



# Investigación & Cuidados



Revista de la Organización Colegial  
de Enfermería de la Comunidad Valenciana

3<sup>er</sup>. Cuatrimestre 2011, Vol. 9, N<sup>o</sup>. 21

## ARTÍCULOS ORIGINALES

- Impacto del protocolo de mejora de recogida de orina para cultivo en la reducción de la contaminación de muestras
- Cuidados y técnicas de enfermería: ¿principios antagónicos o convergentes en la práctica clínica enfermera?
- Implantación de la Consulta de Enfermería en Rehabilitación Cardíaca, utilización de la planificación de cuidados y la taxonomía diagnóstica

## ARTÍCULO ESPECIAL

- Efectividad analgésica de las inyecciones subcutáneas de agua estéril en el Rombo de Michaelis, durante la primera fase del parto: ¿Dos o Cuatro infiltraciones?

## ENFERMERÍA Y SOCIEDAD

- Nuevos retos. Enfermería Familiar y Comunitaria

## BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

## AGENDA DE ENFERMERÍA

## ENFERMERÍA EN LA RED

# SUMARIO

EDITORIAL ..... 3

NORMAS DE PUBLICACIÓN ..... 6

## ARTÍCULOS ORIGINALES

Impacto del protocolo de mejora de recogida de orina para cultivo en la reducción de la contaminación de muestras ..... 7

M<sup>a</sup> Isabel López Vazquez

M<sup>a</sup> Salud Lozano Durá

Nuria Mira Marcelli

M<sup>a</sup> Luz Ruescas Rubio

M<sup>a</sup> Angeles Durá Berenguer

M<sup>a</sup> Luisa Fernández-Caro Alonso

Francisca Pérez Sánchez

M<sup>a</sup> Luisa Cuenca Jiménez

M<sup>a</sup> Carmen Amorós Aracil

Cuidados y técnicas de enfermería: ¿principios antagónicos o convergentes en la práctica clínica enfermera? ..... 13

Fernando Talens Belén

Isabel Casabona Martínez

Implantación de la Consulta de Enfermería en Rehabilitación Cardíaca, utilización de la planificación de cuidados y la taxonomía diagnóstica ..... 17

Pujalte Aznar, M<sup>a</sup> Faz

Casillas Jiménez, M<sup>a</sup> Angeles

Fernández Candela, Fernando

## ARTÍCULO ESPECIAL

Efectividad analgésica de las inyecciones subcutáneas de agua estéril en el Rombo de Michaelis, durante la primera fase del parto: ¿Dos o Cuatro infiltraciones? ..... 24

Laura Santamaría Díez

Patricia García Blanco

Andrea Herrero Reyes

## ENFERMERÍA Y SOCIEDAD

Nuevos retos. Enfermería Familiar y Comunitaria ..... 31

Gema Pomares

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA ..... 32

AGENDA DE ENFERMERÍA ..... 33

ENFERMERÍA EN LA RED ..... 34

### DIRECTOR:

José Antonio Ávila Olivares

### SUBDIRECTOR:

Francisco Pareja Llorens

### COMITÉ EDITORIAL

Coordinación: M<sup>a</sup> Dolores Gil Estevan

Elena Andina Díaz

M<sup>a</sup> Pilar Bonet Manso

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

M<sup>a</sup> Luisa Ruiz Miralles

María Torres Figueiras

Diego Ibáñez Gallardo

M<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> del Mar Ortiz Vela

M<sup>a</sup> 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<sup>a</sup>. 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 Bdic

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<sup>a</sup>-3<sup>a</sup> pta. 10 46010 VALENCIA

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

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

**E**l Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), ha firmado un acuerdo de colaboración con la Fundación Index a través del cual se va a desarrollar una estrategia que pretende dinamizar el conocimiento enfermero en la Comunidad Valenciana. Se trata de una iniciativa pionera en España que sentará las bases para conseguir que la producción científica de las enfermeras de esta Autonomía pueda escalar puestos en el ranking nacional en el que en estos momentos está en el quinto lugar. Gracias a este convenio, los colegiados de Alicante, Castellón y Valencia van a tener libre acceso a todos los recursos de la plataforma Ciberindex, la base de datos de Enfermería más importante en el ámbito iberoamericano, con cerca de 100.000 referencias bibliográficas.

Asimismo, CECOVA e INDEX trabajaran en la creación de redes de investigación con intereses comunes, facilitando información sobre recursos de ayuda a la investigación y promoviendo el intercambio de investigadores entre ambas instituciones.

Con tal motivo, el presidente de la Fundación Index, organización orientada al desarrollo de la investigación de los cuidados de salud desde una perspectiva multidisciplinar, Manuel Amezcua, es en esta ocasión el invitado para escribir la Editorial de la revista.

José Antonio Ávila  
*Director de la revista*

## Desafíos para la Investigación en Enfermería: ¡Movamos el Conocimiento!



¿Dónde localizar las mejores evidencias para la práctica de los cuidados? ¿Dónde puedo enviar mis trabajos con garantías de que van a ser adecuadamente evaluados? ¿Cuáles son las revistas con mayor impacto en mi área de conocimiento? ¿Cómo puedo aprender las mejores prácticas de investigación y comunicación científica en enfermería? Son algunos de los interrogantes más comunes que a menudo enfrentamos las enfermeras cuando nos acercamos al complejo mundo de la investigación, aparentemente pensado para disciplinas menos aplicadas que la enfermería.

Pues bien, mientras pensemos que NADA que produzcamos las enfermeras es válido, salvo que: (a) esté supervisado por otros, (b) se escriba en inglés, o (c) se publique en revistas extranjeras, las posibilidades de transferir conocimiento enfermero a nuestros pacientes y sus familias serán mínimas. Lo dijo Cicerón (De finibus), “No basta adquirir sabiduría; es necesario también usarla”. La transferencia de conocimiento, en una ciencia aplicada como la enfermería, ha de entenderse como un proceso dirigido a garantizar la utilidad práctica de los resultados de la investigación en la ciudadanía.

Para eso se gestó CIBERINDEX, la plataforma de la Fundación Index dirigida a gestionar el conocimiento en cuidados de salud que emana del espacio científico iberoamericano. La Fundación Index, según su acta fundacional, es una organización no gubernamental, sin ánimo de lucro, orientada al desarrollo de la investigación de los cuidados de salud desde una perspectiva multidisciplinar, incluyendo el enfoque clínico, sociológico, antropológico e histórico. El proyecto Index nació en un recóndito lugar de Andalucía en 1987, lo que significa que este año cumple su 25 aniversario. Su meta, acercar la ciencia a la práctica de los cuidados de salud, haciendo accesible el conocimiento

## ■ Investigación & Cuidados

que emana de la investigación de calidad. CIBERINDEX es la principal herramienta para lograrlo. La misma que el CECOVA, a través del convenio firmado con la Fundación Index, hace posible que llegue ahora a todos los colegiados enfermeros de la comunidad valenciana.

Con ello el CECOVA se incorpora la Red Internacional de Centros Colaboradores de la Fundación Index, una comunidad de conocimiento abierta que está logrando, a través de estrategias cooperativas, extender diferentes acciones de promoción del conocimiento enfermero en toda Iberoamérica. Esta red cooperativa, que pronto alcanzará el medio centenar de miembros en una decena de países, trabaja con entusiasmo desde principios tan loables como la complementariedad disciplinar y metodológica, la validez del conocimiento autóctono y contextualizado, la independencia intelectual o la capacidad de creatividad desde las periferias.

Pero ¿por qué es tan importante gestionar el conocimiento en una disciplina en particular como la enfermería? Baste un dato para responder a la pregunta: el mapa bibliométrico biomédico 1996-2004, desarrollado bajo los auspicios del Instituto de Salud Carlos III, identifica un total de 74 artículos publicados por las enfermeras españolas según el repertorio JCR-ISI. Sin duda parece una producción bien escasa, pero si utilizamos la base de datos CUIDEN (Fundación Index) para determinar la producción de las enfermeras españolas en el mismo periodo el resultado varía ostensiblemente: 22.365 artículos. Eso significa que el 99,77 % de lo que producimos las enfermeras en nuestro país no será reconocible por la comunidad científica internacional, salvo que desarrollemos instrumentos específicos para hacerlo visible. Es justo lo que realiza CIBERINDEX.

CIBERINDEX y sus tres principales herramientas (CUIDEN, Hemeroteca Cantárida y CUIDEN CITACION) permiten no solo acceder a la mayor parte del conocimiento enfermero que se produce en Iberoamérica, sino que también facilita su análisis y evaluación permanente. Así sabemos que la ciencia enfermera en nuestro espacio de referencia se comporta con una cierta normalidad, experimentando un crecimiento exponencial parecido al que Price predijo en los años 70 para la ciencia en general. La base de datos CUIDEN acumula casi cien mil registros desde su creación a principios de los 90, siendo aproximadamente el 20 % de los artículos que referencia accesibles a texto completo. Eso significa que hay en torno a 130.000 autoras de al menos un artículo en cooperación, que publican en dos centenares de revistas específicas de enfermería y otras tantas de disciplinas afines. Pero también nos permite conocer el comportamiento de la producción científica en contextos en concreto. Así sabemos que, siempre según CUIDEN, las enfermeras de la comunidad valenciana produjeron en el quinquenio 2005-2009 el 10,64 % de los trabajos publicados en nuestro país, siendo la quinta comunidad española con mayor producción, por debajo de Andalucía, Madrid, Cataluña y Castilla-La Mancha.

La pregunta obligada es si las enfermeras de la comunidad valenciana utilizan todo su potencial en el ámbito del conocimiento. Y lo que pensamos es que no, que aún hay otras potencialidades que se pueden despertar con algo de estímulo y apoyo. Y esa es la meta que deseamos alcanzar con el acuerdo establecido entre CECOVA-Fundación Index, que hemos querido materializar en la Estrategia I+C Moviendo el Conocimiento. ¿Cuáles son las prestaciones que a partir de este momento podrán disfrutar los colegiados de la comunidad valenciana?

- Acceso a CUIDEN PLUS, la versión avanzada de la base de datos sobre Cuidados de Salud, con contenido clínico-asistencial, de promoción de la salud, textos metodológicos, históricos, sociales o culturales.

- Acceso a la HEMEROTECA CANTARIDA, colección de revistas y fondos documentales a texto completo de interés para los cuidados de salud que tienen un contenido eminentemente científico.

- Acceso a CUIDEN CITACION, índice de Revistas sobre Cuidados de Salud con Repercusión en Iberoamérica, que informa del Impacto y otros indicadores bibliométricos.

- Sistema de Alertas Bibliográficas, con información sintética de los trabajos con mayor proyección y calidad que aparecen publicados en revistas y fondos documentales propios, así como de otros documentos seleccionados en la literatura científica internacional.

- Acceso gratuito al Programa CONECTA de inmersión en el conocimiento enfermero, para aprender a realizar búsquedas bibliográficas y manejar los recursos documentales de Ciberindex.
- Acceso en condiciones preferentes a e-INNOVA, con seminarios y talleres presenciales y a distancia sobre metodología de investigación, comunicación científica y metodología enfermera.
- Adscripción a grupos de investigación cooperativa que promueve la Fundación Index (enfermería basada en la evidencia, investigación cualitativa, salud comunitaria, historia y pensamiento enfermero).

Para acceder a éstos y otros recursos que progresivamente se irán incorporando, los colegiados valencianos deben entrar con sus credenciales personales en la plataforma web del CECOVA, y una vez dentro hacer clic sobre el logo CIBERINDEX ABIERTO. Y penetraremos en el universo del conocimiento científico más cercano y útil a las necesidades de desarrollo profesional de cada colegiado.

Desde la Fundación Index no ocultamos nuestra gran satisfacción al haber logrado con este convenio hacer realidad un anhelo hartamente acariciado durante años, que ha sido posible gracias al empeño y constancia del presidente del CECOVA, Juan Antonio Avila, que siempre ha creído en las utilidades que esta alianza habría de tener para los colegiados y colegiadas de la comunidad valenciana. Ahora solo nos queda esperar que sean ellos los que aprovechen al máximo estos recursos, y que sean lo suficientemente creativos y comprometidos como para impulsar el conocimiento enfermero en su comunidad. Sin duda los ciudadanos valencianos lo agradecerán.

**Manuel Amezcua**

*Presidente de la Fundación Index*

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.html>)

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](mailto: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 garantiza 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

términos 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.

# Impacto del protocolo de mejora de recogida de orina para cultivo en la reducción de la contaminación de muestras

**Autores:** M<sup>a</sup> Isabel López Vazquez, M<sup>a</sup> Salud Lozano Durá, Nuria Mira Marcelli, M<sup>a</sup> Luz Ruescas Rubio, M<sup>a</sup> Angeles Durá Berenguer, M<sup>a</sup> Luisa Fernández-Caro Alonso, Francisca Pérez Sánchez, M<sup>a</sup> Luisa Cuenca Jiménez, M<sup>a</sup> Carmen Amorós Aracil  
Enfermeras Departamento de Salud de Elda. Comisión de Procedimientos

maribellopezvazquez@yahoo.es

## The impact of improved urine specimen collection guidelines and lower rates of contaminated samples

### ABSTRACT

Urine specimen collection for the diagnosis of urine infection is one of the most common procedures carried out in Primary Health Centres (PHC). Regardless of the technique's simplicity, the samples become easily contaminated. In 2007 it was found a perception among health professionals from different PHC of a high rate of contaminated urine samples. Therefore, the procedures committee of Elda's health department decided to develop standard guidelines, specifically aimed at improving the collection of urine for culture in PHC.

**Aim:** to examine the effects in the reduction of contamination of urine samples collected in PHC in Elda's health department, after

updating the guidelines of urine collection for culture.

**Methods:** a descriptive cross-sectional study was carried out during the period 2007-2010. In 2007 it was found a perception among health professionals from different PHC of a high rate of contaminated urine samples. There was a post-intervention period of 3 years (2008-2010). The improvement programme involved the development and implementation of standard guidelines for the whole health department which consisted of a leaflet that was handed in to patients together with detail explanations of urine collection.

