nuestro país, por lo tanto, esto es una de las motivaciones que nos han llevado a la realización de nuestro estudio.

Se ha intentado demostrar la relación de preocupaciones, cambios físicos, pensamientos (ideas)

o situaciones concretas que tienen que ver con la alteración del patrón de la respuesta sexual durante el embarazo. También se ha constatado que no solo hayamos este tipo de circunstancias durante el embarazo sino también después del mismo, durante el postparto o puerperio.

Según estudios anteriores sabemos que los cambios biopsicosociales que se producen en esta etapa, son los causantes de miedos, preocupaciones y dificultades, como la presencia de dolor, que influyen de forma directa en la sexualidad. Así lo describen las autoras Natália Rejane Salim, Natalúcia Matos Araújo y Dulce Maria Rosa Gualda, pertenecientes a la universidad de Sao Paulo en un estudio realizado a un grupo de mujeres.

El miedo viene provocado principalmente por la presencia de dispareunia, que no cicatrice bien la episiotomía o bien por el miedo a volver a quedarse embarazadas. El dolor puede ser producido en la mayoría de los casos por el trauma perineal y la dispareunia producida al querer satisfacer al compañero sentimental¹.

Se sabe que la sexualidad durante el embarazo difiere de la vida sexual de una mujer no gestante, diferentes estudios nos enseñan variaciones en los resultados².

Durante el embarazo el deseo sexual disminuye durante el primer trimestre y puede ir provocado por la presencia de vómitos y náuseas, miedo a dañar al feto o incluso el miedo a que se produz-

ca un aborto.

A lo largo del tercer trimestre predominan problemas relacionados con el aumento excesivo del volumen abdominal, la falta de atractivo físico y motivos comunes con otros trimestres. Es en este trimestre cuando se produce el mayor descenso del deseo sexual, frecuencia de las relaciones sexuales y modificaciones en el coito.

Un 45% prefería la posición cuadrúpeda conforme avanza la gestación, siendo la posición "misionero" la preferida al comienzo de la gestación. En el 68% de los casos las mujeres declararon evitar las relaciones sexuales durante el primer trimestre siendo un alto porcentaje de estas también las que lo intentaron evitar durante el tercer trimestre.

Se ha demostrado que tanto la satisfacción sexual, el deseo y la frecuencia del coito disminuye significativamente conforme avanza la gestación. Se demostró que el aumento de este tipo de creencias venía infundado porque solo el 22 % recibió información adecuada por parte del médico sobre actividad sexual durante la gestación. Se demostró con esto que la información suministrada a las mujeres por parte del profesional sanitario competente es escasa y es necesario un programa de educación y consejería sobre actividad sexual durante el embarazo que debe ser difundida tanto a médicos como a mujeres^{3,4,5}.

En cuanto al placer, otros afirman que no sigue la misma evolución ya que existe un descenso en

el placer en un 59% de las mujeres durante el primer trimestre, en el segundo trimestre hay un aumento hasta el 75 – 84% y finalmente es en el tercer trimestre cuando se produce una brusca bajada hasta el 40 – 41%. Se ha descrito que una quinta parte de las mujeres descubren el orgasmo por primera vez durante el embarazo^{6,7,8,9,10}.

En un estudio realizado por Khamis, el 37% de las mujeres reconocen un aumento global del deseo durante toda la gestación¹¹.

Sin embargo, a pesar de las diferencias halladas entre los tres trimestres de gestación, actualmente no se ha descrito que haya correlación entre el grado de satisfacción sexual antes y durante la gestación, al igual que durante el puerperio¹².

Los datos que aportaron las mujeres para explicar la disminución de la frecuencia coital fueron, malestar físico durante las relaciones sexuales y la presencia de una serie de mitos que persisten generación tras generación.

Razones que son sumadas a que la mujer tiene una visión subjetiva de sí misma que la hace verse menos atractiva.

Si pasamos al período de postparto, a los 40 días, múltiples son las causas que hacen que muchas mujeres atrasen todo lo posible el inicio de las relaciones o que las eviten por completo. El momento de inicio de las relaciones sexuales viene marcado por la recuperación del bienestar físico y emocional del propio cuerpo¹.

■ Investigación & Cuidados

La función sexual durante el postparto, el tipo de parto, no tiene que ver con la reanudación temprana de las relaciones sexuales y que sin embargo la presencia o no de episiotomía, si era una de las causas más destacadas de que no hubiera relaciones sexuales. De total de mujeres que inician las relaciones de forma temprana el porcentaje a las que no se les realizó episiotomía era mucho mayor que las que sí, siendo a las que no se les realizó de un 66,7% frente a un 25,6% que si la poseían¹³.

Mujeres que tenían una vida sexual activa durante el embarazo y a las que posteriormente se les realizó una episiotomía, apuntaron tener dificultades por factores como dolor, miedo, falta de excitación, lubricación etc...^{14,15}.

La actividad sexual se suele retomar hacia las 6 – 8 semanas postparto, pero el 95% no mantienen una actividad más o menos regular hasta el tercer mes postparto¹⁶.

Otro aspecto a tener en cuenta es la presencia de ansiedad, debido a problemas anteriormente mencionados y a la propia pareja que en muchos casos puede ser el factor más estresante, ya que en el 96% de los casos, fue el marido el que más interés puso para el inicio de las relaciones sexuales. A veces esta ansiedad viene provocada por los mitos que han existido a lo largo de los años y que no se han conseguido cuestionar y cambiar gracias a una adecuada educación sexual durante el embarazo y postparto. En este momento es cuando nos planteamos, si una adecuada actitud previa hacia la sexualidad, ejercería un papel importante en la vivencia de las relaciones sexuales durante el embarazo y puerperio, consiguiendo una vida sexual activa y satisfactoria¹⁷.

HIPÓTESIS:

El tipo de parto, la información de las parejas y la calidad de las relaciones previas influyen en la respuesta sexual durante la gestación y el puerperio.

OBJETIVOS:

Objetivo general: Conocer cuál es la Respuesta Sexual durante el periodo de embarazo y puerperio y los factores que pudieran alterar la Salud Sexual en las parejas.

Objetivos específicos:

- Identificar los factores o causas que puedan alterar la Respuesta Sexual en las gestantes y púerperas.
- Valorar el grado de información sobre sexualidad que tienen los sujetos de estudio.
- Conocer la percepción de las mujeres respecto a su Salud Psicoafectiva y Sexual.

METODOLOGÍA:

Diseño: Planteamos un estudio descriptivo transversal en las diferentes etapas del embarazo y el puerperio tardío.

Se informó a las mujeres del proyecto de estudio y su participación mediante la firma de un consentimiento informado.

El cuestionario es autocumplimentado y anónimo.

Se solicitó permiso al Comité de Bioética Asistencial (CBA) del Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva.

Ámbito de estudio: Centro de Salud de Xàtiva y Hospital de día del Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva del Departamento 14 de la Agencia Valenciana de Salud.

Población y muestra: Mujeres usuarias del Programa de Control de embarazo, parto y puerperio en el Centro de Salud y el Hospital de Xàtiva.

Criterios de inclusión:

- Mujeres embarazadas y púerperas mayores de 16 años.
- Embarazo y puerperio fisiológico.

Criterios de exclusión:

- Barrera idiomática.
- Patología obstétrica.
- Puerperio patológico.
- Sin pareja.

Variables:

- Variables sociodemográficas:
 - Edad.
 - Nacionalidad.
 - Nivel de estudios.

- Variables Obstétricas:
 - Paridad.
 - Tipo de Parto: Eutócico o Distócico (Instrumental o Cesárea).
 - Afectación en el periné: Episiotomía, Desgarro perineal o Integridad perineal.
- Factores psicoemocionales:
 - Ansiedad, Depresión o posibilidad de Ansiedad y Depresión.
- Nivel de Información: Si/No. Si es que si, especificar quién fue el informador.
- Sexualidad:
 - Nivel de conocimientos previos.
 - Actividad sexual: Si/No. Motivos
 - Nivel de deseo.
 - Posturas en relaciones sexuales: Cuadrúpeda, Misionero, Andrómaco, Dax o Variadas.
 - Molestias: No/Si. Si es que si, en que zona.
 - Nivel de excitación.
 - Excitación previa al estado actual (Gestación o Puerperio).
 - Dificultad en el orgasmo.
 - Tipo de orgasmo previo al estado actual (Gestación o Puerperio)
 - Dolor en la penetración.
 - Dolor tras la penetración.
 - Sentimiento tras la relación sexual.
 - Satisfacción general.

Instrumentalización y procedimiento de recogida de datos: Cuestionarios estructurados y cuestionario HAD durante el embarazo y parto.

Embarazo: Se entregó el cuestionario en los tres trimestres de embarazo a las gestantes que acudieron a la consulta de la Matrona de Atención Primaria y ha Hospital de día del Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva y se recogieron cumplimentadas en la visita siguiente. (Anexo I y III).

