



# Investigación & Cuidados

Revista de la Organización Colegial  
de Enfermería de la Comunidad Valenciana

1<sup>er.</sup> y 2<sup>o</sup> Cuatrimestre 2012, Vol. 10, N<sup>o</sup>. 22-23



## ARTÍCULOS ORIGINALES

- Impacto de intervención en población entre 40 y 45 años
- Análisis de la demanda asistencial al servicio de urgencias hospitalaria de los pacientes crónicos atendidos por enfermeras de gestión domiciliaria
- Visibilidad de la Comisión de Seguridad Vial del Alto y Medio Vinalopó
- La tecnología al alcance de la enfermería de primaria en la prevención de la EPOC

## ARTÍCULO ESPECIAL

- Evolución de la investigación cualitativa en revistas españolas

## ENFERMERÍA Y SOCIEDAD

- Un paseo por Londres

## BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

## AGENDA DE ENFERMERÍA

## ENFERMERÍA EN LA RED

**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 Ganes 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 VelaM<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 Bdlc

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

**SUSCRIPCIONES**

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)  
c/Xàbia, 4<sup>a</sup>- 3<sup>a</sup> pta. 10 46010 VALÈNCIA

Teléfono 963298088

E-mail: cecova@cecova.org

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

**ENVÍO DE TRABAJOS**

Colegio de Enfermería de Alicante

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

Tlf. 965121372 y 965123622

E-mail: cealicante@cecova.org

**EDITA**

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

**TARIFA 3 NÚMEROS (1 AÑO)**

Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito

Colegiados/as de otras provincias: 20 euros

Alumnos/as de Enfermería: Gratuito

# SUMARIO

**EDITORIAL** ..... 3**NORMAS DE PUBLICACIÓN** ..... 5**ARTÍCULOS ORIGINALES****Impacto de intervención en población entre 40 y 45 años** ..... 6

Gil Estevan M.D.

Mira- Marcellí García N.

Martínez Cánovas P.

Pérez Sánchez F.

López Vázquez M.I.

Hernández López J.

Torres Rodríguez M.A.

Yáñez Motos M.R.

**Análisis de la demanda asistencial al servicio de urgencias hospitalaria de los pacientes crónicos atendidos por enfermeras de gestión domiciliaria** ..... 10

JA. Delgado De Los Reyes

E. Manresa González

C. Martínez Rodríguez

J. Calle Barreto

M. Ibarra Rizo

T. Beltrán Martínez

J. López Moreno

**Visibilidad de la Comisión de Seguridad Vial del Alto y Medio Vinalopó** ..... 14

Jiménez, A.

Gil, M.D.

Vélez, P.

Cremades, A.

Arroyo, G.

Molina, J.

Yáñez, M.R.

**La tecnología al alcance de la enfermería de primaria en la prevención de la EPOC** ..... 19

Pomares Bonus, A.

Agulló García, E.

**ARTÍCULO ESPECIAL****Evolución de la investigación cualitativa en revistas españolas** . . . 24

Berlanga Fernández S.

González López N.A.

Cujó López E.

Echevarría Bayas P.

Torres Rusiñol M.

Lumillo Gutiérrez I.

Sánchez Herrando B.

**ENFERMERÍA Y SOCIEDAD****Un paseo por Londres** ..... 28

Alfonso Jiménez López

**BIBLIOGRAFÍA COMENTADA** ..... 31**AGENDA DE ENFERMERÍA** ..... 32**ENFERMERÍA EN LA RED** ..... 33

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

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

## 2013, apuesta y recursos para la investigación enfermera



**L**a investigación es un parámetro que indica el nivel de desarrollo de un país y también el de una profesión. La investigación debe ser algo inherente a la condición de profesional. Incentivar, promover y profundizar en la investigación enfermera es una necesidad para que la Enfermería avance con paso firme como disciplina. Con la nueva titulación de Grado nos hemos situado en igualdad de condiciones que el resto de titulaciones para conseguirlo.

Es algo que tenemos muy presente desde el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). Y ante esta evidente necesidad queremos que el apoyo y respaldo institucional durante 2013 sea una apuesta firme y constante por convertir a los profesionales de Enfermería de la Comunidad Valenciana en la punta de lanza de la investigación enfermera en España. Cabe recordar que las enfermeras de la Comunidad Valenciana produjeron durante el quinquenio 2005-2009 el 10,64 por ciento del total de trabajos de investigación enfermeros publicados en España, solamente por detrás de Andalucía, Madrid, Cataluña y Castilla-La Mancha.

En el actual contexto sociosanitario de ajustes y recortes, creemos que la investigación enfermera no sólo es un elemento clave para ayudar a superar las dificultades económicas que se plantean, sino que además puede encontrar, en este tiempo de dificultades, verdaderas oportunidades de desarrollo profesional tanto a nivel individual como también colectivo.

Dentro del eje básico de actuación del CECOVA de fomento de la investigación en Enfermería, en el que centraremos nuestros esfuerzos durante este año

2013, también se trabajará para consolidar diferentes acciones e iniciativas que ya llevamos desarrollando con notable éxito como es la convocatoria de una nueva edición, y ya es la undécima, del Premio CECOVA de Investigación en Enfermería, el patrocinio de galardones en numerosos eventos científicos, la puesta en marcha de formación específica sobre metodologías de investigación dirigida específicamente a los profesionales de Enfermería, la edición de libros y publicaciones con investigaciones enfermeras, y el respaldo a la publicación de tesis doctorales de enfermeras de la Comunidad Valenciana.

Por nuestra parte, ponemos toda la carne en el asador para que el compromiso de la Organización Colegial Autónoma de Enfermería de la Comunidad Valenciana con la investigación enfermera no se quede únicamente en el tintero, como una mera declaración de intenciones, sino que año tras año se plasma en acciones concretas porque somos plenamente conscientes de que cada vez es más necesario hacer visible el trabajo de investigación del personal de Enfermería y ello solamente se consigue con la publicación de las mismas.

Por parte de los profesionales necesitamos que todos estén convencidos que Enfermería ha pasado de ser una profesión al servicio de otra a ser una profesión al servicio de la sociedad, con autonomía y responsabilidades propias y cuyo trabajo versa alrededor de la evidencia científica. Una profesión que ya no tiene más techo de crecimiento profesional que nuestro propio criterio científico técnico. Hay que meterse en el mundo de la investigación y comprender la contribución de la misma a la hora de ofrecer cuidados enfermeros de calidad. Una profesión que no es capaz de generar sus propios conocimientos científicos está destinada a depender de los

## ■ Investigación & Cuidados

---

conocimientos aportados por las demás, con lo que su status pierde solidez.

La revista Investigación & Cuidados brinda todo su apoyo al colectivo enfermero con el objetivo de convertirse en el auténtico altavoz de la producción científica enfermera de la Comunidad Valenciana. Un medio para facilitar que las investigaciones realizadas en nuestra Autonomía den más visibilidad al trabajo realizado e incrementen el número de publicaciones científicas existente en España.

Por ultimo, es necesario recordar otra apuesta importante por la investigación enfermera en nuestra Comunidad Autónoma impulsada desde CECO-VA, como es el acuerdo suscrito con la Fundación Índice para desarrollar la Estrategia I+C: Moviendo el conocimiento enfermero, con el objetivo que la

profesión enfermera autonómica logre a corto plazo una posición de liderazgo en materia de investigación científica al poner las 100.000 referencias bibliográficas de la mayor base de datos de producción científica enfermera del ámbito iberoamericano al alcance del colectivo de Enfermería de Valencia, Castellón y Alicante.

El verdadero reto en 2013, como organización colegial y como profesión enfermera, pasa por consolidar las bases para conseguir que la producción científica enfermera de la Comunidad Valenciana pueda escalar puestos en el ranking nacional y, con ello, nuestro orgullo y prestigio profesional.

José Antonio Ávila Olivares  
*Presidente del CECOVA*

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

## ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS

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

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

6. En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

A.- Si se trata de un artículo original:

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

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

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

C.- Carta al director:

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

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

El manuscrito será enviado a través de correo electrónico a [cealicante@cecova.org](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 de intervención en población entre 40 y 45 años

**Autores:** Gil Estevan M.D (1), Mira- Marcellí García N (2), Martínez Cánovas P. (3), Pérez Sánchez F (4), López Vázquez M.I.(5), Hernández López J. (6), Torres Rodríguez M.A.(7), Yáñez Motos M.R.(8).

(1)Enfermera de interrelación. (2)Enfermera SAIP. (3)Enfermero consultor SIA. (4)Coordinadora Enfermería. (5) Coordinadora Enfermería. (6)Coordinadora Enfermería. (7)Coordinadora Enfermería. (8) Directora Enfermería Departamento de Elda

gil\_mdoest@gva.es

## The impact of an intervention in a population aged between 40 and 45 years old

### ABSTRACT

We can find the same risk factors in the main causes of death, the first reason for consulting the GP and the fourth reason of hospital admission. Therefore, it would be advisable the implementation of primary health prevention programmes. In January 2011, we analysed the indicators included in the Management Agreement and observed that the coverage of the adult health programme was lower than the goal to be achieved. As a result, the Elda Health Department designed an strategy aimed at improving the adult health programme through health promotion exams addressed

for the population between 40 and 45 years old.

We carried out a descriptive observational study to compare the rate of coverage of the report on adult health from 2005 until October 2011. From October to November 2011 information letters were sent inviting the target population to participate in the programme. The analysis of our intervention has been carried out using the indicators included in the Management Agreement. Until the date of the analysis of the information 1.602 health exams had been carried out, improving outstandingly the previously mentioned indicator. There

has been an increase (14.25%) in the registration of the BMI and also the morbidity incidence for diabetes mellitus was

0.02% higher. Although the number of patients newly diagnosed with high blood pressure was not higher there was an increase in the detection in general population (3.01% or even more) and also in the number of patients diagnosed with hyperlipidemia (0.23%). The data obtained show the effectiveness of our intervention.

**Keywords:** adult programme, intervention, health promotion, over 40 year-old.

### RESUMEN

Las principales causas de mortalidad, primer motivo de consulta en Atención Primaria y 4ª causa de ingreso hospitalario, comparten los mismos factores de riesgo, lo que hace aconsejable la puesta en mar-

cha de programas de prevención primaria. En enero de 2011, tras analizar los indicadores incluidos en los Acuerdos de Gestión, observamos que la cobertura del examen de salud del adulto no alcanzaba la meta fijada, por lo que, el

Departamento de Salud de Elda se plantea una estrategia para mejorar el programa del adulto mediante la promoción de exámenes de salud en población de 40 a 45 años. Para la evaluación hemos hecho un estudio observacional descriptivo, compa-

rando los datos de cobertura del informe de salud el adulto desde 2005 con los obtenidos a partir de octubre de 2011. Para ello, de octubre a noviembre de 2011 se enviaron cartas informativas invitando a la población a beneficiarse de este programa. El análisis de nuestra actuación se ha realizado mediante los indicadores incluidos en los

Acuerdos de Gestión. Se han realizado 1.602 exámenes de salud hasta la fecha de evaluación, mejorando notablemente dicho indicador. Se ha observado un significativo aumento (14,25%) en el registro de IMC, así como un aumento del 0,02% en la incidencia de morbilidad por diabetes mellitus. El diagnóstico de nuevos pacientes con HTA no ha experi-

mentado aumento significativo, aunque sí el cribado a población general (un 3,01% más) y el número de pacientes diagnosticados de hiperlipidemias 0,23%. Los datos obtenidos demuestran la eficacia de nuestra intervención.

**Palabras clave:** programa del adulto, intervención, promoción de la salud, mayor de 40 años.

## INTRODUCCIÓN

Como consecuencia de la mejora del nivel de vida y de la atención sanitaria, se ha producido un aumento de la esperanza de vida y un envejecimiento progresivo de la población, con el consiguiente incremento de las enfermedades crónicas. En la actualidad, las tres principales causas de mortalidad en España por grandes grupos siguen siendo las enfermedades cardiovasculares (responsables del 31,7% del total de defunciones), los tumores (26,9%) y las enfermedades del sistema respiratorio (11,4%) (1).

Concretamente en la Comunidad Valenciana más de un 33% de las muertes están provocadas por una enfermedad cardiovascular, que se consolida como la principal causa de muerte en las tres provincias de dicha comunidad autónoma.

En comparación con el resto de comunidades autónomas, la Comunidad Valenciana se sitúa muy por encima de la media en cuanto a la incidencia de la cardiopatía isquémica en la mortalidad (94,6 fallecimientos por 100.000 habitantes, siendo la media nacional de 74,2). Respecto a la repercusión de las enfermedades cerebrovasculares en la mortalidad poblacional, esta comunidad se posiciona en un rango intermedio-alto (70,2 defunciones por 100.000 habitantes en comparación al 63,9 de la media española) (2).

De la misma forma, suponen uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria (AP) y la 4ª causa de ingreso hospitalario en nuestro país. Si a todo esto añadimos la enorme trascendencia socioeconómica de estas enfermedades, queda bien patente la importancia de este problema de salud.

Un hecho fundamental, a tener en cuenta, es que estas enfermedades comparten los mismos factores de riesgo (tabaquismo, hipertensión arterial e hiperlipemias, junto con obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol y otras) y que éstos, en su mayoría, pueden ser modificados, siendo, por tanto, dichas enfermedades susceptibles de prevención. Esta posibilidad, junto a la relevancia del problema, hace aconsejable la puesta en marcha de programas de prevención primaria (3).