**Results:** the rate of contaminated urine samples in PHC was: pre-intervention (2007): 12.22%; post-

intervention: 11.99% in 2008; 11.44% in 2009 and 10.22% in 2010. The improvement percentages in comparison with 2007 are: 2% in 2008; 6% in 2009 and 16% in 2010. When the new guidelines effectiveness were studied, results showed a significant increase in the percentage of non-contaminated samples.

**Conclusion:** the implementation of these patient education-based guidelines for urine collection, were effective and efficient; as with a minimum cost, we managed to reduce the rate of contamination in the collection of urine samples in our department.

**Keywords:** urine collection, urine contamination-infection, nursing procedure, bacteriological examination, urine culture.

### RESUMEN

La toma de muestras para diagnosticar las infecciones de orina, es

una de las técnicas más frecuentes que se realizan en los centros de APS (Atención Primaria de Salud).

A pesar de su sencillez, presentan el inconveniente de la facilidad de contaminación de la muestras. En nues-

tro caso, nos encontramos en 2007 con una percepción entre profesionales de distintos centros de APS de tasas elevadas de muestras de orina contaminada, por lo que desde la comisión de procedimientos del Departamento de Salud de Elda elaboramos un protocolo para la mejora en la recogida de orina para cultivo, especialmente dirigido a APS.

**Objetivo:** Analizar los efectos sobre la reducción de la contaminación de muestras de orina ante la actualización del protocolo de mejora para la recogida de orina para cultivo en APS del departamento de salud de Elda.

**Metodología:** Para la realización de este estudio se ha utilizado un diseño Descriptivo Transversal durante el periodo 2007-2010 tras

la percepción entre profesionales de distintos centros de APS de tasas elevadas de muestras de orina contaminada en 2007 y un seguimiento post-intervención de 3 años (2008, 2009 y 2010). El programa de mejora consiste en la elaboración y aplicación del protocolo unificado para el departamento, consistente en un folleto que se entrega a los pacientes, acompañado de las explicaciones para la recogida de orina.

**Resultados:** Las tasas de contaminación de muestras de orina en APS en el departamento han sido: Pre-intervención en 2007: 12,22%. Post-intervención: En 2008: 11,99%; en 2009: 11,44% y en 2010: 10,22%. Los porcentajes de mejora con respecto al 2007 son: En 2008: 2%; en 2009: 6% y en 2010:

16%. En los resultados de eficacia del protocolo se observa un aumento significativo del porcentaje de mejora de reducción de muestras contaminadas.

**Conclusiones:** La aplicación de nuestro protocolo de toma de muestras basado en la educación al paciente, ha sido efectivo y eficiente, ya que ha permitido reducir y mantener de forma significativa las tasas de contaminación en la recogida de muestras de orina de nuestro departamento de salud a un coste mínimo.

**Palabras clave:** Recogida de orina, Contaminación-infección urinaria, Procedimiento de enfermería, Examen bacteriológico, Urocultivo.

## INTRODUCCIÓN

La incidencia de infección urinaria ha ido cambiando en la última década en progresión ascendente, probablemente debido al aumento de la esperanza de vida que a su vez aumenta la población susceptible de padecerla, y con el consiguiente problema para las instituciones sanitarias, no sólo por su morbilidad y mortalidad, sino también por las implicaciones económicas y consecuencias en el indicador de calidad de atención de los pacientes. La mayor parte de estas infecciones están provocadas por bacterias y más raramente por virus<sup>2</sup>. La orina normalmente es estéril en la vejiga, por lo que la bacteriuria puede ser el resultado de una infección o una contaminación (flora uretral o perineal) en el momento de la recolección de la muestra. Dicha muestra de orina nos proporciona información de suma utilidad, siempre que sea tomada adecuadamente. En estos casos el urocultivo constituye la prueba esencial para el diagnóstico de infección urinaria y es una de las técnicas más frecuentes que se realizan en los centros de Atención Primaria (APS)<sup>3</sup> y

cuyo resultado está condicionado por la calidad de la recogida de la muestra de orina.

Para realizar esta técnica hay cuatro métodos con las ventajas e inconvenientes propios de cada técnica. El urocultivo estándar emplea orina de segunda micción. Los primeros 10-12 ml de orina deben eliminarse para arrastrar las bacterias presentes en el tercio distal de la uretra que pueden contaminar la muestra. Requiere aseo genital previo y frasco estéril. En lactantes y preescolares se usa comúnmente el recolector, con el cual deben tomarse las mismas precauciones de aseo y además realizar el recambio del dispositivo por lo menos cada 30 min, para reducir la posibilidad de contaminación con flora perineal. Otros métodos de obtención se orina son el cateterismo vesical y la punción suprapúbica pero estas últimas se practican en instituciones hospitalarias.

La orina debe enviarse al laboratorio para su siembra dentro de los primeros 30 minutos o conservarse refrigerada hasta un máximo de 4 horas.

La técnica de micción espontánea con orina de

mitad de chorro es la que realiza generalmente el paciente adulto en los centros de APS; en los niños bolsa colectora y en pacientes seniles incontinentes mediante sondaje vesical<sup>4</sup>

A pesar de las ventajas, tanto económicas como de sencillez de aplicación, esta técnica, presentan el inconveniente de la facilidad de contaminación de la muestras, la cual se cuantifica en estudios realizados sobre el tema<sup>1,3,5</sup> y oscila dentro de un rango del 20 al 70% de muestras contaminadas, según los criterios de contaminación utilizados. El criterio de muestra contaminada se estableció en  $> 20.000$  UFC/ml (Unidades Formadoras de Colonias por mililitro) de dos o más especies<sup>3</sup>.

A la hora de valorar la adecuación de una técnica de recogida de orina, debemos considerar no sólo su validez diagnóstica, sino también el coste de los errores diagnósticos en los que podemos incurrir. Una ITU no diagnosticada originará un retraso terapéutico y consecuentemente un mayor riesgo de daño renal. Una ITU diagnosticada erróneamente, a partir de una contaminación de la orina desencadenará una serie de procedimientos diagnósticos y terapéuticos inapropiados. Existen pocos estudios sobre intervenciones dirigidas a reducir las tasa de contaminación en la obtención de muestras de orina y aunque en dichos estudios los resultados han sido efectivos no son suficientes para hacer comparaciones<sup>3,4,6</sup> En nuestro caso, nos encontramos en 2007 con una percepción entre profesionales de distintos centros de APS de tasas elevadas de muestras de orina contaminada, por lo que desde la comisión de procedimientos del Departamento de Salud de Elda elaboramos un protocolo para la mejora en la recogida de orina para cultivo, especialmente dirigido a APS, ya que en este contexto las muestras son tomadas por el propio paciente o por los familiares (en el caso de niños y adultos dependientes), los cuales generalmente no están familiarizados con la obtención de estas muestras. Este protocolo se realiza entregando a todos los pacientes que tengan que recoger muestras de orina un díptico con fotografías y texto de forma gráfica y con las explicaciones pertinentes por parte de los profesionales de enfermería. Se alecciona sobre el aseo genital previo y la necesidad del frasco estéril. En lactantes y preescolares se usa comúnmente el recolector,

con el cual deben tomarse las mismas precauciones de aseo y además realizar el recambio del dispositivo por lo menos cada 30 min, para reducir la posibilidad de contaminación con flora perineal. Se recalca la importancia de que la orina se envíe al laboratorio para su siembra dentro de los primeros 30 minutos o se conserve refrigerada hasta un máximo de 4 horas.

## OBJETIVO

Analizar los efectos sobre la reducción de la contaminación de muestras de orina ante la actualización del protocolo de mejora para la recogida de orina para cultivo en APS del departamento de salud de Elda.

## METODOLOGÍA

Para la realización de este estudio se ha utilizado un diseño Descriptivo Transversal durante el periodo 2007-2010 tras la percepción entre profesionales de distintos centros de APS de tasas elevadas de muestras de orina contaminada en 2007 y un seguimiento post-intervención de 3 años (2008, 2009 y 2010). Se aplicó el protocolo de recogida de orinas entregando un folleto explicativo y las instrucciones pertinentes por el personal de enfermería. Durante 2008, 2009 y 2010, y se recogieron los resultados de la intervención y seguimiento.

El estudio se ha desarrollado en 13 centros de salud de los 17 que comprende el Departamento de Salud de Elda ya que los 4 restantes son consultorios auxiliares y no aportan datos significativos. La muestra está formada por todos los pacientes de los centros de salud a los que se les pidió muestra de orina para cultivo durante el año 2008, 2009 y 2010 y que asciende a 40.222 pacientes que, sumados a los pacientes previos desde abril de 2007 alcanza el total de 50.164 muestras solicitadas.

La recogida de datos se realizó mediante el programa OMNIUM Omega 3000.

Para que en todos los centros se recogiese la orina de la misma manera y se diesen las mismas instrucciones, se elaboró y aplicó un protocolo unificado que consistía en un folleto con instrucciones escritas y fotografías sobre como recoger la orina y que se daban al paciente, a los padres en el caso de niños y cuando se trataba de ancianos dependientes al cuidador princi-

## ■ Investigación & Cuidados

pal. Estas instrucciones se facilitaban al paciente en el momento de solicitar la cita para laboratorio. El tiempo empleado no se midió pero eran los minutos suficientes para dar las instrucciones el profesional de enfermería y hacer un feed-back que garantizara la comprensión de lo que se explicaba. El protocolo se puede ver en el anexo 1.

### RESULTADOS

Los resultados descriptivos del estudio se observan en la tabla 1.

**Tabla 1:** Tasas de contaminación de muestras de orina en APS en el Departamento de Elda. Adultos.

Año	PRE-INTERVENCIÓN	POST-INTERVENCIÓN		
	2007	2008	2009	2010
Adultos >40a	16.54	15.83	17.83	14.70
Adultos <40a	8.61	8.90	6.32	6.94
Total Adultos %	12.96 %	12.65 %	11.96 %	11.22 %
Total Adultos	8.688*	12.878	1.1078	10.402

\*Datos obtenidos desde Abril de 2007

**Tabla 2:** Tasas de contaminación de muestras de orina en APS en el Departamento de Elda. Niños.

Año	PRE-INTERVENCIÓN	POST-INTERVENCIÓN		
	2007	2008	2009	2010
Niños >3a	7.10	8.21	7.55	4.50
Niños <3a	7.09	11.40	10.11	3.34
Total Niños %	7.10 %	8,08 %	8,58 %	4,04 %
Total Niños	1.254*	2.165	2.017	1.682

\*Datos obtenidos desde Abril de 2007

**Tabla 3:** Tasas de contaminación de muestras de orina en APS en el Departamento de Elda. Muestra total.

Año	PRE-INTERVENCIÓN	POST-INTERVENCIÓN		
	2007	2008	2009	2010
Total	12.22 %	11,99 %	11,44 %	10,22 %
Total	9.9042*	15.043	13.095	12.084

\*Datos obtenidos desde Abril de 2007

Como podemos ver en los resultados, la mayor tasa de disminución de muestras contaminadas se produce el grupo de adultos, y dentro de estos en los menores de 40 años. En el grupo de niños, se aprecia un aumento de la contaminación de muestras salvo en el año 2010.

Los resultados de eficacia del protocolo se pueden ver en la tabla 4.

**Tabla 4:** Eficacia del protocolo de aplicación de recogida de muestras de orina en APS, en porcentaje de mejora con respecto a 2007.

Año	POST-INTERVENCIÓN								
	2008			2009			2010		
	Adultos	Niños	Total	Adultos	Niños	Total	Adultos	Niños	Total
%	2.00	-14.00	2.00	8.00	-21.00	6.00	13.00	43.00	16.00

En esta tabla podemos ver que la mejora en la reducción de muestras contaminadas se ha dado en el grupo de adultos, mientras que en los niños se ha producido un aumento de las muestras contaminadas en el año 2008 y 2009 y una reducción significativa en el 2010 .

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A pesar de que el uso de la bolsa recolectora ha sido criticada por el alto porcentaje de contaminación, tiene la ventaja de no ser invasiva y de fácil uso. En el seguimiento de nuestro estudio nos encontramos en 2008-2009 con tasas elevadas de contaminación de orina en niños, por lo que analizamos los motivos de estos resultados. Se realizó una encuesta a los profesionales para ver el grado de información que tenían respecto al protocolo, el resultado fue que aproximadamente el 50% desconocían el protocolo o no se habían implicado en explicar los métodos para mejorar la recogida de las muestras.

A finales del 2009 se hizo un llamamiento a los centros de salud para que los coordinadores de enfermería pusiesen en conocimiento de los profesionales el protocolo y recalcasen la importancia de dar los consejos y entregar los dípticos. Al inicio del 2010 se llevó a cabo una charla taller para los profesionales, obteniendo una mejora de los resultados en el 2010.

Por otra parte, la técnica de la recogida de mitad de chorro, que se ha empleado en adultos, ha mostrado su eficacia en función de la reducción del número de muestras contaminadas.

Existen pocos estudios sobre intervenciones dirigidas a reducir las tasa de contaminación en la obtención de muestras de orina y aunque en dichos estudios<sup>3,4,6</sup> los resultados han sido efectivos no son suficientes

para hacer comparaciones que avalen la eficacia de nuestra intervención.

La conclusión de estos estudios analizados es que facilitar un folleto explicativo junto con instrucciones verbales sobre el procedimiento de recogida de orina disminuye significativamente la contaminación de muestras 3,4. También queremos comentar que la mejora de la técnica de recogida de orinas en niños, reduce al máximo el uso de técnicas invasivas, como son la sonda vesical o la punción suprapúbica.

Otro punto a tener en cuenta y que no tenemos que olvidar, es que la orina obtenida mediante bolsa colector, es útil sólo si el cultivo resulta ser negativo, ya que generalmente resulta contaminada con la flora perineal.

Queremos concluir en función de los resultados obtenidos, que la aplicación de nuestro protocolo de toma de muestras basado en la información y educación al paciente, ha sido efectivo, ya que ha permitido reducir globalmente de forma significativa las tasas de contaminación en la recogida de muestras de orina, sobre todo en el último año y equipararlas a las tasas de efectividad publicadas en otros estudios realizados sobre el tema.