Puerperio: Se entregó el cuestionario durante el puerperio precoz en la planta de Maternidad ó consulta de la matrona de Atención Primaria; ambas se recogieron a los dos meses posparto en la consulta de la

Matrona de Atención Primaria y consulta de Pediatría del Centro de Salud de Xàtiva. (Anexo II y III).

Análisis estadístico de los datos: Se realiza mediante software informático SPSS v19 para Windows. La comparación entre variables se realizó a través de la prueba Chi-cuadrado para variables categóricas y la p de Pearson para variables cuantitativas. Debido a la escasa muestra para alguna de las variables en las que no se pudo utilizar ninguna de las dos pruebas anteriores, fueron necesarias las pruebas de Phi, Cramer's V, Contingency Coefficient.

Consideraciones éticas: Se solicitó permiso al Comité de Bioética Asistencial (CBA) del Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva, el cual de acuerdo con la declaración de Helsinki autorizó la puesta en práctica del protocolo de investigación. En todo momento se garantizó la confidencialidad de los datos y el anonimato de las participantes (en los registros informáticos, se estableció un código de identificación). Así mismo, todos los miembros del equipo investigador adquirieron el compromiso de cumplir el Código Deontológico de Enfermería de la Comunidad Valenciana, publicado en Julio de 2009 por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

Las mujeres que han participado en el estudio recibieron de forma verbal información acerca de los objetivos del estudio, quedando reflejado su consentimiento para la participación al inicio del cuestionario.

RESULTADOS:

A) MUESTRA:

A.1. Características sociodemográficas.

La muestra fue recogida entre Enero de 2.011 y Enero de 2.012 y consta de 146 mujeres. El número total de mujeres (gestantes y púrpas) en el CS Xàtiva durante ese periodo fue de 250. Nuestra muestra supone pues, el 58,4% del total de mujeres atendidas en el centro de Salud y hospital de día del Hospital.

El análisis de la población no refleja que haya diferencias significativas en cuanto a las características sociodemográficas. La edad media de la muestra fue de 32,80 años, siendo la edad mínima de de 22 años y máxima de 42 años.

Tabla 1. Características Sociodemográficas					
EDAD	MEDIA	DE	N. ESTUDIOS	N	%
1º Trimestre	31,85	4,18	Primarios	14	9,58
2º Trimestre	32,06	4,07	Secundarios	55	37,67
3º Trimestre	32,50	3,90	Universitarios	77	52,73
Puerperio	34,85	3,10			
NACIONALIDAD	N	%	MUESTRA	N	%
Española	137	93,83	1º Trimestre	20	13,69
Rumana	4	2,73	2º Trimestre	16	10,95
Ucraniana	3	2,05	3º Trimestre	68	46,57
Italiana	1	0,68	Puerperio	42	28,76
Argelina	1	0,68	Total	146	100

A.2. Características obstétricas.

Respecto a las características obstétricas de las mujeres durante la gestación, hay pocas diferencias entre primigestas y multigestas.

Según el tipo de parto podemos decir que un 61,9% tuvieron un parto eutócico, el restante porcentaje corresponde a partos distócicos vía vaginal o abdominal (cesárea).

Dentro de los partos por vía vaginal que son el 83,32%, al 61,9% se les realizó episiotomía, en un 19,04% se produjo desgarro, siendo el porcentaje de perinés íntegros el 19,04%. (Tabla 2).

Tabla 2. Características obstétricas					
GESTACIÓN	N	%	PARIDAD	N	%
Primigesta	50	48,07	Primípara	16	38,09
Secundigesta	34	32,69	Secundípara	18	42,85
Multigesta	20	19,23	Múltipara	8	19,04
TIPO DE PARTO	N	%	ESTADO PERINÉ	N	%
Vag. Eutócico	26	61,90	Episiotomía	26	61,99
Vag. Instrumentado	9	21,42	Desgarro	8	19,04
Cesárea	7	16,66	Periné íntegro	8	19,04

B) FACTORES O CAUSAS QUE PUEDEN ALTERAR LA RESPUESTA SEXUAL.

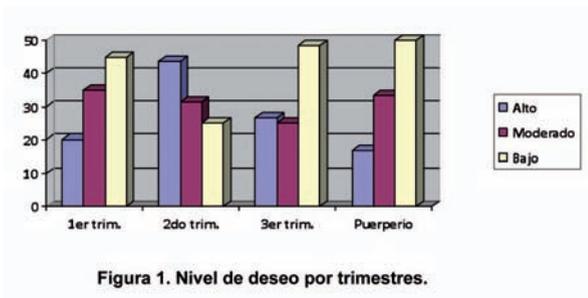
B.1. Frecuencia.

En cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales por trimestres, en el primer trimestre es de un 95%, un 93,75% en el segundo y un 76,47% en el tercer trimestre.

Durante la gestación hemos analizado las siguientes variables relacionadas con la alteración de la respuesta sexual: deseo, excitación, orgasmo y satisfacción por trimestres.

B.2. Fase de deseo.

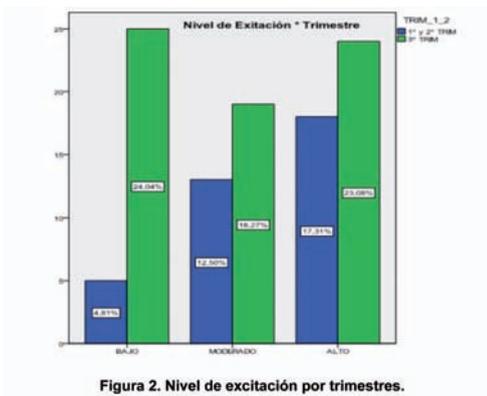
En cuanto al nivel de deseo, en el primer trimestre un 20% de las mujeres consideran su nivel de deseo alto, un 35 % moderado y un 45% bajo, sin embargo en el segundo trimestre se denota un ascenso hasta un 43,75 % de las mujeres de la muestra que lo consideran alto frente a un 31,25% que lo interpretan como moderado, y un 25% bajo, viendo que durante el tercer trimestre un 26,47 % de mujeres que contestan que es alto y un 25% lo consideran moderado y un 48,52% bajo.(Figura 1).



Analizando el nivel de deseo durante el puerperio hallamos que las mujeres se encuentran en un 16,66% con un nivel alto de deseo, en un 33,33% nivel moderado y un 49,99% bajo.

B.3. Fase de excitación.

Cuando se compara el nivel de excitación observamos que en el tercer trimestre, un 41,35% (23,08%+18,27%) de las mujeres embarazadas tienen un nivel de excitación entre moderado y alto respectivamente, en cambio en el primer y segundo trimestre es un 29,81% (17,31%+12,5%), ligeramente más bajo. (Figura 2).

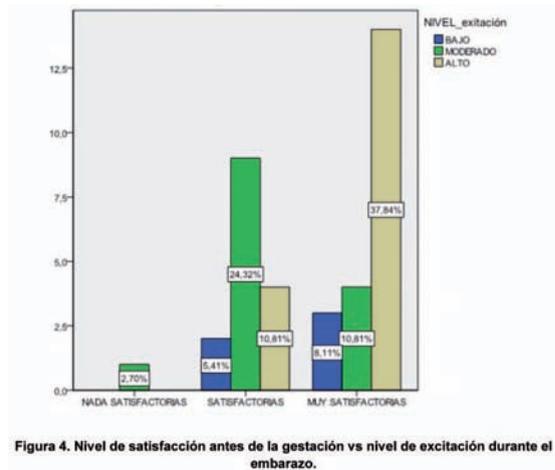


Al hacer un contraste de hipótesis para ver si existe relación entre el nivel de excitación y los trimestres (donde hipótesis nula= no existe relación entre ambas variables y la hipótesis alternativa= existe relación entre el trimestre de embarazo con nivel de excitación), concluimos a través de la prueba Chi-cuadrado en que se relacionan con un nivel del 95% de confianza para una p=0,049. Es decir podemos pensar que hay relación entre el nivel de excitación de las mujeres embarazadas y los trimestres.

Con respecto al nivel de excitación en el puerperio hallamos un porcentaje de mujeres que refieren un nivel de excitación muy alto 11,90%, alto en un 11,90%, moderado un 30,95%, siendo el nivel bajo de 16,66% y muy bajo de 7,14%. El 21,42% restante no tuvieron actividad sexual durante los dos primeros meses. (Figura 3).



Si comparamos el nivel de satisfacción de las relaciones sexuales antes del embarazo y el nivel de excitación durante el embarazo podemos concluir que no se relacionan (p=0,076), por lo tanto el nivel de satisfacción previa al embarazo actual no influye en su nivel de excitación durante la gestación. (Figura 4).



Investigación & Cuidados

B.3. Fase de orgasmo.

Respecto a la dificultad de alcanzar el orgasmo, se observa que hay un 64,4% de mujeres a las que no le es difícil llegar al orgasmo durante la gestación, un 13,4%, que le es difícil o muy difícil, frente al grupo de 17,3%, que no tiene actividad sexual. (Tabla 3).

	N/C	No act. Sex	Muy difícil	Difícil	Poco difícil
n	5	18	4	10	67
%	4,8	17,3	3,8	9,6	64,4

Tabla 3. Dificultad de alcanzar el orgasmo durante la gestación.