No cabe duda de que AP es el marco ideal y más eficiente para impulsar y desarrollar este tipo de programas preventivos, por diversas razones:

- a) Existe la posibilidad de acceder a amplios sectores de la población.
- b) Es factible la intervención, ya que tanto las técnicas de despistaje como la propia intervención son acordes a los recursos existentes en AP.
- c) El coste de la detección es asumible por el Sistema Sanitario al aprovechar las consultas por cualquier motivo (detección oportunista).
- d) La asistencia longitudinal hace que sea el nivel idóneo para el seguimiento y la educación sanitaria de los pacientes captados (4).

En enero de 2011 se realizó una revisión de diferentes programas de salud del Departamento de Salud de Elda, entre los que está el PAPPS y se observó que la cobertura del examen de salud del adulto no alcanzaba la meta fijada, por lo que, según criterios generales y recomendaciones que forman parte de las actividades preventivas y de promoción de la salud, en rela-

## ■ Investigación & Cuidados

ción a las ECV y el cáncer; se planteó durante el año 2011 una estrategia para la mejora del programa del adulto mediante la promoción de exámenes de salud, en población de entre 40 y 45 años. Para ello se invitó a dicha población a través de una carta nominal, a acudir a los Centros de Salud para ser citados en la consulta de enfermería a demanda, donde se realizan dichos exámenes.

### OBJETIVO GENERAL

Evaluar la intervención en población entre 40 y 45 años

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Captar a la población diana.
- Aumentar el número de exámenes de salud del adulto.
- Aumentar el número de determinaciones de Índice de Masa Corporal.
- Aumentar el número de diabéticos detectados.
- Aumentar el número de hipertensos detectados.
- Aumentar el número de pacientes con dislipemia detectados.
- Fomentar estilos de vida saludables.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo, de una intervención en población de 40 a 45 años. Se han comparado los datos de cobertura del informe de salud del adulto desde 2005 con los obtenidos a partir de octubre de 2011. De octubre a noviembre de 2011 se enviaron cartas informativas y se realizaron llamadas telefónicas, utilizando listados de SIP. Los usuarios se citan en la consulta de enfermería a demanda. Se ha realizado un estudio observacional descriptivo, partiendo de los resultados obtenidos en los exámenes de salud realizados a población entre 40 y 45 años, desde el año 2005, (fecha de implantación del sistema Abucasis en el Departamento) y se han comparado con los obtenidos a partir de octubre de 2011. En este año se decidió, con el fin de mejorar los resultados obtenidos en los acuerdos de gestión del departamento, fomentar la realización del examen de salud del adulto y evaluar esta actuación.

Para ello se elaboró una carta informativa, donde se explicaba el objetivo del examen de salud y en qué iba a consistir. Durante los meses de octubre y noviembre de 2011 se enviaron un total de 17.924 cartas a dicha

población. Además se realizó una captación activa mediante llamadas telefónicas utilizando los listados obtenidos en SIP de la población entre 40 y 45 años. Dichas llamadas telefónicas fueron realizadas por personal administrativo y por el personal de enfermería de referencia en cada Centro de Salud del Departamento. Para agilizar la cumplimentación del "Informe de Salud del Adulto", se elaboró una guía rápida.

Los usuarios se citan en la consulta de enfermería a demanda en la que se elabora el "Informe de Salud del Adulto", se calcula el riesgo cardiovascular con la tabla de "Framingham", y se valoran estilos de vida para actuar en los que se considere oportuno:

Si fumador: pasamos el Test de Fagerstrom, y dependiendo de la puntuación obtenida:

- consejo mínimo
- derivación a consulta médico
- derivación a consulta deshabituación tabáquica
- espirometría

Si consume alcohol, se proporcionará el consejo mínimo, derivándolo a consulta médica si el consumo es de riesgo.

Si existe riesgo (obesidad) determinado por el IMC se deriva a consulta médica y se dan las recomendaciones oportunas.

Si se detecta sedentarismo, se fomenta la práctica de ejercicio físico adecuado.

Tras la toma de TA:

Si PA elevada: se realiza el despistaje mediante tres determinaciones en 7 días en la consulta de enfermería a demanda. Si PA mayor o igual a 140/90 incluir en programa de hipertensión si es nuevo, y si es hipertenso conocido, valorar grado de control.

Tras la determinación de glucemia capilar si es mayor de 110, se realiza confirmación mediante glucemia en ayunas en sangre venosa. Si se diagnostica como diabético nuevo se incluye en programa de diabetes. Si es conocido, se valora el grado de control.

Si se detecta dislipemia, se hace educación para la salud y se deriva a consulta médica.

Todas las determinaciones se reflejan, además de en el Informe, en las hojas de seguimiento.

En el apartado de vacunas se completa o reinicia la

vacunación antitetánica. Si procede, se realiza la vacunación con TV, y si pertenece a grupo de riesgo, se administra la vacuna antigripal, y vacuna contra el neumococo.

Para el seguimiento y control se realizarán visitas periódicas cada 2 años.

Los datos se vuelcan en la historia de cada usuario en Abucasis. Para el análisis de los resultados se han utilizado los indicadores contemplados en los Acuerdos de Gestión extraídos de SIA, durante el año 2011 y se han comparado con los obtenidos desde 2005, fecha de implantación del sistema informático Abucasis II en todo el Departamento.

## RESULTADOS

Se han enviado un total de 17.924 cartas a una población de 21.049 adultos de 40 a 45 años. El número de informes realizados a usuarios mayores de 40 durante el periodo de consulta (31 de enero de 2012) han sido 1.602, lo que supone una cobertura del 1,63% para todo el Departamento. Teniendo en cuenta que en los años 2008 y 2009 el valor de este indicador fue 0,03% y en 2010 fue del 0,01%, el valor relativo de dicho indicador ha mejorado notablemente.

Por otro lado hemos analizado el registro de IMC desde el año 2005, en el que teníamos una cobertura del 0,08% y hemos observado un significativo aumento del mismo, alcanzando el 14,25% en 2011. Dicha evolución ascendente se ha producido tanto en la población diana de 40 a 45 años como en otros grupos de edad, como en la población de 30 a 35 (9,75%) y de 50 a 55 años (10,30%). Por otro lado, comparando la incidencia de morbilidad por diabetes mellitus antes y después de la intervención, se observa un aumento del 0,02%. Y aunque el diagnóstico de nuevos pacientes con HTA no ha experimentado aumento significativo, sí se ha producido un aumento en el cribado a población general (un 3,01% más). También se observa un aumento del 0,23% en el número de pacientes diagnosticados de hiperlipidemia

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La intervención en la población de 40 a 45 años ha mejorado los resultados en los informes de Salud del Adulto. De forma directa y relacionada con nuestra

intervención ha aumentado el nº de informes de Salud del Adulto realizados y el cribado de HTA. De forma indirecta, pero muy relacionada con el aumento del nº de informes realizados, han aumentado las coberturas de registro de IMC y el número de pacientes diabéticos y con dislipemia detectados, aunque no el de pacientes hipertensos diagnosticados. Por otro lado han mejorado las coberturas vacunales, ya que se ha reiniciado, o completado en los casos en los que éste había sido interrumpido, el calendario vacunal.

Al igual que en otro trabajo realizado en el Centro de Salud de Carlet en 2006 (5), nuestra estrategia ha permitido a la población, en algunos casos revisar por primera vez su estado de salud. Al haber captado a gran parte de la población diana, podemos, contando con ella, diseñar estrategias de Educación para la Salud grupales, que respondan a sus necesidades. Además esta intervención ha supuesto la implicación de todo el personal de enfermería de Atención Primaria lo que nos ha permitido ampliar nuestra cartera de servicios y acercarnos a la población (6).

Por otro lado y cuantitativamente queda demostrada la eficacia de la intervención del personal de enfermería sobre población de 40 a 45 años, lo que nos anima a seguir llevando a cabo este tipo de acciones sobre la comunidad, con el fin de promover hábitos de vida saludables, y contribuir a prevenir futuras enfermedades.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- <http://www.ine.es/prensa/np588.pdf>. 2 marzo 2010
- 2.- <http://www.fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2143-por-ti-por-mi-por-el-sexo-con-corazon-en-valencia.html>
- 3.- Ley General de Sanidad. Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2010-2013
- 4.- Programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares en Atención Primaria Dirección General de Atención Sanitaria-SESCAM Consejería de Sanidad. JCCM. Toledo, 2004
- 5.- Carlos Herrero Gil, Mar López Ibáñez, Nuria Velasco Gómez, José Rufo Soler Gadea. Revisión del adulto sano (40 años). Comunicación presentada al congreso EHRICA (dic. 2006).
- 6.- Dra. Ximena Berríos Carrasola. Profesor Adjunto de Salud Pública Departamento de Salud Pública. La prevención de las enfermedades Crónicas no transmisibles del adulto. Conceptos básicos para implementar programas con base comunitaria. Boletín Esc. de Medicina, P.Universidad Católica de Chile 1994; 23: 53-60

# Análisis de la demanda asistencial al servicio de urgencias hospitalaria de los pacientes crónicos atendidos por enfermeras de gestión domiciliaria

**Autores:** JA. Delgado De Los Reyes(1), E. Manresa González(2), C. Martínez Rodríguez(3), J. Calle Barreto(1), M. Ibarra Rizo(2), T. Beltrán Martínez(4), J. López Moreno(5)

(1)Unidad de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Elche.

(2)Dirección Enfermería Atención Primaria, Dpto 20 Elche Hospital General.

(3)Dirección Médica Atención Primaria, Dpto 20 Elche Hospital General

(4)Dirección Enfermería, Dpto 20 Elche Hospital General

(5)Gerente Dpto 20 Elche Hospital General.

delgado\_josdel@gva.es

## Health care demand analysis of chronic patients treated by the case management nurse in hospital casualty department

### ABSTRACT

**Methods:** We compared the number of visits to the hospital casualty department one year before and after chronic patients were included in the programme (2-10 December 2010). The Wilcoxon test was used for evaluating the differences between the number of visits both years (CI 95%). We also studied the activity based costing difference for the health care delivered in the casualty department one year before and after this programme.

**Results:** there were 90 visits to the casualty department before the inclusion of patients in the programme [case management nurse (CMN) and hospital liaison nurse (HLN)] with a range of 0-12 visits per patient. One year after the programme was implemented there were 36 visits to the casualty department with a range of 0-4 visits per patient,  $p=0.01$ .

The activity based costing in Elche General Universitari Hospital ( $n=54$ ) was 20.619 € which in comparison with the costs incurred the

following year 8.247.96 € make a difference of 12.371,04 €

**Conclusions:** The programme for patients with multiple pathologies treated by the CMN and the HLN has had positive effects as there has been a reduction in the number of visits to the casualty department, which in turns, resulted in a better use of this department for the decompensation or their diseases.

**Keywords:** Home healthcare assistance, chronic disease, community care nursing.

### RESUMEN

**Objetivos:** Realizar una evaluación en la asistencia a urgencias hospitalarias y el coste por esta

actividad asistencial en el programa de Enfermería de enlace y Enfermería de Gestión Clínica en un centro de salud del Departamento

de Salud Elche-Hospital General.

**Metodología:** Se ha comparado el número de visitas a urgencias un año antes y un año después de que

se incluyeran a pacientes crónicos en el programa (2 al 22 de diciembre 2010). Se realizó el test de Wilcoxon para evaluar las diferencias entre el número de visitas en ambos años (IC 95%). También se ha estudiado la diferencia de costes por actividad de la atención en urgencias en el hospital en el año previo y posterior a este programa.

**Resultados:** Los pacientes presentaron un total de 90 asistencias al servicio de urgencias antes de su inclusión al programa de EEH y EGC, con un rango de 0 a 12 con-

sultas por paciente. En contraste se registraron un total de 36 asistencias al servicio de urgencias después de un año de funcionamiento del programa, también se observó una reducción en el número de consultas (rango 0 a 4) por pacientes,  $p=0.01$ .

El total de los costes por actividad de los pacientes atendidos en el Hospital General Universitario de Elche ( $n=54$ ) es de 20.619 €. En contraste el coste anual posterior a la inclusión es de 8.247.96 €, la diferencia entre ambos años es de

12.371,04 €

**Conclusiones:** El programa de atención al paciente pluripatológico a través de la EEH y EGC ha tenido efectos positivos en la reducción asistencial al servicio de urgencias en el Hospital General Universitario de Elche, favoreciendo el uso correcto de este servicio al ser atendidos estos pacientes en episodios de descompensación por sus patologías de base.

**Palabras Clave:** Servicios de Atención de Salud a Domicilio, Enfermedad Crónica, Enfermería en Salud Comunitaria.

## INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances en farmacoterapia, el número de asistencias a urgencias hospitalarias en pacientes con enfermedades crónicas es alta (1), y su atención en urgencias, dependiendo del grado de descompensación del paciente, puede llevar a una readmisión hospitalaria (2). El coste del manejo hospitalario por una descompensación de enfermedades crónicas como insuficiencia cardiaca, enfermedad obstructiva pulmonar crónica (EPOC), diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica es elevado, y al ser patologías frecuentes el grupo de edad avanzada, implica un consumo importante de los recursos sanitarios (3).

Se ha descrito en la literatura que la frecuentación hospitalaria se multiplica por más de 10 veces en los mayores de 85 años que en adultos jóvenes, siendo la estancia media más prolongada en el grupo de edad avanzada (4).

Con el fin de optimizar los recursos sanitarios se han desarrollado intervenciones que busquen prevenir la descompensación del estado basal de salud de los pacientes descritos previamente. La hospitalización a domicilio ha sido un programa que ha mostrado ser efectivo, no solo desde la perspectiva económica (5), sino que también desde una perspectiva de calidad, al incluir atribuciones de una mayor satisfacción, partici-

pación e implicación del paciente y su familia en el cuidado de su enfermedad (6).