La evidencia clínica muestra que explicar adecuadamente a los pacientes la técnica de recogida de orina para evitar la contaminación constituye una actuación

educativa necesaria por su eficacia ya que, ha permitido reducir y mantener de forma significativa las tasas de contaminación con la consiguiente mejora económicas y del indicador de calidad de atención de los pacientes. Por todo ello pensamos que debería ser valorado por las enfermeras de Atención Primaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Andreu, A., Cacho, J., Coira, A., Lepe, JA. Diagnóstico microbiológico de las infecciones del tracto urinario. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011; 29(1):52-57. Disponible en: [www.elsevier.es/eimc](http://www.elsevier.es/eimc)
2. Cruz, I., Serrano, D., Valdivieso, M.J. Enfermería en la prevención de infección urinaria pediátrica. *Revista Científica Hygia de Enfermería*. Nº 77. Año XVIII-2011. Pag. 54-57. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia77.pdf>
3. Cabedo VR, Novoa C, Tirado MD, Rodríguez N, Rodríguez MT y Solá S. ¿Es importante la técnica de recogida de la orina para evitar la contaminación de muestras?. *Aten Primaria* 2004; 33(3):140-4.
4. Ochoa C, Brezmes MF, y otros. Métodos para la recogida de muestras de orina para urocultivo y perfil urinario. *An Pediatr (Barc)*. 2007; 67(5):442-9.
5. Serrano, P. ¿Se reducirían los cultivos mixtos en urocultivos realizados a lactantes si las madres recibieran un adecuado asesoramiento sobre el manejo de las bolsas colectoras?. *Evidencia* 2007, nov.-dic. Año 4 (18). Disponible en : <http://www.index-f.com/evidencia/n18/405articulo.php>
6. Al-Orifi F, McGillivray D, Tange S y Kramer MS. Cultivos de orina en niños por medio de bolsa colector: ¿son los riesgos demasiado altos?. *J Pediatr* 2000; 137:221-226.

## ANEXO 1

**HORARIO DE ENTREGA:**  
-de 8h30 a 9h, en su Centro de Salud  
-Si lo entrega personalmente en el Hospital, el horario es de 8:30h. a 12:00h.



**MÉTODOS DE RECOGIDA DE ORINA EN NIÑO/AS CON BOLSA ADHESIVA**

**INDICACIONES PARA UNA BUENA RECOGIDA DE MUESTRA**

**COMISIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE SALUD ELDA**

**MÉTODO RECOGIDA MUESTRA DE ORINA EN NIÑOS CON BOLSA ADHESIVA.**

1. Lavado minucioso de genitales externos con agua jabonosa.

**Niñas**, separar bien los labios para evitar restos de suciedad.

**Niños**, retirar bien el prepucio para retirar restos de suciedad.



2. Secar bien de delante hacia atrás.



3. Poner el colector de orina, si no micción, ir cambiándolo cada 30 minutos, repitiendo la operación.



4. Tras recoger la orina, colocar el colector en un tarro estéril, sin manipularlo. Llevar al laboratorio, conservándolo en frío.



**HORARIO DE ENTREGA:**

-de 8h30 a 9h, en su Centro de Salud

**MÉTODOS DE RECOGIDA DE ORINA**

**CONSERVACION:**

-ORINA 24h, sitio fresco, no frigorífico.  
-ANORMALES, SEDIMENTO Y UROCULTIVO, en frigorífico.

**INDICACIONES PARA EL PACIENTE**

**COMISIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO 18-ELDA**

**HIGIENE**

- Lavarse las manos con agua y jabón
- Aclarar con abundante agua.
- En mujeres, realizar al secado de genitales de delante hacia atrás, con una toalla limpia.
- En hombres bajar bien el prepucio.

**Una vez realizada la higiene:**

- RECOGER LA PRIMERA ORINA DE LA MAÑANA DESECHANDO LA PRIMERA Y LA ÚLTIMA PARTE DEL CHORRO. PONIENDO EL RESTO EN EL TARRO.
- COLOCAR LA TAPA Y CERRAR.

**REALICE LO QUE ESTÁ MARCADO**

**ANORMALES Y SEDIMENTOS**

- El tarro debe permanecer siempre cerrado y con la tapa hacia arriba.
- Levantar el papel protector del tarro y pinchar el tubo para pasar la orina.
- ENTREGAR EL TUBO

**URCULTIVO**  
ENTREGAR EL TUBO



**RECOGIDA ORINA 24h**

- El día anterior de la entrega, levantarse a las 7h. de la mañana, orinar.  
Esta orina no debe guardarla.

-A partir de ahora, recoger en la botella grande toda la orina del día, la noche y del día siguiente hasta las 7h. de la mañana.

**IMPORTANTE:** no orinar directamente en la botella cuando se le haya entregado con líquido en el interior, contiene ácido. No manipular el contenido de la botella y mantenerla siempre cerrada, excepto para introducir la orina.

-Guardar durante el día la orina en sitio fresco, pero no en el frigorífico. A la mañana siguiente, después de haber orinado a las 7h., anote en este papel la cantidad de orina recogida.

- Cerrar fuertemente y remover la botella donde se depositó la orina, levantar el papel protector y pinchar el tubo que indica "Orina de 24h."

- Entregar el tubo y este papel en el centro de salud antes de las 9 h.

**Anote la cantidad total en este recuadro.**

TOTAL:

2000
1900
1800
1700
1600
1500
1400
1300
1200
1100
1000
900
800
700
600
500
400
300
200
100

# Cuidados y técnicas de enfermería: ¿principios antagónicos o convergentes en la práctica clínica enfermera?

**Autores:** Fernando Talens Belén\*; Isabel Casabona Martínez\*\*

\*Diplomado Universitario en Enfermería. Doctorando de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante.

\*\*Enfermera antropóloga, Profesora Asociada al Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante. Doctora por la Universidad de Alicante.

Trabajo premiado en la IV Jornada Científica de Enfermería del Departamento de Salud de Elche-Hospital General. "Tecnología y Cuidados: Compromiso de Futuro". Elche 27 de abril de 2012.

fernandotalens@hotmail.com

## Care and nursing techniques: conflicting or converging principles in clinical practice nurse?

### ABSTRACT

Nursing is a young scientific discipline, still under construction. The holistic nature of nursing is opposed to reducing them to mere nurse practice acts, procedures and techniques. From the qualitative paradigm and methodology of Grounded Theory aims to analyze and reflect

on how clinical nurses make clinical practice and nursing care. Among the nurses still some conceptual confusion about the meaning of care. Study clinical nurses perceive care as an abstract concept, indefinite, intangible, with different meanings, derived from the interplay of factors such as motivation, learning,

practice and perception of the nursing profession that affects the way of understanding the role of care and nursing care.

**Key words:** nursing care, practice nursing, qualitative research in nursing expertise.

### RESUMEN

Enfermería es una disciplina científica joven, todavía en construcción. La naturaleza holista de enfermería se opone a reducir la práctica enfermera a meros actos, procedimientos y técnicas. Desde el paradigma cualitativo y la metodología de la Teoría Fundamental pretendemos analizar y reflexionar

como conforman las enfermeras asistenciales la práctica clínica y los cuidados de enfermería. Entre las enfermeras persiste cierta confusión conceptual en torno al significado de los cuidados. Las enfermeras clínicas del estudio perciben los cuidados como un concepto abstracto, indefinido, intangible, con diferentes significados, derivados de la

interrelación de factores como la motivación, aprendizaje, la práctica clínica y la percepción de la profesión enfermera que incide en la forma de entender la función asistencial y los cuidados de enfermería.

**Palabras clave:** cuidados de enfermería, práctica clínica, investigación cualitativa en enfermería.

## INTRODUCCIÓN

En el siglo XXI la investigación científica, especialmente, en enfermería es una cuestión prioritaria.

Desde la perspectiva de disciplina científica, a criterio de Carvalho, “enfermería es una ciencia que se encuentra en construcción”, desde la función asistencial de la salud, los cuidados de enfermería, constituyen el principal objeto de estudio, no se puede concebir una construcción científica disciplinar de enfermería sin una atención especial a su objeto de estudio<sup>1</sup> [los cuidados].

En la literatura los principales referentes de la enfermería abogan como reto presente y futuro de la disciplina el uso de la teoría, vinculada a la investigación científica<sup>2</sup>, con el fin de mejorar la práctica asistencial. El tipo de conocimiento que sustenta la práctica, históricamente, ha estado basado en tradiciones y el juicio común<sup>3,4</sup>. Hasta principios del siglo XX se mantuvo la convicción que el progreso de la práctica de enfermería se encontraba ligada a la formación de enfermeras cualificadas<sup>5</sup> y no a la investigación.

Como propósito del estudio pretendemos analizar y reflexionar como conforman las enfermeras asistenciales los cuidados que brindan. La práctica clínica ocupa gran parte de su tiempo en la realización de actividades, técnicas y procedimientos, lo que muchas enfermeras asistenciales han venido entendiendo por cuidados de enfermería, viéndose el significado y naturaleza de los cuidados eclipsados por dichas técnicas. ¿Son estas técnicas cuidados de enfermería?

Desde las distintas posturas filosóficas explican cómo se genera y construye el conocimiento y sus relaciones con la sociedad a la que sirven. La epistemología de enfermería se genera desde la búsqueda de respuestas, a las interrogantes<sup>6</sup> ¿cómo se origina el conocimiento en enfermería?, ¿qué métodos utiliza?, ¿Cuál es la relación entre teorías y práctica desde la investigación?, en definitiva ¿cómo reflexionan sobre los cuidados de enfermería?, planteadas desde las distintas posturas filosóficas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio es un trabajo de campo enmarcado dentro del paradigma de la investigación cualitativa,

basada en la metodología de la Teoría Fundamentada<sup>7</sup> (TF). El paradigma cualitativo<sup>8</sup> referencia al modo en que enfocamos los problemas y buscamos respuestas. En consecuencia, va más allá de unas técnicas y procedimientos concretos, de recogida, análisis e interpretación de los datos, o en la forma de presentar los hallazgos. Implica entender el fenómeno de estudio desde la perspectiva de sus actores. Es inductivo<sup>7</sup>, en tanto, el conocimiento y la comprensión del fenómeno se inician en los datos, recolectados por las diferentes técnicas. No tiene el propósito de evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas. Su pretensión es la de captar el significado de las cosas (procesos, comportamientos, actos) y reconstruir significados<sup>9</sup>. Hace énfasis en estudiar los fenómenos sociales en el propio entorno natural en el que ocurren. Es esencial el análisis objetivo del significado subjetivo. No busca relaciones causales por medio de “hechos objetivos” y análisis estadísticos. Utiliza un proceso interpretativo, holista<sup>10</sup>, en orden a comprender una realidad dentro de un contexto.

En cuanto a los sujetos participantes fueron Enfermeras asistenciales en el ámbito hospitalario en la provincia de Alicante. Todos los participantes acceden al estudio de forma voluntaria, dejando constancia mediante consentimiento informado. En el cual, se especifica el grado de su participación, informantes, sin otro perjuicio o responsabilidad, garantizándose su anonimato y confidencialidad. El documento se expresa en dos copias, una de las cuales es para los participantes.

Su selección fue intencionada y secuenciada<sup>10</sup>, no todos de una vez, con la selección de incidentes, acontecimientos o sucesos y no de personas. En consecuencia, el criterio del muestreo teórico obedece a las distintas formaciones de las enfermeras donde cohabitan ATS, DUE, enfermeras con estudios superiores.

Los datos fueron recolectados mediante entrevistas semiestructuradas abiertas, recogidas en audio. Posteriormente, transcritas y sometidas al análisis, según los fundamentos de la TF. Con la codificación abierta<sup>7</sup> se establecieron los conceptos, de los cuales emergen las distintas categorías, por el método de análisis de comparación constante de los datos, que a su

vez dirige el muestreo teórico para recolectar nuevos datos. La codificación axial<sup>7</sup> permite relacionar las categorías y subcategorías. Finalmente, la codificación selectiva<sup>7</sup> integra las distintas categorías en una categoría central que le da sentido a todos los datos. El uso de la literatura tuvo por objetivo aumentar la sensibilidad de los datos y estimular nuevas indagaciones.

No estuvo predestinado el número de entrevistas a realizar, finalmente fueron diez entrevistas a sendas enfermeras. Las entrevistas se llevarán a cabo durante el año 2012.

Las preguntas abiertas fueron del tipo:

- ¿Cuáles son sus motivaciones cómo enfermera?
- ¿Cómo son los cuidados de enfermería que brinda a los pacientes?, ¿en qué se fundamentan?
- ¿Realiza formación continuada?
- ¿Cuál es su percepción de enfermería cómo profesión?

Las preguntas<sup>11,4,7</sup> de investigación cualitativa sirven para focalizar todo el proceso de investigación, ayuda a definir el propósito y el contexto del estudio, y, finalmente, permite seleccionar el método de investigación. Así las preguntas se deben plantear de modo que permitan estos objetivos, orientando el estudio pero de manera abierta, como afirman Coffey y Atkinson. Modificar la guía de entrevista<sup>4</sup> es una práctica común en la teoría fundamentada, permite focalizar el análisis y desarrollar las categorías.

## RESULTADOS

En un primer análisis, los profesionales de enfermería focalizaron los cuidados de enfermería en torno a las actividades que realizan en su práctica clínica asistencial. Así clasificaron los cuidados en función de si eran técnicos o no lo eran, si estaban centrados en aspectos emocionales del paciente, si se realizaban directamente sobre éste o no, si eran generales o específicos circunscritos a una determinada patología o enfermedad, si eran formales o informales, en función de quienes lo realizasen dependiendo de su complejidad. Prácticamente fue una constante entre las enfermeras señalar que las actividades y tareas que realizaban en la clínica poseían un elevado componente téc-

nico y que éstas técnicas constituían los cuidados de enfermería, fusionando la técnica o procedimiento con el significado pleno de los cuidados de enfermería.