Pero si hacemos un análisis por los diferentes trimestres y el puerperio, nos encontramos que a medida que avanza la gestación aumenta la dificultad para alcanzar el orgasmo, aunque llama la atención que del total de la muestra (n=146) sólo el 81,51% mantenían relaciones sexuales. (Tabla 4).

PERIODO/ N(%)	NC	No act. Sex	Muy difícil	Difícil	Poco difícil	Total N
1º trimestre	1(5%)	0	0	1 (5%)	18 (90%)	20
2º trimestre	0	2 (12,5%)	0	2 (12,5%)	12 (75%)	16
3º trimestre	4 (5,88%)	16 (23,2%)	4 (5,88%)	7 (10,29%)	37 (54,41%)	68
Puerperio	1(2,38%)	9 (21,42%)	6 (14,28%)	5 (11,90%)	21 (50%)	42
TOTAL	6 (4,10%)	27 (18,49%)	10(6,84%)	15 (10,27%)	88 (60,27%)	146

Tabla 4. Dificultad en alcanzar el orgasmo.

B. 4. Grado de satisfacción.

En cuanto a la satisfacción en las relaciones sexuales referidas durante el embarazo y el puerperio, encontramos que: el 75% de mujeres están satisfechas tanto en el primer como en el segundo trimestre, mientras que disminuye a un 58, 82% durante el tercero. Sin embargo, durante el puerperio sólo el 7,14% están satisfechas. (Tabla 5).

PERIODO/N (%)	Insatisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Satisfecha	No act. sexual
1er trimestre	2 (10%)	0	15 (75%)	3 (15%)
2º trimestre	0	2 (12,5%)	12 (75%)	2 (12,5%)
3er trimestre	0	12 (17,84%)	40 (58,82%)	16 (23,52%)
Puerperio	24 (57,14%)	6 (14,28%)	3 (7,14%)	8 (19,04%)
TOTAL (n=146)	26 (17,80%)	20 (13,69%)	70 (47,94%)	29 (19,86%)

Tabla 5. Satisfacción en las relaciones sexuales.

B.5. Molestias durante la estimulación en la gestación y puerperio.

Otra variable a analizar cuando hay relaciones sexuales, es la presencia de molestias en el momento de la estimulación (táctil), ya que puede influir en la alteración del patrón sexual. Se ha detectado que un 69% de mujeres de nuestro estudio no presentan ninguna molestia a este nivel. Del 31,1% restante, las zonas afectas son: el 64,70% de las mismas las refiere en los pezones y un 35,29% en el área genital. Las mujeres no indican molestias significativas en el clítoris, ano ni otras zonas. (Tabla 6).

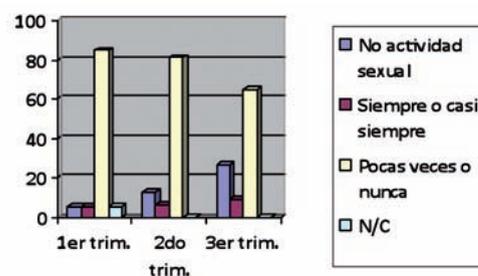
	n	%
PEZONES	22	64,70
ÁREA GENITAL	12	35,29
Total	34	100

B.6. Molestias durante y después de la penetración en la gestación.

Debido a que la frecuencia de las relaciones sexuales disminuye a medida que avanzan los trimestres, hemos querido estudiar otras posibles causas como puede ser el dolor durante y después de la penetración. Aumenta ligeramente el porcentaje de mujeres que presenta siempre o casi siempre dolor durante la penetración pasando de un 5% de casos durante el primer trimestre a un 8.82% durante el tercer trimestre.

También se ha observado que las molestias después de la penetración decrecen por trimestres al contrario que sucede durante la penetración, pasando de un 5% a un 2.94%.

Encontrando un ascenso en los porcentajes de abstinencia sexual a medida que se desarrolla la gestación llegando a un 26.47% en el tercer trimestre. (Figura 5).



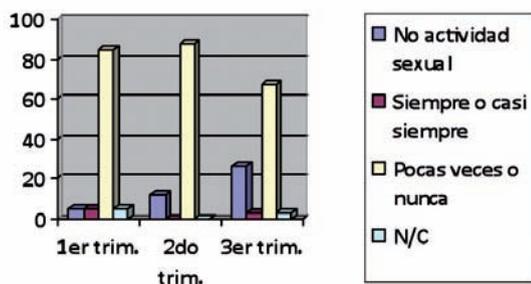


Figura.5. Dolor durante y después de la penetración en la gestación.

B.7. Posturas según trimestre de gestación.

Otro apartado de nuestro trabajo fue investigar cuales eran las posturas más utilizadas durante la gestación en cada uno de los trimestres. Hemos observado que a lo largo de la gestación hay una variación en el uso de diferentes posturas. En el primer trimestre destaca la posición “misionero” y “variadas”, en el segundo no se observa ningún cambio y en el tercer trimestre aumenta el uso de la posición “cuadrúpeda” y aparece la posición “dax o de lado” y “andrómaca” las cuales son más utilizadas en esta etapa. Nos ha llamado la atención que un 27,88 % no conteste esta pregunta en el cuestionario. Hay diferencias significativas según el trimestre en relación a la postura utilizada, siendo $p=0.004$. (Tabla 7).

POSTURAS	TRIM			Total
	1º TRIM	2º TRIM	3º TRIM	
VARIADAS	6	4	8	18
CUADRUPEDA	1	0	3	4
MISIONERO	4	1	5	10
ANDROMACO	1	4	8	13
DAX O DE LADO	0	1	29	30
N/C	8	6	15	29
Total	20	16	68	104

B.8. Tiempo de inicio de las relaciones sexuales en relación al tipo de parto.

En cuanto al tiempo de inicio de recuperación de las relaciones sexuales durante el puerperio hemos querido estudiar si influía el tipo de parto que hayan tenido con una temprana o tardía recuperación de las relaciones sexuales, llegando a la conclusión de que la mayoría, indiferentemente del tipo de parto, recuperan al mismo tiempo la respuesta sexual estimándose de media en un mes y medio. Siendo el 46.15% de los vaginales eutócicos, el 44.44% de los vaginales distócicos y 57.14% de cesáreas. (Tabla 8).

Tipo parto actual	No iniciada	1 mes	Un mes y medio	2 meses	Total
Eutócico (%)	15,38	34,61	46,15	3,84	61,90
Instrumentado (%)	22,22	33,33	44,44	0	21,42
Cesárea (%)	28,57	2,38	57,14	0	16,66
Total	8	13	20	1	42

Aún recategorizando las variables, el análisis de Chi-cuadrado no es lo más adecuado, por no cumplir sus condiciones. Usando otras pruebas en las que no son necesarias estas condiciones, Phi, Cramer's V, Contingency Coefficient, usadas para variables nominales donde el p -valor para todos ellos es $0,222 > 0,05$ lo que indica no rechazar la hipótesis nula, luego no hay relación entre ellas.

B.9. Estado del periné.

Al analizar la relación entre la presencia de episiotomía y el inicio de las relaciones sexuales, observamos que de las mujeres que no tienen episiotomía, el 87,6% inician las relaciones entre el mes y mes y medio.

Sin embargo, en las mujeres que si tienen episiotomía, el 73,1%, las inician entre el mes y mes y medio. (Tabla 9).

Episiotomía	Inicio relación sexual				Total
	No iniciada	1 mes	1mes y medio	2 meses	
No	2 12,5%	7 43,8%	7 43,8%	0 0%	16 100%
Si	6 23,1%	6 23,1%	13 50,0%	1 3,8%	26 100%
Total	8 19,0%	13 31,0%	20 47,6%	1 2,4%	42 100%

La tabla representa la frecuencia pero no es adecuada para la prueba Chi cuadrado. Por tanto usamos las pruebas para variables nominales que son las pruebas Phi, Cramer's V, Contingency Coefficient cuyo p -valor es $0,222 > 0,05$.

Lo que quiere decir que no hay significación estadística, por lo tanto en presencia o ausencia de episiotomía inician las relaciones al mes y medio.

B.10. Manifestaciones más frecuentes durante las RRSS en el puerperio.

De la muestra del total de mujeres púerperas ($n=42$) hemos encontrado las siguientes manifestaciones a la hora de mantener o no relaciones sexuales, en

Investigación & Cuidados

una pregunta de respuestas múltiples (pregunta 5, apartado B, anexo II), el 66,66% contestan que ahora están más pendientes de su bebé, el 54,76% han contestado que están agotadas físicamente, el 45,23% responden que su apetito sexual está disminuido, seguido del 35,71% que contestan que tienen dolor en la zona genital. (Figura.6). Estos factores coinciden con los datos encontrados en la bibliografía revisada.