La enfermera de enlace hospitalario (EEH) y de gestión de casos (EGC), son las figuras encargadas del programa de hospitalización a domicilio, estos profesionales atienden a los pacientes que requieren una gestión integral, es decir, aquellos pacientes en los que se necesita que la atención especializada y atención primaria participen coordinadamente en su seguimiento una vez que son dados de alta en el hospital (7). Los pacientes que generalmente necesitan de esta acción coordinada son los enfermos crónicos que cuentan con otros factores como: edad, polipatologías, plurimedicados, o disfunción social, ya que al reunir estas características, el manejo es diferente del resto de pacientes, y por ello pueden ser incluidos en este programa.

La actividad conjunta de las enfermeras tiene por objetivo que el paciente presente menos recaídas de sus enfermedades y por lo tanto, como resultado secundario haya una reducción de las visitas de éstos a urgencias hospitalarias (8).

## OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es analizar la modificación en el número de visitas a urgencias hospitalarias antes y después de su inclusión del programa de la

## Investigación & Cuidados

EEH y EGC de los pacientes atendidos en el Centro de Salud El Raval del Departamento de Salud Elche-Hospital General. Así como describir el perfil del usuario al que se beneficia de dicha atención.

### MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del estudio es descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Se tomaron los registros de los pacientes atendidos por la EEH del Hospital General de Elche y de los pacientes atendidos por la EGC del centro de salud El Raval. Se ha comparado el número de visitas a urgencias un anterior y un año posterior a la inclusión de estos pacientes en el programa para el análisis de los pacientes se hizo un muestreo consecutivo de los pacientes incluidos entre el 2 y 22 de diciembre 2010. Se realizó el test de Wilcoxon para evaluar las diferencias entre el número de visitas en ambos años (IC 95%).

Se excluyeron a los pacientes fallecidos y aquellos que no han cumplido un año en el programa.

Las variables utilizadas para el análisis de los pacientes incluyen sexo y edad. Se ha realizado una descripción de los diagnósticos por los que son atendidos por la EEH y EGC. Como último paso de nuestro análisis, se ha estudiado la diferencia de costes por actividad de la atención en urgencias en el hospital en el año previo y posterior a este programa. El total del coste, esta calculado con base al gasto asistencia (299,11€ por habitante en 2010).

Fuente de datos: Alta Hospitalaria, SIA, SIE. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS versión 17.0.

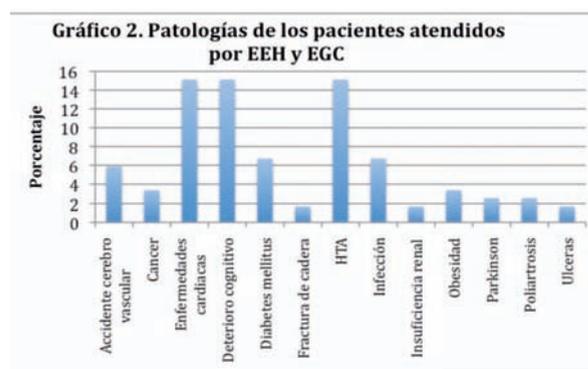
### RESULTADOS

Se estudiaron un total de 54 pacientes, 76% Mujeres y 24% hombres, la media de edad fue de 84 años (66 a 96 años de edad).

Los pacientes presentaron un total de 90 asistencias al servicio de urgencias antes de su inclusión al programa de EEH y EGC, con un rango de 0 a 12 consultas por paciente. En contraste se registraron un total de 36 asistencias al servicio de urgencias después de un año de funcionamiento del programa, también se observó una reducción en el número de consultas (de 0 a 4) por pacientes,  $p=0.01$  (gráfico 1).



Las patologías más frecuentes diagnosticadas en los pacientes atendidos por la EGC son enfermedades cardíacas (15%), deterioro cognitivo (15%) e hipertensión arterial sistémica (15%) Gráfico 2.



Los costes por actividad de los pacientes atendidos en nuestra muestra en el servicio de urgencias del Hospital General de Elche, durante el año previo su inclusión ha sido de 20,619 € En contraste el coste anual una vez incluidos ha sido de 8.247,96 €, la diferencia entre ambos años es de 12.371,04 €

### DISCUSIÓN

La misión principal de la figura de enlace es la de mejorar la continuidad asistencial después el alta hospitalaria, cubriendo las necesidades alteradas del paciente fuera del hospital (7).

El programa de atención al paciente pluripatológico a través de la EEH y EGC ha tenido efectos positivos en la reducción asistencial al servicio de urgencias en el Hospital General Universitario de Elche, favoreciendo el uso correcto de este servicio al ser atendidos los pacientes únicamente por episodios de descompensación de sus patologías de base.

Los pacientes de sexo femenino son las más beneficiadas, ya que este grupo tiene una mayor supervivencia con enfermedades crónicas, siendo las enfermedades cardiovasculares las de mayor causa de morbilidad que afectan a la población mayor de 65 años.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Stewart S, Vandenbroek AJ, Pearson S, et al. Prolonged beneficial effects of a homebased intervention on unplanned readmissions and mortality among patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med* 1999 Feb 8;159:257-61.
2. Pearson S, Inglis SC, McLennan SN, Brennan L, Russell M, Wilkinson D, Thompson DR, Stewart S. Prolonged effects of a home-based intervention in patients with chronic illness. *Arch Intern Med*. 2006 Mar 27;166(6):645-50.
3. Stott DJ, Buttery AK, Bowman A, Agnew R, Burrow K, Mitchell SL, Ramsay S, Knight PV. Comprehensive geriatric assessment and home-based rehabilitation for elderly people with a history of recurrent non-elective hospital admissions. *Age Ageing*. 2006 Sep;35(5):487-91. Epub 2006 Jun 13.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. España, 2009.
5. Alonso G, Escudero J. La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2010; 33 (Supl. 1): 97-10.
6. Oterino, Peiro M., Marchan R., Ridaio L. Cuidados de enfermería en hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. *Rev Esp Salud Publica*. 1998 Nov Dec;72:517-27.
7. Jódar-Solà, G; Cadena-Andreu, A; Parellada-Esquius, N; Martínez-Roldán, J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. *Aten Primaria*. 2005;36:558-62.
8. Jurado-Campos J., Anglada-Dilme M.T., Canet-Ponsa M., Privat-Marce M.L., Fabrega-Pairo T., Juvinya-Canal D. Implementación de un modelo integrado de enfermería de enlace: un estudio descriptivo. *Enferm Clin*. 2008 Sep-Oct;18(5):253-61.
9. Delaney C, Apostolidis B. Pilot testing of a multicomponent home care intervention for older adults with heart failure: an academic clinical partnership. *J Cardiovasc Nurs*. 2010 Sep-Oct;25(5):E27-40.
10. Chen YH, Ho YL, Huang HC, Wu HW, Lee CY, Hsu TP, Cheng CL, Chen MF. Assessment of the clinical outcomes and cost-effectiveness of the management of systolic heart failure in Chinese patients using a home-based intervention. *J Int Med Res*. 2010 Jan-Feb;38(1):242-52.
11. Del Sindaco D, Pulignano G, Minardi G, Apostoli A, Guerrieri L, Rotoloni M, Petri G, Fabrizi L, Caroselli A, Venusti R, Chiantera A, Giulivi A, Giovannini E, Leggio F. Two-year outcome of a prospective, controlled study of a disease management programme for elderly patients with heart failure. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2007 May;8(5):324-9.

# Visibilidad de la Comisión de Seguridad Vial del Alto y Medio Vinalopó

**Autores:** Jiménez, A(1), Gil, M.D (2), Vélez, P(3), Cremades, A(4), Arroyo, G(5), Molina, J(6), Yáñez, M.R(7)

(1)Técnico de Promoción de la Salud. Salud Pública

(2)Enfermera de interrelación

(3)Técnico de Promoción de la Salud. Salud Pública

(4)Técnico de Promoción de la Salud. Salud Pública

(5)Técnico de Salud Pública.

(6) Director de Salud Pública

(7)Directora de Enfermería A.P

jiménez\_alflop@gva.es

## The visibility of the Alto and Medio Vinalopó Road Safety Commission

### ABSTRACT

Traffic accidents and their consequences are an important public health problem for many reasons: their high morbidity and mortality rates, they are a major cause of years of potential life lost (YPLL) and a high number of disabilities meaning a high economic and social cost. Nursing professionals had increased their sphere of action, including road safety, without losing health as their main objective, through health promotion and prevention and using one of our main tools: Health Education. The Road

Safety Commission of the Alto and Medio Vinalopó organizes several activities for the general population in order to prevent traffic accidents.

**OBJECTIVE:** to know the level of knowledge of the population from the Elda Health Department of the activities carried out by the Road Safety Commission of the Alto and Medio Vinalopó

**METHODS:** cross -sectional study using an anonymous survey addressed to the parents of children of 3rd and 4th year of Primary Education of the schools of the Department.

**RESULTS:** the Road Safety Commission of the Alto and Medio Vinalopó is unknown by the 79% of the sample surveyed, and although 65% of them were familiar with some of their campaigns, the parents did not know the relation of the Commission and the campaigns.

**CONCLUSIONS:** the general knowledge of the Road Safety Commission of the Alto y Medio Vinalopó among the population is very low.

**Key words:** Health Education road safety commission, road safety.

### RESUMEN

Los accidentes de tráfico y sus secuelas son un importante problema de salud pública. A su elevada morbi-mortalidad hay que añadir que son la primera causa de años

potenciales de vida perdidos, producen un alto número de incapacidades y suponen, un elevado coste económico y social. Por otro lado, la enfermería, profesión inicialmente ligada a la práctica asistencial de

los cuidados, poco a poco ha ido ampliando su campo de actuación, incluido el de la Seguridad Vial, sin perder su objetivo final que es la salud, mediante la promoción y la prevención, y utilizando como

herramienta fundamental la Educación para la Salud. Siguiendo con sus líneas de actuación dirigidas a la prevención de accidentes de tráfico, la Comisión de Seguridad Vial del Alto y Medio Vinalopó lleva a cabo numerosas actividades dirigidas a la población general.

**OBJETIVO:** Conocer el grado de conocimiento de la población del Departamento de Salud de Elda de

las actuaciones de la Comisión de Seguridad Vial del Alto y Medio Vinalopó.

**METODOLOGÍA:** Estudio transversal mediante encuesta anónima tipo test, a padres de alumnos de 3º y 4º de Educación Primaria de centros docentes del Departamento.

**RESULTADOS:** la comisión de Seguridad Vial de Alto y Medio Vinalopó es desconocida por un

79% de la población, y aunque el 65% de los encuestados conoce alguna campaña de seguridad vial realizada en su municipio, no la relaciona con la Comisión.

**CONCLUSIONES:** La comisión de Seguridad Vial del Alto y Medio Vinalopó es poco visible.

**Palabras Clave:** Educación para la salud, Comisión de Seguridad Vial, Seguridad Vial.

## INTRODUCCIÓN

El fenómeno del tráfico de vehículos a motor se ha generalizado y extendido de tal manera que puede afirmarse que forma parte de la vida cotidiana y que se ha transformado en una de las expresiones más genuinas del ejercicio de la libertad de circulación. Pero al efectuarse de forma masiva y simultánea, lleva consigo una serie de problemas que es necesario regular para que aquel ejercicio no lesione intereses individuales o colectivos que deben ser objeto de protección pública.

Las innegables secuelas negativas del tráfico tienen su máximo exponente en los accidentes de circulación, que representan un alto coste para la sociedad y vienen a acentuar la obligada intervención de los poderes públicos en el mantenimiento de la seguridad de la circulación vial, como corolario inexcusable de la competencia exclusiva que otorga al Estado, en materia de tráfico y de circulación de vehículos a motor, el artículo 149.1.21 de la Constitución. (1)

La prevención de los accidentes se basa en dos estrategias fundamentales: disponer de un entorno seguro mediante el diseño y construcción de productos que contribuyan a la seguridad y, por otro lado, actuaciones educativas para que las personas conozcan los riesgos, cambien sus comportamientos y realicen conductas más seguras, llegando a incorporar éstas a un estilo de vida más saludable.

Los centros docentes de los municipios que forman parte del Departamento de Salud de Elda, ha contado siempre con el apoyo de la Comisión de Seguridad Vial del Alto y Medio Vinalopó de la que forman parte,

entre otros, técnicos de Salud Pública, personal sanitario (atención primaria, SAMU), policías locales, bomberos, personal de protección civil, cruz roja, y asociaciones (Cocemfe), lo que permite el abordaje de la promoción de la salud de forma interdisciplinar, en unos escenarios diseñados y abiertos al aprendizaje como son las aulas.

Por otro lado, enfermería es una profesión ligada a la práctica asistencial de los cuidados de enfermería, que poco a poco ha ido ampliando su campo de actuación sin perder ni un momento su objetivo final que es LA SALUD, en todos sus aspectos

Incluido el de la seguridad vial, mediante la promoción y la prevención, y utilizando como herramienta fundamental la Educación para la Salud. (2)

## JUSTIFICACIÓN

Los accidentes de tráfico y sus secuelas siguen siendo un importante problema de salud pública. A su elevada morbi-mortalidad hay que añadir que son la primera causa de años potenciales de vida perdidos, producen un alto número de incapacidades y suponen, por tanto, un elevado coste económico y social. En 1999 se registraron 4.668 defunciones en hombres y 1.392 en mujeres por esta causa, que presenta una de las edades medias de defunción más bajas en ambos sexos. (3)

Pero no sólo eso, recientemente podemos observar un progresivo y preocupante aumento de las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico también en los grupos mayores de 65 años y sobre todo en los mayores de 70 años. (4)

Además la importancia del factor humano en la producción de accidentes, ha de invitar al conjunto de la sociedad a tomar conciencia acerca de la factibilidad de reducirlos. (4) Y así mismo lo expresó Juan Carlos González Luque indicando que "la aproximación al problema desde la perspectiva de la salud pública permite además aplicar los esquemas de prevención que se utilizan para otras enfermedades. En este sentido, la ciencia biomédica aporta las herramientas y los conocimientos precisos para la prevención de las lesiones por tráfico".