Posteriores reflexiones y análisis de los datos arrojaron diferenciados matices sobre los cuidados de enfermería y la práctica clínica. Por ejemplo, tomaron consciencia que determinadas técnicas y actividades de la clínica son delegadas a enfermería, que asumen nuevos procedimientos, como otros, son delegados al estamento de auxiliares de enfermería. Cabe destacar que éstos han variado según las épocas, respecto a los estamentos profesionales que los realizaron.

Las enfermeras participantes en el estudio constataron que los cuidados son acciones que realiza la enfermera directamente o no, que incide sobre la salud y evolución clínica del paciente. Más allá de unas técnicas y procedimientos concretos, incluye una percepción y valoración global del paciente. Les resultó infructuoso definir los cuidados, por qué éstos adoptan diferentes significados para cada enfermera en función de la interrelación de factores como la motivación que les llevó a estudiar enfermería, la formación continuada posterior a la titulación, que incide en la práctica clínica, es decir, en los quehaceres diarios y cotidianos, como en la percepción de lo que representa enfermería como profesión. Percibieron como para algunas enfermeras su práctica clínica y los cuidados se reduce a la ejecución de técnicas y el trabajo mecánico derivado de los procedimientos de enfermería, actuando como personal sanitario dependiente de otros estamentos profesionales. Desde su percepción, este rol depende de su formación como enfermeras y de la visión de una enfermería dependiente de otros estamentos.

## CONCLUSIÓN

- Los cuidados de enfermería brindan una atención integral al ser humano desde una perspectiva holista. La naturaleza de los cuidados son independientes de la técnica ejecutada, sin embargo, han de estar presente en todas las acciones que la enfermera realiza al paciente. Los distintos procedimientos varían en el tiempo o son sustituidos por otros en función de las necesidades sociales y los avances tecnológicos, pero la naturaleza de los cuidados de enfermería perdura en el tiempo.

• Solapar los cuidados a las técnicas como un mismo ente representa u a amenaza a la disciplina enfermera. En tal situación las enfermeras podrían ser reemplazadas por otros profesionales para la ejecución de tales técnicas, cuando los cuidados sólo fuesen técnicas sin más.

## DISCUSIÓN

El desencuentro teórico-práctico<sup>12</sup> en la clínica asistencial de enfermería obedece principalmente a razones epistémicas, para Hernández Conesa et al. los cuidados no se encuentran bien definidos y delimitados, con carencia de un lenguaje enfermero<sup>4</sup>. Por consiguiente, uno de los debates de mayor actualidad en la enfermería es como superar tal indefinición epistemológica y ¿Cuál es el paradigma que se encuentra en la mejor predisposición de hacerlo?

De una parte quienes apuestan por un enfoque cualitativo, concretamente, por el paradigma hermenéutico y sociocrítico<sup>12</sup>, en virtud de la naturaleza y el carácter multidimensional del ser humano. Tal complejidad requiere un abordaje integral desde la concepción holística de los cuidados de enfermería. Las necesidades están sujetas a variabilidad interpretativa<sup>13</sup>, en función del contexto cultural de la sociedad en la que se contemplan.

Desde el paradigma biomédico, presente todavía en el pensamiento político y profesional, ha interpretado los cuidados desde la vertiente más técnica<sup>14</sup>. Dirigidos a aspectos biológicos centrados en la enfermedad, con un déficit de los cuidados emocionales, culturales y sociales. No se trata de desdeñar las aportaciones de distintos paradigmas o metodologías como el racional-tecnológico, o si las teorías<sup>15</sup> de enfermería proceden de distintas disciplinas, si son aplicables al objeto de estudio, los cuidados.

El desencuentro teórico-práctico en las enfermeras asistenciales lleva a éstas a solapar en un único concepto, la naturaleza y significado de los cuidados de enfermería con la acción práctica asistencial que realizan. Si bien, desde el mundo académico sí se encuentra diferenciados. Así los cuidados<sup>15</sup>, para Siles, pueden entenderse como: “el producto de la reflexión sobre las ideas, los hechos y las circunstancias relacionadas con el proceso de satisfacción de necesidades del ser humano y que garantizan la integridad y la armonía de todas

y cada una de las etapas que constituyen la vida humana (...)” .Sin embargo, no mantiene una correspondencia práctica<sup>16</sup> en la clínica.

Con el fin de continuar ahondando en los cuidados, por ende, en la disciplina enfermera, resulta pertinente investigar acerca de los atributos y dimensiones de los cuidados, para, en definitiva conseguir fortalecerlos epistemológicamente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Carvalho V. Acerca de las bases teóricas, filosóficas, epistemológicas de la investigación científica – el caso de la enfermería. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003 novembro-dezembro;11 (6):807-15. [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
2. Marriner-Tomey, A., Alligood, M.R. Modelos y teorías en Enfermería (5ª ed) Mosby, Madrid;2003.
3. Domínguez-Alcón C, Rodríguez JA, De Miguel JM. Sociología y enfermería. Pirámide. Madrid. 1983.
4. Hernández Conesa JM, Moral de Calatraba, P, Esteban-Albert, M. Fundamentos de la enfermería. Teoría y método (2ª ed.) Interamericana McGraw-Hill, Madrid.2003.
5. Cabrero J, Richart M. Investigar en enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería. Universidad de Alicante .Alicante.2000.
6. Cárdenas, M. Algunas consideraciones sobre la epistemología. *Revista Mexicana de enfermería Cardiológica*, 1999.Vol.7, nº 1-4.ener-diciembre. Pp81-82.
7. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia, Medellín.2002.
8. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. Paidós. Barcelona. 1987.
9. Ruiz Olabuénaga, J.L. Metodología de la Investigación Cualitativa. Universidad de Deusto. Bilbao. 1999.
10. De la Cuesta C. Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad. Universidad de Antioquia. Medellín.2004.
11. Coffey, A., Atkinson, P. Encontrar el Sentido a los Datos Cualitativos. Estrategias Complementarias de Investigación. Universidad de Alicante, Alicante.2005.
12. Siles J. Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enfermería Clínica*.7/4:38-44. 1997.
13. Siles, J. Historia de la Enfermería, Aguacilar, Alicante. 1999.
14. Ibarra T.X. El interaccionismo simbólico y los cuidados de enfermos crónicos en el ámbito comunitario. *Cultura de los Cuidados*.2008. 2º semestre. Año XII, Nº 24:94-105.
15. Siles, José. Enfermería, historia y antropología versus cultura de los cuidados. En: Siles González, José (editor). *Cultura de los cuidados: historia de la enfermería iberoamericana*. Alicante. Editorial club Universitario.2011.17-47
16. Ledesma-Delgado ME, Mendes MMR. El proceso de enfermería como acciones de cuidado rutinarias: construyendo su significado en la perspectiva de las enfermeras asistenciales. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009 maio-junho:17(3). [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

# Implantación de la consulta de Enfermería en rehabilitación cardíaca, utilización de la planificación de cuidados y la taxonomía diagnóstica

**Autores:** M<sup>a</sup> Faz Pujalte Aznar\*, M<sup>a</sup> Angeles Casillas Jiménez\*\*, Fernando Fernández Candela\*\*\*.

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

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

\*\*\*Subdirector de Enfermería Asistencia Especializada Ambulatoria del H.G.U. de Elche. Profesor de Enfermería, Universidad CEU Cardenal Herrera-Elche.

mfpujalte@hotmail.com

## Implementation of a cardiac rehabilitation nursing clinic; use of nursing care plans and nursing diagnoses taxonomy

### ABSTRACT

This is a descriptive study about the implementation, functioning and follow-up of the Cardiac Prevention and Rehabilitation Programme for patients with cardiovascular disease from the Elche's University General Hospital.

A literature review was undertaken in different databases: CUIDEN, CUIDATGE, ENFISPO and MEDLINE. We examined our starting point and how we could update our knowledge and put it into practice in the cardiac rehabilitation nursing clinic.

In this nursing clinic we established a care plan and carried out a

Gordon's functional health patterns assessment which would help us to find out health needs related to the main risk factors. We also examined the diagnoses (NANDA) according to the problems detected, certain intervention (NIC) were recommended and real achievable patient commitments were set up.

If we want to deliver high quality care to patients, it is necessary some information exchange and a continuing care plan; which can be found in the electronic nursing clinical history.

The use of the electronic clinical history makes possible and guarantees the communication and a conti-

nuing care between primary and specialist healthcare services.

The main objective of our interventions is to promote the highest level of health in the different stages of life.

It is of main importance for nurses to implement educational activities which improve not only our "autonomous professional role" but also the nurse health education and cardiovascular prevention role.

**Keywords:** Rehabilitation nurse, health education, nursing education, cardiovascular diseases, cardiac rehabilitation, cardiovascular nurse.

**RESUMEN**

Estudio descriptivo sobre la implantación, funcionamiento y seguimiento del Programa de Prevención y Rehabilitación Cardíaca en pacientes con enfermedad cardiovascular del Hospital General Universitario de Elche.

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos: CUIDEN, CUIDATGE, ENFISPO y MEDLINE. Analizamos desde dónde partimos y cómo podemos actualizar los conocimientos aplicándolos en la Consulta de Enfermería en Rehabilitación Cardíaca.

En esta consulta de enfermería se establece una planificación de cuidados, realizando una valoración por Patrones Funcionales de

Gordon, detectando las necesidades de salud relacionadas con los principales factores de riesgo, incorporando los diagnósticos (NANDA) según los problemas detectados, se pautan las intervenciones (NIC) y se establecen compromisos reales alcanzables por el paciente.

Para proporcionar una asistencia de calidad al paciente tiene que existir un intercambio de información, planificación y continuidad en los cuidados, todo esto queda reflejado en la Historia Electrónica de Enfermería permitiendo el abordaje integral y continuado del paciente.

La utilización de la Historia Electrónica posibilita y garantiza la comunicación y la continuidad en la asistencia entre la atención prima-

ria y especializada.

El objetivo principal de nuestras intervenciones es que el paciente alcance el máximo nivel de salud en todas y cada una de las etapas de su vida.

Es primordial en enfermería desarrollar actividades educativas que potencien nuestro "Rol Autónomo Profesional", reforzando la función de enfermería en la Educación para la Salud y en la Prevención de Enfermedades Cardiovasculares.

**Palabras clave:** Enfermería en rehabilitación, Educación en salud, Educación en enfermería, Enfermedades cardiovasculares, Rehabilitación cardíaca, Enfermería cardiológica.

**Contribución de este trabajo a la Enfermería:**

Este trabajo contribuye a la profesión enfermera, mediante el fomento de consultas de enfermería en atención especializada y garantizando la calidad del cuidado, sirviendo de nexo de unión entre la asistencia especializada y primaria. Todo ello se lleva a cabo mediante la utilización de la Historia Electrónica en Enfermería como herramienta fundamental en la planificación de cuidados.

**INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte y discapacidad en los países desarrollados, alrededor de un millón y medio de personas sufren un infarto agudo de miocardio (IAM) al año en el mundo (1). Dicha patología supone un importante consumo de recursos humanos y económicos, lo que lleva a plantearse a las distintas organizaciones sanitarias, la puesta en marcha de estrategias orientadas a la prevención y la promoción de la salud con el desarrollo de programas de educación sanitaria.

En 1963, la OMS en Ginebra recomendó la realización de programas de actividad física para dichos

pacientes a través de la Rehabilitación Cardíaca y definió los objetivos de la misma en su informe nº 270 como: "El conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiopatas una condición física, mental y social óptimas que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad" (2).

En la década de los setenta del siglo veinte, la Rehabilitación Cardíaca comienza a tomar un carácter multidisciplinar que va más allá del entrenamiento físico supervisado, siendo apoyado con programas nutricionales, de abandono de tabaco y de ayuda psicológica. Haciéndose necesaria la inclusión de la Prevención Secundaria en las Enfermedades Cardiovasculares (3,4).

La American Heart Association (AHA) en colaboración con la American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR) en el año 2005, editó la guía Práctica Clínica sobre Rehabilitación donde se desarrollan estos conceptos:

- “Los servicios de Rehabilitación Cardíaca son integrales, incluyen evaluación médica, prescripción de ejercicio, modificación de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), educación y consejo. Estos programas están diseñados para limitar los efectos psicológicos, reducir el riesgo de reinfarto o de muerte súbita, controlar sintomatología, estabilizar o revertir los procesos ateroscleróticos y mejorar el estatus psicosocial y laboral de los pacientes seleccionados.”
- “La Rehabilitación Cardíaca es el conjunto de intervenciones multifactoriales realizadas para optimizar la salud física y psíquica del cardiópata y para facilitar su integración social. También destinadas a estabilizar, enlentecer y lograr la regresión de la aterosclerosis, consiguiendo así reducir la mortalidad y morbilidad de estos pacientes” (1).

Los Programas de Prevención Secundaria y Rehabilitación son en la actualidad multifactoriales, multidisciplinarios e integrales y deben incluir los siguientes protocolos:

- Control de Factores de Riesgo Cardiovascular.
- Entrenamiento Físico.
- Intervención Psicológica.
- Asesoramiento Laboral.

En España se implantaron en el año 1974, por primera vez en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, desarrollando los programas de intervención y las medidas terapéuticas en Rehabilitación Cardíaca que posteriormente se han extendido al resto de Comunidades Autónomas.

El primer hospital de la Comunidad Valenciana en añadir esta unidad a su cartera de servicios, fue el Hospital Consorcio Hospital General de Valencia, incorporándose paulatinamente el resto de hospitales. En la actualidad disponen de este programa los siguientes centros sanitarios: Hospital General de Castellón, Hospital Dr. Peset, Hospital Universitario La Fe, Hospital La Ribera de Alzira, Hospital General de Alicante y el último en incluirlo ha sido el Hospital General Universitario de Elche.

El objetivo general del programa es mejorar la cali-

dad de vida de los pacientes que han sufrido enfermedades cardiovasculares, consiguiendo su reinserción laboral, familiar y social, mediante (5):

- Mejora de la capacidad física, a través de la adquisición de hábitos de ejercicio.
- Modificación de factores de riesgo disminuyendo el nivel lipoprotéico, el peso corporal, la glucemia, la tensión arterial y el control del tabaquismo.
- Reducción del nivel de estrés y ansiedad.
- Adquisición de hábitos de vida saludables.