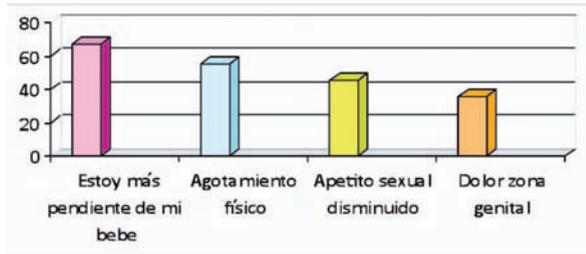


Figura 6. Manifestaciones más frecuentes en las RRSS durante el puerperio.

C) GRADO DE INFORMACIÓN.

C.1. Información sobre sexualidad en relación a la actividad sexual durante el embarazo y puerperio.

Uno de los objetivos de nuestro estudio fue demostrar: a) si había correlación entre la presencia o no de información sobre sexualidad y la existencia de relaciones sexuales y b) si había correlación entre la presencia de información y el tiempo de inicio de relaciones sexuales durante el puerperio, y c) conocer la procedencia de la información.

C.1.a. Presencia información vs existencia relaciones sexuales.

Se ha observado que el 51,9% de las mujeres no han obtenido información sobre sexualidad en ningún momento de su vida, por lo tanto uno de los objetivos ha consistido en conocer la relación entre la información de las mujeres y la presencia o no de relaciones sexuales, siendo destacable que un 24,07% de las mujeres que no recibieron información no tenían relaciones durante el embarazo frente a un 75,92% que no tenían información y sí que mantenían relaciones. Se evidencia que aumenta el porcentaje de mujeres que tienen relaciones sexuales al tener información en el 81,63% de los casos. (Tabla 10).

Relaciones sexuales	Información		Total
	No (%)	Si (%)	
No	24.07	18.36	
Si	75.92	81.63	
Total	100	100	104

C.1.b) Presencia de información y reanudación de las relaciones sexuales.

Se demuestra que no existe relación entre el nivel de información y el tiempo de inicio de las relaciones sexuales ($p=0,16$). (Tabla 11).

INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES	INFORMACIÓN		Total
	NO	SI	
NO	6 75,0%	2 25,0%	8 100%
SI	15 44,1%	19 55,9%	34 100%
Total	21 50,0%	21 50,0%	42 100%

C.1.c. Fuente de Información de las gestantes y puérperas.

También se ha investigado no solo acerca del número de mujeres que no tienen información sobre sexualidad, sino también, de las que sí la tienen (48,1%), cual es la fuente de donde la han obtenido. De este porcentaje podemos decir que la matrona ha participado junto con otras fuentes en un 20,1% de los casos. (Tabla 12). Destaca el porcentaje de mujeres sin información sobre sexualidad (51,9%), llegado este momento de sus vidas.

PROCEDECIA DE LA INFORMACION	n	%
SIN INFORMACIÓN	54	51,9
ESTUDIOS	18	17,3
INTERNET Y LIBROS	5	4,8
CONSULTA MATRONA Y SEXOLOGO	12	11,5
ESTUDIOS, INTERNET Y LIBROS	3	2,9
ESTUDIOS ,CONSULTA MATRONA Y SEXOLOGO	4	3,8
CONSULTA MATRONA, SEXOLOGO Y FAMILIA	5	4,8
ESTUDIOS Y FAMILIA	2	1,9
NO CONTESTA	1	1
Total	104	100

Sin embargo, durante el puerperio la matrona participa, junto con otras fuentes, en el 45,3% de la información que se recibe, aunque sigue llamando la atención la falta de información que es del 50%. (Tabla 13).

	n	%
SIN INFORMACIÓN	21	50,0
INTERNET Y LIBROS	1	2,4
CONSULTA MATRONA Y SEXOLOGO	18	42,9
FAMILIA Y AMIGOS	1	2,4
CONSULTA MATRONA, SEXOLOGO Y FAMILIA	1	2,4
Total	42	100

C.1.2. Mitos sobre las relaciones sexuales en el embarazo y puerperio.

Una vez que se ha descrito el nivel de información que tienen las mujeres de estudio hemos querido analizar las ideas o creencias sobre sexualidad que tienen los sujetos de la muestra y nos encontramos que un 47,1% mostraban alguna creencia errónea. De estas; el 26,92% desconocen que las relaciones sexuales al final del embarazo pueden ayudar a desencadenar el trabajo de parto, un 9,61% creen que en los embarazos gemelares no pueden mantenerse relaciones, un 6,73% de ellas creen que en el último trimestre no deben mantenerse relaciones, un 2,88% no creen que haya que abstenerse de relaciones sexuales ante complicaciones como amenaza de aborto y solo un 0,96% creen que la penetración vaya a dañar al bebe.

En cuanto al nivel de información que tienen las mujeres en el puerperio estudiamos una serie de preguntas que nos ofrecen una noción de lo que piensan sobre cómo iniciar las relaciones sexuales. Hasta un 64.28% creen que no se pueden mantener durante la “cuarentena”, un 14.28% opinan que se pueden mantener desde el primer día, un 19.04% no creen que haya que utilizar ningún método anticonceptivo, y un 90.47% contestan que la lactancia materna no les protegería de un nuevo embarazo, frente a un 4.76% que creen que sí. (Tabla 14).

	n	Correcto		N/C
		Correcto	Incorrecta	
No se pueden mantener hasta pasada la cuarentena	42	33.33	64.28	2.38
¿Se pueden mantener desde el primer día?	42	80.95	14.28	4.76
¿Se pueden realizar sin método anticonceptivo?	42	76.19	19.04	4.76
¿La LM me protege de un nuevo embarazo?	42	90.47	4.76	4.76

C.1.3. Qué entienden por relaciones sexuales.

Profundizando un poco más en los conocimientos sobre las relaciones sexuales para saber en qué consisten estas para ellas, un 27,88% de las mujeres no considera que el sexo oral esté dentro del marco de una relación sexual, un 18,26% no consideran las caricias, un 18,26% no considera los besos, y un 30,76% no considera la masturbación a su pareja. (Figura 7).

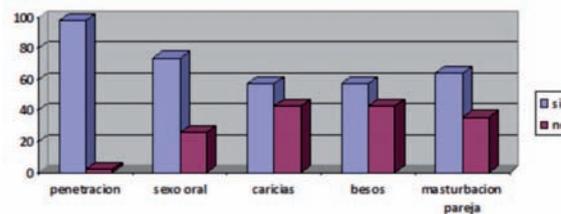


Figura.7. Prácticas incluidas en las relaciones sexuales.

D) SALUD PSICOAFECTIVA Y SEXUALIDAD.

D.1. Relación de las RRSS con la aparición de ansiedad y depresión en el embarazo.

Hemos decidido analizar si el tener o no relaciones sexuales durante el embarazo influye en la aparición o no de ansiedad o depresión en el embarazo. Para obtener esta información, realizamos en el cuestionario una serie de preguntas en el último apartado denominado aspectos psicoemocionales, basado en el cuestionario validado de ansiedad-depresión “HAD”, incluido en el anexo III.

De las mujeres que tienen relaciones sexuales durante la gestación, concretamente un 49,04% presenta ansiedad y un 14,42% posible ansiedad.

Al realizar la prueba de la Chi-cuadrado con un 95% de confianza, sobre la hipótesis de existencia de relación entre las variables “relación sexual en el embarazo” y “ansiedad”, se obtiene significación respecto a la dependencia entre las dos variables (p= 0,004). (Tabla 15).

Relaciones sexuales	HAD: ANSIEDAD			Total
	POSIBLE ANSIEDAD		NO ANSIEDAD	
	ANSIEDAD	ANSIEDAD		
NO	5	9	8	22
SI	51	15	16	82
Total	56	24	24	104

Sin embargo, al realizar el análisis de la relación entre la presencia de relaciones sexuales y la aparición

Investigación & Cuidados

de depresión, se observa que el grupo de mujeres que tuvieron relaciones sexuales en el embarazo no influyó en la aparición de una posible depresión o depresión, teniendo en cuenta un 5% de nivel de significación ($p=0,273$). (Tabla 16).

Tabla 16. Depresión vs presencia de relaciones sexuales durante la gestación.

Relaciones sexuales	HAD: DEPRESIÓN		Total
	NO DEPRESIÓN	DEPRESIÓN	
NO	15	7	22
SI	65	17	82
Total	80	24	104

D.2. Relación de las RRSS con la aparición de ansiedad y depresión en el puerperio.

Utilizando la misma tabla que para la ansiedad durante el embarazo, la prueba de la Chi-cuadrado no es posible porque no cumple los criterios necesarios, que son que cada celda como mínimo sumara cinco puntos, por lo que transformamos la variable en dos categorías, obteniendo una $p=0,830$; es decir no existe relación entre la variable tiempo de inicio en la relación sexual y la aparición de ansiedad. (Figura 8).

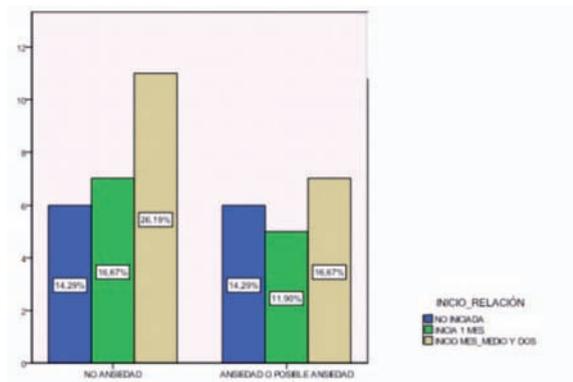


Figura 8. Inicio de las RRSS vs ansiedad durante el puerperio.