Es por ello que siguiendo con sus líneas de actuación dirigidas a la prevención de accidentes de tráfico, la Comisión de Seguridad Vial del Alto y Medio Vinalopó lleva a cabo numerosas actividades con población general y grupos de interés. Estas líneas de intervención observan y comparten el perfil marcado por la Estrategia de Seguridad Vial 2011-2020: Protección a usuarios vulnerables, movilidad segura en zonas urbanas, motoristas, circulación en carreteras convencionales, desplazamientos laborales y velocidad y alcohol, prioridades de la nueva Estrategia. La Estrategia que recoge 172 medidas concretas para mejorar la seguridad vial, consensuadas con los agentes sociales y económicos contempla la integración de todos los agentes públicos que tienen competencias en materia de seguridad vial desde una perspectiva multidisciplinar, circunstancia que viene caracterizando a nuestra Comisión desde su creación en el año 2005. (5)

Sin embargo, la visibilidad de cualquier actuación forma parte de la propia intervención y se hace necesario su análisis, ya que de la adecuada gestión y del correcto tratamiento de la información que generan las organizaciones, dependerá en buena medida la imagen social de dichas instituciones entre la opinión pública. (6)

Además, puesto que para llevar a cabo una adecuada intervención es necesaria la determinación de las necesidades sentidas de una población en el ámbito de la Educación para la Salud, es fundamental extraer esta información a través de diferentes fuentes, entre las que se encuentra la encuesta de salud. (7)L

Según datos de la DGT, el exceso de velocidad sigue siendo una de las principales causas de accidentes de tráfico.

Diversos estudios aseguran que el uso del teléfono móvil mientras se conduce es un factor que multiplica por cuatro el riesgo de sufrir un accidente y la peligrosidad por un uso inadecuado puede llegar a equipararse a la conducción con exceso de alcohol. Tras un minuto y medio de conversación por el móvil (incluso con manos libres) el conductor deja de percibir el 40% de las señales, su velocidad media baja un 12%, el ritmo cardiaco se acelera bruscamente durante la llamada y se tarda más en reaccionar, comportamientos todos ellos que pueden desencadenar un accidente. (8)

## OBJETIVOS

Dado que el objetivo de la Comisión de Seguridad Vial del alto y Medio Vinalopó es promover y coordinar actividades conjuntas encaminadas a la educación y seguridad vial, que contribuyan a la reducción de la morbimortalidad por accidentes de tráfico en nuestro Departamento, nos planteamos:

- 1.- Conocer el grado de conocimiento que tiene la población del Departamento de salud de Elda, de las actuaciones de la Comisión de Seguridad Vial del Alto y Medio Vinalopó, así como de la existencia de la propia Comisión.
- 2.- Analizar las necesidades sentidas de nuestra población diana en relación con los factores de riesgo asociados con los accidentes de tráfico.
- 3.- Conocer alguno de los hábitos de conducción de la población diana.

## METODOLOGÍA

Estudio transversal, mediante encuesta. Tras definir nuestros objetivos se optó por el trabajo en equipo durante el que se delimitó el campo de estudio: Información a recoger, redacción de preguntas, búsqueda de validez y fiabilidad. Después se pasó al diseño del cuestionario, diseño muestral y cálculo de errores muestrales (1.55), tras lo que se eligió la realización de un cuestionario en el que se definió la información de la que se quería disponer, el número de preguntas a realizar, el tipo de preguntas más adecuado (cerradas/abiertas), la redacción de las preguntas, el orden y disposición de las preguntas, los aspectos formales del cuestionario, y la redacción de la información que acompañaba al cuestionario. Así, tras dicho

proceso, se elaboró una encuesta tipo test, con 14 preguntas, 2 de ellas subordinadas a la respuesta anterior. De ellas, las nueve primeras incidían sobre la visibilidad de la Comisión de Seguridad Vial y las cinco restantes sobre los hábitos de conducción.

Puesto que el trayecto de casa a la escuela y viceversa, es para los niños el más frecuente, y, por lo tanto, el que ofrece mayor posibilidad de presentar situaciones de riesgo, estamos de acuerdo en que educar al peatón de hoy es formar al conductor del mañana, por lo que la intervención desde la prevención se vuelve un aspecto fundamental, y se puede realizar a partir de la promoción de la Educación Vial desde los primeros años de vida con nociones básicas en relación a “SER PEATONES” y “SER CONDUCTORES” (9). Es por eso que en esta ocasión hemos dirigido nuestra atención precisamente a los padres de esos futuros conductores, siendo nuestra población diana los padres de alumnos de 3º y 4º de Educación Primaria de todos los centros docentes del Departamento de Salud de Elda, por considerar ésta una buena edad 8 – 9 años en la que se puede aprender jugando y se les puede empezar a hablar de riesgos y peligros.

La encuesta fue totalmente anónima y voluntaria. Los responsables de distribuir y recoger las fueron miembros de la policía local, integrantes de la Comisión de Seguridad Vial, y dicha actividad tuvo lugar entre los meses de Noviembre y Diciembre de 2010, recogiendo las encuestas respondidas a la semana siguiente de su entrega. Se repartieron en las aulas y fueron los alumnos los encargados de llevarlas a casa y entregarlas a sus padres.

Como datos básicos, se solicitaban: nombre del centro escolar, curso del alumno, edad y quién respondía el cuestionario, padre o madre, o tutor.

Participaron centros docentes de 8 de los 15 municipios del Departamento de Salud de Elda que pertenecen a la Comisión de Seguridad Vial.

Todos los datos obtenidos fueron recogidos en una hoja de cálculo en la que se desglosaron las respuestas por localidades y se totalizaron para efectuar su análisis.

## RESULTADOS

Hemos obtenido un total de 1773 encuestas cumplimentadas en los 8 municipios. Algunas de las res-

puestas eran de elección múltiple por lo que, en algunos casos, hemos obtenido un mayor número de respuestas que de participantes.

*Los resultados más significativos han sido:*

La comisión de Seguridad Vial de Alto y Medio Vinalopó es desconocida por un 79% de la población, y aunque el 65% de los encuestados conoce alguna campaña de seguridad vial realizada en su municipio, no la relaciona con la Comisión.

Por otro lado, un 62% de los encuestados considera que las campañas de seguridad vial son muy útiles y consiguen reducir los accidentes de tráfico, un 30% cree que estas campañas hacen “algo, pero poco” y un 8% afirma que en general “la gente pasa de ellas”. Datos que se asemejan a los obtenidos en el II Estudio AXA sobre hábitos de conducción en España (2008) en el que el 51% de los españoles, asegura verse influenciado por las campañas preventivas de tráfico, aunque las motivaciones que aducen a cambiar las conductas y hábitos de conducción son los controles de tráfico y no su propia capacidad de identificar los peligros.

En cuanto a la pregunta de quién se considera que es el primer responsable de la educación vial de niños y adolescentes comprobamos que el 60% cree que es la familia; un 11% los profesores de los centros docentes; otro 11% la policía local; y el 17% restante se reparte entre las autoridades sanitarias a través de los técnicos de seguridad vial (8%), los medios de comunicación (5%) y autoescuelas (4%).

Hablando de educar, y en consonancia con el II Estudio AXA sobre hábitos de la conducción en España en el que el 89%, de los españoles está a favor de incluir una asignatura de seguridad vial en la educación pública, el 96% de los padres encuestados en nuestro Departamento considera necesaria la educación vial en los colegios, frente al 4% que no lo considera necesario. Es más, el 73% de los casos estaría dispuesto a acudir a charlas sobre seguridad vial frente a un 11% que no lo estaría.

En relación con la respuesta anterior, (los que acudirían a charlas), hemos comprobado que más de la mitad (54%) considera el horario idóneo las 8 de la tarde, siendo el resto de horarios menos apreciado: 3

## ■ Investigación & Cuidados

de la tarde (20%), 5 de la tarde (14%) y 12 de la mañana (8%). El día de la semana en el que estarían dispuestos a recibir esas charlas son: lunes 20%, martes 16%, miércoles 15%, jueves 19% y viernes 30%.

En cuanto a las preguntas relacionadas con hábitos de conducción, y comparando nuestros resultados con una encuesta sobre hábitos de conducción realizada en el año 2006 por la OCU, en la que entrevistaron a 3.800 conductores, y en el que el 43% de los españoles reconocía hacer uso del teléfono móvil mientras conducía, solo un 18% de nuestros encuestados reconoce hacer uso del mismo en alguna ocasión. Y aunque el 100% admitía conducir con exceso de velocidad, en nuestro caso el 78% de los padres encuestados dice respetar éstos límites.

Por otro lado el 91% de nuestra población dice utilizar siempre el cinturón de seguridad, mientras que en el caso de la encuesta realizada por la OCU es el 60% de los encuestados los que admiten utilizarlo siempre, siendo el uso del teléfono móvil el factor considerado más importante a la hora de provocar distracciones al volante, 53%.

En cuanto a las posibles medidas a adoptar para mejorar la conducta al volante los padres sugieren:

- Concienciar a los más jóvenes sobre los peligros de mezclar alcohol y conducción 48%
- Concienciar sobre límites de velocidad 25%
- Evitar la utilización del teléfono al volante 19%
- Desarrollar programas de prevención de accidentes 16%

### CONCLUSIONES

La comisión de Seguridad Vial del Alto y Medio Vinalopó es poco visible para la población a pesar de sus 6 años de existencia.

La mayoría de la población conoce las campañas de seguridad vial pero no las relaciona con la Comisión, lo que nos lleva a plantearnos nuevas estrategias de difusión de nuestras intervenciones en la comunidad.

A pesar de que se considera de forma mayoritaria, que la educación vial es necesaria y se debe potenciar en los centros docentes, se piensa que el principal responsable de la educación en niños y adolescentes debe ser el entorno familiar, por lo que deberíamos incidir en él, facilitando y proporcionando habilidades y

recursos adecuados, teniendo en cuenta que en caso de tener que programar fecha y hora para efectuar charlas de educación vial dirigidas a padres de niños de 8 y 9 años lo más adecuado sería, un viernes a las 8 de la tarde.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Legislación sobre tráfico, circulación y Seguridad Vial. Miguel López Muniz Goñi. 6ª edición mayo 2010.
2. LA ENFERMERÍA EN LA COMUNIDAD ESCOLAR.V Jornades d'Intercanvi d'Experiències d'Educació Física. Castelló 14, 15 i 16 de setembre 2011. Patricia Torrent Ramos, Raquel Martinez Sanchez Molina
3. Estadísticas e indicadores de la Dirección General de Tráfico.
4. La prevención de los accidentes de tráfico: el papel del personal sanitario. (Monográfico). Jano. Medicina y Humanidades. Vol. XLV, nº 1062.
5. Estrategia de Seguridad Vial 2011-2020 del Ministerio del Interior.
6. Análisis de las notas de prensa institucionales y su visibilidad en la prensa. Alcoceba Hernando J.A. (10.4185/RLCS-65-2010-905-354-367- ISSN 1138-5820 - RLCS # 65 - 2010).
7. Encuesta de salud de la comunidad Valenciana. Conselleria de Sanidad. Oficina del Plan de Salud. Dirección General para la Salud Pública. ISBN: 84-482-3314-X.D.L: V-4857-2002.
8. <http://www.buenastareas.com/ensayos/Educar-Al-Peat%C3%B3n-De-Hoy-Es/747968.html>
9. Tráfico y Seguridad Vial. Colez-data. Edic. La Ley 1ª edición Diciembre 2005.

# La tecnología al alcance de la Enfermería de Primaria en la prevención de la EPOC

**Autores:** Pomares Bonus, A; Agulló García, E.  
Centro de salud el Pla. Departamento: de Elche-Hospital General

coordenf\_pla@gva.es

## The technology within reach of the Primary Health Nurse in the prevention of COPD

**INTRODUCTION:** Worldwide, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) ranked as the fourth leading cause of death. Its prevalence and mortality is increasing and in 2020 it may become the third cause of death and the fourth of disability which represents a very high socioeconomic cost. It is known that COPD diagnosis has focused on smokers of more than 10p/year. We believe that with an early detection we can improve the quality of life and reduce the costs.

**METHODS:** a descriptive retrospective study was carried out. A research in SIA (Ambulatory Information System) was conducted

looking for the diagnosis code CIE9-305.1 (tobacco abuse), in the population between 45-70 years old, males and females, from January 2010 to March 2012. We used the information gathered in the file of 41 patients. After the spirometry, education in healthy lifestyle was implemented with the help of an available protocol.

**RESULTS:** of the 41 spirometries carried out (31 males and 10 females) 29% of them were pathological (19% mixt and 10% obstructive), restrictive 25% and 46% of them were normal. Previous diagnosis: CIE9-305.1, 58%, COPD 9%, cough 17% and others 19%.

**CONCLUSIONS:** the COPD is an underdiagnosed and not correctly treated disease which may end up in a disability. With the new technologies available in Elche General Hospital a differential diagnosis is possible. The training of professionals (Epocval) make possible that the nursing interventions becomes proactive using the new technologies. The stratification of patients is useful for an adequate training and follow-up and stabilization in early stages.