## MATERIAL Y METODOS

Este artículo es un estudio descriptivo de la implantación, funcionamiento y seguimiento del Programa de Prevención y Rehabilitación Cardíaca en pacientes con enfermedad cardiovascular del Hospital General Universitario de Elche.

Con la finalidad de conocer el funcionamiento de las Unidades existentes en Prevención y Rehabilitación Cardíaca, se ha realizado una búsqueda bibliográfica con palabras clave, en las siguientes bases de datos CUIDEN, CUIDATGE, ENFISPO, MEDLINE, utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud: Enfermería en rehabilitación, Educación en salud, Educación en enfermería, Enfermedades cardiovasculares, Rehabilitación cardíaca, Enfermería cardiológica.

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica, necesitamos conocer desde dónde partimos y poder actualizar nuestros conocimientos en Rehabilitación Cardíaca.

De entre todos los documentos y material encontrados, seleccionamos los más relevantes de acuerdo al estudio y los relacionados con enfermería, rehabilitación cardíaca y prevención a través de los principales factores de riesgo cardiovascular.

De todos ellos destacamos:

- Manual de Enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardíaca, editado por la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (1). Este manual abarca la labor de enfermería “multifactorial” y su intervención en

Rehabilitación Cardíaca a través del análisis de factores de riesgo, sesiones de entrenamiento y formando parte activa del equipo multidisciplinar.

- Características mínimas de un programa de rehabilitación cardíaca en la Comunidad Autónoma del País Vasco, editado por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (6). El programa aborda la importancia de la Rehabilitación Cardíaca en el paciente coronario para la mejora de su capacidad funcional y tolerancia al esfuerzo sin riesgo añadido.
- “Rehabilitación Cardíaca. ¿Cómo mantener los cambios en el estilo de vida de nuestros pacientes?” artículo de la Revista de Enfermería en Cardiología (7). Este artículo evalúa el mantenimiento y adherencia de los cambios en el estilo de vida y los principales factores de riesgo cardiovascular.
- “¡Cuidate corazón!: Campaña de Prevención de Factores de Riesgo Cardiovascular y Educación para la Salud”, artículo de la Revista de Enfermería en Cardiología (8). Analiza la importancia de la intervención de enfermería en educación sanitaria y prevención de enfermedades cardiovasculares.
- “Prevención Cardiovascular y Rehabilitación Cardíaca”, artículo de la revista Temas de actualidad en Cardiología (9). Revisa los principales avances publicados en prevención cardiovascular y la importancia del conocimiento de los nuevos factores de riesgo para aumentar la eficacia de las medidas preventivas.
- “Rehabilitación tras enfermedad coronaria: rehabilitar en casa o en un centro sanitario, pero rehabilitar”, artículo de la Revista Clínica y Sanitaria (10,11). Este último artículo consultado es una revisión sistemática comparativa entre la rehabilitación cardíaca en un centro sanitario frente a la rehabilitación cardíaca domiciliaria.

## RESULTADOS

Como demuestran los trabajos publicados y consultados en este estudio, es evidente que no sólo los aspectos como la terapéutica o el diagnóstico son suficientes en la recuperación de la enfermedad. Es nece-

sario un abordaje multidisciplinar, siendo el eje principal del equipo la enfermera desde una perspectiva de prevención secundaria y educación sanitaria.

Los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca cada vez se aplican a mayor número de patologías cardíacas y necesitan adaptarse a las características de la enfermedad y del paciente, existiendo un elemento común en la gran mayoría de estos pacientes: “la dificultad para mantener la adherencia al cambio del estilo de vida” (9).

La participación activa en el programa de Prevención y Rehabilitación Cardíaca estimula a los pacientes a expresar y contrastar sus conocimientos y carencias informativas y valorar y reconocer la importancia de la educación sanitaria como magnífico instrumento para el cambio hacia unos mejores hábitos de vida.

La actuación del equipo multidisciplinar origina enormes beneficios demostrados a nivel físico, psicológico y social. Se actúa sobre la persona, su familia, entorno y forma de vida modificando las conductas de riesgo y cambiando hábitos de vida. Provoca una disminución de la morbimortalidad, mejora la calidad de vida, facilita el retorno a su vida laboral (menos tiempo de baja por enfermedad) y reduce reingresos hospitalarios (8).

Enfermería debe contemplar este aspecto, realizando una estrategia “integral” del paciente, mediante una metodología que ayude a mantener las modificaciones en el comportamiento, controlar los factores de riesgo de forma efectiva y facilitar un seguimiento a largo plazo de su enfermedad y de su estado de salud.

Existen diferencias importantes en la forma que cada persona recibe, elabora y pone en práctica una determinada información. Por lo tanto, los Programas de Prevención Secundaria y Educación para la Salud deben estar preparados para ofrecer una amplia variedad de estrategias y métodos de aprendizaje para conseguir resultados educativos y de cambios de comportamientos, de forma individualizada.

Un importante reto es el mantenimiento a largo plazo de los cambios en el estilo de vida y factores de riesgo modificables que se han incluido en el programa de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca. A través del seguimiento de enfermería a

corto plazo (durante todas las semanas que dura las sesiones de ejercicio y consultas de revisión), a medio plazo (a los tres meses para una nueva valoración del estado actual del paciente) y a largo plazo (revisiones anuales tras la finalización del programa).

El informe de alta de enfermería es un instrumento a potenciar en nuestra profesión (7), sirve de enlace entre los profesionales de asistencia especializada y primaria y es el procedimiento que garantiza la continuidad de los cuidados de calidad al paciente.

## DISCUSIÓN

La Unidad de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca del Hospital General Universitario de Elche, está compuesta por un equipo multidisciplinar; dos médicos especialistas en cardiología, una enfermera con experiencia en cardiología, una fisioterapeuta, un médico especializada en rehabilitación y un psicólogo.

El programa se desarrolla mediante; consulta médica (cardiólogo), consulta de enfermería, consulta de la fisioterapeuta, consulta del médico rehabilitador y consulta del psicólogo.

Dentro del programa también se incluyen unas charlas grupales participativas de Educación para la Salud, organizadas en 10 sesiones con asistencia abierta a pacientes con enfermedades cardiovasculares, familiares y profesionales de la salud. Las sesiones son semanales y los pacientes se van incorporando hasta completar las diez sesiones después de recibir el alta hospitalaria.

La Consulta de Enfermería de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca en la actualidad sigue esta planificación:

La primera toma de contacto se realiza en la planta de hospitalización tras recibir una Hoja de Interconsulta del cardiólogo y tras la entrevista inicial, se le facilita una cita al paciente en la consulta de enfermería de rehabilitación cardiaca para la semana siguiente.

Primera visita tras el alta hospitalaria:

- En esa primera visita del paciente a la consulta de enfermería, se realiza una valoración inicial incluida en una base de datos común con el resto

de Hospitales de la Comunidad Valenciana. Se recogen los principales FRCV; dislipemias, sedentarismo, obesidad, estrés y estilos de vida no saludables, además de una recogida muy cuidadosa de todos los datos antropométricos y constantes vitales para la valoración objetiva y real del cumplimiento del acuerdo en sesiones posteriores.

- La enfermera explica al paciente los objetivos del programa, cronograma y desarrollo del mismo. Destacando la importancia de su compromiso e implicación en cada una de las actividades, tanto grupales como las individualizadas.

En la segunda y posteriores visitas en la consulta de enfermería:

- La enfermera realiza una planificación de cuidados utilizando los Patrones Funcionales de Gordon, aquellos estrechamente relacionados con su estilo de vida. En cada una de las visitas la enfermera adapta de forma personalizada los Patrones Funcionales necesarios para la valoración del paciente en la planificación y continuidad de los cuidados e incorpora los diagnósticos Nanda ajustados a sus desviaciones de salud.
- Dentro de los diagnósticos (NANDA), la enfermera pauta las intervenciones (NIC) relacionadas con ellos y establece compromisos reales a corto y medio plazo con cada paciente para la resolución de los problemas enfermeros detectados.
- En cada una de las revisiones posteriores la enfermera valora la consecución de los objetivos pactados, planificando nuevos compromisos con el paciente, además de realizar una recogida exhaustiva de todos los datos antropométricos y constantes vitales para la valoración objetiva del cumplimiento de los objetivos consensuados con el paciente. El número de consultas de enfermería se personalizará dependiendo de las necesidades del paciente.

Valoración en la consulta de enfermería a los tres meses dentro del programa de Rehabilitación Cardíaca:

- En la revisión a los tres meses del comienzo del programa, la enfermera realizará una valoración

## ■ Investigación & Cuidados

similar a la primera visita, mediante una entrevista que se incluye en la base de datos común de los Hospitales de la Comunidad Valenciana. Se analizan los progresos en el programa de entrenamiento físico y su estado de salud con respecto al estado inicial tras el alta hospitalaria. Para poder incorporarse a su vida con total normalidad y se refuerzan todas las conductas generadoras de estilos de vida saludable (alimentación, ejercicio, abandono total del tabaco, etc.).

- La enfermera realiza un primer informe de enfermería al alta, junto con el informe médico y el informe de la fisioterapeuta.

Valoración en la consulta de enfermería al año de su inclusión en el Programa de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca:

- La enfermera valora a través del tercer cuestionario-entrevista de la base de datos de los Hospitales de la Comunidad Valenciana, los cambios en el estilo de vida y modificaciones de los factores de riesgo cardiovasculares.
- En esta valoración tiene mucha importancia la enfermera de atención primaria como pieza fundamental en el seguimiento y continuidad de los cuidados en los pacientes.
- Aunque el programa tiene una duración inicial de un año, consideramos que para que haya una continuidad de los cuidados es necesario que el paciente acuda anualmente a la consulta de enfermería, para seguir fomentando la prevención y la promoción de la salud.

La Segunda Parte de la intervención enfermera en su función como componente del equipo rehabilitador consiste en el trabajo multidisciplinar con la Fisioterapeuta. Ambas profesionales comparten un espacio común en la sala de cardio-respiratorio del área de Rehabilitación.

- El paciente realiza un programa de entrenamiento a través de ejercicios de calentamiento, ejercicios aeróbicos y estiramientos. Progresivamente las sesiones se adaptan y personalizan a la capacidad física de cada paciente y a su tipo actividad laboral.

- La enfermera mide en estado basal la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y monitoriza mediante telemetría el electrocardiograma del paciente antes, durante y después de terminar la sesión de ejercicios.
- Enfermera y Fisioterapeuta deben estar preparadas y entrenadas para resolver episodios cardíacos imprevistos. La unidad cuenta con un equipo de reanimación cardiopulmonar avanzado: carro de paradas con medicación de urgencia, desfibrilador, aspirador portátil y botella de oxígeno.
- Durante toda la sesión se controla y registra la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, la disnea, la posible opresión cardíaca, el dolor precordial, la claudicación intermitente y el estado general del paciente y después de haber finalizado el mismo.
- Finaliza la sesión de Rehabilitación Cardíaca cuando el paciente normaliza los valores de las constantes vitales respecto a su estado basal antes de comenzar los ejercicios.

### CONCLUSIÓN

Una de las principales dificultades que nos encontramos en la rehabilitación cardíaca, es la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes, por la prolongada duración en el tiempo de los factores de riesgo (11). Aunque el paciente muestra una buena adherencia al programa durante su realización, no se puede valorar su seguimiento a largo plazo, una vez que es dado de alta en la Unidad de Prevención y Rehabilitación Cardíaca. Debido a esto la enfermera de atención primaria tiene una función importante en la continuidad de los cuidados controlando los factores de riesgo cardiovascular a largo plazo en estos pacientes.

Es destacable el papel de la enfermera por su capacidad de adaptación a un importante obstáculo con el que se encuentra en la educación sanitaria como es la comprensión de la información por parte del paciente, que dependerá de variables como el nivel sociocultural, nivel de conocimiento y grado de motivación del mismo.

El nivel de conocimientos y necesidades demandadas por parte de la sociedad, la familia y la comunidad,

han cambiado notablemente en los últimos años y los profesionales sanitarios debemos planificar nuestro trabajo en base a la demanda, con una calidad de cuidados y educación sanitaria cuyo eje principal sea el paciente.

Para poder dar una asistencia de calidad al paciente tiene que haber un intercambio de información, planificación y continuidad en los cuidados entre la atención especializada y primaria. Todo esto se lleva a cabo mediante la Historia Electrónica de Enfermería (Abucasis) que permite un abordaje integral y continuado del paciente.

Enfermería es la pieza clave sobre la que se constituye y confluyen todos los profesionales sanitarios en el abordaje multidisciplinar del paciente. Sirve de nexo de unión dentro del programa y garantiza la continuidad de la atención sanitaria.

Es primordial en Enfermería desarrollar actividades educativas que potencien nuestro "Rol Autónomo Profesional" y compensen las necesidades de los pacientes, reforzando el papel de la intervención de enfermería en Educación Sanitaria y Prevención de Enfermedades Cardiovasculares(8).

El objetivo final de la Consulta de Enfermería en Rehabilitación Cardíaca es que el paciente alcance su máximo nivel de salud, evitando nuevos episodios y mejorando su calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Portuondo MT, Martínez T, Delgado J, García P, Gil D, Mora JA, et al. Manual de Enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardíaca, Madrid, Asociación Española de Enfermería en Cardiología, 2009.
2. World Health Organization. Technical Report Series 270. Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases. Ginebra: Report of WHO Expert Committee, 1964 .
3. Christopher J, O'Donnell R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Rev. Esp. Cardiol. 2008; 61: 299 –310.
4. Haines SG, Feinlaub M, Kannel WB. The relationship for psychological factors to coronary Heart Disease in the Framingham Study III. Eight years incidence of CHD. Am. J. Epidemiol. 111; 37-58; 1980.
5. Velasco JA, Cosín J, Maroto J.M, Muñiz J, Casasnovas J.A, Plaza I, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. Rev. Esp. Cardiol. 2000;53:1095-1120.
6. García de Vicuña B, Lezcano AM, Sarasqueta C, Arrazola X, Llamas A. Características mínimas de un programa de rehabilitación cardíaca en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2003. Informe nº: Osteba D-03-02.
7. Cazorla M, Galán S, Corcoy R, Carrau E, Gusi G, Martínez A. Rehabilitación cardíaca. ¿Cómo mantener los cambios en el estilo de vida de nuestros pacientes? Rev. Enf. Cardiol. 2004; 4º Cuatrimestre nº 32-33.
8. Fernández Oliver AL, Mgueraman Jilali R, Cruzado Álvarez C, ¡Cuidate corazón!: Campaña de prevención de factores de riesgo cardiovascular y educación para la salud. Rev. Enf. Cardiol. 2005; Año XII: (36) 35-39.
9. De Pablo C, et al. Prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. Rev. Esp. Cardiol. 2008;61 (Supl 1):97-108.
10. Dalal HM, Zawada A, Jolly K, Taylor RS. Home based versus centre based cardiac rehabilitation: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ.2010; 340:b5631. Erratum in: BMJ.2010; 340:c1133.
11. Navarro Collado MJ. Rehabilitación tras enfermedad coronaria: rehabilitar en casa o en un centro sanitario, pero rehabilitar. Rev. Gestión Clínica y Sanitaria, verano 2010; vol. 12, nº 2.