Es preciso utilizar para esta tabla la prueba Kendall's tau-c y la prueba Spearman Correlation que se presenta abajo (pruebas para contrastes de variables ordinales) obteniéndose los p-valores correspondientes de 0,585 o 0,576 mayores a 0,05 indicando por tanto la no existencia de relación entre estas variable, la correlación entre estas variables es cercano a cero.

Respecto a la relación entre el inicio de las relaciones sexuales en el puerperio y la aparición de depre-

sión o posible depresión y aún haciendo la transformación de la variable depresión en dos categorías no podemos aplicar la prueba Chi-cuadrado debido a que no cumple las condiciones de la prueba. Lo que se puede hacer es interpretar la tabla de frecuencias. (Tabla 17).

Tabla 17. Inicio de las RRSS vs depresión en el puerperio

INICIO / %	No depresión	Depresión o posible depresión
No inicio de RRSS	66.7	33.3
Inicio al mes	83.3	16.7
Inicio al mes y medio	77.8	22.2
Total	76.2	23.8

DISCUSIÓN

El perfil de la muestra es de una mujer española, joven, universitaria y secundigesta, pero esto, contrariamente a lo que se pudiera pensar, no evita que se sigan confirmando los motivos de la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en el embarazo y puerperio, tal y como muestran los estudios pasados^{3,4,5}, pero a su vez no vimos diferencias estadísticamente significativas entre el grado de información y la actividad sexual durante el embarazo ni en la recuperación de éstas durante el puerperio. Todo lo anterior confirma la presencia de mitos o ideas erróneas en la sexualidad durante esta etapa de sus vidas que se sigue manteniendo a pesar de la accesibilidad que se tiene a las diferentes fuentes de información¹⁷.

Aunque la mayoría de la muestra considera que la penetración es la actividad más habitual dentro de las relaciones sexuales, es decir, entendiendo la relación sexual como coito, no ocurre lo mismo con otras prácticas (sexo oral, caricias, besos y masturbación a la pareja).

Respecto a la integridad del periné, ni la presencia o no de episiotomía ni el tipo de parto tienen significación estadística respecto al tiempo de reanudación de las relaciones sexuales, que se estima en mes o mes y medio¹³. Siendo contrario a lo hallado por otros autores^{14,15}.

A lo que la respuesta sexual y sus fases se refiere, se confirma el aumento de deseo en el segundo trimestre y la disminución tanto en el primer como tercer trimestre, así como encontramos en la bibliografía; la

fase de excitación está aumentada en el tercer trimestre, siendo significativamente estadístico respecto a los otros dos trimestres, a diferencia de la literatura revisada, aunque no haya relación respecto a la satisfacción antes del embarazo; respecto a la fase de orgasmo, aunque en su mayoría no les era difícil alcanzarlo, las dificultades aumentaban a medida que avanzaba la gestación, y aún más en el periodo de puerperio^{6,10}.

Refiriéndonos al grado de satisfacción éste es inversamente proporcional, a medida que avanza la gestación, teniendo mayor insatisfacción en el puerperio. Posiblemente esto sea debido a las ideas erróneas o miedos que afloran y que no son abordados correctamente para el reinicio de las mismas a nivel de pareja^{3, 4, 5}.

En cuanto a las molestias en la estimulación durante el embarazo, la mayoría de mujeres de nuestro estudio no presenta ninguna molestia y de las pocas que las presentan es en la zona del pezón; el dolor durante la penetración aumenta ligeramente a medida que avanza la gestación, sin embargo disminuyen las molestias después de la penetración a medida que avanza el embarazo.

A la hora de realizar el coito las posturas más utilizadas son las que se corresponden con las encontradas en estudios anteriores habiendo diferencias significativas según el trimestre en relación a la postura utilizada: misionero para primer trimestre, la cuadrúpeda para el tercero y como novedad, en este período aparecen la posición Andrómaco y Dax o de lado⁴.

De todas las fuentes donde recaban la información las mujeres, la presencia o participación de la matrona como informadora es escasa durante el embarazo, y aunque mejora durante el puerperio, no es todo lo deseable y efectiva que debería ser en vista del mantenimiento de la actitud sexual en este período de la vida.

En cuanto a las causas de retraso o no inicio de las relaciones sexuales en el puerperio se confirman los estudios revisados en nuestra búsqueda bibliográfica^{14,15}.

Finalmente, las mujeres que mantenían relaciones sexuales durante el embarazo presentaban índices más altos de ansiedad, pero no de depresión. Sin embargo en el puerperio no hay una relación estadísticamente significativa entre el inicio de las relaciones y la presencia de ansiedad o depresión.

Implicaciones para la práctica:

Dificultades y limitaciones del estudio:

Lo que nos hemos encontrado en general como limitaciones han sido: la falta de colaboración de la mujer, a veces por limitación del idioma, y sobre todo la pérdida de muestra durante el puerperio por olvido de entrega de la encuesta.

Otra de las limitaciones que hemos tenido ha sido a la hora de analizar los resultados con la prueba de Chi-cuadrado por no cumplir las condiciones necesarias para ello, es decir, falta de respuesta de algunos ítems, teniendo que reagrupar variables y utilizar otro tipo de prueba.

A la hora de analizar los datos, las preguntas abiertas en los cuestionarios nos han llevado a una dificultad en su interpretación, dado que algunas opciones de respuesta eran multivariantes, y carecemos de la formación suficiente para su análisis.

Para finalizar hemos obtenido un sesgo de recogida, porque las muestras en los diferentes periodos no son homogéneas aunque si válidas para el estudio, el hecho de recogerlas nosotros en el Hospital durante la monitorización fetal ayudó a que no se perdieran tantas.

CONCLUSIÓN FINAL

Como conclusión y en vista de los resultados, podemos decir, que es necesario incorporar la tarea educativa en las competencias de la matrona en la práctica habitual, para fomentar una mejor Educación para la Salud Sexual y Afectiva en la embarazada o puerpera, en el Programa de Educación Maternal, tanto individual como grupal, aunque ello implique una amplia formación de las profesionales para su correcto desempeño desde Atención Primaria.

REFERENCIAS

1. Arsenault MY, Lane CA, MacKinnon CJ, Bartellas E, Cargill YM, Klein MC, Martel MJ, Sprague AE, Wilson AK The management of nausea and vomiting of pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2002 Oct; 24(10):817-31; quiz 832-3. (10)
2. Baksu B, Davas I, Agar E, Akyol A, Varolan A. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007 Apr; 18(4):401-6. Epub 2006 Jul 27. (14)
3. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy.* 2009; 110(7):427-31. (16)

4. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med* 2007; 4 (5): 1381-1387.(6)
5. Khamis MA, Mustafa MF, Mohamed SN, Toson MM. Influence of gestational period on sexual behavior. *J Egypt Public Health Assoc.* 2007; 82(1-2):65-90. (11)
6. Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE, Ménin MM, Kouaho JC, Djanhan Y. Reality of the impact of pregnancy on sexuality. Results about review of 200 Ivoirians pregnant women. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2011 Feb; 40(1):36-41. Epub 2010 Jun 4. (2)
7. Natália Rejane Salim, Natalúcia Matos Araújo, Dulce Maria Rosa Gualda. Cuerpo y sexualidad: experiencias de puérperas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18(4): [08 pantallas] jul.-ago. 2010. (1)
8. Onah HE, Ilobachie GC, Obi SN, Ezugwu FO, Eze JN. Nigerian male sexual activity during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002 Feb; 76(2):219-23.(9)
9. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med.* 2010 Jan; 7(1 Pt 1):136-42. Epub 2009 Oct 20. (12)
10. Salakjit Wannakosit, MD, and Vorapong Phupong, MD. Sexual behavior in pregnancy: comparing between sexual education group and nonsexual education group. *J Sex Med.* 2010 Oct; 7(10):3434-8. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01715.x. (17)
11. Senkumwong N, Chaovitsaree S, Ruggao S, Chandrawongse W, Yanunto S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2006; 89(4 suppl):S124-9. (4)
12. Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. *Arch Gynecol Obstet.* 2009 Mar; 279(3):353-6. Epub 2008 Jul 30. (3)
13. Signorello LB, Harlow BL, Chokos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2001 Apr; 184(5):881-8; discussion 888-90. (8)
14. Uwapusitanon W, Choobun T. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2004; 87(3 suppl):45-9.(5)
15. Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom. Res* 1999; 47 (1), 27-49. (7)
16. Woranitat W, Taneepanichskul S. Sexual function during the postpartum period. *J Med Assoc Thai.* 2007 Sep; 90(9):1744-8. (13)
17. Zahumensky J, Zverina J, Sottner O, Zmrhalova B, Driak D, Brtnicka H, Dvorska M, Krcmar M, Kolarik D, Citterbart K, Otcenasek M, Halaska M. Comparison of labor course and women's sexuality in planned and unplanned pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2008 Sep; 29(3):157-63. doi: 10.1080/01674820701821047. (15)

ANEXO I: CUESTIONARIO EMBARAZO.