**Key Words:** spirometries, COPD.

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la cuarta causa de muerte en el mundo. Su prevalencia y mortalidad se incrementa, estimándose que en el 2020 sea la tercera causa de muerte y quinta de incapacidad, lo que representa un elevado coste social y económico. Sabemos que el diagnóstico de EPOC debe

centrarse en los fumadores de mas de 10 p/año. Nosotros pensamos que con el diagnóstico precoz podemos mejorar la calidad de vida y reducir el gasto.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo. Búsqueda en SIA (Sistema de Información Ambulatoria) de CIE9-305.1 (abuso tabáquico) de un

cupo medico y otros del CSPLA, entre 45/70 años de ambos sexos desde enero 2010 a 2012 a marzo. Se utilizan los datos ya recogidos en la Hª de 41 pacientes. Tras espirometría se procede a la educación en hábitos saludables con protocolo disponible.

**RESULTADOS:** De 41 espirometrías (31 hombres y 10 mujeres):

## ■ Investigación & Cuidados

patológicas el 29%(19% mixtas y obstructivas 10%), restrictivas 25% y el 46% normales. Diagnóstico previo CIE9-305.1 58%, EPOC 9%, TOS 17% y otros 19%.

**CONCLUSIÓN:** La EPOC es una patología infradiagnosticada y mal tratada que evoluciona hasta la

invalidez, gracias a las nuevas tecnologías presentes en el Departamento Elche Hospital General se puede realizar un diagnóstico diferencial. La formación de los profesionales (Epoval) consiguen que la actividad enfermero sea proactiva utilizando las nuevas tec-

nologías. La estratificación de los pacientes sirve para realizar una formación adecuada y seguimiento, activar a los pacientes y estabilizar en estadios tempranos.

**Palabras clave:** espirometría, EPOC

### INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es hoy la cuarta causa de muerte en el mundo. Su prevalencia y mortalidad se incrementa anualmente, estimándose que en el 2020 sea la tercera causa de muerte y quinta de incapacidad, lo que representa un elevado coste social y económico. La sensibilización tanto de las administraciones, como del propio personal sanitario puede mejorar su diagnóstico (Eposval). El diagnóstico de EPOC en ausencia de tabaco es posible, pero muy infrecuente, nos centramos en los fumadores de más de 10 p/año.

La estrategia global para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la EPOC (GOLD)<sup>1</sup> la define como: "Un proceso patológico caracterizado por una limitación del flujo respiratorio que no es completamente reversible. La limitación al flujo respiratorio es, por lo general, progresiva y se asocia con una respuesta inflamatoria anormal a partículas o gases nocivos". La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)<sup>2</sup> especifica que la reacción anómala es secundaria a la inhalación de humo de tabaco. El documento de consenso<sup>3</sup> elaborado conjuntamente por la Sociedad Torácica Americana (ATS) y la Sociedad Europea Respiratoria (ERS) añade que la enfermedad es prevenible, tratable y se acompaña de consecuencias sistémicas significativas.

Según la OMS 210 millones de personas en todo el mundo padecen la EPOC<sup>4</sup>. En 2005 más de 3 millones de personas murieron por esta enfermedad, lo que supuso el 5% del total de las defunciones registradas en aquel año. En 2004 se estima que en el mundo se perdieron 30,2 millones de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). Esta cifra representa el 2% sobre el total de

AVAD. En los países desarrollados las cifras relativas son ligeramente superiores al situarse en el 3% de AVAD perdidos sobre el total<sup>4</sup>. La OMS pronostica que en el 2030 la EPOC será la causante del 7,8% de todas las muertes y del 27% de las muertes relacionadas con el tabaco, solo superada por el cáncer (33%) y por las enfermedades cardiovasculares (29%)<sup>5</sup>. En este contexto es de destacar que el riesgo de cáncer de pulmón, que es el más frecuente entre todas las neoplasias, y el de la enfermedad cardiovascular, aumenta significativamente en quienes padecen EPOC<sup>6</sup>.

En la comunidad valenciana la EPOC origina un 10-12% de las consultas en atención primaria, un 35-40% de las consultas de neumología y un 7% de los ingresos hospitalarios. En 2009 las altas hospitalarias por EPOC fueron 182 por 100.000 habitantes en la Comunidad valenciana, con un total de 72.883 estancias y una estancia media de 6,62 días<sup>7</sup>.

La tasa bruta de mortalidad en la Comunidad Valenciana es de 33,3 fallecimientos por cada 100.000 habitantes, siendo la sexta causa de muerte<sup>7</sup>.

La estimación de prevalencia no significa que todos los pacientes estén diagnosticados actualmente. Este aspecto es especialmente significativo en la EPOC, cuya prevalencia estimada es del 10% en la población mayor de 40 años de acuerdo a estudios especializados, lo que implica que en la Comunidad Valenciana se verían afectadas 254.179 personas de las que aproximadamente, 185.550 desconocerían el padecimiento de esta enfermedad<sup>7</sup>, de ahí la importancia de un diagnóstico para que se conozcan las personas enfermas y poderlas tratar adecuadamente.

El infradiagnóstico provoca: El desconocimiento de la enfermedad por parte de la población, y lo ines-

pecífico de los síntomas, hace que el paciente no consulte al médico hasta avanzados los síntomas. Enfermos poco motivados para dejar de fumar Falta de conocimiento de las características de la enfermedad y de su tratamiento por parte de los profesionales sanitarios.

En España se estima que entre un 9% y un 10% de la población adulta de más de 40 años padece EPOC, y que más del 70% de ellos permanece sin diagnosticar<sup>8</sup>.

La EPOC es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de limitación crónica, progresiva y poco reversible al flujo aéreo, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco. A pesar de ser una enfermedad grave y muy invalidante que presenta frecuentes manifestaciones extrapulmonares y comorbilidades asociadas a la propia enfermedad, al tabaquismo y al envejecimiento, se trata de un proceso prevenible y tratable. El principal factor de riesgo de la EPOC es el tabaquismo<sup>6</sup>.

La Encuesta Nacional de Salud de 2006 cifra la prevalencia de tabaquismo en nuestro país en el 26,4% de la población mayor de 16 años, observándose en los últimos años un lento y progresivo decremento de fumadores en la población general. Debido a su elevada prevalencia, morbimortalidad asociada y coste económico y social, la EPOC constituye hoy día un problema socio sanitario de primera magnitud<sup>6</sup>.

Una característica de esta patología es, por tanto, su infradiagnóstico. Así se desprende del estudio IBERPOC que analizó la prevalencia de la EPOC en 1997 en población general española entre 40 y 69 años de edad, y que situó en el 9,1%. Una conclusión muy significativa que se deriva de este estudio es que de los pacientes que se identificaron como afectados por EPOC solamente un 22% estaban diagnosticados. Por su parte, los resultados preliminares del estudio EPI-SCAN (Epidemiologic Study of COPD in Spain), confirman la alta tasa de infradiagnóstico de la EPOC en España. El objetivo principal de este estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico, es estimar la prevalencia de EPOC en población en edad comprendida entre 40 y 80 años<sup>6</sup>.

Para revertir esta situación es necesario considerar el diagnóstico en personas mayores de 40 años que presenten una historia de tabaquismo (actual o pasada)

superior a los 10 paquetes-año, lo que equivale a fumar 20 cigarrillos al día durante 10 años, y con síntomas respiratorios. El diagnóstico debe confirmarse mediante la práctica de una espirometría forzada que confirme la existencia de limitación al flujo aéreo<sup>6</sup>.

## JUSTIFICACIÓN

Ante este contexto y con el apoyo de la estrategia nacional de la EPOC de 2009, queda justificado la utilización de nuevas tecnologías como son la historia informatizada (SIA), la telefonía y la espirometría al alcance de los enfermeros para reducir el infradiagnóstico, conocer la realidad actual en el CS PLA, y tratar adecuadamente.

Además creemos que la Atención Primaria, es el escenario ideal para el cribado de esta patología por la facilidad de acceso de la población y facilidad de realización de la prueba (espirometría).

Por lo tanto, nos planteamos estudiar el estado epidemiológico de EPOC con CIE-305.1 (abuso tabáquico) del CS.PLA para así aumentar el diagnóstico de EPOC con CIE-305.1 tras la espirometría, y formación en hábitos saludables de estos pacientes.

## METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo.

Búsqueda en SIA (Sistema de Información Ambulatoria) de CIE9-305.1, con diagnóstico de EPOC, tos y otros diagnósticos de pacientes del C.S. PLA, en edades comprendidas 45/70 años de ambos sexos desde enero 2010 a marzo 2012.

Se utilizan los datos ya recogidos en la H<sup>a</sup> de 41 pacientes. Tras espirometría, diferenciamos según patrón: normal, restrictivo, obstructivo y mixto.

Tras el diagnóstico se procede a la educación en hábitos saludables con protocolo disponible.

Este protocolo consiste en dar una charla individual al paciente tras el resultado de la prueba sobre:

- hábitos saludables (cesación tabáquica, ejercicio, dieta saludable, video de epec).
- test de frageström. (si procede framingham).
- historia personal tabáquica.
- consejo sobre apoyo farmacológico (visita con su médico).

**RESULTADOS**

Nos encontramos con 41 espirometrías en el periodo relatado, se realizan 15 en 2010, 14 en 2011 y 13 en 2012, con lo cual se aprecia un aumento en el último año puesto que de este solo hay un periodo de tres meses y si extrapolamos a un periodo anual sería de 52 espirometrías.

1. Gráfico del número de espirometrías en los periodos 2010,2011 y 2012

De las 41 son patológicas el 29%(19% son mixtas y 10% obstructivas), restrictivas para estudio el 25% y el 46% normales. El 29% patológicas coincide con todos los estudios realizados que refieren un 30% de infradiagnostico.

2. Gráfico según patrón siendo positivas las mixtas y obstructiva

La distribución por sexos es 31 hombres y 10 mujeres, y en cuanto al diagnóstico previo, CIE9-305.1 eran 58%, EPOC 4%,TOS 17% y otros 19%.

3. Gráfico por sexos de población estudiada

4. Gráfico de diagnósticos previos, se aprecia que el mayor numero con CIE9-305.1, el ser fumador es un ítem para realizar espirometrías.

Tras la espirometría se formo a todos los usuarios.

**CONCLUSIONES**

La principal causa de la enfermedad en nuestro entorno es el consumo de tabaco. Consecuentemente la lucha antitabáquica en todos los ámbitos debe ser uno de los ejes sobre los que pivote la Estrategia en EPOC6 y el escenario adecuado es en AP.

La EPOC es una patología infradiagnosticada y mal tratada que evoluciona hasta la invalidez, las nuevas tecnologías pueden realizar un diagnóstico diferencial.

Los profesionales deben organizarse en torno al paciente, para prestarle la atención que necesita a lo largo de todo su proceso asistencial. El núcleo central del proceso es atención primaria pero en el mismo participan profesionales de distintas especialidades y niveles asistenciales. Ello hace necesario el trabajo en equipo multidisciplinar, en el que se integren todos los esfuerzos y aportaciones de los profesionales para ofrecer una atención más eficiente a los pacientes. Esto que en el plan estratégico de la cronicidad en la comu-

nidad Valenciana es difícil de implementar en este CSPLA, se consigue gracias a la proactividad de la enfermería implicada y a los médicos de familia.

La formación de los profesionales gracias a programas como el eposval consigue que la actividad enfermero sea proactiva, apoyándose en los datos informatizados y el aparataje.

La estratificación de los pacientes sirve para después realizar una formación adecuada y seguimiento, activar a los pacientes así como estabilizar a pacientes en estadios tempranos.

En este estudio tras los resultados observamos y podemos concluir que han aumentado las pruebas en el último periodo, con sus diagnósticos, afloran un 29% de 41 pacientes, porcentaje similar a los estudios realizados de infradiagnostico de EPOC.

En la última jornada de EPOC de la comunidad Valenciana, en donde acudieron los representantes locales de los departamentos, el día 23/4/2012, ya se nos adelanto que va a parecer una nueva guía como la GOLD, pero centrada en la comunidad Valenciana la GESPOC, además se hace hincapié en iniciativa locales para aumentar el diagnostico centrándonos en fumadores de más de 10 años/paquete, se insistió mucho en el uso de esta tecnología como es el espirómetro y la historia SIA.

**BIBLIOGRAFÍAS**

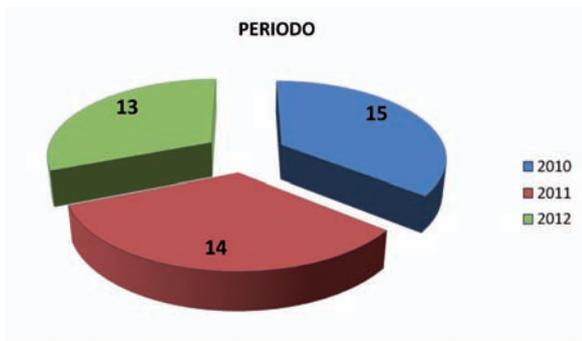
1. Gold Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO Workshop Report. Disponible en: <http://www.goldcopd.com>.
2. Grupo de Trabajo-Conferencia de Consenso sobre EPOC.Conferencia de consenso sobre enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 2003; 39(Supl3): 7-47.
3. Celli BR, MacNee W. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J 2004; 23:932-946.Disponible en: <http://www.thoracic.org/COPD>
4. Mathers CD. The global burden of disease: 2004 update. Ginebra, Organización Mundialde la Salud, 2008
5. Mathers CD, Roncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002to 2030. PLOS Medicine. 2006;3: 2011-30.
6. Estrategia en EPOCdel Sistema Nacionalde Salud . Ministerio de Sanidad y Política Social ,2009, disponible en: <http://es.scribd.com/doc/49308480/Estrategia-EPOC-SNS>
7. Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana. Conselleria de Sanitat ,2012.Disponible

en: [iv.congresocronicos.org/.../plan-de-atencion-pacientes-cronicos-vale...](http://iv.congresocronicos.org/.../plan-de-atencion-pacientes-cronicos-vale...)