# Efectividad analgésica de las inyecciones subcutáneas de agua estéril en el rombo de michaelis, durante la Primera fase del parto: ¿dos o cuatro infiltraciones?

**Autor:** Laura Santamaría Díez\*; Patricia García Blanco\*\*; Andrea Herrero Reyes\*\*\*

\**Matrona C.A.P. Talavera de la Reina*

\*\**Matrona C.A.P. Meco. Madrid*

\*\*\**Matrona C.A.P. Peña Prieta. Madrid.*

VII PREMIO CECOVA DE INVESTIGACIÓN PARA RESIDENTES DE MATRONAS AÑO 2011

laurasantamariadiez@gmail.com

## Analgesic effectiveness of subcutaneous injections of sterile water in michaelis rhomboid during the first stage of labour: two or four injections?

### ABSTRACT

Labour pain is a subjective and multidimensional experience, therefore, its expression and tolerance varies a great deal. This pain requires an integrated and individualised management by midwives.

Around 30% of pregnant women suffer from intense back pain during the first stages of labour and they refer to it as an unbearable and added pain to the one of contrac-

tions. Labour pain is caused by the size and positioning of the fetus (occiput-posterior presentation or a macrosomic fetus cause more back pain due to a higher pressure of the foetal head and therefore irritation of the sacral and coccygeal nerves fibres).

The results of this study will be very useful: for the midwife it will be another professional resource for an integrated and individualised mana-

gement of labour pain; for the women with labour pain it will mean an evidence-based analgesic alternative with no side effects neither for her, nor for the baby. This technique could be used alone or together with some other, including the pharmacological analgesia.

**Keywords:** pregnancy, labour, pain, Michaelis rhomboid, midwife, intradermal, water, methods, injections, sterile.

### RESUMEN

El dolor en el parto es una experiencia subjetiva y pluridimensional, de ahí la diversidad en cuanto a su tolerancia y manifestación. Requiere un manejo integrado y personalizado por parte de las matronas.

Alrededor del 30% de las mujeres gestantes, sufren intenso dolor lumbar durante las primeras fases del parto y lo refieren como un dolor añadido al de las contracciones y además como más insoportable. Entre las causas que provocan este

dolor se encuentran la posición y el tamaño fetal (los partos en occipito-posterior o con fetos macrosómicos producen más dolor en esta zona debido a una mayor presión de la cabeza fetal e irritación de las fibras nerviosas del área sacro-coccígea).

*Este estudio ofrece una utilidad práctica de los resultados:*

*A la matrona, un recurso profesional más para un manejo integrado y personalizado del dolor de la mujer.*

*A la gestante con dolor lumbar durante la fase latente de parto, una alternativa analgésica, sin efectos nocivos para ella, ni para el bebé, de evidencia científica demostrada, que pueda ser utilizada sólo o en combi-*

*nación con otras técnicas, incluida la analgesia farmacológica.*

**Palabras clave:** Embarazo, parto, dolor, rombo de Michaelis, matrona, intradérmico, agua, métodos, inyecciones, estéril.

## INTRODUCCIÓN

El dolor experimentado por las mujeres durante el trabajo de parto es producto de un cúmulo de estímulos fisiológicos, psicológicos y socioculturales. Las sensaciones difieren sustancialmente de una mujer a otra. El alivio del dolor aumenta el bienestar físico y emocional de la gestante, siendo necesario individualizar el tratamiento efectivo y satisfactorio para cada mujer.

Existen numerosos métodos para tratar los dolores de trabajo de parto, tanto farmacológicos como no farmacológicos.

Entre los métodos no farmacológicos destacamos el que es el objeto de nuestro estudio: la administración de inyecciones de agua estéril, utilizadas por primera vez en 1986 en Suiza. Actualmente es uno de los métodos de tratamiento del dolor de parto más utilizado en Canadá, Alemania, Suecia, Finlandia y Dinamarca.

Generalmente, esta forma de analgesia consiste en la administración de agua estéril mediante inyección intradérmica o subcutánea (0.1-0.5 ml) en la región lumbosacra, a ambos lados de la columna vertebral, dentro del área conocida como rombo de

Michaelis. Se forman unas pápulas de agua que estimulan los receptores de presión.

El efecto comienza a los pocos seg (aproximadamente 30 seg.) y es máximo a los 30-40 min pudiendo durar en torno a 90 min. Se puede repetir la administración tras una hora. La analgesia se produce exclusivamente para el dolor lumbar, pero no es efectiva para el dolor abdominal ni perineal.

Se recomienda la aplicación temprana durante la fase de dilatación. Esta técnica puede utilizarse sólo o en combinación con otras, incluida la analgesia farmacológica.

Es un procedimiento fácil de realizar, barato y no tiene riesgos conocidos, excepto el dolor transitorio en la zona de punción.

En conclusión, la administración subcutánea/ intradérmica representa prácticamente la misma efectividad analgésica; pero la subcutánea es menos dolorosa que la técnica intradérmica.

Además se han efectuado comparaciones no sólo con placebo, sino con otros métodos de analgesia obteniéndose siempre resultados favorables a esta técnica para el alivio del dolor lumbar.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en su protocolo de analgesia en el parto, describe la inyección dérmica de agua estéril como un método no farmacológico de eficacia demostrada para el alivio del dolor durante el parto.

Son muchos los motivos que han propiciado su auge: deseo de evitar los efectos secundarios de los recursos farmacológicos, búsqueda de autonomía y libertad de elección en el manejo del dolor, comprobación de la eficacia de las técnicas, diversidad de enfoques en el tratamiento dirigidos a los diferentes componentes del dolor, etc. El creciente uso y difusión de esta terapia se ha acompañado de un mayor énfasis en la investigación por su efectividad.

Se recomienda esta técnica por su simplicidad, la facilidad para manejarla correctamente, la ausencia de consecuencias negativas para la madre y feto y la efectividad en el alivio del dolor lumbar presente en 1 de cada 3 partos.

Reynolds en 1994, describió la técnica de 4 inyecciones; nosotras en nuestro estudio propusimos saber si con 2 infiltraciones obteníamos igual o mejor resultado que con 4.

El propósito del estudio es

valorar la percepción analgésica de las inyecciones subcutáneas de 0,5 ml de agua estéril durante la fase latente del parto, comparando la técnica de dos infiltraciones con la de cuatro. Así mismo, se valorará la posible influencia sobre dicha percepción de diferentes variables maternas, gestacionales y fetales.

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### *Tipo de estudio, ámbito y población:*

Se trata de un estudio experimental longitudinal prospectivo con una intervención para cada uno de los grupos que comparamos.

Hospital Clínico Universitario de Valencia y Hospital General Universitario de Valencia. Área de paritorios.

Mujeres que acudieron al paritorio del H.C.U. de Valencia y del H.G.U. de Valencia, en la fase latente o activa de parto, refiriendo dolor lumbar y que hayan aceptando las infiltraciones subcutáneas de agua estéril, como método no farmacológico para su alivio, entre el período de diciembre 2009 hasta febrero 2011.

#### *Los criterios de inclusión son:*

Mujer mayor de 18 años, gestante en fase latente o activa de parto, que refiera dolor lumbar.

Previo consentimiento informado verbal y libre para realización de la técnica.

#### *Los criterios de exclusión son:*

Mujeres que no entiendan el idioma español o no sepan expresarse en él, que no acepten voluntariamente formar parte del proyecto y/ o con limitaciones físicas o psíquicas.

#### *Muestra:*

GRUPO 1: Se le realizó la técnica de forma subcutánea con dos infiltraciones.

GRUPO 2: Se le realizó la técnica de forma subcutánea con cuatro infiltraciones.

- Las infiltraciones subcutáneas en dos puntos, se realizarán simétricas en las fosetas a nivel de las espinas ilíacas postero-superiores.

- Las infiltraciones subcutáneas en cuatro puntos, se realizarán en los puntos anteriormente citados y dos infiltraciones 2-3 cm hacia abajo y 1-2 cm hacia el interior, respecto a la espina iliaca postero-superior.

- Se filtrará 0,5 ml de agua destilada estéril.

#### *Variables a estudio:*

- Dolor: Evaluado mediante la Escala Visual de Analgesia (E.V.A.) medido en milímetros (0-100), previo, durante y posterior a la técnica.

- Tiempo: transcurrido hasta efectividad de la técnica (min) y sin dolor desde realización de la técnica (min).

- Semana de gestación (días), paridad (nulípara/ múltipara).

- Posición fetal (posterior/ otra), fase de parto según tacto vaginal (fase latente/ fase activa).

- Estado de la bolsa (Integra/rota), peso fetal estimado (g)

- Peso (Kg)/ talla (cm) de la mujer. Índice de masa corporal (IMC).

- Edad de la mujer. Nacionalidad.

- Analgesia previa: (Anestesia inhalada de óxido nitroso (KALINOX®) / Mezcla lítica)

- Rechaza técnica (SI/NO). Satisfacción técnica (SI/NO): Compensación de la técnica realizada con el resultado analgésico obtenido. Variable subjetiva de la mujer.

#### *Material necesario*

Jeringa de 1 ml, agua estéril destilada, gasas, desinfectante (no siendo este Povidona Yodada), Escala Visual Analógica del dolor (EVA).

#### *Análisis de datos*

El análisis descriptivo incluyó tablas de frecuencias para las variables categóricas y media aritmética, desviación típica, mínimo y máximo para las variables cuantitativas. Los gráficos de barras y de sectores se utilizaron para la representación gráfica de los datos.

Para evaluar las diferencias entre muestras independientes respecto a una variable categórica se utilizó la prueba t de Student o el test no paramétrico de Mann-Whitney según las características de la muestra. En el caso de muestras dependientes, se aplicó el test de la t para muestras emparejadas. El test de Chi-cuadrado y el test exacto de Fisher se utilizaron para detectar relaciones entre las variables categóricas. El coeficiente de correlación de Pearson permitió

valorar la asociación lineal entre dos variables continuas. Se asumió un nivel de significación estadística de  $p < 0.05$  para pruebas bilaterales. Hemos señalado como estadísticamente significativos aquellos valores próximos a  $p < 0,05$  porque quizás con más muestra podríamos llegar a la significación. El software estadístico empleado fue SPSS v. 15.0 para Windows.

El consentimiento fue verbal, previa información sobre el estudio por parte del profesional, pudiendo hacer la mujer preguntas y recibiendo respuestas satisfactorias. La mujer comprendía que su participación era voluntaria, que sus datos eran tratados confidencialmente y que podía retirarse del estudio cuando quisiera, sin que eso repercutiera en sus cuidados.

## RESULTADOS

### Descripción de la muestra

#### • Grupo, hospital y paridad

El grupo de dos infiltraciones correspondió al 61,4% sobre el total de la muestra, frente al 38,6% al que se le realizaron cuatro infiltraciones.

De las 88 muestras, 79 de ellas fueron recogidas en el Hospital Clínico Universitario de Valencia y 9 en el Hospital General Universitario de Valencia.

El 69,31% de las mujeres eran nulíparas y el 30,68% de las mujeres multíparas.

#### • Presentación fetal, fase de parto, estado de la bolsa amniótica

Se agruparon las presentaciones en dos grupos, las presenta-

ciones posteriores frente al resto. Nos encontramos que en nuestra muestra el 79,1% perteneció a otro tipo de presentaciones fetales y el 23,86% perteneció a las presentaciones posteriores.

El 79,54% de la muestra se encontraban en fase latente de parto frente al 20,48% de fase activa.

El 70,45% de las mujeres presentaban la bolsa íntegra frente al 29,54% de bolsa rota (ver figura 5).

#### • Analgesia previa, efectividad y satisfacción

Teniendo en cuenta que 9 mujeres de las 88 de la muestra utilizaron una analgesia previa, esta variable no resultó estadísticamente significativa. Cabe señalar entonces que su uso no modificó las puntuaciones del dolor previo, el posterior, el dolor de la técnica, el tiempo del inicio del efecto y el tiempo sin dolor, respecto al resto de la muestra.

En el 92% del total de la muestra la técnica fue efectiva y El 94 % de las mujeres estuvieron satisfechas con el resultado obtenido.

#### • Peso Fetal Estimado y tiempo de inicio del efecto:

La muestra se dividió en función de la variable "peso fetal estimado (PFE)". Categoría 1: PFE  $< 3500$  g, al que pertenecen 56 de la muestra total y Categoría 2: PFE  $> 3500$  g que obtuvo 32, siendo la media en ambos grupos similar (3381 g).

La media del inicio del efecto fue de 5 min, siendo el máximo 20

min y el mínimo a los 0 min. Esta variable pudo estar sujeta a sesgos ya que su medición resultó condicionada por el inicio de la siguiente contracción uterina en la mujer.