Habiendo sido previamente informada sobre el estudio a realizar y del carácter anónimo y confidencial del mismo; doy mi consentimiento para participar en este estudio rellenando el siguiente cuestionario:

A. Datos Sociodemográficos:

Fecha:

Edad:

Nacionalidad:

1. Estudios:

Primarios Secundarios Universitarios.

2. Tiempo libre diario:

Mas de 7 horas Menos de 7 horas

3. Situación gestacional

Fecha última regla _____

nº de embarazos _____

nº de partos vaginales _____

nº de cesáreas _____

nº de abortos _____

*(El nº se embarazos incluye los abortos, las cesáreas, los partos y el embarazo actual).

Tipo de partos previos (escribe el número dentro del cuadrado).

Vaginal normal _____

Vaginal instrumentado (ventosa, forceps). _____

Episiotomía Sí No

Desgarro Sí No

Cesárea _____

*(Corte en la zona genital realizado por la persona que asiste el parto para facilitar la salida del bebé, con la posterior sutura).

B. Información sobre sexualidad.

1. ¿Has recibido previamente información sobre sexualidad?

Si No En caso de sí, explica brevemente.

¿Quién te la ha dado?

2. ¿Qué sabes sobre la sexualidad durante el embarazo? Contesta si o no

a) La penetración puede dañar al bebé.

Si No

b) En el último trimestre pueden mantenerse relaciones sexuales Sí No

c) En las últimas semanas del embarazo mantener relaciones sexuales puede ayudar a desencadenar el trabajo de parto, Sí No

d) En caso de complicaciones (amenaza de aborto, sangrado, etc), deben suspender las relaciones sexuales Sí No

e) En el caso de embarazo gemelar ¿deben suspenderse las relaciones sexuales? Sí No

3. ¿Cómo eran las relaciones sexuales antes de estar embarazada?

Nada satisfactorias Poco satisfactorias
 Satisfactorias Muy satisfactorias

4. En el caso de haber tenido otro o más hijos anteriormente ¿como eran tus relaciones antes del actual embarazo?(solo contestar en el caso de que el embarazo actual no sea el primero)

Nada satisfactorias Poco satisfactorias
 Satisfactorias Muy satisfactorias

5. ¿En qué crees que consisten las relaciones sexuales? (marca tantas cruces como creas necesario).

Penetración Sexo oral
 Caricias Besos
 Masturbación individual
 Masturbación a tu pareja

C. Conocimientos sobre el deseo

1. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasificas tu nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

Muy alto Alto Moderado Bajo
 Muy bajo o nada

2. Independientemente de tu deseo sexual, ¿mantienes relaciones sexuales?

A mi pareja no le apetece.
 Tengo miedo a sufrir un aborto.

La penetración puede dañar a mi bebe.

A) No: ¿por qué? Me han recomendado que no mantenga relaciones sexuales (médico, familiar, amigo etc).

¿Por qué?: _____

No me siento cómoda

No me siento atractiva con mi cuerpo.

Otras _____

B) sí ¿qué te lleva a hacerlo?

A mi pareja le apetece.

No tengo miedo.

Las relaciones sexuales son buenas para mi bebe.

Me han recomendado que mantenga. Rel. Sexuales (médico, familiar, amigo etc).

Me siento cómoda con los nuevos cambios que ha producido mi embarazo.

Me siento atractiva con mi cuerpo.

3. En caso de mantener relaciones sexuales, ¿qué posturas sexuales te resultan más cómodas o satisfactorias? _____

4. En el momento de la estimulación, ¿refieres molestias?

a) Sí, ¿dónde?:

Pezones Clítoris Área genital Ano

b) No

D. Conocimientos sobre la excitación

1. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasificas tu nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual

Muy alto

Alto

Moderado

Bajo

Muy bajo o nada

No tengo relaciones sexuales

2. La excitación durante este embarazo es:

Peor que antes

Igual que antes

Mejor que antes

■ Investigación & Cuidados

E. Conocimientos sobre orgasmo.

1. En las últimas 4 semanas, cuando tienes relaciones, ¿te resulta difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil
- No tengo relaciones sexuales

2. El orgasmo durante este embarazo es:

- Peor que antes
- Mo en todas las relaciones sexuales
- Igual que antes
- Mejor que antes
- No tengo relaciones sexuales

F. Molestias

1. En las últimas 4 semanas, ¿sientes discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca
- No tengo relaciones sexuales

2. En las últimas 4 semanas, ¿sientes discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca
- No tengo relaciones sexuales

3. Cuando finalizas las relaciones sexuales, ¿cómo te sientes?

- Siento dolor en la zona genito-anal
- Siento calor en la zona genital
- Siento congestión ó presión en la zona genital

- No me relajo
- Me siento bien
- Me quedo más cansada de lo normal
- Me quedo con la sensación de no querer repetir
- No tengo relaciones sexuales

G. Satisfacción general

1. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto de satisfecha estás con tus relaciones sexuales con tu pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha
- No tengo relaciones sexuales

ANEXO II: CUESTIONARIO 2 MESES POSTPARTO

Habiendo sido previamente informada sobre el estudio a realizar y del carácter anónimo y confidencial del mismo; doy mi consentimiento para participar en este estudio rellenando el siguiente cuestionario:

A. Datos sociodemográficos:

Fecha:

Edad:

Nacionalidad:

1. Estudios:

- Primarios
- Secundarios
- Universitarios.

2. Tiempo libre diario:

- Mas de 7 horas
- Menos de 7 horas

3. Situación gestacional.

Fecha última regla_____

nº de embarazos__

nº de partos vaginales__

nº de cesáreas_____

nº de abortos_____

*(El nº se embarazos incluye los abortos, las cesáreas, los partos y el embarazo actual).

Tipo de partos previos (escribe el número dentro del cuadrado).

Vaginal normal _____

Vaginal instrumentado (ventosa, forceps). _____

Episiotomía Sí No

Desgarro Sí No

*(Corte en la zona genital realizado por la persona que asiste el parto para facilitar la salida del bebé, con la posterior sutura).

Cesárea _____

Tipo de parto actual

Vaginal normal

Vaginal instrumentado (ventosa, forceps)

Cesárea

¿Te han hecho episiotomía? Sí No

¿Tuviste un desgarro? Sí No

B. Información sobre sexualidad:

1. ¿Has recibido información sobre sexualidad después del parto?

Sí No En caso de sí, explica brevemente.

¿Quién te la ha dado?

2. ¿Qué sabes sobre las relaciones sexuales después del parto?

a) No se pueden mantener hasta pasada la cuarentena.

Sí No

b) Se pueden mantener desde el primer día.

Sí No

c) Se pueden realizar sin método anticonceptivo.

Sí No

d) La lactancia materna me protege de un nuevo embarazo

Sí No

3. ¿En qué crees que consisten las relaciones sexuales? (marca tantas cruces como creas necesario).

Penetración

Sexo oral

Caricias

Besos

Masturbación individual

Masturbación a tu pareja

4. ¿Tuviste relaciones sexuales durante el embarazo?

No Sí

En caso afirmativo ¿cuándo?

5. ¿Has iniciado las relaciones sexuales?

A) Sí ¿cuándo? (señalar aproximadamente la fecha de inicio, por ejemplo, 1 mes después del parto, 1 mes y medio después del parto etc.) _____

B) No

Independientemente de tu respuesta marca si presentas alguna de estas opciones:

Me duele la zona genital

Me molestan las hemorroides

Mi apetito sexual está disminuido.

El apetito sexual de mi pareja esta disminuido

Ahora estoy más pendiente de mi bebé

Falta comunicación con mi pareja.

Por agotamiento y cansancio físico.

Estoy pendiente de la alimentación de mi hijo, tanto de día como de noche.

C. Conocimientos sobre el deseo:

1. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasificas tu nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

Muy alto

Alto

Moderado

Bajo

Muy bajo o nada

2. En el momento de la estimulación: ¿refiere molestias?

a) Sí, ¿dónde?

Pezones

Clítoris

Área genital

Ano

b) No

D. Conocimientos sobre la excitación:

1. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasificas tu nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual

Muy alto

■ Investigación & Cuidados

- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada
- No tengo actividad sexual

2. Respecto a la excitación ¿cómo es?

- Peor que antes del embarazo
- Peor que durante el embarazo
- Igual que antes del embarazo
- Igual que durante el embarazo
- Mejor que antes del embarazo
- Mejor que durante el embarazo

3. ¿Notas sensación desagradable durante la excitación?