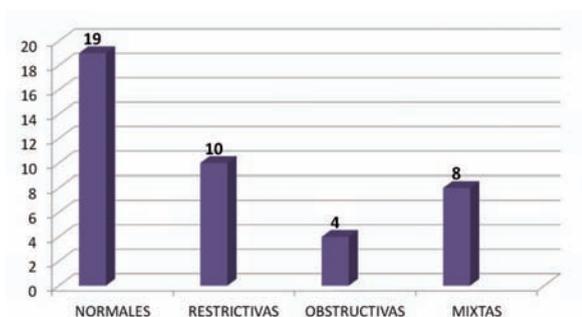
8. Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF, et al. Geographical variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. Chest. 2000; 118: 981-989.

### ANEXOS GRÁFICOS

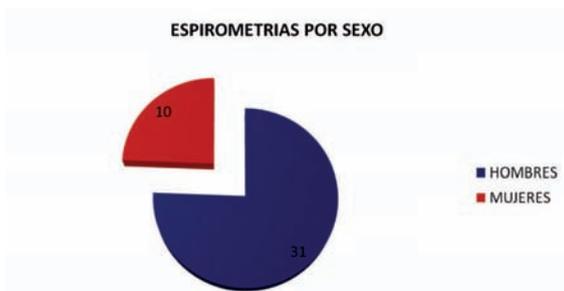
1. Gráfico del número de espirometrías en los periodos 2010, 2011 y 2012



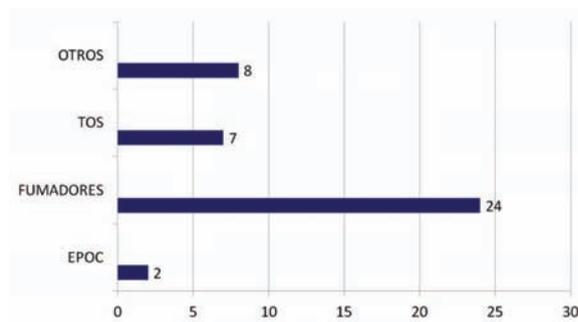
2. Gráfico según patrón siendo positivas las mixtas y obstructiva



3. Gráfico por sexos de población estudiada



4. Gráfico de diagnósticos previos



# Evolución de la Investigación Cualitativa en revistas españolas

**Autor:** Berlanga Fernández, S (1); González López, N.A (2); Cujó López, E(3); Echevarría Bayas, P (4); Torres Rusiñol, M (5); Lumillo Gutiérrez, I (6); Beatriz Sánchez, B (7)  
(1,2,3,4)Diplomada universitaria en Enfermería ABS Santa Eulalia Sur  
(5) Diplomada universitaria en Enfermería, adjunta de dirección de Atención Primaria Delta del Llobregat  
(6) Residente de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria. ABS Santa Eulalia Sur  
(7) Residente de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria. ABS Santa Eulalia Sur

sbf10@ hotmail.es

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

### ABSTRACT

*Nursing as a discipline with holistic objective, humanistic and technological component is a source of evidence to meet the individual scientific research. Traditionally has been used in quantitative approach to solve the research question, but from the eighties to encompass the holistic part of persons, qualitative research was developed.*

*This paper aims to describe the evolution of qualitative research in*

*2005-2010. To do this, based on the repercussion (impact) factor proposed by the Foundation Index is reviewed original articles and six Spanish journals of greater impact. We worked with a quantitative, descriptive and retrospective design.*

*The sample obtained was 334 articles of which 230 (68.86%) were quantitative research, 98 (29.34%) qualitative research, and 6 (1.79%) mixed research.*

*The analysis of the data showed*

*an improvement of qualitative research as it evolves, especially in 2010, being the phenomenology and ethnography most widely used designs.*

*Noteworthy is the fact that failed to classify a large number of items not listed in them explicit methodology in the relevant section of an original article.*

**Keywords:** *Qualitative Research, Nursing Research, Methodology.*

### RESUMEN

*La enfermería como disciplina con objetivo holístico, humanístico y componente tecnológico, tiene como fuente de evidencia para atender al individuo la investigación científica. Tradicionalmente se ha utilizado el enfoque cuantitativo para resolver la pregunta de investigación pero, a par-*

*tir de los años ochenta, para abarcar la parte holística del individuo, se desarrolló la investigación cualitativa.*

*Este trabajo pretende describir la evolución de la investigación cualitativa en el período 2005-2010. Para ello, basándonos en el factor de impacto propuesto por la Fundación Índex, se revisaron los artículos ori-*

*ginales de las seis revistas españolas con más Repercusión (Impacto), siguiendo un diseño cuantitativo, descriptivo y retrospectivo.*

*La muestra obtenida fue de 334 artículos de los cuales 230 (68,86%) eran investigación cuantitativa, 98 (29.34%) investigación cualitativa y 6 (1.79%) investigación mixta.*

*El análisis de los datos mostró un avance de la investigación cualitativa, ya que ésta evoluciona, sobre todo en 2010, siendo la fenomenología y la etnografía los diseños más*

*utilizados.*

*Merece mención el hecho de que no se ha podido clasificar un número importante de artículos por no aparecer en ellos explícitos la meto-*

*dología en el apartado correspondiente de un artículo original.*

**Palabras clave:** Investigación Cualitativa, Investigación en Enfermería; Metodología.

## INTRODUCCIÓN

La enfermería como disciplina con objetivo holístico, humanístico y componente tecnológico (1), tiene como fuente de evidencia para atender al individuo la investigación científica.

Tradicionalmente, se ha utilizado el enfoque cuantitativo para resolver la pregunta de investigación pero, a partir de los años ochenta, para abarcar la parte holística del individuo se desarrolló la investigación cualitativa (2).

Hace diez años, la investigación en salud en España experimentaba “un ligero acercamiento hacia los enfoques cualitativos” aunque distaba de generalizarse como alternativa o complemento a la investigación cuantitativa (3), ya que ésta última predomina debido al fuerte influjo de la investigación biomédica (4).

No obstante, el interés por la investigación cualitativa ha ido parejo a la preocupación mostrada en las últimas décadas por el abordaje de la salud desde su perspectiva social y cultural, hasta el punto que una ha sido la principal herramienta para llegar a la otra (3).

Entre los diseños cualitativos más utilizados en ciencias de la salud encontramos, entre otros, la fenomenología, la etnografía y la

teoría fundamentada (5).

La fenomenología, centrada en la experiencia vivida, permite mirar las cosas como se manifiestan, describiendo los fenómenos, abandonando preconceptos y presupuestos. Este diseño enriquece el conocimiento al fijarse en los significados dados tal y como son propuestos por las experiencias de las personas, mejorando así la calidad de los cuidados de enfermería (6).

La etnografía aborda el estudio sistemático de la experiencia cotidiana de los grupos humanos, comprendiendo los patrones culturales y el comportamiento de las personas en el medio donde desarrollan su interacción social, tratando de aplicar intervenciones de salud sin intentar modificar el contexto en el que desarrollan los grupos sociales, originando una mejor comprensión y profundización del significado de salud (7).

Por último, la teoría fundamentada, sustentada en el interaccionismo simbólico, pretende entender cómo las personas definen un fenómeno partiendo de su interacción social permitiendo, a través de procedimientos metodológicos, construir una teoría que fomente unos cuidados de enfermería con calidad (5).

Todos estos diseños deben

constar en el apartado material y métodos (8) y resumen estructurado (9) propios de la estructura de un artículo original publicado en revistas científicas.

Dada la importancia que cada vez va adquiriendo la investigación cualitativa en las ciencias de salud, se pretende a través de este trabajo conocer y describir la evolución de la investigación cualitativa partiendo de la publicación de artículos originales en revistas de enfermería españolas.

## METODOLOGÍA

Se realiza un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo mediante la revisión bibliográfica en revistas de enfermería españolas.

Aunque el factor de impacto no se considera sinónimo de la calidad de la revista y se discute su uso y validez para valorar la investigación científica de enfermería (10), debido al gran volumen de revistas y publicaciones existentes entre 2005 y 2010, se decidió elegir y revisar las seis Revistas con mayor Repercusión (Impacto) que proponía la Fundación Índex [http://index-f.com/cuiden\\_cit/citacion.php](http://index-f.com/cuiden_cit/citacion.php).

La muestra se obtuvo de los artículos publicados en la sección “artículo original” y la clasifica-

## ■ Investigación & Cuidados

ción de éstos se realizó en base a la metodología que aparecía explícita en los apartados “resumen estructurado” y/o “metodología”.

De cada “artículo original” se recogieron las siguientes variables: metodología y diseño del estudio.

### RESULTADOS:

La muestra obtenida fue de 334 artículos de los cuales 230 (68,86%) eran de investigación cuantitativa, 98 (29,34%) de investigación cualitativa y 6 (1,79%) de investigación mixta.

Del total de “artículos originales” con metodología cualitativa 16 (16,32%) se publicaron en el año 2005, 17 (17,34%) en el año 2006, 10 (10,20%) en el año 2007, 19 (19,30%) en el 2008, 17 (17,34%) en el 2009 y 20 (20,40%) en el 2010. (Gráfica 1: evolución investigación cualitativa, cuantitativa y mixta entre el 2005-2010).

En cuanto al diseño utilizado en la metodología cualitativa entre los años 2005-2010, el 29,51% corresponde a la fenomenología, el 16,3% a la etnografía, el 10,2% a la teoría fundamentada y el 3,06% a la investigación participativa. En un 41,83% de los artículos falta especificar el diseño utilizado. (Gráfica 2: metodología estudios cualitativos publicados entre el 2005-2010).

Del total de artículos con metodología cualitativa y diseño fenomenológico, 5 (17,24%) fueron publicados en el año 2005, 1 (3,44%) en el año 2006, 2 (6,89%)

en el 2007, 7 (24,13%) en el 2008, 2 (6,89%) en el 2009 y 12 (41,37%) en el 2010.

Del total de artículos con metodología cualitativa y diseño etnográfico, 3 (17,64%) fueron publicados en el año 2005, 2006 y 2009 respectivamente; 1 (6,25%) en el 2007, 4 (25%) en el 2008 y 2 (12,5%) en el 2010.

En cuanto a los artículos con metodología cualitativa y diseño sin especificar, 6 (14,63%) corresponden a los años 2005, 2007 y 2008 respectivamente, 5 (12,19%) a los años 2009 y 2010 respectivamente y 13 (31,70%) al año 2006. (Gráfica 3: evolución metodología cualitativa entre 2005-2010).

### DISCUSIÓN:

A nivel internacional, en la década de los ochenta, se observa un crecimiento de los estudios que utilizaban la metodología cualitativa, principalmente procedentes de diseños fenomenológicos, etnográficos, estudio de casos y teoría fundamentada en la realidad. En los años noventa, las investigaciones con diseños cualitativos, se multiplicaban en más de tres veces, a pesar de que sólo un 10% de los estudios empleaban este diseño y un 0,6% un enfoque mixto cualitativo-cuantitativo de triangulación (11).

Esta misma evolución y proporción puede apreciarse en este trabajo, pues se observa que las publicaciones con metodología cualitativa y mixta triplican los resultados obtenidos en los años noventa.

No obstante, la investigación en enfermería sigue estando fuertemente influida por la metodología cuantitativa. Muestra de ello es que, en este trabajo, las publicaciones que la utilizan superan en más del doble a las publicaciones cualitativas entre los años 2005 y 2010.

Prosiguiendo con el diseño del estudio, entre los artículos cualitativos publicados este período, destaca el repunte de la fenomenología siendo el diseño más elegido en el 2008 y sobretodo en el 2010. En diseños como la etnografía, la investigación participativa y la teoría fundamentada, no se observan cambios importantes, presentando un número de publicaciones inferiores a las fenomenológicas.

De todas formas no podemos afirmar, categóricamente, que nuestros resultados reflejen fielmente el diseño utilizado en la producción cualitativa, cuantitativa y mixta de los artículos originales analizados, ya que encontramos un porcentaje importante de los mismos en los que su diseño no aparece explícito ni en el apartado “resumen estructurado” ni en “material y/o método”. Estas mismas carencias han sido evidenciadas y recogidas por otros autores en análisis anteriores (11).

Consideramos por ello que, aunque la sección metodología del resumen estructurado es la que presenta deficiencias con más frecuencia, debe incluirse esta información en esta sección y en el apartado material y método con la finalidad de que el lector pueda

comprender, adecuadamente, todo el proceso de investigación y otros investigadores puedan replicar el estudio (4).

**CONCLUSIONES:**

Hace diez años, la investigación española avanzaba hacia la metodología cualitativa aunque distaba de ser la alternativa o

complemento a la cuantitativa, tal y como observamos en nuestro análisis.

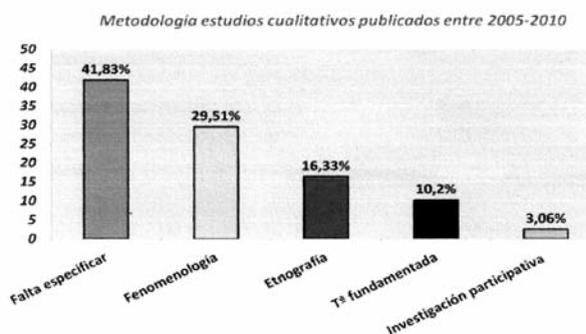
Los estudios cualitativos evolucionan al alza, sobre todo en el 2010, siendo la fenomenología y la etnografía los diseños más utilizados. La primera, presenta mayor progresión en 2010 mientras que la segunda se mantiene estable.