### Análisis del dolor

#### • Dolor previo vs dolor posterior

Se analizó el dolor previo y posterior a la técnica. Las diferencias de puntuación entre el dolor percibido previamente a la inyección subcutánea y el percibido después fue altamente significativa, consiguiéndose un descenso de la puntuación en la escala del dolor percibido desde 68,85 hasta 25,17 post técnica, en el total de la muestra (ver figura 1)

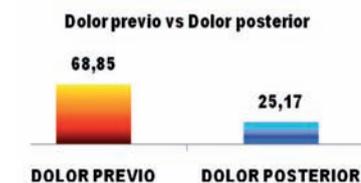


Figura 1

#### • Dos infiltraciones vs cuatro infiltraciones

A continuación comparamos la efectividad analgésica de la inyección subcutánea de dos infiltraciones con la de cuatro, estudiando las diferencias entre el dolor previo, dolor de la técnica y el posterior en cada uno de los grupos.

#### • Dolor previo y dolor técnica

Analizando la muestra se comprobó que en el grupo de cuatro infiltraciones el dolor previo tenía una media de 67,41 puntos sobre la escala EVA y en el grupo de dos infiltraciones 69,75, no

## ■ Investigación & Cuidados

siendo estos valores estadísticamente significativos.

El dolor de la técnica de dos infiltraciones ha sido de 59,6 puntos frente al 63,7 en la de cuatro infiltraciones (ver figura 2).



Figura 2

### • Dolor posterior

La media del dolor posterior en el grupo de dos infiltraciones fue de 29,9 mientras que en el de cuatro infiltraciones fue de 17,5, siendo éste resultado estadísticamente significativo. La disminución del dolor en el grupo de cuatro infiltraciones ha sido de 50 puntos sobre la escala EVA frente a la de dos infiltraciones que fue de 40. Luego se demuestra que es más efectiva la técnica de cuatro infiltraciones.

### • Dolor previo vs dolor posterior

Comparando el dolor previo con el dolor posterior en cada grupo comprobamos que el p-valor < 0.05, luego sí hay diferencias entre el nivel del dolor previo y el posterior tanto en el grupo de 2 infiltraciones como en el de 4 infiltraciones. Las medias por grupos nos indican que el dolor era mayor en el inicio. En ambos casos la efectividad se comprueba (ver figura 3).

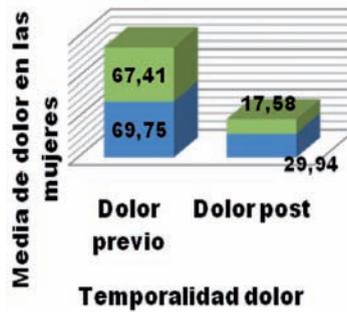


Figura 3

### • Inicio del efecto y tiempo sin dolor (Grupo 1 vs Grupo 2)

En cuanto al inicio del efecto en min la diferencia no fue estadísticamente significativa siendo la media de inicio 5 min.

A diferencia de lo anterior, encontramos que el tiempo sin dolor desde la realización de la técnica es de 111 min para el grupo de 4 infiltraciones frente a 90 min para el de dos infiltraciones. (p=0,066), resultado cercano a ser estadísticamente significativo y que resaltamos en nuestro estudio por ser una variable que quizás con más muestra hubiera llegado fácilmente a su significación. (Ver figura 4).

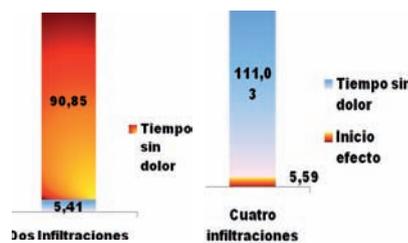


Figura 4

### Influencia de variables materno-fetales en el dolor

Para detectar si existían diferencias significativas se utilizó la prueba de Mann-Whitney que comparaba dos grupos de variables indepen-

dientes. El p-valor < 0.05 muestra que sí hay diferencias significativas entre los dos grupos.

### • Dolor previo vs posición fetal

El dolor previo fue mayor en las presentaciones posteriores, si bien el valor de la p no llegó a ser estadísticamente significativo (p=0,072). El dolor en presentaciones posteriores fue de 72,52 frente al 67,7 que mostraron el resto de las presentaciones. Es probable que alcanzara la significación si la muestra hubiera sido un poco mayor (ver figura 5).

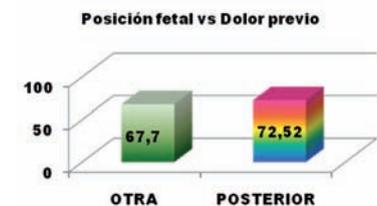


Figura 5

### • Dolor previo vs peso fetal estimado

Tras el análisis se objetivó que no había diferencias estadísticamente significativas entre los resultados relativos al dolor previo en función del PFE siendo la media de percepción del mismo muy similar en ambas categorías.

### • Dolor previo vs paridad

En cuanto a la paridad las diferencias sólo alcanzaron significación estadística (p= 0,036) en el dolor previo a la técnica, que fue mayor en las nulíparas que en las múltiparas.

### • Dolor previo vs fase de parto según tacto vaginal

Aquí encontramos una simili-

tud en cuanto a las medias del dolor referido previo a la técnica. No fueron estadísticamente significativas.

• *Disminución del dolor vs IMC (KG/M2)*

El coeficiente de correlación de Pearson evaluó la posible relación entre ambas variables. En este caso no hubo una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables, es decir, un incremento del IMC no estuvo asociado a una disminución del dolor. (Correlación de Pearson:  $r=0.071$ ,  $p$ -valor = 0.512).

• *Disminución del dolor vs posición fetal*

Al analizar si había disminuido más el dolor respecto a las diferentes posiciones fetales se observó que no hubo diferencias significativamente estadísticas entre el grupo de mujeres con una presentación posterior respecto de otro tipo de presentación. La diferencia entre el dolor previo y el posterior se situó en torno a 44 puntos en ambos grupos.

***Influencia del tipo de técnica y las variables materno fetales en la satisfacción***

• *Satisfacción vs Grupo 1/ Grupo 2*

El porcentaje de las mujeres no satisfechas en ambos grupos fue muy similar (5,7%). Sólo 3 mujeres no estuvieron satisfechas en el grupo de 2 infiltraciones, y 2 en el grupo de 4 infiltraciones.

• *Satisfacción vs Disminución del dolor*

El resultado no fue significativo aunque hubo que destacar que de las 88 mujeres del total de la muestra, sólo 5 refirieron no estar satisfechas con la técnica obteniendo una media en la diferencia entre el dolor previo y posterior de 26 puntos en la escala EVA. Las 83 mujeres que sí expresaron estar satisfechas obtuvieron una media en la diferencia entre el dolor previo y posterior de 45 puntos sobre la misma escala.

**DISCUSIÓN**

Se demuestra una disminución en la percepción del dolor lumbar de las mujeres tras la realización de la técnica de las inyecciones de agua estéril en el rombo de Michaelis, tanto en el grupo de dos infiltraciones como en el de cuatro, luego se demuestra su efectividad analgésica.

Constatamos que con la técnica de 4 infiltraciones obtenemos una mayor disminución del dolor lumbar que con la técnica de 2 infiltraciones, consiguiendo una disminución de 10 puntos más en la Escala Visual de Analgesia. Si bien, cabe destacar que la técnica de cuatro infiltraciones es más dolorosa que la de dos. Nos planteamos pues la compensación de la técnica de 4 infiltraciones respecto a la de 2, tras comparar la diferencia entre la disminución del dolor lumbar y el dolor producido por la propia técnica.

Respecto al tiempo de inicio de efecto: No varía en función del

número de infiltraciones realizadas, si habiendo y destacando que sí existe diferencia en el tiempo sin dolor.

Acerca del tiempo sin dolor: Podemos afirmar que con la técnica de cuatro infiltraciones obtenemos un alivio del dolor de 21 min más, que infiltrando dos veces.

En cuanto a la influencia de las variables materno-fetales:

EN EL DOLOR: No se demuestra que un PFE mayor a 3500 g sea causa de un mayor dolor lumbar aunque este resultado estuvo cerca de la significación estadística y probablemente se hubiera alcanzado con una muestra mayor.

Se demuestra que el dolor lumbar previo a la técnica es mayor en las mujeres nulíparas que en las multíparas.

Respecto al tiempo sin dolor: Las mujeres que presentan la bolsa íntegra, están más tiempo sin dolor tras la técnica (7 min más), respecto a la bolsa rota, independientemente si la técnica es de 2 infiltraciones o de 4 y las multíparas están sin dolor 8 min más que las nulíparas, pero estas diferencias no alcanzan significación estadística.

EN LA EFECTIVIDAD: En cuanto al IMC, un incremento del mismo no está asociado a una menor disminución del dolor. Así pues no ratificamos la idea, de que en aquellas mujeres con sobrepeso, la técnica no sea efectiva.

Esta técnica no interfiere con el uso de otras técnicas analgési-

cas, tanto farmacológicas como no farmacológicas, pudiendo ser usada simultáneamente con ellas. Destacamos esta conclusión ya que consideramos una aportación importante a la mejora de la calidad de los cuidados que ofrece la matrona al disponer de una opción analgésica inocua a hijo y madre.

EN LA SATISFACCIÓN: El porcentaje de las mujeres satisfechas en ambos grupos es muy similar. Debemos destacar que el 94,3% de las mujeres estuvieron satisfechas con el resultado obtenido tras la técnica.

Tras nuestro estudio, podemos recomendar esta técnica por su simplicidad, la facilidad para manejarla correctamente, la ausencia de consecuencias negativas para la madre e hijo y la efectividad en el alivio del dolor lumbar. Es una de las pocas técnicas analgésicas con evidencia científica, que se puede utilizar específicamente para el dolor lumbar en la fase latente del parto.

Debemos fomentar los métodos no farmacológicos y abrir investigaciones en este camino para poder ofrecer lo mejor a nuestras mujeres, y aún así, entender el dolor no como reflejo de la enfermedad, sino como parte del proceso fisiológico del parto.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Martensson L. Subcutaneous versus intracutaneous injections of sterile water for labour analgesia: a comparison of perceived pain during administration. *Br. J. Obstet. & Gynaecol.* 2000; 107(10): 1248-51.
- 2.- Bahasadri S, Ahmadi-Abhari S, Dehghani-Nik M, Habibi G. Subcutaneous sterile water injection for labour pain: a randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2006; 46:102—6.
- 3.- Pérez L. Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos. *Matronas Profesión* 2006; 7(1): 14-22
- 4.- Simkin P, Bolding A. Update on non-pharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2004;49(6):489—504.
- 5.- Tournaire M, Theau-Yonneau A. complementary and alternative approaches to pain relief during labor. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2007 Dec;4(4): 409-17.
- 6.- Ramón Arbués E., Azón López E. Pautas alternativas de tratamiento del dolor en el parto de bajo riesgo. *Nure Investigación*, nº 41, Julio - Agosto 2009
- 7.- Iniciativa para el parto normal. Federación de asociaciones de matronas de España. Velez-Málaga, junio 2006. Disponible en: <http://www.federacionmatronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>
- 8.- FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de asociaciones de matronas 2007. PP. 55-62.
- 9.- Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 10.- Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2005; (3). Oxford: Update Software Ltd. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2005; (3).Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 11.- Wiruchpongsonon P. Relief of low back labor pain by using intracutaneous injections of sterile water: a randomised clinical trial. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2006;89 (5): 571—5.
- 12.- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Analgesia en el parto. Documento de consenso; 2006.
- 13.- Fogarty V. Intradermal sterile water injections for the relief of back pain in labour- A systematic review of the literature. *Women birth.* 2008 Dec; 21(4): 157/ 63. Epub 2008 Oct15.

# Nuevos retos. Enfermería Familiar y Comunitaria.

**Autor:** Gema Pomares

*Enfermera Residente Familiar y Comunitaria Departamento de Salud de Elda*

El concepto de Enfermería está cambiando. Ya no somos las meras “ayudantes” del médico, tal y como se veía en el pasado, sino que hemos desarrollado la profesión hasta tal punto que actualmente somos un elemento imprescindible para la sanidad, ya que ofrecemos un servicio de Promoción, Prevención y Rehabilitación de los pacientes/clientes a nuestro cargo. Y todo ello gracias a la gran investigación y gestión que estamos realizando para ofrecer los mejores avances en nuestra tarea del cuidar.

Enfermería da un paso más en su desarrollo disciplinar con las especializaciones, para poder así, ofrecer una mejor atención y cuidados a la sociedad. Ya que con esto, estaremos mejor formados para poder atender las diferentes etapas y patologías que puedan surgir a lo largo de la vida, desde niños hasta ancianos, no sólo en cuanto al fomento de su salud, sino también en cuanto a la atención de las posibles enfermedades que pueden ocurrir durante cada etapa.

Con las diferentes especialidades que hay actualmente (obstétrico-ginecológica, salud mental, familiar y comunitaria, geriatría, pediatría y enfermería de trabajo) estamos encaminados a conseguir un mayor crecimiento de la profesión.

Estas especializaciones no suponen que nos olvidemos de lo fundamental de nuestra disciplina, como es la atención integral de las personas, de forma holística, sino que va más allá, vamos a prestar una atención más específica sobre el campo que tratamos. Un ejemplo de ello, haciendo referencia a la especialidad de enfermería más reconocida y más antigua como es la de obstetricia, toda enfermera debe ser capaz de atender un parto, pero ¿quien mejor que una matrona para poder atenderlo?, con esta reflexión hago referencia al resto de especialidades. Vamos a atender con una mayor calidad a los pacientes/clientes dentro del entorno en el que nos estamos formando.

Con respecto a la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, la que estoy realizando, pretendemos ofrecer al ciudadano un acercamiento a la Atención Primaria, para así fomentar los cuidados acerca de su salud, promocionando ésta. Ofrecer un mayor servicio a la población infantil en los colegios con programas de Educación Sanitaria para favorecer

conductas adecuadas. Atender las necesidades generadas de las enfermedades crónicas y minimizar factores de riesgo que conduzcan a enfermedades que hoy en día se consideran “normales” para la edad, como por ejemplo, la HTA en una persona de 70 años. Pero nos damos cuenta de que cada vez, estas patologías que considerábamos de las personas mayores, están teniendo más prevalencia en los jóvenes y todo ello por la falta de información y formación tanto a los padres como a los pequeños.