- Sí ¿Dónde? _____
- ¿Qué? _____
- No

4. En las últimas 4 semanas, ¿sentiste lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

E. Conocimientos sobre orgasmo:

1. En las últimas 4 semanas, cuando tienes relaciones sexuales, ¿te resulta difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- poco difícil
- No me es difícil

2. Respecto al orgasmo: ¿lo consigues?

- Peor que antes del embarazo
- Peor que durante el embarazo
- Igual que antes del embarazo

- Igual que durante el embarazo
- Mejor que antes del embarazo
- Mejor que durante el embarazo

F. Molestias:

1. En las últimas 4 semanas, ¿sientes discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿sientes discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

G. Satisfacción general:

1. Cuando finalizas las relaciones sexuales, ¿qué sientes?

- Siento dolor en la zona genito- anal
- Siento calor en la zona genito- anal
- Siento congestión o presión en la zona genital- anal
- No me relajo
- Me siento bien
- Me quedo mucho más cansada de lo normal
- Me quedo con la sensación de no querer repetir
- Otras sensaciones: _____

2. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto de satisfecha estás con tus relaciones sexuales con tu pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha
- No tengo actividad sexual

ANEXO III: ESCALA HAD

1. Me siento tensa o emocionalmente presionada durante las relaciones sexuales:

- Casi todo el tiempo
 Gran parte del tiempo
 Ocasionalmente
 Nunca

2. Sigo disfrutando de lo que solía disfrutar antes del embarazo:

- Sin ninguna duda
 Tanto como siempre
 No tanto como siempre
 Solo un poco
 Apenas

3. Tengo una sensación atemorizante, como si algo terrible estuviera por suceder:

- Muy clara y bastante atemorizante
 Sí, pero no demasiado
 Un poco, pero no me preocupa
 No la tengo

4. Puedo reír y ver el lado bueno de las cosas aun estando embarazada:

- Tanto como siempre
 Actualmente, no tanto
 Claramente, no tanto
 No puedo

5. Pensamientos preocupantes atraviesan mi mente durante este embarazo:

- Gran parte del tiempo
 En muchas ocasiones
 De tiempo en tiempo, pero no demasiado a menudo
 Solo ocasionalmente

6. Me siento alegre:

- Nunca
 No con frecuencia
 A veces
 La mayor parte del tiempo

7. Puedo permanecer sentada tranquila y sentirme relajada:

- Sí, claramente
 Usualmente
 No con frecuencia
 Nunca

8. Me siento enlentecida, apagada, desmotivada:

- Casi todo el tiempo Muy a menudo
 A veces Nunca

9. Tengo una sensación atemorizante, como un hormigueo en el estómago:

- Nunca Ocasionalmente
 Bastante a menudo Con mucha frecuencia

10. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- Claramente
 No me ocupo tanto como debería
 Posiblemente no me cuido tanto
 Tengo más cuidado que nunca

11. Me siento inquieta, ansiosa, nerviosa, como si tuviese que estar en movimiento:

- Realmente mucho Bastante
 No demasiado Nada

12. Espero las cosas con interés, motivación, ilusión:

- Tanto como siempre
 Bastante menos que lo que era usual en mí
 Claramente menos que lo que era usual en mí //
 Apenas

13. Tengo repentinas sensaciones de pánico, miedo, temor:

- Realmente muy frecuentes Bastante a menudo
 No muy a menudo Nunca

14. Puedo disfrutar de mi tiempo libre:

- Con frecuencia A veces
 No a menudo Muy rara vez

Enfermería y nuevas formas de aprender

Autor: Gil Estevan, MD. Vocal de formación Colegio Oficial de Enfermería de Alicante

Y el maestro le dijo al discípulo: *Tienes que aprender a aprender, aprender a enseñar, enseñar a enseñar y enseñar a aprender.*

Estamos viviendo una época de profundos cambios. La sociedad necesita que la calidad en el servicio profesional se mantenga y sobre todo se garantice y la formación continua es una de las exigencias del mercado actual, por lo que los profesionales debemos adaptarnos a esta realidad mediante una formación que nos mantenga en un alto nivel. Además esta formación debe ser el elemento diferenciador y ser sinónimo de calidad y seguridad en el servicio ofrecido.

Pero además no solo necesitamos conocer, debemos aprender a saber estar y a trabajar en equipo para poder desenvolvernos en la vida. Debemos dar sentido y valor a las cosas para alcanzar el valor que nosotros mismos tenemos como personas y como profesionales para ser mejores personas, más cultas y sobre todo, felices.

Desde el punto de vista del alumno el proceso de Enseñanza-Aprendizaje nos lleva a pensar que indudablemente está dentro de nuestras funciones formar profesionales competentes, pasando de una enseñanza transmisora a otra activa, y que esta no es solo labor del “profesor” sino que se trata de un proyecto formativo en el que están implicados tanto los profesores de la titulación, como el resto de profesionales, tutores de prácticas, y el propio alumno.

Pasemos ahora a explicar algunos conceptos relacionados con los nuevos sistemas de aprendizaje:

¿En qué consiste un crédito ECTS?

RD 1125/2003: “Los créditos ECTS representan el volumen de trabajo del estudiante para conseguir los objetivos del programa de estudios, objetivos que deben ser especificados preferiblemente en términos de resultados del aprendizaje y de competencias que han de ser adquiridas”.

Los *European Credit Transfer System* (ECTS) suponen un auténtico cambio en la metodología de la educación superior europea. Se trata de un modelo en el que el alumno pasa de la docencia por enseñanza, basada en la recepción de conocimientos (objetivos), a la docencia por aprendizaje, planteada sobre desarrollo de competencias.

Este sistema demanda del profesorado una formación que enseñe a aprender, y exigirá de los estudiantes una mayor responsabilidad en su propia educación.

Además, los créditos ECTS van a suponer la llave que va a facilitar el transitar por las universidades europeas con plena seguridad. Son la moneda única que va a permitir valorar los estudios superiores de Europa con criterios comunes, y que va a facilitar la movilidad de los estudiantes por los distintos campus del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES).

Por otro lado la incorporación de diseños centrados en competencias supone una gran transformación en el proceso de enseñanza-aprendizaje, y el destierro de que el conocimiento proporciona la competencia necesaria para cualquier practica en la que entre en juego dicho conocimiento. Las competencias se deberán elegir de forma conjunta para cada titulación y curso, de forma que se

garantice el trabajo de las mismas según el perfil académico y profesional. Además, estas competencias deberán ser definidas de forma comprensible, promoviendo el aprendizaje activo y el acercamiento a la realidad profesional y utilizar procedimientos de evaluación válidos que evalúen lo que quieren y pretenden evaluar.

Desde una perspectiva semejante, Rey (1996) Director del Servicio de CC de la Educación de la Universidad Libre de Bruselas, define las Competencias como la capacidad de generar aplicaciones o soluciones adaptadas a la situación, movilizand

los propios recursos y regulando el proceso hasta lograr la meta pretendida. Es importante destacar que este autor distingue entre competencias como conductas: “capacidad de cumplir una tarea determinada” y la competencia como función: “sistema de conocimientos conceptuales y procedimentales organizados como esquemas operacionales que permiten frente a una familia de situaciones, la identificación de un problema y su resolución mediante una acción eficaz”.

Todo esto va a desembocar en una forma de aprendizaje en la que el estudiante asume una parte importante de la responsabilidad de la organización de su trabajo ajustándola a su propio ritmo. Lo que va a requerir un sistema intenso de tutoría, un mayor esfuerzo docente, el dominio de ciertas técnicas de trabajo, nuevas infraestructuras tecnológicas y didácticas y por supuesto una nueva actitud tanto de los profesores/docentes como de los alumnos.

Por otro lado la formación continua es el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario.

Podemos pensar que la formación es responsabilidad de la empresa y de los departamentos de

formación, pero no es así, la formación es una responsabilidad compartida del profesional y la empresa. Por tanto es una actividad en la que todos estamos involucrados. No solo debe formarse el profesional, sino también el docente.

Las cosas del mundo no varían hasta que alguien las hace variar (James Gardfield)

ATENCIÓN SANITARIA INICIAL A MÚLTIPLES VÍCTIMAS

Begoña Murillo Crespo

Editorial: ALCALA GRUPO EDITORIAL, 2013. ISBN 9788490510681

Este tipo de medicina da respuesta a las catástrofes sanitarias con los recursos disponibles, que habitualmente resultan insuficientes para la situación aguda desencadenada. El objetivo principal consiste en formar profesionales que desempeñen de manera competente las labores de preparación y ejecución de planes de emergencia y de dispositivos de riesgos previsibles, así como en la organización y el desarrollo de la logística sanitaria ante una emergencia colectiva o catástrofe, prestando la atención inicial a múltiples víctimas y aplicando técnicas y apoyo psicológico en situaciones de crisis, dirigido a cualquier profesional que desee formarse en materia de la atención al paciente. Este manual es uno de los cuatro módulos pertenecientes a la cualificación profesional de Atención Sanitaria a Múltiples Víctimas y Catástrofes, que forma parte de la familia profesional de Sanidad. Recoge todos sus contenidos y objetivos, según las directrices marcadas por el Sistema Nacional de Cualificaciones.