Concluir que, pese a que hace diez años la tendencia era avanzar hacia la metodología cualitativa, nuestro estudio evidencia que aún queda camino por recorrer para que este tipo de investigación sea la alternativa o complemento a la metodología cuantitativa.

**Gráfica 1: Evolución de la investigación cualitativa, cuantitativa y mixta entre 2005-2010**



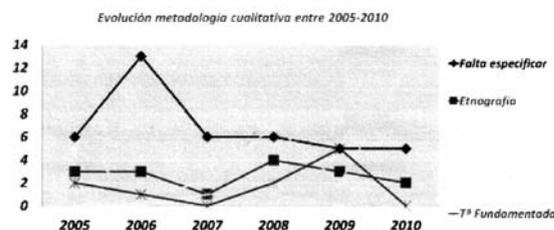
**Gráfica 2: Metodología estudios cualitativos publicados entre el 2005-2010**



**BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Coello P A, et al. Enfermería basada en la evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2008.
- 2.- Pastor S. La investigación cualitativa en el campo de los cuidados: pequeños cambios, grandes cambios. Arch Memoria. 2008; 5 (1). [Citado el 12 de julio de 2011]. Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/5/e10801.php>.
- 3.- Amezcua M, Carricondo A. Investigación cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en salud. Índex de Enfermería. 2000; 28(9): 26-34.
- 4.- Velasco M, Rodríguez M, Sordo L, Pérez S. Cómo redactar un resumen para una publicación comunicación científica. Med Clin. (Barcelona). 2008; 131(16): 614-16.
- 5.- Vivar CG, et al. La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. Index Enferm [online]. 2010; 19(4): 283-288. [Citado el 28 de agosto 2012]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000300011&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300011&lng=es&nrm=iso). ISSN 1132-1296. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000300011>.
- 6.- Campos P, Barbosa MA, Fernandes G. El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. Cultura de los cuidados [online]. 2011; 29 (15): 9-15. [Citado el 28 de agosto de 2012]. Disponible en: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17446/1/Cultura\\_Cuidados\\_29\\_02.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17446/1/Cultura_Cuidados_29_02.pdf)
- 7.- Landeros E, Morales MC, Martínez MC Una aproximación al cuidado de enfermería desde el enfoque etnográfico. Index Enferm [online]. 2010; 9 (2-3): 187-190 [Citado el 28 de agosto de 2012]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000200025&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200025&lng=es&nrm=iso). ISSN 1132-1296. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000200025>.
- 8.- Argimón JM, Jiménez J. Artículo original (II): Material y métodos. Aten Primaria. 1998; 22: 387-390.
- 9.- Díez M, Ligia B. El resumen de un artículo científico. Qué es y qué no es. Investigación y Educación en Enfermería [online]. 2007; 25 (1): 14-17. [citado el 28 de agosto de 2012]. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1052/105216848001.pdf>.
- 10.- Contreras M. El factor de impacto: ¿un criterio justo de excelencia investigadora en enfermería? Enferm Clin. 2010; 20 (3): 186-191.
- 11.- Cabrero J, Richart M. Investigar en enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería. Rev. Esp. Salud Publica. 2001. 75 (2). [Citado 10 de octubre 2012]. Disponible en [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272001000200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272001000200009&script=sci_arttext).

**Gráfica 3: Evolución metodología cualitativa entre 2005-2010**



## Un paseo por Londres

**Autor:** Alfonso Jiménez López

Me hubiera gustado conocer a Bridget Driscoll y su familia, y del mismo modo al conductor que la atropelló y que provocó la muerte de Bridget el 17 de agosto de 1896, con 44 años. Es considerada la primera víctima como peatón de un accidente de automóvil en el Reino Unido. Mientras ella y su hija adolescente cruzaban los terrenos lindantes del Palacio de Cristal en Londres, fue atropellada por un automóvil Roger-Benz perteneciente a la Compañía Anglo-French Motor Carriage que estaba siendo utilizada para dar paseos de demostración. Alguno de los sobrecogidos y extrañados testigos del accidente afirmó que el vehículo se "movía", no digo "circulaba" por si el término no está en sintonía con la época, a "un paso imprudente, como un camión de bomberos", sorprendentemente a unos 10 kilómetros por hora. Estamos hablando de finales del siglo XIX.

El Palacio de Cristal, reubicado en la zona rica de Sydenham Hill y testigo silente del suceso con sus 358 ojos metálicos y sus 34 metros de altura, no pudo evitar desde su calma y días y noches de éxito el fatídico desenlace. Horas previas al mismo veía cómo en el espejo más grande del mundo que albergaba se reflejaban femeninas las mujeres más elegantes de Londres. Es difícil olvidar un accidente de tráfico con víctimas, apenas se desvanecen en el tiempo los detalles. Se siguen generando las mismas emociones, el mismo palpitar. En el propio Palacio probablemente latían en sus toneladas de vidrio espeso y hierro los minutos infinitos del dolor de ese momento hasta que en 1936 vio cómo las llamas enfurecidas terminaban con su pena por el sufrimiento ajeno.

Me atrevo a imaginar en la distancia el escenario, sus actores y sus víctimas. Una plaza recibiendo el abrazo de la tiznada oscuridad londinense, una humedad cosida al pavimento, la sensación de velocidad de vértigo a lomos de una desconocida, por moderna, máquina, el placer de soslayar en un momento el respeto por las normas, sobre todo si conciernen a los límites de la combinación espacio y tiempo. Se me proyectan de aquel tiempo lagunas de información en aquellos peatones de prendas decimonónicas, de ritmos dominados y desconocidos por nosotros, de emociones inéditas ante el cuerpo atropellado, de rostros conmovidos por sucesos como el que acabó con Bridget.

Me resulta difícil descartar la distracción en Arthur Edsall, conductor del vehículo, y aceptar, como pretendía éste, que la fallecida fuera la culpable al cruzarse delante de la trayectoria del auto. No me cuesta mucho identificar actitudes y comportamientos poco saludables en aquel conductor y los conductores de nuestra sociedad.

Puedo reconocer el dolor dejado, las dificultades en iniciar un nuevo día para esas adolescentes huérfanas, las ilusiones apagadas de una familia precipitada al abandono, esas lágrimas afiladas clavándose en el alma, esas palabras que no llegaron a nacer entre una madre y sus hijas.

Me imagino también cómo se explicarían en ese momento las causas del accidente, y, especialmente, cómo le contarían a su familia la muerte. Probablemente, no encontrarían demasiadas palabras para expresar la realidad de un hecho que se podría haber evitado. 116 años y millones de muertes después seguimos encontrando serias dificultades para intentar encontrar explicaciones a hechos similares, por ejemplo, por qué un padre no le pone el cinturón de seguridad a su hijo o no le asegura en su sillita especial, por qué viaja en el asiento delantero un niño de 8 años que no da ni la talla ni la edad, por qué un joven de 16 años no se pone el casco a sabiendas que un traumatismo craneoencefálico puede ser letal en caso de accidente, por qué un padre de familia de 40 años no controla la ingesta de alcohol en cualquier celebración social y conduce después su vehículo con signos evidentes de tener elevadas cifras de alcohol en sangre, por qué en el siglo XX murieron unos 35 millones de personas por accidentes de tráfico, por qué...Centrarnos en Bridget puede llevarnos al olvido imperdonable de Mary Ward, científica pionera relacionada con la microscopía y la astronomía, que falleció el 31 de agosto de 1869 en accidente de tráfico mientras viajaba como pasajera, con su marido Henry Ward como conductor, en un coche a vapor, por el Condado de Offaly, Irlanda, por aquel entonces parte del Reino Unido. Nils Bohlin, no llegó a tiempo con su invento del cinturón de seguridad de tres puntos de anclaje (1959) para evitar que Mary fuera despedida en una curva del coche en el que viajaba. Cayó bajo sus ruedas y murió casi instantáneamente. Actualmente es considerada por algunos historiadores como la primera víctima de accidente de tráfi-

co registrada. Sin duda el cinturón de seguridad, uno de los inventos más relevantes en el mundo del automóvil desde su creación, hubiera evitado su muerte. Más de 100 años después, con esta medida de seguridad pasiva más sofisticada que en sus orígenes, algunos conductores “engañan” al dispositivo pasando el cinturón por detrás de la espalda o enclavando una placa de enganche que han adquirido en algún desguace de vehículos, todo ello con el fin de evitar el incómodo sonido del vehículo.

Tampoco sería correcto no mencionar a Henry Hale Bliss pues fue la primera persona asesinada en un accidente de tráfico en los Estados Unidos. El 13 de septiembre 1899 al descender de un tranvía en plena calle neoyorquina, un taxi le golpeó y le aplastó la cabeza y el pecho. Murió de sus heridas al día siguiente. Desde 1999, y en el mismo día y mes, figura en ese sitio del accidente una placa conmemorativa para hacernos recordar ese acontecimiento. De su leyenda, cabe subrayar “su muerte prematura” y “para promover la seguridad en nuestras calles y carreteras”.

La historia debiera servirnos desde el punto de vista de la salud pública para aprender de los errores cometidos, propios del ser humano por otra parte. Lo cierto es que las adversidades sufridas en cualquier historia apenas se mantienen, apenas duran, supongo que por mera supervivencia mental. Pero su aprendizaje, nos debiera dejar una huella indeleble en nuestra cultura. Necesitaríamos millones de placas como la dedicada a Henry H. Bliss para actualizar permanentemente nuestro estilo de vida saludable.

En incontables ocasiones he reflexionado sobre la siguiente circunstancia. El que más o el que menos ha ido conduciendo su coche por cualquier carretera a 130 Km/hora cuando marcaba una limitación de 100 o de 80. De pronto, el atasco, el tener que parar el coche. ¿Será un vehículo accidentado, será algún camión averiado? En la retención, la visión lejana de luces naranjas y azules se aproxima y ya nos insinúa algo. A medida que nos acercamos, es más clara la realidad, es un accidente. Hay sanitarios asistiendo a un herido, hay un cuerpo cubierto completamente. Otros trabajan concienzudamente por sacar a alguien del interior del vehículo. Son bomberos. El coche está destrozado. Nos preguntamos en silencio cómo es posible que haya alguien vivo. Un policía nos hace ademán de continuar, está nervioso. Y yo. Pensamos en tantos sueños por cumplir. Los kilómetros posteriores son cuidadosamente conducidos, vamos a 90 km/hora. Pero al cabo de unos recuerdos del accidente y de unos cuantos kilómetros más, la memoria se pierde en ritmos infinitos y volvemos a los 130 ó 140, hay que recuperar el

tiempo perdido. Son hechos inmortales. Así somos. Necesitaríamos ver una placa como la dedicada a Henry H. Bliss, o un ramo de flores que alguien dejó, cada cierta distancia.

No sé por qué con ella, acaso porque hubo un antes y un después con su muerte para los peatones, pero me hubiera gustado pasear con Bridget por cualquier calle de Londres para aprender su cultura, su entorno social y familiar, un poco mejor de lo que la olvidada historia nos relata. Me hubiera gustado compartir con ella en esas distraídas horas de aprendizaje mutuo lo que ahora conocemos.

Hoy sabemos que son muchos los ámbitos en los que poder intervenir para evitar accidentes como el de Bridget Driscoll, conocemos los factores de riesgo o elementos asociados a los accidentes de tráfico, hemos identificado los grupos de riesgo y se ha investigado sobre los procesos que intervienen en el ciclo operativo de la conducción.

Lo que provoca en último extremo un accidente de tráfico no es el estado de la carretera, tampoco lo es el vehículo que conducimos, ni un entorno de tráfico peligroso. Influyen, evidentemente, explican un determinado porcentaje de los siniestros. Pero con los estudios realizados en la mano nos decantamos a firmar que es el comportamiento de los conductores, el factor humano, lo que explica la mayor parte de los accidentes, y está participando en el 100% de los mismos. El propio conductor decide ir a más o menos velocidad en función del estado de la carretera, en función de su vehículo o de las condiciones climatológicas en las que se mueva. El propio conductor decide tomar o no alcohol antes de conducir, controlar los efectos secundarios de los medicamentos que necesita, conducir habiendo consumido o no sustancias psicoactivas. El propio conductor resuelve ponerse o no el casco o el cinturón de seguridad. El propio conductor decide estacionar o no encima de las aceras, elige un adelantamiento seguro de un ciclista, lleva periódicamente a revisar su vehículo y respeta o no las normas de tráfico. Son decisiones de un sujeto psicológico, decisiones humanas. Es el factor humano en la conducción.

Actualmente conocemos que el acto de sentarse al volante de un vehículo a motor y darle a la llave de contacto, o utilizando el pulgar en los más modernos, se trata de un proceso muy complejo de toma de decisiones, en el que participan aptitudes perceptivas, atencionales y motoras del conductor, la capacidad de controlar emociones, la experiencia, y otras variables personales.

Los estudios de víctimas y biocinémica nos han hecho comprender los mecanismos lesionales y las

## ■ Investigación & Cuidados

regiones anatómicas de los ocupantes de los vehículos más frecuentemente dañadas según sean usuarios de vehículos ligeros, pesados, de dos ruedas, con o sin motor o simplemente peatones. Quisiera huir de mencionar las dramáticas consecuencias de los accidentes en términos de morbilidad ocasionada, y he estado a punto de evitar la descripción de las lesiones. Son trágicas. Algunas lesiones cervicales, toraco-abdominales y cefálicas son irreversibles, para toda la vida. Por nuestro lado, rozándonos la lágrima, en algún soplo diabólico, hemos visto vivir a un joven en silla de ruedas. Para toda la vida.