Es el segundo año que ofertan esta especialidad (el primer año en la Comunidad Valenciana) y todos los que la estamos realizando coincidimos en la gran ilusión que tenemos en que esta especialidad siga adelante año tras año formando a nuevos enfermeros en Atención Familiar y Comunitaria. Para poder llevar a cabo esta formación, pasaremos un periodo de dos años en distintas áreas, entre ellas el centro hospitalario. Con ello tendremos un seguimiento del paciente desde que ingresa en el hospital por cualquier patología hasta su llegada a primaria donde se atenderán tanto en el centro de salud como en su domicilio continuando los cuidados de la intervención que le hayan practicado. A modo de ejemplo podemos destacar un paciente intervenido de colostomía, el cual requerirá de unos cuidados específicos de la ostomía y una dieta adecuada y su seguimiento. De este modo podremos aplicar los cuidados y técnicas específicas a estos pacientes, dándoles una mayor atención.

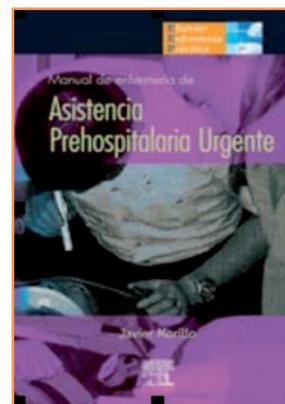
También hemos de destacar la importancia de ser especialistas en familiar y comunitaria, debido a que mediante esta formación de 2 años actualizaremos conocimientos que, quien más y quien menos, puede tener olvidados u obsoletos, y de este modo podremos contribuir a la mejora de la sanidad en cuanto a que se puede disminuir el volumen de demanda tanto en centros de Atención Primaria como especializada ya que informaremos y formaremos mejor a los pacientes en cuanto a la prevención de posibles enfermedades, cuidados de éstas y promocionando su salud.

Va a ser un arduo trabajo conseguir el reconocimiento de la gran falta de enfermeras especialistas en cada área, pero sólo luchando podremos conseguir avanzar en nuestra gran profesión.

## Manual de Enfermería de Asistencia Prehospitalaria Urgente

*Autor: Morillo Rodríguez, J.*  
*Editorial: ELSEVIER*

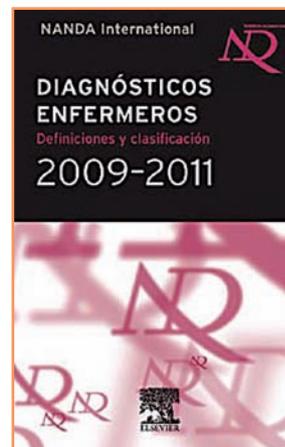
Referencia para el profesional y el futuro profesional de la asistencia de urgencias-emergencias prehospitalarias cuyo objetivo consiste en determinar las pautas de actuación de los profesionales de enfermería ante pacientes en situación de urgencia-emergencia en el ámbito extra- y prehospitalario. Acerca al lector a todas las posibilidades asistenciales que se dan en este campo. - Los autores de esta obra son una garantía de la precisión, la eficacia y la utilidad de sus contenidos al tener a sus espaldas años de actividad profesional en este ámbito tan específico de asistencia. A estas características se suman una estructuración que permite una fácil lectura y la claridad de exposición, fruto, esta vez, de la larga experiencia docente de la mayor parte de los autores. - Los capítulos incluyen descripciones de las alteraciones, valoraciones de enfermería con aspectos de especial interés, determinaciones de los problemas de salud del paciente, actividades que deben realizar el equipo y la enfermera, resultados esperados de la actividad, posibles complicaciones de las técnicas y de la evolución del paciente y puntos básicos de transferencia de información al profesional hospitalario y al paciente.



## Diagnósticos Enfermeros (Definiciones y clasificación 2009-2011)

*NANDA Internacional*  
*Editorial: ELSEVIER*

Los Diagnósticos de Enfermería Nanda, constituyen los diagnósticos enfermeros más difundidos y aceptados a nivel mundial y los que más han contribuido al desarrollo de la profesión, mediante la creación de un lenguaje enfermero común, primer paso para definir la actividad enfermera, posibilitar el pensamiento crítico y poder detallar un plan de cuidados, unos resultados esperados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC) necesarias para su consecución. Aborda, entre otros temas, el juicio clínico enfermero y los elementos de reflexión sobre el uso y la aplicabilidad de los diagnósticos enfermeros en la educación, informática, investigación y gestión en enfermería



**XI CONGRESO ENFERMERIA EN ORL OVIEDO 2012**

**Fecha:** 8 y 9 octubre 2012  
**Lugar:** Palacio Exposiciones y Congresos de Oviedo  
**Información:**  
[www.orlcongresos.com/congresos/aeeorl2012](http://www.orlcongresos.com/congresos/aeeorl2012)

**8º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA DE LA DEFENSA**

**Fecha:** 17, 18 y 19 octubre 2012  
**Lugar:** Academia de Infantería de Toledo. Hotel Beatriz (Toledo)  
**Información:** Tlf.: 902 190 848; fax: 902 190 850; [sanicongress@enfermeriadesfensa2012.es](mailto:sanicongress@enfermeriadesfensa2012.es); [www.enfermeriadesfensa2012.es](http://www.enfermeriadesfensa2012.es)

**17º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA HEMATOLÓGICA**

**Fecha:** 18, 19 y 20 de octubre de 2011  
**Lugar:** Segovia  
**Información:** Tlf.: 954 12 52 77; 690 66 87 16; fax: 954 12 52 77; [secretaria@aneh.es](mailto:secretaria@aneh.es); [segovia2012@aneh.es](mailto:segovia2012@aneh.es); [www.aneh.es](http://www.aneh.es)

**VIII CONGRESO NACIONAL DE ATENCION SOCIOSANITARIA**

**Fecha:** 24-26 de octubre de 2012  
**Lugar:** Palacio Congresos de Eivissa (Ibiza)  
**Información:** Tlf.: 91 204 26 00; fax: 91 547 33 24

**XVI ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERIA**

**Fecha:** del 6 al 9 de noviembre de 2012  
**Lugar:** Cartagena  
**Información:** [www.investigacionencuidados.es](http://www.investigacionencuidados.es); <https://encuentro.isciii.es/murcia2012>; <http://www.isciii.es/investen>

**II CONGRESO ASOCIACIÓN MATRONAS REGIÓN DE MURCIA. XI CONGRESO DE LA FAME**

**Fecha:** 7, 8 y 9 de noviembre de 2012  
**Lugar:** Murcia  
**Información:** Tlf.: 968 21 06 84 / 673436316; [www.congresomatronasmurica2012.es](http://www.congresomatronasmurica2012.es); [secretaria-tecnica@cedes.es](mailto:secretaria-tecnica@cedes.es)

**IX SIMPOSIO NACIONAL DE ULCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS**

**Fecha:** 14, 15 y 16 de noviembre de 2012  
**Lugar:** FIBES-Palacio de Congresos y Exposiciones  
**Información:** Tlf.: 934 161 220; fax: 934 158 466; [gneaupp2012@bocemtium.com](mailto:gneaupp2012@bocemtium.com)

**XIII CONGRESO NACIONAL Y VIII INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA**

**Fecha:** del 22 a 24 noviembre de 2012  
**Lugar:** Colegio Oficial de Enfermería de Madrid  
**Información:** Tlf.: 900 70 07 99; 91 552 66 04; fax: 915 014 019; [congresoahistoria@codem.es](mailto:congresoahistoria@codem.es)

**34 CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGÍA**

**Fecha:** del 8 al 10 mayo de 2013  
**Lugar:** Palau de Congressos (Girona)  
**Información:** Tlf.: 981 216 416; fax: 981 217 542; [www.congrega.es](http://www.congrega.es)

**X PREMIO CECOVA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA**

**Fecha:** Hasta 14 de septiembre de 2012  
**Información:** [www.portalcecova.es](http://www.portalcecova.es)

**Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana CECOVA**

**X PREMIO CECOVA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA**

El Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana hace pública la convocatoria de la X Edición del Premio de Investigación en Enfermería, convocado con el patrocinio de BANCO SABADEL PROFESIONAL ES. El objetivo de este Premio es el de fomentar el desarrollo y la producción de la actividad científica de Enfermería.

**1º premio: 3.000 euros • 2º premio: 2.000 euros • 3º premio: 1.000 euros**

**Bases del Premio**

1. Puesto optar a este Premio cualquier profesional de Enfermería colegiada de la Comunidad Valenciana y al cumplimiento de sus obligaciones colegiales. La participación puede ser a título individual o en grupo. Quedan excluidos los miembros del jurado.
2. Los trabajos de investigación presentados deben ser inéditos y escritos en los lenguajes oficiales de la Comunidad Valenciana. Podrán versar sobre cualquier área de conocimiento de la disciplina Enfermería, destacando aquellos que profundicen en el estudio de las realidades prácticas de los distintos territorios y modelos de Enfermería.
3. Los trabajos se presentarán de forma anónima, con un anexo, en un sobre donde se deberá indicar "X Premio CECOVA de Investigación en Enfermería". Dicho sobre no deberá ser ni estar identificado alguno. Se acompañará de un sobre cerrado en el interior donde se presentarán los datos del autor/a, residencia, título del trabajo, Nombre y Apellidos, DNI, dirección de correo postal, dirección de correo electrónico, teléfono de contacto, número de teléfono y colegio al que pertenece.
4. Los trabajos se presentarán en cualquiera de los tres sedes Colegiales de la Comunidad Valenciana:
  - Alicante: C/ Capitanes Demos, nº 16. 03007 Alicante. Tlf. 963 12 13 72 / 963 12 36 22
  - Castellón: Avda. Virgen del Llaner, 57 bajo 12004 Castellón. Tlf. 964 22 81 12
  - Valencia: Pule y Peyrolán, 39 bajo 46021 Valencia. Tlf. 963 93 70 15
5. Se aceptará sobre copias de los trabajos formateados a doble espacio en formato A4, así como en soporte informático en el procedimiento de texto Word, especificando el nombre del archivo. Se deberá incluir en uno separado un resumen del trabajo que no supere los diez folios.
6. La extensión del trabajo se depurará a criterio del autor/a.
7. El plazo de presentación de los trabajos finalizará el 15 de septiembre de 2012.
8. Los premios se fallarán por un jurado compuesto por ocho miembros: Presidente del CECOVA, Presidentes de los Colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia, representante de la Consejería de Sanidad y tres miembros de las Comisiones de Investigación de los Colegios de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
9. El fallo del jurado se hará público en un acto que con motivo de la celebración del Día de la Enfermería de la Comunidad Valenciana tendrá lugar en el mes de Octubre de 2012 (el día y el lugar de celebración del acto se divulgará en los boletines informativos de los distintos colegios y del CECOVA).
10. El fallo del jurado será inapelable, pudiendo dejar desierto el Premio, si a su criterio, los trabajos presentados no reúnen la calidad para merecerlo.
11. Los trabajos premiados pasarán a ser propiedad del CECOVA para posterior publicación en la Revista Científica INVESTIGACIÓN & CUIDADOS, editada por el CECOVA, debiéndose adaptar los mismos a los formatos de publicación de la citada Revista.
12. La devolución de los trabajos no premiados se hará en los 30 días siguientes al fallo del jurado.
13. La presentación de los trabajos implica la aceptación de las presentes bases.

## <http://www.index-f.com/cibabierto.php>

El Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) y la Fundación Index han suscrito un convenio de colaboración para desarrollar la Estrategia I+C: Moviendo el conocimiento enfermero para dinamizar los proyectos de investigación y el conocimiento enfermero con la puesta a disposición de las 25.000 enfermeras de la Comunidad Valenciana una serie de potentes recursos dirigidos a apoyar y promover la producción científica de la profesión enfermera autonómica. De este modo, el CECOVA se incorpora la Red Internacional de Centros Colaboradores de la Fundación Index, una comunidad de conocimiento abierta que está logrando, a través de estrategias coo-



perativas, extender diferentes acciones de promoción del conocimiento enfermero en toda Iberoamérica.

## <http://www.guiaea.org/guiaea.html>

Promover hábitos saludables, prevenir problemas futuros e invertir aquellas conductas inadecuadas que a día de hoy, todavía acusan muchos adolescentes en materia de sexualidad, drogas, tabaquismo o alimentación. Éstos son los objetivos de la página web desarrollada por el departamento de Salud de Elda y que, planteada como una herramienta con la que poder llegar más fácilmente a los jóvenes, se complementará en una segunda fase con las redes sociales.

A través de la página Web [www.guiaea.org](http://www.guiaea.org), los jóvenes pueden consultar diversa información sanitaria, como las funciones de Enfermería en Atención Primaria, qué es el grupo de Educación para la Salud, los objetivos del programa del adolescente, los talleres ofertados a los centros docentes durante el curso esco-



lar, teléfonos de los Centros de Salud para poder contactar con su enfermera de referencia, y enlaces de interés.



# 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:

**[www.portalcecova.es](http://www.portalcecova.es)**

# Elija ahorrar

Contrate ahora su seguro de automóvil con A.M.A.



\*Promoción válida para presupuestos de nueva contratación. No acumulable a otras promociones. Consulte condiciones en [www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com)

Y además:

- ✦ Excelente red de talleres preferentes A.M.A.
- ✦ Gestión de recursos de multas
- ✦ Vehículo de sustitución (según modalidad contratada)

- ✦ Asistencia en viaje 24 horas desde el kilómetro cero (incluyendo reparaciones urgentes en carretera)
- ✦ Peritaciones en 24 horas
- ✦ Atención jurídica telefónica (para cualquier circunstancia de su vida diaria)



Infórmese de sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

- A.M.A. Alicante 965 20 43 00 [alicante@amaseguros.com](mailto:alicante@amaseguros.com)
- A.M.A. Castellón 964 23 35 13 [castellon@amaseguros.com](mailto:castellon@amaseguros.com)
- A.M.A. Valencia 963 94 08 22 / 95 21 91 [valencia@amaseguros.com](mailto:valencia@amaseguros.com) - [valencia2@amaseguros.com](mailto:valencia2@amaseguros.com)