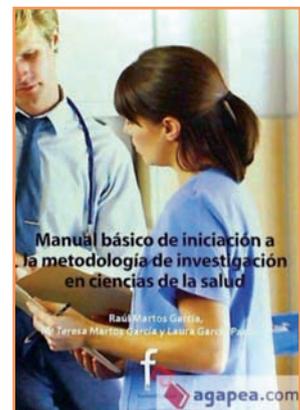


MANUAL BÁSICO DE INICIACIÓN A LA METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

Raúl Martos García; Laura García Pacheco; María Teresa Martos García, (aut.)

Editorial: FORMACION ALCALÁ S.L. ISBN: 8490512914 ISBN-13: 9788490512913

Cuantas veces en el ámbito de las Ciencias de la Salud, se ha realizado un esfuerzo en forma de pequeña investigación ante una inquietud por un problema en la actuación ante una cura, un procedimiento asistencial que no vemos mejoría en el usuario, una sesión clínica que debemos exponer a los compañeros, etc. Dicho esfuerzo nos ha llevado a buscar la mejor evidencia científica para solventar dicha inquietud. En la mayoría de las veces, se queda en la exposición de la sesión clínica, hallar la mejor solución del reto que tenemos en nuestro ámbito laboral, etc., pero puede tener un premio adicional o aliciente, si seguimos la metodología de la investigación hasta su última fase o etapa, la publicación o comunicación a la comunidad científico-sanitaria de nuestros hallazgos.



34º CERTAMEN DE ENFERMERÍA "SAN JUAN DE DIOS"**Fecha:** 21 de febrero de 2014**Lugar:** Madrid**Información:** sjuandedios@euef.upcomillas.es;
www.upcomillas.es**28ª JORNADA DE PEDIATRÍA AMBULATORIA****Fecha:** 22 de febrero de 2014**Lugar:** Barcelona**Información:** <http://www.geyseco.es/pediatriambulatoria/>; admin@geyseco.es**XXIII REUNIÓN DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE HIPERTENSIÓN Y RIESGO CARDIOVASCULAR****Fecha:** 14 y 15 febrero de 2014**Lugar:** Alcoy**Información:** reig_marbot@gva.es; www.svhta.net**XVIII JORNADAS DE NUTRICIÓN PRÁCTICA y IX CONGRESO INTERNACIONAL DE NUTRICIÓN, ALIMENTACIÓN Y DIETÉTICA****Fecha:** 19, 20 y 21 marzo de 2014**Lugar:** Madrid**Información:** Tlf: 91 577 90 65; www.nutricion-practica.org**X CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA****Fecha:** 26, 27 y 28 marzo de 2014**Lugar:** Murcia**Información:** Tlf: 902 19 08 48; fax: 902 19 08 50; www.10enfermeriaquirurgica.com; sanicongress@10enfermeriaquirurgica.com**13º CURSO TEÓRICO PRÁCTICO SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN CARDIO-RESPIRATORIA****Fecha:** 27 y 28 de marzo de 2014**Lugar:** Barcelona**Información:** Tlf.: 93 410 86 46; fax: 93 430 32 63; sorecar@gruporic.com;
www.gruporico.com/sorecar2014**V JORNADA DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA****Fecha:** 10 de Abril de 2014**Lugar:** Colegio de Enfermería de Valencia (retrans-

mitido por videoconferencia al Colegio de Alicante y al de Castellón)

Información: En los tres colegios profesionales.

Valencia: 963937015

Alicante: 965123622

Castellón: 964228112

X SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NOMENCLATURA, TAXONOMÍA Y DIAGNOSTICOS ENFERMEROS**Fecha:** 3 y 4 de abril de 2014**Lugar:** Sevilla**Información:** inscripciones@aentde.com

congresoentde@us.es

www.aentde.com

JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA**Fecha:** 7 al 9 de mayo 2014**Lugar:** Santander**Información:** Tlf: 902 19 08 48

fax: 902 19 08 50

www.30enfermeriatraumatologia.com

sanicongress@30enfermeriatraumatologia.com

4º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA**Fecha:** 28, 29 y 30 de mayo de 2014**Lugar:** Alicante**Información:** Tlf.: 91 473 50 42;

albertomoraga@fabulacongress.es

XXXIII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA ESPECIALISTAS EN ANÁLISIS CLÍNICOS**Fecha:** 28, 29 y 30 de mayo de 2014**Lugar:** Marbella**Información:** Tlf.: 952 39 53 20 / 952 39 53 12;

fax: 95 2 28 78 98; info@enferaclinic.org;

www.enferaclinic.org

9º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE LA DEFENSA**Fecha:** 16 al 18 de Junio de 2014**Lugar:** Madrid**Información:** Tlf.: 902 19 08 48

fax 902 19 08 50

sanicongress@enfermeriadenfensa2014.es

■ Investigación & Cuidados

<http://cuidados20.san.gva.es/>

Cuidados 2.0 es una apuesta de la División de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante para hacer frente al reto que supone facilitar a nuestros pacientes, a sus familias y a los propios profesionales acceso a información, a conocimientos y a formación potenciando nuestra presencia en Internet.

Estamos incorporando continuamente avances y mejoras a nuestra página, y en el actual momento hay tres principios que nos guían en su diseño: la facilidad del usuario en la navegación, la comunicación con los pacientes y sus familias y el dinamismo del sitio web. En Cuidados 2.0 hemos creado 4 Secciones bien diferenciadas: Comunidades de Cuidados, Cuidados, Docencia y Gestión.

"Comunidades de Cuidados" es un portal de acce-

so a las Comunidades ya existentes de pacientes y expertos en cuidados. Pretende ser un canal óptimo para responder a las necesidades de comunicación que tienen los distintos usuarios potenciales que interactúan con nuestra web, sabiendo que la última evidencia científica disponible ocupará un lugar predominante.



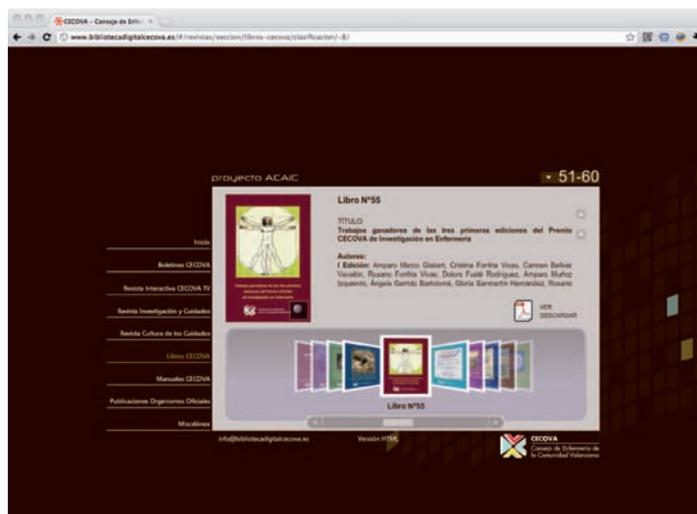
www.bibliotecadigitalcecova.es

Se trata de una iniciativa del CECOVA para mejorar el servicio que presta al colectivo de enfermeras de la Comunidad Valenciana en el ámbito de la información y la comunicación y que viene a sumarse a otras como el portal del CECOVA en Internet, la página en la red social Facebook y CECOVA.TV.

De este modo, se pueden consultar y descargar desde los boletines informativos del CECOVA, hasta la revista interactiva de CECOVA.TV, la revista Investigación & Cuidados, la revista Cultura de los Cuidados, los libros y manuales del CECOVA, publicaciones de diferentes organismos oficiales, y diferentes publicaciones de interés en el ámbito de Enfermería.

La biblioteca digital del CECOVA está disponible a través de la dirección www.bibliotecadigitalcecova.es

y gracias a ella se va a disponer de unos fondos bibliográficos y de consulta que van a ser una muy útil herramienta de trabajo para los profesionales de Enfermería.





Investigación & Cuidados



Revista de la Organización Colegial de
Enfermería
de la Comunidad Valenciana
(Suscripción a la revista)

Quienes estén interesados en recibir de
forma periódica esta revista, deben
cumplimentar el Boletín de Suscripción
mediante el formulario que encontrarán en

Sabadell
Professional



PROpulsar: Ponemos a tu disposición una póliza de crédito con ventajas exclusivas.

Una manera de propulsar tus iniciativas es ofrecerte una póliza de crédito profesional con ventajas exclusivas, para mantener tu tesorería personal equilibrada a lo largo de todo el año y pagar los intereses solo cuando la utilizas.

Si eres miembro del **Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana Cecova** y buscas promover tu trabajo, proteger tus intereses o tus valores profesionales, con **Banco Sabadell** puedes. Te beneficiarás de las soluciones financieras de un banco que trabaja en PRO de los profesionales.

Al fin y al cabo, somos el banco de las mejores empresas.
O lo que es lo mismo, **el banco de los mejores profesionales: el tuyo.**

Llámanos al **902 383 666**, identifíquese como miembro de su colectivo, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.

sabadellprofessional.com

El banco de las mejores empresas. Y el tuyo.