Hoy también conocemos los ámbitos de aplicación de los distintos programas de prevención de accidentes. En las consultas de los Centros de Salud, en los Medios de Comunicación Social, en los Centros Docentes, en las consultas de Atención Especializada, en las Autoescuelas, en los centros de información juvenil, en los consejos locales de la juventud, en las asociaciones juveniles, en las Concejalías de Juventud, a través de los Ayuntamientos en colaboración con las Policías Locales, en Asociaciones de Vecinos, en AMPAS, en las empresas, en los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, en las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (MATEPSS), en las charlas de Educación Maternal que imparten las matronas, y en tantos y tantos teatros de la vida.

El consejo de enfermería y médico es una de las claves en la prevención de los accidentes. Los sanitarios en las consultas debemos dar información sobre los efectos de los medicamentos en la conducción, aconsejar acerca de la importancia de la Educación Vial en el ámbito familiar y el papel de los adultos como modelo al que imitan los niños, entre otras actuaciones.

La muerte de Bridget fue “accidental”. El jurado tuvo ese veredicto después de analizar las circunstancias durante unas 6 horas. No los culpo de semejante juicio. Ya tuvieron sus dudas. La OMS en el año 2004 reconoció en el Día Mundial de la Salud de 2004 que la “Seguridad Vial no es accidental”. Los accidentes no son en absoluto acontecimientos aleatorios, fortuitos, inevitables, impredecibles y dependientes de la suerte, sino que por el contrario en la mayoría de los casos siguen tendencias de distribución conocidas. La muerte de Bridget no fue accidental.

A finales del siglo XIX ya existían muchos actores implicados en la prevención de accidentes de tráfico. Hoy también. En este escenario, cada uno tiene su rol, su papel estelar, en su momento, desde su disciplina, desde su competencia. Pero hoy colaboran todos. Cualquier actuación pasa por el trabajo intersectorial y

multidisciplinar. Sumando energías, juntando esencias. Como un equipo, coordinado y mutuamente influyente. Sanitarios, Bomberos, Policías Locales, asociaciones de lesionados por accidentes de tráfico, Servicios de Emergencias, Corporaciones Locales, Dirección General de Tráfico y sus Jefaturas Provinciales, Docentes y cualquier profesional relacionado con la prevención.

Camille Sée, político y abogado francés, nos dejó: “Dicen que la historia se repite, lo cierto es que sus lecciones no se aprovechan”. Aldous Huxley, novelista, ensayista y poeta inglés, decía a su vez que “Quizá la más grande lección de la historia es que nadie aprendió las lecciones de la historia”.

Laura es mi amiga, cursa 4º de ESO en un Instituto Público, está acostumbrada a ver a su padre sin casco cuando se sube en la moto. Su padre es bombero. Esa mañana, como llegaba tarde al Instituto, su padre le dejó la moto. No suele hacerlo. Apenas tiene experiencia. Las circunstancias fueron esas. Hoy ha tenido en el Instituto un día muy duro. Al regresar a casa a las 3 de la tarde, cansada y con muchas preocupaciones, y sin casco, sin saber cómo, un coche se cruza en su trayecto y Laura sale disparada de la moto. Sufre un traumatismo craneoencefálico que le deja secuelas algunas de ellas irreversibles. A Laura no le explicó nadie los riesgos y peligros de no adoptar medidas de protección al conducir vehículos.

Según Ernesto Sábato, escritor argentino, “La Historia no es mecánica porque los hombres son libres para transformarla”. Recordemos esto.

Hace apenas unas semanas, Sergio y su amigo Iván, ambos de 8 años, se reían inocentemente, sus ojos y sus cejas arqueadas cubrían de lejos sus párpados. Destilaban lucidez por las orejas. Me contaban que el papá de Iván les había llevado al “cumple” de Carmen en su coche...”y no se había puesto el cinturón”. Ellos sí lo llevaban puesto, fue lo primero que hicieron al subir. Fue un hábito, una necesidad satisfecha, como respirar.

Esas conductas y esas actitudes son el objetivo de la educación para la salud. Si somos capaces de transformar las conductas de riesgo en conductas saludables, en estilos de vida saludables, estaremos en la buena dirección, reduciremos la elevada morbimortalidad, los años potenciales de vida perdidos, las secuelas en forma de lesiones medulares y el levado coste socioeconómico que suponen los accidentes de tráfico.

Un beso, Bridget, ángel bueno, algún día veremos juntos pasear a otra madre con sus hijas sin miedo a la oscuridad.

## Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida

*Autores: Martínez Cruz, Belén; Monleón Just, Manuela; Carretero Lanchas, Yedra; García-Baquero Merino, M.ª Teresa*  
*Editorial ELSEVIER - 2012 - 360 págs - ISBN: 9788480867542*

- Obra dirigida a estudiantes de grado y postgrado de enfermería y para los profesionales que comienzan su práctica y necesitan unas pautas de actuación así como para los profesionales que realizan su labor en ámbitos de atención donde habitualmente hay pacientes con necesidades paliativas.

- Reúne en soporte impreso y electrónico el conocimiento y las habilidades de alrededor de 50 autores nacionales e internacionales con experiencia en el campo de los cuidados paliativos.

- Incluye 46 capítulos que se clasifican en tres bloques: "Aspectos generales" responde las cuestiones: qué son los cuidados paliativos y qué modelos organizativos hay para su provisión; qué visión tiene la sociedad sobre la muerte, y qué papel del enfermero en la atención a los pacientes y a su entorno. "Detección y abordaje de problemas desde la perspectiva enfermera", a través de la valoración enfermera según los patrones de Marjory Gordon, plasma los problemas de salud del paciente. "Herramientas de apoyo" ofrece instrumentos básicos en los que se apoya la atención: trabajo en equipo, bioética del cuidado, terapias complementarias para el tratamiento de problemas físicos y emocionales, etc.



## Acupuntura en el embarazo y el parto

*Autor: West, Zita*  
*Editorial ELSEVIER - 288 págs - ISBN: 9788480864558*

- Segunda edición actualizada y revisada de forma exhaustiva de esta guía concisa y práctica sobre la aplicación de la acupuntura en el tratamiento de mujeres embarazadas en la que se proporciona consejos prácticos e instrucciones sobre su uso a lo largo de los meses de embarazo y en el momento del parto.

- La autora, inspirada por una experiencia inigualable como matrona y acupuntora, describe en este libro la fisiología del embarazo y el parto, arrojando luz a la relación existente entre los conocimientos occidentales y los enfoques de la acupuntura, además de sugerir puntos y combinaciones de puntos para cada fase concreta, así como actuaciones durante el embarazo y el parto.

- Muchos profesionales son reacios a tratar a las mujeres embarazadas al creer que carecen de una comprensión completa del embarazo y temen dañar al bebé. Esta fantástica nueva edición proporciona los consejos prácticos y las enseñanzas necesarias para cubrir esas carencias de conocimientos, y aporta a los acupuntores la confianza que necesitan para trabajar mano a mano con otros profesionales sanitarios.

- La obra, profusamente ilustrada con más de 100 ilustraciones, ofrece cuadros con resúmenes y directrices, casos clínicos para mejor ilustrar el texto, consejos prácticos y orientativos, enseñanzas sobre el uso de la acupuntura durante los cuatro trimestres del embarazo y el parto, así como interesantes apuntes sobre las últimas investigaciones realizadas en este campo.



■ Investigación & Cuidados

**XVII JORNADAS DE NUTRICIÓN PRÁCTICA y VIII CONGRESO INTERNACIONAL DE NUTRICIÓN, ALIMENTACIÓN Y DIETÉTICA**

**Fecha:** 17, 18 y 19 de abril de 2013  
**Lugar:** Madrid  
**Información:** [www.nutricionpractica.org](http://www.nutricionpractica.org)

**XVII JORNADAS DE NUTRICIÓN PRÁCTICA**

**Fecha:** del 17 al 19 de abril de 2013  
**Lugar:** Madrid  
**Información:** Tlf.: 91 577 90 65; [congreso.nutricion@sprim.com](mailto:congreso.nutricion@sprim.com); [www.nutricionpractica.org](http://www.nutricionpractica.org)

**X CONGRESO INTERNACIONAL DE ESTUDIANTES DE CIENCIAS EXPERIMENTALES Y DE LA SALUD DE UNIVERSIDAD CEU**

**Fecha:** 24-26 de abril de 2013  
**Lugar:** Moncada. Valencia  
**Información:** Tlf.: 96 136 90 00; fax: 961395272; [www.uchceu.es](http://www.uchceu.es)

**XVI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA, RADIODIAGNÓSTICO, RADIOTERAPIA Y MEDICINA NUCLEAR**

**Fecha:** 8, 9 y 10 de mayo de 2013  
**Lugar:** Sede Gobierno Aragón  
**Información:** Tlf.: 685 30 03 55; [2013@enfermeriaradiologica.org](mailto:2013@enfermeriaradiologica.org); [Org-2013@enfermeriaradiologica.org](mailto:Org-2013@enfermeriaradiologica.org)

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

**Fecha:** del 8 al 10 mayo de 2013  
**Lugar:** Gerona  
**Información:** Tlf.: 9812164 16; fax: 981217542; [www.congrega.es](http://www.congrega.es)

**XXXVII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN NEUROCIENCIAS**

**Fecha:** 15, 16 y 17 de mayo de 2013  
**Lugar:** Oviedo  
**Información:** Tlf.: 98 730 75 68 / 697 22 37 19; [www.aeen.es/oviedo2013/saluda.html](http://www.aeen.es/oviedo2013/saluda.html); [oviedo13@aeen.es](mailto:oviedo13@aeen.es)

**29 JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA**

**Fecha:** 22 al 24 de mayo de 2013  
**Lugar:** Palacio Congresos y Exposiciones de Galicia  
**Información:** Tlf.: 902190848; fax: 902190850; [www.29enfermeriatraumatologia.com](http://www.29enfermeriatraumatologia.com)

**24 JORNADAS NACIONALES ENFERMERAS GESTORAS/SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA**

**Fecha:** 12-14 de junio de 2013  
**Lugar:** Alicante  
**Información:** Tlf.: 965130228; fax: 965229907; [congreso@npmundo.com](mailto:congreso@npmundo.com)



**CONGRESO IBERO-AMERICANO DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA**

**Fecha:** del 4 al 6 de septiembre de 2013  
**Lugar:** Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Univ. Cartuja.  
**Información:** [www.reunionanualsee.org](http://www.reunionanualsee.org); [granada2013@reunionanualsee.org](mailto:granada2013@reunionanualsee.org)

**ENCUENTRO INTERNACIONAL LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN LA ATENCIÓN EN SALUD**

**Fecha:** 19 y 20 septiembre de 2013  
**Lugar:** Huelva  
**Información:** [promocionsalud.cim@inv.uhu.es](mailto:promocionsalud.cim@inv.uhu.es); <http://www.uhu.es/health-migration/>

**I CONGRESO ESPAÑOL DE LA MAMA**

**Fecha:** 17-19 de octubre de 2013  
**Lugar:** Madrid  
**Información:** [www.primercongresomamama.org](http://www.primercongresomamama.org); [info@primercongresomamama.org](mailto:info@primercongresomamama.org)

## www.tekuidamos.com

Tekuidamos 2.0 es un espacio colaborativo que engloba a más de 1000 profesionales relacionados con diversos campos de la salud. En esta comunidad se comparten ideas, proyectos y recursos tanto en formato síncrono como asíncrono. Cada semana se realizan sesiones formativas online en directo en las que uno de los miembros de la comunidad cuenta a los demás como utiliza las TIC y la web 2.0 en su ámbito profesional, con un formato de exposición y de preguntas y respuestas directas con el ponente. Tekuidamos es una comunidad de acceso libre para el alumno basada en el intercambio de conocimiento en la práctica profesional, dirigida a mejorar el aprendizaje de los profesionales de la salud, cambiando el esquema tradicional de formación.



Participar es muy sencillo. Las sesiones pueden seguirse en directo desde Twitter, usando el hashtag #teku20 y/o desde la herramienta para webinars, Wiziq. La información, temas, fechas y demás, relacionada con las próximas sesiones pueden consultarse en la web.

Este proyecto se lleva a cabo por Olga Navarro, enfermera.

## www.cuidando.org

Es un espacio que pretende guiar al paciente en la búsqueda y discriminación inteligente de la información relacionada con la salud en la red. Creado a modo de repositorio de recursos, incluye un banco de enlaces web fiables y de calidad, para consultas sobre salud.

Esta herramienta pretende también, orientar a los profesionales para que estos puedan prescribir links con ciertas garantías de calidad.

La sencillez es una de las características esenciales de esta web, con un lenguaje y diseño pensado para los pacientes, con un sistema de navegación intuitivo y dinámico, adaptándose así a las



dificultades que presenta el usuario para filtrar la información relativa a la salud.

Este proyecto es llevado a cabo por Serafín Fernández Salazar, enfermero del Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura y Antonio Jesús Ramos Morcillo, enfermero, antropólogo y profesor de la Universidad de Jaén.



# 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)**



**Sabadell**  
Professional



Una cosa es decir que trabajamos en PRO de los profesionales colegiados. Otra es hacerlo:

# Cuenta Expansión PRO.

## Te abonamos el 10% de tu cuota de colegiado\*.

0

comisiones de administración y mantenimiento.

+ 3%

de devolución de tus principales recibos domésticos, hasta un máximo de 20 euros al mes.

+ Gratis

la tarjeta de crédito y de débito.

+ 1.300

Más de

oficinas a su servicio.

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

LLámenos al **902 383 666**, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.

[sabadellprofessional.com](http://sabadellprofessional.com)

\*Hasta un máximo de 100 euros al año.

El banco de las mejores empresas. Y el tuyo.

